



## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ И РАЗНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ

Лебедев Ю.И., Новикова С.Н., Лебедев И.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Курск, Россия

**Введение.** Одной из важнейших проблем фтизиатрии сегодня является низкая приверженность лечению (ПЛ) больных туберкулезом легких. По данным литературы, ПЛ — это сложный психологический конструкт, на который влияет множество внешних и внутренних факторов и который изначально может влиять на соблюдение пациентом врачебных рекомендаций и успех лечения.

**Цель.** Изучить особенности клинико-рентгенологическая картина туберкулеза легких у больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и разной приверженностью лечению

**Материал и методы.** Из числа больных, поступивших в противотуберкулезный стационар, рандомизированным путем отобрано 66 чел., включая 36 мужчин и 30 женщин, в возрасте от 20 до 60 лет, с разными формами туберкулеза легких и множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) возбудителя. Инfiltrативный туберкулез легких был у 44, диссеминированный — у 22 человек. После получения информированного согласия все больные были обследованы клинически, рентгенологически и лабораторно, включая методику приверженности лечению (готовность следовать назначениям врача), разработанную на кафедре (Патент России №RU2015135174A). Все больные были распределены в две группы, идентичные по полу, возрасту и формам заболевания, причем, у 34 чел. (1-я группа) комплаенс был низким, в пределах 1-2 стенов. Во 2-ю группу (32 чел.) были отобраны больные с высоким комплаенсом (9-10 стенов). Полученные результаты сравнивались методами современной статистики.

**Результаты.** Установлена большая выраженность клинических проявлений у больных 1-й группы. Кашель был более интенсивным и встречался у 24 человек 18 человек 2-й группы. Мокрота выделялась вдвое чаще у больных 1-й группы, а кровохарканье встречалось только у больных 1-й группы (4 чел.). Срок от момента появления первых жалоб до выявления туберкулеза у лиц 1-й группы оказался более продолжительным (в среднем, 3 мес.) по сравнению со 2-й группой, где длительность анамнеза была в пределах 1,5 месяцев. Влажные хрипы в легких прослушивались чаще у больных 1-й группы по сравнению со 2-й (соответственно 15 чел. против 5 чел.). При сравнении данных рентгенологического исследования индекс деструкции был вдвое больше у больных 1-й группы (соответственно  $26,0 \pm 1,2$  против  $12,5 \pm 0,9$ ;  $p \leq 0,05$ ). Среднее количество микобактерий туберкулеза в мазках мокроты у больных 1-й группы также было выше и составило  $3,0 \pm 0,1$  против  $1,5 \pm 0,2$  в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Клинические проявления туберкулеза легких, деструктивные изменения и массивность бактериовыделения более выражены у лиц с впервые выявленным туберкулезом легких с множественной устойчивостью возбудителя и низкой приверженностью лечению по сравнению с пациентами с высокой приверженностью лечению. Это необходимо учитывать при выявлении клинико-рентгенологических признаков первичной множественной лекарственной устойчивости возбудителя, а также для планирования социально-психологического сопровождения консервативной терапии.