

УДК 616-002.5:616.98:578.828НIV:57.048(476.2)

**АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДИКТОРОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО
ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ВПЕРВЫЕ
ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Михасёв М. Н., Борисенко Т. Д., Бутько С. В., Шаршакова Т. М.,
Тарасюк И. В., Суркова Л. К.**

Учреждение

«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В Гомельской области успешно завершена Государственная программа «Туберкулез» на 2005–2009 гг. Реализована первая фаза проекта ПРООН по поддержке программы «Туберкулез», финансируемого за счет гранта Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом, малярией. Благодаря внедрению стандартных схем лечения больных туберкулезом, организации контролируемого амбулаторного лечения, обеспечения мониторинга за госпитализацией больных с бактериовыделением, внедрения новых методов диагностики туберкулеза фтизиатрической службе Гомельской области удалось добиться значительных успехов в борьбе с туберкулезом. Так, за 2010 г. первичная заболеваемость всеми формами активного туберкулеза снизилась на 2,6 %, значительно уменьшился процент рецидивов — на 16,3 %.

Однако, на фоне тенденции снижения заболеваемости туберкулезом и относительно стабильной ситуации по числу зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, количество больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом не уменьшается. В Гомельской области отмечался достоверный рост ВИЧ-ассоциированного туберкулеза: в 2004 г. выявлено 17 больных — 1,9 % от числа заболевших туберкулезом, в 2005 г. — 62 (6,7 %), в 2006 г. — 92 (9,4 %), в 2007 г. — 104 (11,5 %), в 2008 г. — 108 (12,0 %), в 2009 г. — 116 (13,2 %), в 2010 г. — 110 (12,9 %). Несмотря на стабилизацию числа больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом с 2007 г., данная проблема остается актуальной для Гомельского региона ввиду того, что не менее 13 % всех впервые выявленных пациентов с туберкулезом относятся к группе ВИЧ-инфицированных. Ведущим фактором заболевания туберкулезом в ближайшее время будет именно ВИЧ-инфекция, а не социально-экономические условия. Туберкулез разовьется у 1/3–2/3 лиц, инфицированных ВИЧ [1].

В первые годы распространения эпидемии ВИЧ-инфекции и связанного с ней туберкулеза подавляющее большинство инфицированных составляли молодые люди в возрастной категории 20–24 года (удельный вес 41,92 %) и 25–29 лет (удельный вес 26,24 %) — данные на 01.01.2002 г. Наиболее уязвимой группой населения являлись мужчины — внутривенные наркоманы — 78,2%. В определенных группах населения ВИЧ-ассоциированный туберкулез — очень распространенное явление. Это, прежде всего, лица прошедшие через пенитенциарные учреждения, где существует оптимальная комбинация факторов риска возникновения и передачи туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Заболеваемость туберкулезом среди лиц, отбывающих наказание, до 50 раз выше, чем в общей популяции. Многие из осужденных, больных туберкулезом, находятся в режиме заключения-освобождение, т. е. постоянно циркулируют между обществом и тюрьмой, разными регионами страны, оказывая значительное влияние на эпидемиологическую ситуацию в регионе [2].

На сегодняшний день ситуация с социальным статусом ВИЧ-инфицированных претерпевает значительные изменения. По данным официальной статистики, в Гомельской области на 1 января 2011 г. зарегистрировано 5965 случаев ВИЧ-инфекции. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией стабилизировалась и имеет тенденцию к снижению. Подавляющее число ВИЧ-инфицированных — люди в возрасте от 40 лет и старше (24,5 %), 25–29 лет (21,3 %). Среди выявленных в текущем году удельный вес женщин составил 51,5 %, мужчин — 48,5 %. Прослеживается значительный рост полового пути передачи среди женского населения: 1999 г. — 45,9 %, 2010 г. — 92,9 %. Большинство заболевших женщин социально адаптированы. Следовательно, ожидается и смена социальной структуры заболевших сочетанной инфекцией ВИЧ + туберкулез в ближайшие годы [3].

Сложности при диагностике и лечении больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом связаны с тем, что у больных СПИДом туберкулезный процесс характеризуется атипичным течением. Он чаще проявляется прикорневой лимфаденопатией, милиарной диссеминацией, вовлечением в процесс серозных полостей (плеврит, асцит, перикардит). Процесс часто распространяется вне легких с вовлечением практически всех органов и систем [4]. По данным литературы, важными особенностями туберкулеза у больных СПИДом являются высокая контагиозность и значительный удельный вес лекарственно-устойчивых форм заболевания [5].

В настоящее время организация помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом оказывается ЛПУ области на основании Приказа МЗ РБ от 11.11.2010 г. № 1217 «Об утверждении инструкции об организации оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом». В Гомельской области проводится химиопрофилактика изониазидом ВИЧ-инфицированным, но заканчивают курс лечения только 25–30 % от начавших (данные по Светлогорскому району). Остальные пациенты не имеют приверженности к профилактическому лечению и отказываются от профилактического приема противотуберкулезных препаратов, законодательной базы для привлечения их к лечению нет.

Цель исследования

Выявление социальных предикторов (показателей, прогностических факторов) и клинических особенностей течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза у пациентов с впервые установленным диагнозом.

Материалы и методы

Исследование проводилось в учреждении «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» (УГОТКБ), куда госпитализируются пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, проживающие в Гомельской области. В УГОТКБ функционирует отделение для лечения сочетанной инфекции на 90 коек — единственное в Республике Беларусь.

Проводился ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-ассоциированного туберкулеза и находившихся на лечении в УГОТКБ в 2010 г. Использовались данные отчетов организационно-методического отдела за 2010 г. Для обработки результатов исследований применены методы описательной статистики.

Результаты исследований

В 2010 г. в Гомельской области выявлено 110 больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

Среди пациентов преобладали мужчины 84 (76,4 %), женщин было 26 (23,6 %). В возрастную группу 20–29 лет входило 12 (10,9 %) человек, 30–39 лет — 70 (63,9 %), 40–49 лет — 21 (19 %), 50–59 лет — 7 (6,4 %) человек.

Наибольшее количество пациентов было из Светлогорского района 64 (58,1 %), из Жлобинского района — 18 (16,3 %), г. Гомеля — 8 (7,3 %), Калинковичского района

6 (5,45 %), из Октябрьского и Речицкого района по 3 (2,7 %) человека, из Гомельского и Мозырского районов по 2 (1,8 %), из Кормянского, Хойникского, Рогачевского, Петриковского районов по 1 (0,9 %) человеку. 86 (78,1 %) человек относились к городскому населению, 24 (21,8 %) пациента проживали в селах. Неработающие пациенты — 75 (68,2 %) человек.

Часть ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом 66 (60 %) человек инфицированы также вирусами гепатита В и (или) С, 51 (47 %) человек являются или являлись инъекционными наркоманами. Сопутствующим алкоголизмом страдают 36 (33 %) пациентов. Через пенитенциарные учреждения прошли 38 (34,5 %) пациентов.

По клиническим формам туберкулеза пациенты распределились следующим образом: инфильтративный туберкулез — 36 (32,7 %) человек, инфильтративный с распадом — 13 (11,8 %), диссеминированный туберкулез — 10 (9 %), диссеминированный с распадом — 9 (8,2 %), очаговый — 10 (9 %), милиарный — 14 (12,7 %), казеозная пневмония — 3 (2,7 %), туберкулезный плеврит — 4 (3,1 %), туберкулез внутригрудных лимфоузлов — 5 (4,5 %), туберкулез периферических лимфоузлов — 4 (3,1 %), туберкулез органов брюшной полости — 1 (0,9 %), туберкулез других органов — 1 (0,9 %).

Бактериовыделителями являлись 57 (51,8 %) пациентов, из них положительная бактериоскопия и посев были выявлены у 46 (41,8 %) пациентов, только положительный посев у 11 (10 %) пациентов.

Обсуждение

Социальные предикторы заболевания ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в 2010 г. соответствуют социальному статусу пациентов с ВИЧ-инфекцией, заразившихся во второй половине 90-х гг. прошлого века. В настоящее время ВИЧ-инфицированные из Светлогорского района, заразившиеся 10–12 лет назад, начинают входить в терминальную стадию СПИД, у них реактивируется персистирующая в организме туберкулезная инфекция или происходит суперинфекция (в 1/3 случаев это происходит в пенитенциарных учреждениях).

Очаговые формы туберкулеза (инфильтративный, очаговый) наблюдались у 46 (41,8 %) человек. У остальных пациентов диссеминированные (22 %) или деструктивные клинические формы, сопровождающиеся распадом легочной ткани — в 21,8 % случаев или внелегочной туберкулез — 13,6 %. В большинстве случаев ВИЧ-ассоциированный туберкулез сопровождается бактериовыделением, подтвержденным как бактериоскопически, так и бактериологически.

Заключение

1. В Гомельской области стабилизировалась ситуация по заболеваемости туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и сочетанной патологией. Доля больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом установилась на уровне 13 % от всех впервые выявленных пациентов с активным туберкулезом.

2. Социальный статус пациента с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом следующий: мужчина трудоспособного возраста 30–39 лет, проживающий в Светлогорском районе, неработающий, пребывавший в местах лишения свободы в прошлом и там заразившийся туберкулезом в результате суперинфекции, имеющий в анамнезе эпизоды приема внутривенных наркотиков, не имеющий приверженности в лечению, страдающий парентеральными вирусными гепатитами и алкоголизмом.

3. Большинство пациентов ВИЧ-ассоциированным туберкулезом уже в первый год заболевания имеют распространенные формы туберкулеза с бактериовыделением. Велик удельный вес внелегочного туберкулеза.

4. Течение туберкулеза, сочетанного с ВИЧ инфекцией, зависит не только от выраженного иммунодефицита, но также и от социального статуса пациента. Высокий удельный вес деструктивных форм, вероятно, обусловлен не только снижением иммунитета, но и неблагоприятным социальным статусом пациентов.

5. Вследствие асоциального поведения, уклонения от лечения, тяжелых клинических форм туберкулеза, сопутствующей патологии, активного бактериовыделения пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом способствуют распространению туберкулеза, ВИЧ-инфекции и сочетанной патологии с вовлечением в эпидемический процесс всех административных территорий Гомельской области. Следовательно, необходима организация помощи этой категории пациентов, включающая мероприятия по профилактике, раннему выявлению и строгому контролю за их лечением.

6. Социальная характеристика пациентов сочетанной инфекцией будет меняться в ближайшие десять лет в сторону увеличения доли женщин трудоспособного возраста, работающих, социально адаптированных, приверженных лечению, заразившихся ВИЧ половым путем, туберкулезом — в результате реактивации собственных микобактерий из-за снижения клеточного иммунитета. Вероятно изменение клинических особенностей течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза у этой категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнилова, З. Х. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией / З. Х. Корнилова, И. В. Луконина, Л. П. Алексеева // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. — 2010. — № 3. — С. 3–9.
2. ВИЧ-ассоциированный туберкулез в пениitenciарных учреждениях республики / П. С. Кривонос [и др.] // Вестник пениitenciарной медицины. — 2002. — № 1 (3). — С. 15–23.
3. Статистические данные о ряде социально значимых заболеваний, опосредованно характеризующих проблему туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / Е. П. Какорина [и др.] // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией // Бюллетень ВОЗ. — М. — 2007.
4. Пантелеев, А. М. Внелегочной туберкулез у ВИЧ-инфицированных / А. М. Пантелеев, Т. А. Савина, Т. Ю. Супрун // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 7. — С. 16–19.
5. Щелканова, А. И. Особенности течения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией / А. И. Щелканова, А. В. Кравченко / Терапевтический архив. — 2004. — № 3. — С. 20–24.

УДК 616.36-002.2-097:578

ОЦЕНКА ПОВЫШЕННОЙ ВИРУСНОЙ РЕПЛИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Мицура В. М., Воропаев Е. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В отличие от большинства инфекций, антитела к HCV класса IgM (анти-HCV IgM) появляются не только при остром, но и при хроническом вирусном гепатите С (ХГС) [1,2]. Эти антитела свидетельствуют об активной репликации вируса, отражая уровень виремии и активности ХГС [1, 3]. Определять количество вирусных частиц («вирусную нагрузку») HCV в крови необходимо для контроля эффективности интерферонотерапии, причем низкой вирусной нагрузкой считается уровень менее 500 000 МЕ/мл, а высокой — более 500 000 МЕ/мл [4].

Уровни анти-HCV IgM были значительно выше у пациентов, позитивных по РНК HCV [3]. Известно, что антитела к неструктурным белкам HCV и анти-HCV IgM обнаруживаются гораздо реже у больных ХГС в стадии ремиссии, чем при повышенной активности ХГС [5]. Однако анти-HCV IgM могут выявляться и в фазу ремиссии ХГС, предшествуя повышению АЛТ [1]. В исследовании французских ученых было показано, что у 42 пациентов с ХГС выявление антител IgM к core белку HCV отражает более выраженные гистологические изменения в печени по шкале Кноделя.

Установлено, что высокий уровень антител к HCV в реакции хемилюминесценции (ChLIA) является маркером виремии у бессимптомных анти-HCV позитивных лиц. Согласно результатам ROC анализа, отношение оптической плотности (ОП) образца к