



О.С. Шевченко¹, П.І. Потейко², Т.Ф. Ковальова¹,
О.О. Говардовська³, Н.О. Чувуріна³

¹ Харківський національний медичний університет

² Харківська академія післядипломної освіти

³ Харківський обласний протитуберкульозний диспансер № 1

Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ: епідеміологічні показники в Харківській області за 2014 рік

Аналіз епідеміологічних показників поширення ко-інфекції ТБ/ВІЛ у Харківській області за 2014 р. свідчить, що хворих чоловіків більше, ніж жінок. Переважною локалізацією є туберкульоз легень (73,4 %). Туберкульоз є основним вторинним захворюванням при ВІЛ-інфекції і головною причиною смерті в стадії СНІДу. Для своєчасної профілактики та діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих потрібні скоординовані зусилля фізотричної служби і служби боротьби зі СНІДом.

Ключові слова

Туберкульоз, ВІЛ/СНІД, епідеміологія.

Поширення ВІЛ-інфекції внесло радикальну зміну в епідемію туберкульозу (ТБ) в багатьох країнах світу, зокрема й в Україні [3]. Найпоширенішим СНІД-індикаторним захворюванням в Україні залишається ТБ. За статистичними даними, у 2014 р. його виявлено в 4849 (49,3 %) хворих з 9844 нових випадків СНІДу та у 14688 (44,1 %) із 33279 хворих на СНІД, які перебувають на обліку закладів охорони здоров'я служби СНІДу станом на 01.01.2015 р. [2, 6].

У 2014 р. частка осіб з вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) серед нових випадків СНІДу залишається високою та має тенденцію до збільшення — 74,4 порівняно з 71,1 % у 2013 р. Отже, потрібно активне проведення скринінгу на ТБ ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають у полі зору медичних працівників, що сприятиме ранньому виявленню ТБ, своєчасному лікуванню, зменшенню смертності від ТБ/ВІЛ та ефективній профілактиці поширення цієї хвороби в загальній популяції. Попри значний приріст кількості пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ) — 3056 осіб у 2005 р. та 64405 у 2014 р., темпи розширення програми АРТ відстають від темпів збільшення кількості осіб, які потребують лікування [2].

Доведено, що ризик ТБ значно підвищений вже у перший рік після сероконверсії до ВІЛ [4, 5]. Причому хвороба може розвинутися на будь-якій стадії, за будь-якого рівня CD4⁺-лімфоцитів, на відміну від опортуністичних інфекцій. Так, понад 50 % випадків ТБ легень виникають у пацієнтів з рівнем лімфоцитів CD4⁺ понад 200 кл/мкл [3].

Основною причиною смерті у хворих на СНІД залишається ТБ. У 2014 р. частка летальних випадків, зумовлених поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ, серед загальної кількості померлих від СНІДу становила 63,7 % (у 2013 р. — 62,7 %). За статистичними даними, із 5014 осіб, які потребували АРТ та померли у 2014 р., 2316 осіб отримували АРТ на момент смерті — 46,2 % порівняно з 38,0 % у 2013 р. З них у 833 (36,0 %) пацієнтів антиретровірусне лікування тривало 12 міс і більше [2].

Мета роботи — проаналізувати епідемічні показники з ко-інфекції ТБ/ВІЛ в Харківській області за 2014 р.

Вивчено 64 історії хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ (68 % чоловіків) Харкова і Харківської області. Середній вік — (40,1 ± 1,2) року з медіаною 28–62 роки. Вперше виявили хворобу в 2014 р. Основний період клінічних виявів ко-інфекції ТБ/ВІЛ припадає на середній вік (25–44 роки) як у чоловіків, так і жінок. Найчастіше

(59,2 % випадків) ВІЛ-інфекцію і ТБ виявляли одночасно. У 14,1 % ТБ діагностовано в перших два роки після виявлення ВІЛ і у 10,9 % випадків — після 8 років захворювання. Тобто спостерігаються два сплески епідемічних показників захворюваності на ко-інфекцію: перший — протягом двох років, другий — у 8 і більше років після діагностики ВІЛ.

ТБ органів дихання на тлі ВІЛ виявляли переважно (78,1 % випадків) за зверненням, по смертно — у одного пацієнта (1,6 %). Гострий початок був у 32 % хворих, синдром інтоксикації супроводжувався лихоманкою, що виснажувала, з підвищенням температури тіла до фебрильних цифр, пітливістю, прогресуванням втрати маси тіла (в середньому на 5–8 кг). Хронічні вірусні гепатити реєстрували в 40,7 % випадків.

У 73,4 % хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ ТБ уражував легені. За клінічними формами ТБ розподілявся так: інфільтративний — 56,2 %, дисемінований — 14,0 %, казеозна пневмонія і осередковий ТБ — по одному випадку. Міліарний ТБ діагностовано у 11 (17,1 %) хворих, у тому числі множинної локалізації — у 2 хворих, у одного з них по смертно. Летальний наслідок зафіксований у 3 (4,7 %) хворих на міліарний ТБ, серед них у 2 пацієнтів виявлено менінгоенцефаліт.

Бактеріовиділення встановлене у 36 (56,25 %) хворих, деструктивні зміни — у 49 %. Лікарську стійкість до протитуберкульозних препаратів зафіксовано у 23 (63,8 % бактеріовиділювачів) хворих, мультирезистентний ТБ — у 13 пацієнтів.

Позалегеневий туберкульоз виявлено у 6 (9,4 %) хворих, переважав ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і бронхів (4 хворих), ТБ шкіри і туберкульозний плеврит — по одному випадку.

У 2014 р. пройшли обстеження на ВІЛ за направленнями протитуберкульозних установ Харкова і Харківської області 2054 (96,4 %) пацієнти. Виявлено 38 (1,87 %) ВІЛ-інфікованих.

На кінець 2014 р. під наглядом ОПТД № 1 перебували 132 пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, тобто 7,1 % хворих на ТБ. Серед них у 119 (90,2 %) пацієнтів була активна форма ТБ легень, у 11 (8,3 %) — позалегеневий ТБ і у 2 (1,5 %) міліарний. Зареєстровані за першою категорією 34 (25,6 %) хворих, за другою — 23 (17,4 %), серед них було 4 випадки рецидиву ТБ, за третьою їх — 1 (0,8 %), за четвертою — 74 (56,1 %). До складу диспансерного контингенту (п'ята категорія, група 5.1) увійшло 193 пацієнти.

Антиретровірусну терапію в інтенсивну фазу отримували 117 (88,6 %) із 132 хворих, у підтримувальну — 10.

Розширення доступу до АРТ для всіх, хто її потребує, та ефективне лікування хворих на

ВІЛ-інфекцію впливає як на показники захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу, так і на рівень поширеності ВІЛ серед населення. Відповідно до рекомендацій Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності (ECDC) і Європейського регіонального бюро ВООЗ розроблено уніфіковану методологію розрахунку індикатора охоплення людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ) антиретровірусною терапією для країн Європейського регіону. У контексті цих рекомендацій було розраховано відповідний показник в Україні: рівень охоплення АРТ тих, хто її потребує, не досягає 80 % і у 2014 р. становив лише 50,5 % [2].

Згідно з наказом МОЗ України від 31.12.2014 р. № 1039 [1] АРТ належить розпочинати всім хворим на ТБ/ВІЛ незалежно від кількості CD4⁺-клітин якомога раніше (у перших 2–8 тиж). Якщо кількість CD4⁺ < 50 клітин/мкл, АРТ розпочинають негайно протягом 2 тиж після призначення протитуберкульозного лікування. У разі туберкульозного менінгіту початок АРТ слід відкласти до завершення фази інтенсивної терапії ТБ. АРТ рекомендують усім ВІЛ-інфікованим хворим на МРТБ, які потребують ПТП II ряду, незалежно від кількості клітин CD4⁺, причому починати її треба якомога раніше після початку протитуберкульозного лікування протягом 8 тиж.

Ще одне дуже важливе питання, якому надають увагу експерти ВООЗ, — охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом ВІЛ-інфікованих пацієнтів. За даними Харківського СНІД-центру, 62 ВІЛ інфікованих отримували ізоніазид протягом останніх 2 років, це 82 % потреби.

За наказом МОЗ України № 1039 [2], профілактичне лікування ізоніазидом розпочинають у ЛЖВ, в яких не виявлено активного ТБ. Хіміо-профілактику ТБ у ВІЛ-інфікованих проводять шестимісячним курсом ізоніазиду по 5 мг/кг (не більше 0,3 г) раз на рік до стійкого підвищення рівня CD4⁺ (понад 500 в 1 мл).

З огляду на неухильне зростання кількості хворих з ко-інфекцією для своєчасного виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих доцільною є інтеграція протитуберкульозної служби і служби з боротьби зі СНІДом. Для реалізації поставлених завдань потрібно удосконалити і широко застосовувати єдину інформаційну базу для моніторингу цих захворювань.

Висновки

Аналіз епідеміологічної ситуації відносно ко-інфекції ТБ/ВІЛ в Харківській області дає підстави для підтвердження таких положень [1, 7]:

1. Пріоритетність групи ВІЛ-інфікованих осіб серед груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз обґрунтовує кончу потребу в створенні єдиної інформаційної бази для їхнього моніторингу.

2. Туберкульоз є основним вторинним захворюванням при ВІЛ-інфекції і головною причиною смерті в стадії СНІДу. Для своєчасної профілакти-

ки і діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих потрібні спільні скоординовані зусилля фтизіатричної служби і служби боротьби зі СНІДом.

3. ВІЛ/СНІД — найістотніший чинник, що підтримує епідемію туберкульозу, тому потрібно принципово вирішити питання забезпечення вільного доступу до АТР та хіміопротекції туберкульозу ВІЛ-інфікованих.

Список літератури

1. Наказ МОЗ України «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)» № 1039 від 31.12.2014 р.
2. Нізова Н.М., Шербінська А.М., Гетьман Л.І. та ін. ВІЛ-інфекція в Україні // Інформ. бюл.— 2015.— № 43.— 112 с.
3. Черненко С.О., Щербакова Л.В. Проблеми ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ в Україні // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2010.— № 1.— С. 18–23.
4. Badri M. et al. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area // J. Tuberc. Lung. Dis.— 2001.— Vol. 5.— P. 225–232.
5. Sonnenberg P., Glynn J.R., Fielding K. et al. How soon after infection with HIV does the risk of tuberculosis start to increase? A retrospective cohort study in South African gold miners // J. Infect. Dis.— 2005.— Vol. 191.— P. 150–158.
6. Todoriko L. D., Ieremenchuk I. V. Features of cytokine regulation and indicators of endogenous intoxication in multidrug-resistant pulmonary tuberculosis // Moldovan Journal of Health Sciences.— 2014.— N 2.— С. 26–35.
7. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing — WHO report 2011. Chapter 1, Epidemiology. Document WHO/HTM/TB/2011.—411.

О.С. Шевченко¹, П.И. Потейко², Т.Ф. Ковалева¹, О.А. Говардовская³, Н.А. Чувуріна³

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Харьковская академия последипломного образования

³Харьковский областной противотуберкулезный диспансер № 1

Ко-инфекция туберкулез/ВИЧ: эпидемиологические показатели в Харьковской области за 2014 год

Анализ эпидемиологических показателей распространения ко-инфекции ТБ/ВИЧ в Харьковской области за 2014 г. показал, что больных мужчин больше, чем женщин. Превалирующей локализацией является туберкулез легких (73,4 %). Туберкулез является основным вторичным заболеванием при ВИЧ-инфекции и главной причиной смерти в стадии СПИДа. Для своевременной профилактики и диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных нужны скоординированные усилия фтизиатрической службы и службы борьбы со СПИДом.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ/СПИД, эпидемиология.

O.S. Shevchenko¹, P.I. Poteiko², T.F. Kovalyova¹, O.O. Govardovska³, N.O. Chuvurina³

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health Care of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

³Kharkiv Regional TB Dispensary N 1, Kharkiv, Ukraine

Co-infection HIV/tuberculosis: epidemiology characteristic in the Kharkov region in 2014 year

Co-infection tuberculosis/HIV in Kharkov region in 2014 epidemiological analysis shows that the number of males prevails comparing with females in the structure of co-infection tuberculosis/HIV. Prevalent site of tuberculosis in HIV-infected persons is pulmonary tuberculosis (73, 4 %). Tuberculosis is a main secondary disease with HIV-infection and the main cause of death in AIDS stage. This demands mutual coordinated efforts of Phthisiology and anti AIDS services for in time prophylaxis and diagnosis of tuberculosis in HIV-infected persons.

Key words: tuberculosis, HIV/ AIDS, epidemiology.

Контактна інформація:

Шевченко Ольга Станіславівна, доц., зав. кафедри фтизіатрії та пульмонології
61022, м. Харків, просп. Леніна, 4

Стаття надійшла до редакції 17 липня 2015 р.