З.М.Загдын¹, Н.А.Браженко¹, О.Н.Браженко¹, Ю.В.Лукьянова¹, Д.Ю.Алексеев¹, К.Г.Тярасова¹,
Т.Ю.Супрун², А.А.Алексеев³, Е.М.Крупницкий¹, Д.А.Люзнов¹, М.В.Цой¹, В.Ю.Егорова¹, Е.В.Вербицкая¹,
Э.Э.Звартай¹, М.Флеминг⁴

Коморбидность туберкулеза, алкоголизма и наркомании

1 — СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

2 — Городская противотуберкулезная больница № 2, г. Санкт-Петербург

3 — Противотуберкулезный диспансер № 3, г. Санкт-Петербург

4 — Медицинская школа Университета г. Висконсина (США)

Z.M.Zagdyn, N.A.Brazhenko, O.N.Brazhenko, Yu.V.Lukyanova, D.Yu.Alekseev, K.G.Tyarasova, T.Yu.Suprun,
A.A.Alekseev, E.M.Krupitsky, M.V.Tsoy, D.A.Lioznov, V.Yu.Egorova, E.V.Verbitskay, E.E.Zvartau, M.Fleming

Co-morbidity of tuberculosis, alcoholism and drug dependence

Summary

One of the reasons of growing incidence of tuberculosis (TB) is spread of AIDS, drug dependence, and alcoholism. To investigate their mutual influence the authors examined 185 lung TB patients (of them, 124 males) admitted to TB hospitals of St-Petersburg in 2003–2005. Inclusive criteria were age of 18 to 79 yrs, recent admission to the hospital, the patient's consent to participate the study. Patients were excluded if they were severely ill or had psychiatric disorders. The lung TB was evaluated using medical history, physical, clinic, laboratory, radiologic, and bacteriologic data. Alcohol and drug abuse was assessed with Addiction Severity Index (ASI), retrospective analysis of alcohol and substance use for previous 90 days, Michigan Alcohol Screening Test (MAST), measurement of alcohol in exhaled air and detection of substances in urine. Somatic and psychic health was evaluated using ASI, Beck Depression Inventory, and Spielberger Trait Anxiety Inventory. Risk of HIV-infection was determined in a test of HIV risk assessment and with HIV risk questionnaire developed at Johns Hopkins University. The average age of the participants was 40.5 yrs. More than 60 % of them had abuse-related disorders: alcohol abuse in 51.9 %, alcoholism plus drug dependence in 8.6 %, and drug dependence in 3.8 %. Alcohol dependence facilitated development of TB multiple drug resistance (21 % vs 7.6 % in patients without alcohol dependence, $p < 0.05$), extensive (73.9 % and 40.9 %, respectively, $p < 0.001$) and chronic (28.6 % and 16.7 %, respectively) forms of TB. Most of TB patients with abuse-related disorders tended to have psychiatric disorders (depression, anxiety). The risk of HIV-infection was significantly higher in TB patients with drug abuse (3.51 vs 0.07). Thus, it is necessary to consider co-morbidity in TB patients for more effective treatment of lung tuberculosis.

Резюме

Одной из причин роста заболеваемости туберкулезом является распространение СПИДа, наркомании и алкоголизма. С целью изучения взаимного влияния этих заболеваний обследованы 185 больных туберкулезом органов дыхания (124 мужчины), находившихся в стационарах г. Санкт-Петербурга в 2003–2005 гг. Критериями включения в исследование были возраст от 18 до 79 лет, недавнее поступление в стационар и согласие больного на участие в исследовании. Из исследования исключались больные в тяжелом состоянии и больные с выраженными психическими расстройствами. Для оценки туберкулезного процесса анализировали анамнез, данные физикального, клинико-лабораторного, рентгенологического и бактериологического обследований. Для определения употребления алкоголя и наркотиков оценивали индекс тяжести зависимости (ИТЗ), ретроспективно анализировали употребление алкоголя и наркотиков за 90 дней, проводили Мичиганский алкогольный скрининг-тест (MAST), определяли алкоголь в выдыхаемом воздухе и наркотики в моче. Для оценки соматического и психического здоровья использовали ИТЗ, вопросник депрессии Бека, шкалу тревоги Спилбергера. Риск ВИЧ-инфекции устанавливали в тесте оценки степени риска ВИЧ-инфекции (ТОСР) и по вопроснику риска ВИЧ-инфекции, разработанному университетом Дж. Хопкинса. Средний возраст обследованных больных составил 40,5 лет. Более 60 % больных имели наркологическую патологию (злоупотребление алкоголем в 51,9 %, алкоголизм в сочетании с наркоманией в 8,6 %, наркомания в 3,8 %). Алкогольная зависимость способствовала развитию множественной лекарственной устойчивости (21 против 7,6 % у больных туберкулезом без наркологической патологии, $p < 0,05$), развитию распространенных (73,9 и 40,9 % соответственно, $p < 0,001$) и хронических (28,6 и 16,7 % соответственно) форм заболевания. Большинство туберкулезных больных с наркологическим диагнозом склонны к психическим расстройствам (депрессии, тревожные состояния). Риск ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом, употреблявшим наркотики, был существенно выше (3,51 против 0,07). Таким образом, для улучшения эффективности лечения туберкулеза у наркологических больных необходимо учитывать все стороны коморбидности указанных патологий.

В настоящее время во всем мире одной из ведущих причин неуправляемого роста заболеваемости туберкулезной инфекцией является распространение СПИДа, наркомании и алкоголизма [1–4]. Эти заболевания потенцируют друг друга и снижают эффективность их лечения [5–7].

С целью изучения взаимного влияния туберкулеза, алкоголизма и наркомании Санкт-Петербургским государственным медицинским университетом им.

акад. И.П.Павлова совместно с медицинской школой университета г. Висконсина (США), проведено исследование среди туберкулезных больных г. Санкт-Петербурга за период с 2003 по 2005 год.

Согласно цели исследования оценивались вопросы о распространенности наркологической патологии и особенностях психического состояния и поведенческого риска ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом. Также изучалось влияние наркомании

и алкоголизма на течение туберкулезного процесса и адекватность ответа адаптационных механизмов организма больных.

Материал и методы исследования

Для решения задач настоящей работы были обследованы 185 больных туберкулезом органов дыхания, госпитализированных в городскую противотуберкулезную больницу № 2 и в дневной стационар межрайонного (Приморско-Петроградского) противотуберкулезного диспансера № 3 за период 2003–2005 гг.

Предварительно, перед включением в исследование, проводилось 60-минутное интервью с больным. Оценивались объективные данные об употреблении им алкоголя и наркотиков (определение алкоголя в выдыхаемом воздухе, тесты на наркотики в моче).

Кроме того, критериями включения в исследование явились: возраст от 18 до 79 лет, недавнее поступление в стационар и согласие больного на участие в исследовании. По субъективным причинам от участия в исследовании отказались 6 человек. Из исследования исключались больные в тяжелом состоянии, обусловленном как туберкулезным процессом, так и другими сопутствующими заболеваниями, и больные с выраженными психическими расстройствами.

В методах исследования использовались:

- 1) для оценки туберкулезного процесса — данные анамнестического, физикального, клинико-лабораторного, рентгенологического и бактериологического обследований;
- 2) для определения употребления алкоголя и наркотиков — индекс тяжести зависимости (ИТЗ), выявляющий в 7 разделах медицинские (соматические), трудовые, наркологические, юридические, семейные и психологические проблемы участника, также ретроспективный анализ употребления алкоголя и наркотиков за прошедшие 90 календарных дней, Мичиганский алкогольный скрининг-тест (MAST), определение алкоголя в выдыхаемом воздухе и тесты на наркотики в моче;
- 3) для оценки соматического и психического здоровья: ИТЗ, опросник депрессии Бека [8], шкала тревоги Спилбергера с определением уровня тревоги и личностной тревожности;

Рис. 1. Распространенность наркологической патологии среди туберкулезных больных

- 4) для установления риска ВИЧ-инфекции: тест оценки степени риска ВИЧ-инфекции (ТОСР), обусловленный как употреблением наркотиков, так и сексуальным поведением, и опросник риска ВИЧ-инфекции, разработанный университетом Дж. Хопкинса.

Результаты и обсуждение

Средний возраст обследованных больных составил 40,5 лет (мужчин — 41,1, женщин — 39,8 лет). Удельный вес мужчин был 67,0 % (124 человека), женщин — 33,0 % (61 человек).

В результате исследования установлено, что более 60 % туберкулезных больных имели тот или иной наркологический диагноз (рис. 1). Наиболее частыми его формами были алкоголизм и злоупотребление алкоголем (51,9 %), реже выявлялся алкоголизм в сочетании с наркоманией (8,6 %), еще реже — наркомания (3,8%).

Мужчины чаще страдали наркологической патологией и имели более выраженные ее проявления, чем женщины. Так, доля мужчин с наркологическим диагнозом была 78,2 %, женщин — 36,1 % ($p < 0,001$), алкоголизм, как тяжелая форма наркологической патологии, у мужчин встречался в 37,9 %, у женщин — в 2,6 раза реже (14,8 %; $p < 0,001$).

Занятость (наличие работы) туберкулезных больных с наркологическим диагнозом была низкая. Из 119 имели работу лишь 36 человек (30,3 %).

По давности выявления туберкулеза, обследованные больные были разделены: на впервые выявленных или новых, с рецидивом и с хроническим течением заболевания (табл. 1). У лиц с наркологическим

Таблица 1
Давность выявления туберкулеза и наркологический диагноз

Группы больных	Новые		С рецидивом		Хронические		Всего N
	N	%	N	%	N	%	
Без наркологического диагноза	46	69,7	9	13,6	11	16,7	66
С наркологическим диагнозом, в том числе:	66	55,5	19	15,9	34	28,6	119
алкоголизм	29	51,8	10	17,8	17	30,4	56
злоупотребление алкоголем	23	57,5	4	10,1	13	32,5	40
алкоголизм + наркомания	10	62,4	3	18,8	3	18,8	16
наркомания	4	57,1	2	28,6	1	14,3	7
Всего	112	60,5	28	15,1	45	24,4	185

Таблица 2

Сравнительная характеристика туберкулеза у обследованных больных (%)

Характеристика туберкулеза	С наркологическим диагнозом (N = 119)	Без наркологического диагноза (N = 66)	
Инfiltrативный	52,9	60,6	$p > 0,1$
Диссеминированный	30,2	19,7	$p > 0,05$
Кавернозный	12,6	10,6	$p > 0,1$
Другие формы	4,3	9,1	$p > 0,1$
Распад легочной ткани	69,7	75,8	$p > 0,05$
МБТ(+)	61,3	51,5	$p > 0,05$
Полирезистентность	21,0	7,6	$p < 0,05$
3 и более бронхолегочных сегмента	73,9	40,9	$p < 0,001$

диагнозом туберкулез приобретал хроническое течение в 1,7 раза чаще, чем у больных, не имеющих его: 28,6 и 16,7 % соответственно. Особенно высоким был удельный вес больных хроническими формами туберкулеза, страдающих алкоголизмом и злоупотреблением алкоголя (62,9 %).

Кроме того, на тяжесть течения туберкулеза у больных с наркологической патологией указывали такие важные характеристики, как полирезистентность, в том числе и множественная лекарственная устойчивость, и распространенность процесса (табл. 2). У лиц с наркологическим диагнозом полирезистентная форма туберкулеза отмечалась в 2,8 раза чаще, и изменения в легких у них были более распространенными (занимающие 3 и более бронхолегочных сегмента), в отличие от пациентов без наркологических проблем (21 и 7,6 % ($p < 0,05$) и 73,9 и 40,9 % ($p < 0,001$) соответственно).

Рис. 2. Индекс тяжести зависимости (ИТЗ) у туберкулезных больных с наркологическим диагнозом

Рис. 3. Тест оценки степени риска ВИЧ-инфекции (ТОСР) у туберкулезных больных с наркологической зависимостью

Туберкулезные больные с наркологическим диагнозом, в отличие от пациентов без такого диагноза, чаще отмечали ухудшение в соматическом состоянии (0,6 против 0,51; рис. 2), в психическом состоянии (0,308 против 0,182), они чаще имели семейные и социальные проблемы (0,211 против 0,092) как на момент интервью, так и в течение всего периода жизни.

Риск ВИЧ-инфекции (рис. 3) у наркопотребителей существенно превышал этот фактор у лиц без наркологической зависимости (всего 3,51 против 0,07). При этом преобладал риск заражения половым путем, чем при употреблении инъекционных наркотиков (3,3 против 0,24). Среди туберкулезных больных без наркологического диагноза также существовал риск ВИЧ-инфекции, обусловленный сексуальным поведением, особенно у мужчин (2,85).

Анализ психического здоровья туберкулезных больных с наркологической патологией по шкале тревоги Спилбергера показал преобладание выраженной тревоги (57,0 %), уровень личностной тревожности у них также был высоким (47,7 %). По опроснику Бека у 13,0 % наркологических больных отмечалась умеренная депрессия.

При изучении у 69 туберкулезных больных с наркологическим диагнозом типов адаптационных реакций организма [9], у 63 (91,3 %) человек они носили патологический характер: РТн, РАН, РП, РС (табл. 3). Крайние типы адаптационных реакций, такие как РС и РП, выявленные более чем у половины обследованных лиц, подтвердили усугубление иммондепрессии при сочетании туберкулеза и наркологических заболеваний.

Таблица 3

Типы адаптационных реакций у туберкулезных больных с наркологической патологией

Типы адаптационных реакций	Абс. число	%
Реакция тренировки (РТ)	3	4,3
Реакция активации (РА)	3	4,3
Реакция тренировки не полноценная (РТн)	15	21,7
Реакция активации не полноценная (РАН)	12	17,5
Реакция переактивации (РП)	29	42,0
Реакция стресс (РС)	7	10,2
ВСЕГО	69	100

Таблица 4
Типы реактивности организма у туберкулезных с наркологическим диагнозом

Типы реактивности организма	Абс. число	%
Адекватный	3	4,3
Гиперреактивный	37	53,6
Гипореактивный	1	1,4
Парадоксальный	18	26,2
Ареактивный	10	14,5
ВСЕГО	69	100

Типы реактивности организма, установленные по изменению адаптационных реакций в динамике, были патологическими в 95,7 % (у 66 больных; табл. 4).

Выводы

Среди туберкулезных больных широко распространена наркологическая патология, особенно алкоголизм и злоупотребление алкоголем. Эти формы наркологической патологии установлены более чем у половины (51,9 %) обследованных пациентов.

Алкогольная зависимость ухудшает течение туберкулеза, способствуя развитию множественной лекарственной устойчивости и приводя к развитию распространенных и хронических форм заболевания.

Большинство туберкулезных больных с наркологическим диагнозом социально не адаптированы и склонны к психическим расстройствам (депрессии, тревожным состояниям).

Наркологические заболевания усугубляют иммунодепрессию у туберкулезных больных, проявившуюся крайними типами адаптационных реакций (РП, РС) и гипо- и ареактивными типами реактивности организма, особенно у больных наркоманией.

Для улучшения эффективности лечения туберкулеза у наркологических больных необходимо учитывать все стороны коморбидности указанных патологий.

Литература

1. Браженко Н.А., Волкова К.И., Кокосов А.Н., и др. Туберкулез в период эпидемии ВИЧ/СПИДа и наркомании. В кн.: Звартау Э.Э. (ред.) Героиновая наркомания: актуальные проблемы. СПб.; 2002. 161–171.
2. Браженко О.Н. Значение адаптации и реактивности организма в клинике туберкулезного и парапневмонического плевритов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб; 2002.
3. Карачунский М.А. Туберкулез и ВИЧ-инфекции. Пробл. туб. 2000; 1: 47–52.
4. Перельман М.И. Новый этап борьбы с туберкулезом в России. Пробл. туб. 2002; 6: 4.
5. Badri M., Ehrlich R., Wood R. et al. Association between tuberculosis and HIV diseases progression in a high tuberculosis prevalence area. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2001; 5 (3): 225–232.
6. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression. Arch. of Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
7. Elifson K.W., Boles J., Darrow W.W., Sterk C.E. HIV seroprevalence and risk factors among clients of female and male prostitutes. J. AIDS 1999; 29 (2): 195–200.
8. Grassly N.C., Lowndes C.M., Rhodens T. et al. Modeling emerging HIV epidemics: The role of injection drug use and sexual transmission in the Russian Federation, China, and India. Int. J. Drug. Policy 2003; 14: 25–43.
9. Martin V., Cayla J.A., Bolea A., Casilla J. Micobacterium tuberculosis and human immunodeficiency virus co-infection in intravenous drug users on admission to prison. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2000; 4 (1): 41–46.

Поступила 11.09.06

© Коллектив авторов, 2007

УДК 616.24-002.5-06:616.89-008.441.13-06:615.212.7.015.6