УДК 616.-002.5:615.015.8:576.858:612.017.1

В.І. Петренко[1], О.В. Панасюк[1—4], Г.В. Радиш[1], О.Б. Голуб[4], Я.В. Лопатіна[4], Л.С. Ничипоренко[4]

[1] Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
[2] ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини»
[3] ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», Київ
[4] КЗ КОР «Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД»

Порівняльні результати лікування хворих на туберкульоз (неуточненої локалізації, рифампіцинорезистентний легень, мультирезистентний легень, міліарний і мультирезистентний нервової системи) у поєднанні з ВІЛ-інфекцією

Мета роботи — порівняти ефективність антимікобактеріальної терапії (АМБТ) на тлі антиретровірусної терапії (АРТ) у ВІЛ-позитивних хворих на туберкульоз неуточненої локалізації (ТБНУЛ), рифампіцинорезистентний туберкульоз (РифТБ) легень, мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) легень, міліарний туберкульоз (МТБ) та мультирезистентний туберкульозний менінгоенцефаліт (МРТБ МЕЦ) з можливим обґрунтуванням потреби в наданні медичної допомоги хворим на ТБНУЛ (рубрики А18 або А18.10), у тому числі поєднаний з ВІЛ-інфекцією.

Матеріали та методи. Обстежено і проліковано відповідно до національних стандартів випадково вибраних 150 хворих із ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ. Хворих розподілено на 5 груп (по 30 осіб) залежно від клінічної форми туберкульозу і резистентності мікобактерій туберкульозу. I група — хворі з ТБНУЛ; II — РифТБ легень; III — МРТБ легень; IV — МТБ і V — МРТБ МЕЦ.

Результати та обговорення. За результатами когортного аналізу, в разі ТБНУЛ «ефективного лікування» досягають у 90,0 % випадків, РифТБ легень — у 76,7 %, МРТБ — у 63,4 %, МТБ — у 60,0 % і МРТБ МЕЦ — у 53,3 %. Аналогічна закономірність спостерігається і стосовно померлих.

Висновки. Доведено переважання ефективності лікування у ВІЛ-позитивних хворих на ТБНУЛ і дещо вищу ефективність у ВІЛ-позитивних хворих на РифТБ легень порівняно з ВІЛ-позитивними хворими на МРТБ легень, МТБ і МРТБ МЕЦ. Синдром відновлення імунної системи підвищує ризик смерті й кількість померлих ВІЛ-інфікованих із низьким (< 100) рівнем СД4-клітин/мм^3 у хворих на ТБНУЛ та туберкульоз уточненої локалізації, якщо їм проводили ефективну АРТ на тлі неадекватної АМБТ. Надання медичної допомоги дорослим ВІЛ-інфікованим хворим на ТБНУЛ (рубрики А18 або А18.10) рекомендують відновити на національному рівні, оскільки на етапі виявлення, діагностики і лікування цієї клінічної форми туберкульозу можна домогтися високої ефективності.

Ключові слова

Туберкульоз, уточнена, неуточнена локалізація, хіміорезистентність, наслідки лікування, поєднання з ВІЛ.

Сучасна стратегія контролю за туберкульозом (ТБ) в Україні ґрунтується на засадах схваленої в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії та Адаптованої Стоп-ТБ-стратегії. Хоча від 2006 р. епідемія ТБ в Україні вступила в фазу стабілізації, проте ситуація з хіміорезистентним ТБ (моно-, полі-, мульти- й розширенорезистентним ТБ) не поліпшується [8]. Мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) у світі зростає [12]. У останні роки МРТБ діагностують у 24,4—58,6 % випадків, що вказує на дуже високий його тягар [6]. Ефективне лікування хворих із МРТБ, за даними останніх років, становить від 38,1 до 62,0 % випадків [7]. Проте ефективність лікування хворих на МРТБ легень у поєднанні з ВІЛ-інфекцією ще недостат-

© В.І. Петренко, О.В. Панасюк, Г.В. Радиш, О.Б. Голуб, Я.В. Лопатіна, Л.С. Ничипоренко, 2017

ньо вивчена. Мало інформації про наслідки лікування ВІЛ-позитивних хворих із рифампіцинорезистентним туберкульозом (РифТБ) легень. Останнім часом з'являються також публікації про фатальний перебіг у ВІЛ-позитивних хворих міліарним туберкульозом (МТБ) і мультирезистентним туберкульозним менінгоенцефалітом (МРТБ МЕЦ), від яких помирає відповідно 46,3 і 89,5 % хворих [1, 5].

Ще однією з прогалин, які перешкоджають доступу ВІЛ-позитивних пацієнтів до адекватних профілактики, діагностики та лікування ТБ, є неналежна взаємодія програм боротьби зі СНІДом з відповідними протитуберкульозними програмами. Для надання медичної допомоги дорослим ВІЛ-інфікованим хворим на туберкульоз неуточненої локалізації (ТБНУЛ) потрібно організувати роботу на етапі діагностики і лікування цієї клінічної форми ТБ, яку офіційно, згідно з класифікацією ТБ в Україні, визнавали [2] та наводили в Національних фахових підручниках за рубрикою А18 або А18.10 [4, 9]. Не зрозуміло, чому, згідно з чинною в Україні клінічною класифікацією ТБ, ця його форма за згаданою рубрикою вже не існує [3].

Мета роботи — порівняти ефективність антимікобактеріальної терапії (АМБТ) на тлі антиретровірусної терапії (АРТ) у ВІЛ-позитивних хворих на ТБНУЛ, РифТБ легень, МРТБ легень, МТБ та МРТБ МЕЦ з можливими обґрунтуваннями потреби в наданні медичної допомоги хворим на ТБНУЛ (рубрики А18 або А18.10), в тому числі поєднаним з ВІЛ-інфекцією.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження були 150 хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, яких випадково підбирали від 2006 до 2016 р. на клінічних базах названих медичних університетів й Інституту інфекційних хвороб Києва та окремих медичних закладах охорони здоров'я України.

ВІЛ-інфікованих хворих на ТБ підбирали за критеріями введення та виведення.

Загальними були такі критерії введення: вік 18 років та більше; клінічні, променеві й лабораторні ознаки ТБНУЛ, РифТБ легень, МРТБ легень, МТБ і МРТБ МЕЦ, підтверджені відповідними критеріями діагностики (МБТ+, Гіст+, позитивна реакція організму на АМБТ, а також Риф+ і тест медикаментозної чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів (ПТП); результати лікування на момент завершення основного курсу (ОК) АМБТ; хворі, які померли під час проведення ОК АМБТ.

Критерії вилучення із дослідження: вагітність; вік 17 років і молодший; хворі, які не завершили інтенсивну або продовжувальну фазу ОК АМБТ через «відрив» (не з медичної причини) як соціально мало забезпечені або незахищені; хворі із серйозною аритмією, через яку потребували приймати відповідні препарати; захворювання сухожиль та зв'язок; цукровий діабет.

Клінічну, променеву та лабораторну характеристику хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ на старті АМБТ представлено в табл. 1.

Усім хворим з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ методи виявлення їх і діагностики та АМБТ і АРТ проводили за вимогами, передбаченими національними клінічними протоколами. При цьому лікування розпочинали із призначення протитуберкульозної терапії незалежно від кількості СД4-клітин. Якщо пацієнт уже отримував АРТ, її продовжували, а за потреби проводили корекцію комплексного лікування з урахуванням особливих ситуацій (сумісності антимікобактеріальних та антиретровірусних препаратів).

Залежно від клінічної форми туберкульозу та хіміорезистентності МБТ до ПТП хворих розподілено на п'ять груп по 30 осіб у кожній: I – ТБНУЛ; II — РифТБ легень; III — МРТБ легень; IV — МТБ, переважно хіміорезистентний та V — МРТБ МЕЦ.

Результати на момент завершення ОК АМБТ оцінювали за стандартними показниками, відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз» [3].

Результати досліджень та лікування хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ зберігали, обробляли та обчислювали за допомогою програми Microsoft Exel 2007. Цифровий матеріал статистично обробляли з вирахуванням показника вірогідності.

Результати та обговорення

Отже, маніфестація захворювання ТБНУЛ і ТБ будь-якої локалізації відбувається у ВІЛ-позитивних пацієнтів на тлі переважно глибокого імунодефіциту [1, 11]. При цьому деструктивний процес у легенях та інших органах (лімфатичних вузлах, речовині головного мозку, тілі хребців, печінці) виявляють у 50,8 % випадків уточненої локалізації туберкульозу. У 120 ВІЛ-інфікованих туберкульозну етіологію остаточно верифікували лише на підставі позитивних лабораторних даних (за культурально-класичними методами, BACTEC, Xpert MTB/Rif). Із 30 хворих на ТБ НУЛ з ВІЛ-інфекцією, які отримували АМБТ на тлі АРТ, у 27 вилікуваних критерієм діагностики ТБ була позитивна клінічна динаміка, попри виникнення синдрому

Таблиця 1. **Клінічна, променева та лабораторна характеристика хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ на старті антимікобактеріальної терапії**

Показник		Абс.	%
Чоловіча стать		96	64,00
Вік від 22 до 56 років. У середньому (41,2 ± 3,18) року			
ТБНУЛ		30	100,0
ТБ уточненої локалізації (зі 120)	Легень, з них*	95	100,0
	Міліарний ТБ: — одна локалізація# — полісерозит — множинна (генералізована)&	30 5 5 20	100,0 16,6 16,6 66,8
	Оболонок і речовини мозку, з них: — одна локалізація — множинна	30 3 27	100,0 10,0 90,0
Поєднані інфекційні хвороби (перенесені або наявні) (зі 150)	— Криптококовий менінгіт	2	1,3
	— Токсоплазмовий енцефаліт	3	2,0
	— Пневмоцистна пневмонія	5	3,3
	— Герпетична інфекція	8	5,3
	— Вірусний гепатит В, С	15	10,0
	— Кандидоз орофарингеальний	19	12,7
Кількість пацієнтів, у яких виявлено Дестр+ (зі 120)		61	50,8
Кількість виділювачів МБТ (зі 150)	Усіх: — чутливі до ПТП — монорезистентні — полірезистентні — рифампіцинорезистентні — мультирезистентні	120 12 4 4 33 67	100,0 10,0 3,3 3,3 27,5 55,9
Кількість пацієнтів, у яких досліджували ліквор		60	100,0
Плеозитоз	< 100 клітин/мм^3	23	38,3
	≥ 100 клітин/мм^3	2	3,3
У периферійній крові рівень СД4-клітин/мм^3 (n = 150)	< 100	92	61,3
	100—200	28	18,7
	> 200	30	20,0
Кількість пацієнтів, які отримували АРТ (зі 150)		26	17,3

Примітка. * ТБ вогнищевий — 8 (8,4 %) випадків; ТБ фіброзно-кавернозний — 8 (8,4 %) випадків; ТБ інфільтративний — 33 (34,7 %) випадків і ТБ дисемінований — 46 (48,5 %) випадків; # ТБ легень; & ТБ (лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, хребта, кишечника, легень).

відновлення імунної системи (СВІС) у 9 пацієнтів з глибоким імунодефіцитом. У решти 3 хворих, у яких також розвинувся СВІС, спостерігалася негативна клінічна, а також променева і лабораторна динаміка, який у одного спричинив смерть (від МЕЦ), у 2 — став «відривом» після закінчення першого курсу АМБТ.

Крім того, у 40 (26,7 %) зі 150 ВІЛ-інфікованих пацієнтів одночасно поєднувалося від 2 до 4 інфекційних уражень, а саме: ТБ, кандидозний орофарингіт і/або езофагіт, одна чи більше із герпетичних інфекцій (HSV1/2, EBV, varicella Zoster, CMV), пневмоцистна пневмонія, токсоплазмовий енцефаліт, криптококовий менінгіт, а також вірус гепатиту С і/або В. Це потребує подальшого аналізу.

Результати комплексного лікування хворих із ко-інфекцією ТБ/ВІЛ залежно від групи наведено в табл. 2.

Отже, засвідчено переважання ефективності лікування ВІЛ-інфікованих хворих із ТБНУЛ і дещо більшу ефективність лікування хворих із РифТБ легень (II група) порівняно з даними III, IV і V груп хворих. Тобто, з одного боку, вдається запобігти розвитку можливих клінічних форм ТБ з хіміорезистентним мікобактеріовиділенням (РифТБ легень, МРТБ легень) і ТБ з несприятливим прогностичним перебігом (МТБ, МРТБ МЕЦ) у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, з іншого, є ключовою умовою профілактики таких захворювань, оскільки розриває епідеміологічний ланцюг передачі збудника (МБТ) шляхом вилучення із нього хворого на активний ТБ.

Щодо контингенту померлих спостерігається аналогічна закономірність. При цьому в кожній групі причиною смерті хворих у основному був СВІС, який розвивався у 43 (28,7 %) хворих усіх груп: I — 12, II — 4, III — 4, IV — 10 і V — 13 хворих.

Таблиця 2. **Порівняльні результати комплексного лікування ВІЛ-інфікованих хворих I—V груп**

Група	Кількість хворих	Результат лікування							
		Ефективне		Невдале		Померло		«Відрив»#	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	30	27	90,0	0	0	1	3,3	2	6,7
II	30	23	76,7	1	3,3	4	13,3	2	6,7
III	30	19*	63,4	1	3,3	7*	23,3	3	10,0
IV	30	18*	60,0	2	6,7	7*	23,3	3	10,0
V	30	16*	53,3	2	6,7	10*	33,3	2	6,7
Разом	150	103	68,7	6	4,0	29	19,3	12	8,0

Примітка. #Включено групи «перерване лікування» та «вибули»; * показник вірогідно відрізняється від такого у хворих I групи ($p < 0,05$).

СВІС розвивався у хворих із рівнем СД4-клітин у крові до 100 в 1 мм^3 перед початком АРТ, мав гострий початок, супроводжувався генералізацією туберкульозу, багатоорганним ураженням і мав несприятливий прогноз. Лікувальні заходи в 23 випадках були неефективними, що збігається з даними літератури [5]. Проте в інших 15 випадках, коли виникав СВІС, завдяки діагностичним (BACTEC, Xpert MTB/Rif) і лікувальним заходам (індивідуалізовані схеми ПТП з додаванням лінезоліду (Lzd) і (або) меропенему (Mp), високі дози кортикостероїдів, протинабрякові засоби) вдавалося домогтися ефективного лікування.

Таким чином, отримані результати вказують на практично зіставну ефективність комплексного лікування хворих на ТБ з різною локалізацією у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та підтверджують переважаючу ефективність АМБТ ТБНУЛ, поєднаного з ВІЛ-інфекцією.

Висновки

1. Доведено переважання ефективності лікування у ВІЛ-позитивних хворих на туберкульоз неуточненої локалізації, дещо вищу ефективність у ВІЛ-позитивних хворих на рифампіцинорезистентний туберкульоз легень порівняно з ВІЛ-позитивними хворими на мультирезистентний туберкульоз легень, міліарний туберкульоз і мультирезистентний туберкульозний менінгоенцефаліт.

2. Синдром відновлення імунної системи підвищує ризик смерті й кількість померлих ВІЛ-позитивних із низьким (< 100) рівнем СД4-клітин/мм^3 у хворих на туберкульоз неуточненої локалізації та туберкульоз уточненої локалізації, якщо їм проводили ефективну антиретровірусну терапію на тлі неадекватної антимікобактеріальної терапії.

3. Надання медичної допомоги дорослим ВІЛ-інфікованим хворим на туберкульоз неуточненої локалізації (рубрики А18 або А18.10) рекомендують відновити на національному рівні, оскільки робота на етапі виявлення, діагностики і лікування цієї клінічної форми туберкульозу дає змогу ефективно лікувати таких хворих.

4. Окремої уваги потребують випадки туберкульозу із розширеною резистентністю в поєднанні з ВІЛ-інфекцією щодо вивчення ефективності комплексного лікування. Це завдання подальшого поглибленого дослідження.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — В.І. Петренко, О.В. Панасюк, Г.В. Радиш; збір і обробка матеріалу — О.В. Панасюк, О.Б. Голуб, Я.В. Лопатіна, Л.С. Ничипоренко, Г.В. Радиш; статистична обробка матеріалу — Г.В. Радиш; написання тексту — О.В. Панасюк, Г.В. Радиш; редагування тексту — В.І. Петренко.

Список літератури

1. Голубовська О.А., Ніколаєва О.Д., Климанська Л.А. та ін. Клінічні форми туберкульозу у хворих на ВІЛ-інфекцію // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2014. — № 4 (19). — С. 5—12.
2. Наказ МОЗ України від 09.06.2006 р. № 385 «Про затвердження Інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз».
3. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз»: Наказ МОЗ України № 620 від 04.09.2014 р. — К., 2014. — 128 с.
4. Пульмонологія та фтизіатрія: підруч. у 2-х т. / За ред. Ю.І. Фещенка, В.П. Мельника, І.Г. Ільницького. — Київ-Львів: Атлас, 2011. — 1362 с.
5. Тлустова, Т.В. Особливості діагностики та лікування туберкульозного менінгоенцефаліту у ВІЛ-інфікованих хворих: автореф. дис. ...канд. мед. наук. — К., 2015. — 18 с.
6. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник). — К., 2015.
7. Фещенко Ю.І., Литвиненко Н.А., Погребна М.В. та ін. Лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз із розширеною резистентністю мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів: основні причини низьких результа-

тів // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2016.— № 2 (25).— С. 22—29.
8. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація контролю за хіміорезистентним туберкульозом. Виробниче видання.— К.: Здоров'я, 2013.— 704 с.
9. Фтизіатрія / За ред. В.І. Петренка — К.: ВСВ «Медицина», 2015.— 472 с.
10. Jaryal A., Raina R., Sarkar M., Sharma A. Manifestations of tuberculosis in HIV/AIDS patients and its relationship with CD4 count // Lung India: official organ of Indian Chest Society.— 2011.— Vol. 28, N 4.— P. 263—266.
11. Crum-Cianflone N.F. Immune reconstitution inflammatory syndrome: What's new? The AIDS Reader [Text].— 2006.— Vol. 16, N 4.— P. 214—217.
12. WHO. Global tuberculosis Control report. WHO report [Text] WHO.— 2012.— Geneva, Switzerland.— 273 p.

В.И. Петренко[1], А.В. Панасюк[1—4], А.В. Радыш[1], О.Б. Голуб[4], Я.В. Лопатина[4], Л.С. Ничипоренко[4]

[1] Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, Киев
[2] ЧВУЗ «Киевский медицинский университет Украинской ассоциации народной медицины»
[3] ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней имени Л.В. Громашевского НАМН Украины», Киев
[4] КУ КОС «Киевский областной центр профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД»

Сравнительные результаты лечения больных туберкулезом (неуточненной локализации, рифампицинрезистентный легких, мультирезистентный легких, милиарный и мультирезистентный нервной системы) в сочетании с ВИЧ-инфекцией

Цель работы — сравнить эффективность антимикобактериальной терапии (АМБТ) на фоне антиретровирусной терапии (АРТ) у ВИЧ-положительных больных с туберкулезом неуточненной локализации (ТБНУЛ), рифампицинрезистентным туберкулезом (РифТБ) легких, мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) легких, милиарным туберкулезом (МТБ) и мультирезистентным туберкулезным менингоэнцефалитом (МРТБ МЭЦ) с возможными обоснованиями в необходимости оказания медицинской помощи больным ТБНУЛ (рубрики А18 или А18.10), в том числе в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено в соответствии с национальными стандартами случайно отобранных 150 больных с ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ. Больных разделили на 5 групп (по 30 пациентов) в зависимости от клинической формы туберкулеза и резистентности микобактерий туберкулеза. I группа — больные с ТБНУЛ; II — с РифТБ легких; III — с МРТБ легких; IV — с МТБ и V — с МРТБ МЭЦ.

Результаты и обсуждение. За результатами когортного анализа при ТБНУЛ «эффективное лечение» достигается в 90,0 % случаев, РифТБ легких — в 76,7 %, МРТБ — в 63,4 %, МТБ — в 60,0 % и МРТБ МЭЦ — в 53,3 %. Аналогичная закономерность отмечается и относительно контингента умерших.

Выводы. Доказана существенная эффективность лечения у ВИЧ-положительных больных с ТБНУЛ и несколько лучшая эффективность у ВИЧ-положительных больных с РифТБ легких в сравнении с ВИЧ-положительными больными с МРТБ легких, МТБ и МРТБ МЭЦ. Синдром восстановления иммунной системы повышает риск смерти и количество умерших ВИЧ-положительных с низким (< 100) уровнем СД4-клеток/мм^3 у больных с ТБНУЛ и туберкулезом уточненной локализации, если им проводят эффективную АРТ на фоне неадекватной АМБТ. Оказание медицинской помощи взрослым ВИЧ-положительным больным с ТБНУЛ (рубрики А18 или А18.10) рекомендуют восстановить на национальном уровне, поскольку на этапе выявления, диагностики и лечения этой клинической формы туберкулеза можно достичь высокой эффективности.

Ключевые слова: туберкулез, уточненная, неуточненная локализация, химиорезистентность, результаты лечения, сочетание с ВИЧ.

V.I. Petrenko[1], O.V. Panasyuk[1—4], G.V. Radysh[1], O.B. Holub[4], Ya.V. Lopatina[4], L.S. Nychyporenko[4]
[1] O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
[2] Kyiv Medical University UAFM, Kyiv, Ukraine
[3] Gromashevsky Research Institute of Epidemiology and Infectious Diseases of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine
[4] Kyiv Area City Center for Prevention and Control of AIDSth, Kyiv, Ukraine

Comparative results of treatment of patients with TB (unspecified localization, Rifampicinresistant of lungs, multiresiatant of lungs, milliar and multiresistant of nervous system) combined with HIV infection

Objective — to compare efficacy of antimycobacterial therapy (AMBT) on the background of antiretroviral therapy (ART) of HIV-positive patients with TB of unspecified localization (TBUL), rifampicinresistant TB of lungs (RRTBL), multiresistant TB of lungs (MRTBL), milliar TB (MTB) and multiresistant TB meningoencephalitis (MRTBME) with possible justifications of necessity of medical care for patients with TBUL (with rubric A18. Or A18.10), including ones with concomitant HIV infection.

Materials and methods. 150 randomly selected patients with coinfection of TB/HIV which were examined and treated in accordance with national standards, divided on 5 groups (for 30 patients in each one) depending on clinical form of TB and resistance of Mycobacteria of Tuberculosis. I group — patients with TBUL; II group — patients with RRTBL; III group — patients with MRTBL; IV group — patients with MTB, and V group — patients with MRTBME.

Results and discussion. Results of cohort analysis shown that for TBUL «effective treatment» achives in 90.0 % of cases, for RRTBL — in 76.7 %, for MRTBL — in 63.4 %, for MTB — in 60.0 %, and for MRTBE — in 53.3 %. The same pattern occurs also within died patients.

Conclusions. It was proved significant efficacy of treament of HIV-positive patients with TBUL and slightly better efficacy of HIV-positive patients with RRTBL in comparison with HIV-positive patients with MRTBL, MTB and MRTBME. The syndrome of immune reconstruction increase risk of death and quantity of died HIV-positive patients with low (< 100) level of CD4 celles/mm^3 of patients with TBUL and TB of specified localization in case of effective ART on background inadequate AMBT. It is recommended to restore medical treatment of HIV-positive adults with TBUL (under rubrics A18. or A18.10) on national level, because it allows to highly and effectively treat those patients on the stage of detection, diagnostics and treatment of this clinical form of TB.

Key words: tuberculosis, specified, uspecified localization, chemoresistance, treatment results, combinations with HIV.

Контактна інформація:

Петренко Василь Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри фтизіатрії та пульмонології
01601, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13
E-mail:ft@nmu.kiev.ua

Стаття надійшла до редакції 22 лютого 2017 р.