

ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ Асамбаев А.А., Ахметова Р.Х.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: ВИЧ-инфекция управляет современным состоянием эпидемии туберкулеза во всех странах мира. В Кыргызской Республике на 1 января 2014 года зарегистрировано 5115 случаев ВИЧ-инфекции, из них у 1025 пациентов имела место ко-инфекция обоих заболеваний. Умерли 440 пациентов, в т.ч. от туберкулеза – 326, от других причин – 114.

Среди больных туберкулезом пациенты с ко-инфекцией ВИЧ имеют повышенный риск рецидива, неудачи лечения и смертельного исхода.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, ко-инфекция.

ВИЧ ЖАНА КУРГАК УЧУК Асамбаев А.А., Ахметова Р.Х.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Дүйнөнүн баардык өлкөлөрүндө ВИЧ-инфекциясы кургак учук эпидемиологиялык абалын башкарып турат. 2014 жылында ВИЧ-инфекциясы менен ооруп катталгандардын саны 5115 түзгөн, алардын арасында 1025 орулуулар ко-инфекциясы менен ооруйт. Каза болгон оорулуулардын саны 440 киши түзгөн, алардын ичинен 326 кургак учук менен оорулуу, башка оорудан каза болгон адамдар 114 киши түзгөн.

Кургак учук ко-инфекциясы ВИЧ менен ооругандар оорунун кайталануусунан натыйжасыз дарылануу жана каза болушунан коркунучта болушат.

Негизги сөздөр: ВИЧ-инфекциясы, кургак учук, ко-инфекциясы.

HIV-INFECTION AND TUBERCULOSIS Asambaev A.A., Akhmetova R.H.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: HIV-infection is in charge of TB-epidemic in all countries of the world. In the Kyrgyz Republic there are 5115 cases of HIV-infection on the 1st of January 2014, 1025 patients of them have co-infection of the both diseases. 440 patients died, 326 – from tuberculosis, 114 – from other reasons. TB/HIV-co-infection patients have high risk of recurrence, failure of treatment and death.

Key words: HIV-infection, tuberculosis, co-infection.

С момента регистрации первого случая ВИЧ (более 30 лет) по оценочным данным USAID об эпидемии, в мире заразились почти 60 млн. человек, умерли около 30 млн. человек. Заражение ВИЧ такого количества людей во всем мире делает пандемию ВИЧ-инфекции самой разрушительной в истории человечества.

Одна треть из 34 миллионов людей с ВИЧ инфицированы МБТ, однако еще не больны. Вероятность того, что у людей с ВИЧ, инфицированных микобактериями туберкулеза, разовьется активная форма заболевания, в 21 – 34 раза превышает вероятность развития активного туберкулезного процесса у неинфицированных ВИЧ. Сочетание этих заболеваний представляют собой смертельное взаимодействие, компоненты которого ускоряют

развитие друг друга. Современное состояние проблемы туберкулеза в мире и в Кыргызской Республике в значительной мере определяется нарастающей распространенностью ВИЧ-инфекции. Туберкулез является основной причиной смерти ЛЖВ.

Выявление случаев ВИЧ-инфекции в КР началось с 1987 года, однако до 2001 года регистрировалось малое количество случаев (всего 153). По данным республиканского центра по борьбе со СПИДом, в Кыргызстане кумулятивно на 01.01.2014 выявлено 5115 случаев ВИЧ-инфекции, из них 1025 случаев ко-инфекции ВИЧ/ТБ. Умерли 440 пациентов, в т.ч. от туберкулеза – 326, от других причин – 114.

Клиническое течение туберкулеза у ЛЖВ зависит от глубины иммунодефицита,

который измеряется уровнем CD4+ крови. Уровень CD4+ 200 в 1 мм³ крови приближается к порогу тяжелого иммунодефицита. Морфологические, клинические, лабораторные и рентгенологические проявления туберкулезного процесса на ранних и поздних стадиях ВИЧ – инфекции значительно отличаются.

Характеристику клинической картины туберкулеза на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции см. в табл. 1.

Рентгенологические особенности туберкулезного процесса на ранней и поздней стадии ВИЧ-инфекции представлены на рис. 1, 2.

Выявление туберкулеза у ВИЧ-инфицированных проводится врачом-инфекционистом или специалистом центра СПИДа. Скрининг на наличие симптомов предполагаемого туберкулеза необходимо проводить непосредственно после подтверждения ВИЧ-положительного статуса, затем при

Таблица 1

Особенности туберкулезного процесса в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции и уровня CD4+T- лимфоцитов.

Клинические, рентгенологические, лабораторные проявления туберкулеза	Количество CD4+ Т-лимфоцитов		
	CD4+ > 500	CD4+ от 200 до 500	CD4+ < 200
Локализация туберкулезного процесса	Легочная	Сочетание легочных и внелегочных поражений	Часто сочетанные генерализованные поражения органов и систем
Синдром интоксикации и «грудные» проявления	Умеренно выражены	Выражены, имеются симптомы поражения других органов	Преобладают симптомы интоксикации, ярко выражены
Течение заболевания	Подострое	Острое	Крайне тяжелое, инфекционно-септический шок
МБТ в мокроте	Обнаруживаются часто	Обнаруживаются редко, в биологических жидкостях – часто	Обнаруживаются редко, в биологических жидкостях – часто
Реакция Манту	Положительная	Отрицательная	Отрицательная
Рентгенологическая картина	В/долевые инфильтраты с кавернами	Н/долевые инфильтраты без каверн, милиарная диссеминация, плевральный выпот, частые сочетания с периферическими лимфаденитами, плевритами, менингитами, абсцессами головного мозга, поражениями костей и суставов, органов брюшной полости	Милиарная и крупноочаговая диссеминация с тенденцией к слиянию и образованию множественных инфильтратов без каверн, плевральный выпот, сочетание с другими заболеваниями, характерными для СПИДа

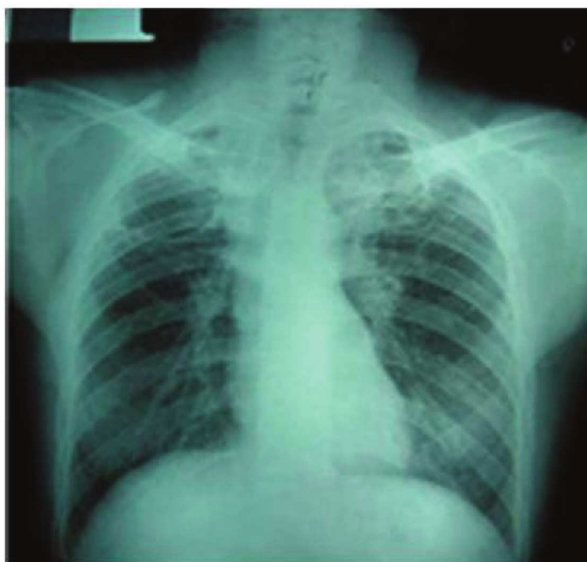


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма, уровень CD4+ Т-лимфоцитов 427 в 1 мм³, туберкулезные каверны в области обеих верхних долей (Palomino J. С., 2007).



Рис. 2. Обзорная рентгенограмма, уровень CD4+ Т-лимфоцитов 23 в 1 мм³, туберкулезный инфильтрат в области нижней, средней долей правого легкого, внутригрудная лимфоаденопатия, каверны и полости распада не определяются (Palomino J. С., 2007).

каждом контакте пациента с медицинским работником. Кроме того, показано лабораторно – рентгенологическое обследование: при постановке на учет, при появлении клинических симптомов либо при отсутствии симптомов 1 раз в 6 месяцев. Обследование должно включать общий анализ крови, простую микроскопию мокроты 3-х –кратно и Хpert-МТВ/RIF при наличии кашля любой продолжительности, рентгенограмму грудной клетки (ВОЗ, 2003). Учитывая ограниченные возможности ВИЧ-инфицированного организма к формированию реакций гиперчувствительности замедленного типа, проба Манту не может использоваться в качестве отборочного теста для проведения дальнейших исследований на туберкулез.

При наличии активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных всем больным необходимо проведение теста на лекарственную чувствительность, при этом предпочтение необходимо отдавать экспресс – методам определения лекарственной устойчивости. В противном случае при наличии МЛУ, ШЛУ смерть больного может наступить до получения результатов ТЛЧ (посев на среду Левенштейна-Йенсена) или регистрация I ряда (ВОЗ, 2013).

Режимы лечения туберкулеза представлены в табл. 2 (ВОЗ, 2011).

Диагноз туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц устанавливается районным куратором, регистрация случая проводится по обычной схеме.

Лечение случаев ко-инфекции необходимо начинать с противотуберкулезной терапии. Однако, следует помнить, что раннее подключение АРТ благоприятно влияет на исход туберкулеза (снижается частота рецидивов, неблагоприятных, летальных исходов). Поэтому АРТ подключается после достижения хорошей переносимости противотуберкулезных препаратов как можно в более ранние сроки, как минимум через 3-4 недели от начала противотуберкулезной терапии во избежание жизнеопасного синдрома воспалительного восстановления иммунной системы (ВОЗ, 2013).

Если туберкулез выявлен у ВИЧ-инфицированного пациента, уже получающего АРТ, необходимо продолжить АРТ, начать противотуберкулезную терапию.

Детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей, вакцинация БЦЖ противопоказана до полного исключения инфицирования ВИЧ. Если у них к возрасту 15-18 месяцев в ходе повторного тестирования ВИЧ-статус отрицательный, проводится прививка стандартной дозой вакцины БЦЖ после пробы Манту с 2 ТЕ при размере инфильтрата 0-4 мм. Однако, если ребенок инфицирован ВИЧ, нарастающая вирусная нагрузка может привести к развитию генерализованной инфекции БЦЖ, поэтому в подобных случаях вакцинация абсолютно противопоказана (ВОЗ, 2013).

Всем впервые выявленным ВИЧ -инфицированным проводится химиопрофилактика

Схемы противотуберкулезной терапии для больных ВИЧ-инфекцией с активным туберкулезом

Классификация случая туберкулеза по ВОЗ	Схемы лечения туберкулеза	
	Интенсивная фаза	Поддерживающая фаза
Новый случай туберкулеза	2 HRZE	4 HR
Рецидив	2 HRZES	5 HRE
Лечение после перерыва	1 HRZE	
Неудача лечения		
МЛУ туберкулез	Схемы для лечения МЛУ ТБ	

тика после исключения активного туберкулеза по данным комплексного клинико-рентгенологического исследования, которая назначается районным куратором-фтизиатром, а проводится районным врачом-инфекционистом. ХП проводится один раз в жизни. Если ВИЧ-инфицированный продолжает жить в контакте с больными туберкулезом, то решение о проведении повторного курса химиопрофилактики такому лицу решается на консилиуме. В соответствии с Национальными клиническими протоколами КР режим химиопрофилактики включает изониазид из расчета 10 мг на 1 кг веса, но не более 0,3 внутрь, в сочетании с приемом пиридоксина 25 мг/сут, ежедневно, в течении 6 месяцев (ВОЗ, 2013).

Химиопрофилактика ВИЧ-инфицированным, контактным с МЛУ ТБ, не проводится. В этих случаях необходимо тщательное наблюдение и проведение полного клинико-

рентгенологического обследования каждые 6 месяцев или по показаниям при появлении клинических симптомов.

Прогноз случаев ко-инфекции относительно благоприятен при раннем выявлении обоих заболеваний и своевременно начатом лечении. Среди больных туберкулезом пациенты с ко-инфекцией ВИЧ имеют повышенный риск рецидива, неудачи лечения и смертельного исхода.

Литература:

1. Тактика ведения больных с сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ. – ВОЗ, 2013. – 46 с.
2. Приоритетные аспекты изучения проблемы ТБ/ВИЧ в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и ограниченных ресурсов. – ВОЗ, 2011. – 53 с.
3. Palomino J.C. Tuberculosis. – 2007. – 685 с.