

КО-ІНФЕКЦІЯ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ: ДИНАМІКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЗА ОСТАННІ П'ЯТЬ РОКІВ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

О.С. Шевченко

Харківський національний медичний університет

Вступ

Загострення епідемічної ситуації з туберкульозу у світі експерти пов'язують зі стрімким зростанням масштабів пандемії ВІЛ-інфекції. В країнах, де значна частина населення ВІЛ-інфікована, у 30-50% хворих на ВІЛ-інфекцію є ризик захворювання на туберкульоз [1,2]. Фахівці наголошують, що ВІЛ приведе до подальшого збільшення рівня захворюваності резистентними формами туберкульозу [2,3].

Науковці зосереджують увагу на труднощах своєчасної діагностики туберкульозу у зв'язку із особливостями перебігу захворювання. Внаслідок атипового та злоякісного перебігу випадки ко-інфекції ВІЛ/ТБ встановлюють несвоєчасно, що призводить до летальних наслідків. Вилікування від туберкульозу досягають у 30% випадків, у значної кількості відбувається рецидив захворювання, решта пацієнтів помирає протягом 1-3 років від прогресування захворювання та приєднання опортуністичних інфекцій [2].

Мета роботи: дослідити динаміку показників ураженості ВІЛ-інфекцією, туберкульозом і ВІЛ/ТБ населення в Харківській області впродовж п'яти років, коли намітилася стабілізація епідемічної ситуації щодо туберкульозу. Вивчити шляхи виявлення, клінічні прояви, особливості перебігу ВІЛ-асоційованого туберкульозу.

Матеріали та методи дослідження

Обстеження хворих ВІЛ-асоційованим туберкульозом проводилося відповідно наказу № 276 від 28.05.2008 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання». Проведено ретроспективне дослідження по історіям хвороби пацієнтів ОПТД №1 м. Харкова. Діагностика МБТ проводилася методом флотажі і засіву, включало проведення тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) МБТ до ПТП I, II рядів, згідно інструкції по бактеріологічній діагностиці, регламентованою Наказом МОЗ України № 45 від 06.02.2002 р.

Отримані дані та їх обговорення

Аналізуючи статистичні дані за 2007-2011 роки [4], ми констатуємо зниження захворюваності на туберкульоз як на Україні - на 15,8 % (з 79,8 по 67,2 на 100 тис. населення), так і в Харківській області - на 27,2% (з 72,5 по 52,7 на 100 тис. населення). Проте, динаміка захворюваності на ВІЛ інфекцію в Україні зворотна і за останні 5 років зросла на 12 % по Україні (з 38,0 по 46,2 на 100 тис. населення) і на 21 % по Харківській області (з 16,2 по 20,5 на 100 тис. населення). Що ж до ситуації по ко-інфекції ТБ/ВІЛ, показники з року в рік погіршуються. У Харківській області захворюваність ТБ/ВИЧ за останні 5 років зросла на 11 % (з 2,4 по 2,7 на 100 тис. населення), по Україні на 45 % (з 5,0 по 9,1 на 100 тис. населення).

Показники смертності з 2007 по 2011 року по туберкульозу як в Україні, так і в Харківській області зменшуються (на 29 % і 24 % відповідно). Смертність від СНІД збільшилася на 34 % в Україні (з 5,4 по 8,2 на 100 тис. населення) і на 17 % в Харківській області (з 2,0 по 2,4 на 100 тис. населення), що супроводжується зростанням смертності від ко-інфекції ТБ/ВІЛ - на 36 % (з 3,9 по 6,1 на 100 тис. населення) в Україні і на 19 % в Харківській області [4].

За прогностичними оцінками UNAIDS епідемія СНІДу в Україні сьогодні є найбільш загрозливою в Європі, поширення ВІЛ-інфекції серед дорослого населення складає більше 1,63 % (UNAIDS report, 2008). З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції в 1987 році і до 2011 року включно в Україні офіційно зареєстровані близько 203 тис. випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 46 тис. захворювань на СНІД і 24 тис. випадків смерті від нього. У 2011 р. в країні офіційно зареєстровані 21 177 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення) - це найвищий показник за увесь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні [5].

Аналіз епідемічної ситуації по ВІЛ - інфекції в Україні свідчить про те, що ця інфекція кинула виклик системі охорони здоров'я: темпи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД випереджають темпи розгортання діяльності по його відвертанню, включаючи надання антиретровірусної терапії (АРТ) усім, хто потребує. Смерть безпосередньо від захворювань, обумовлених СНІД, вже стала реальною загрозою для тисяч ВІЛ-інфікованих жителів України, і в 2011 році цей показник склав 8,4 на 100 тис. населення (з 736 чоловік, у тому числі 22 дітей) [5].

Відомо, що переважними шляхами передачі ВІЛ-інфекції є парентеральний (включаючи ін'єкційне вживання наркотиків), вертикаль-

ний (від матері до дитини) і статевий. На території України питома вага споживачів ін'єкційних наркотиків, в числі нових випадків ВІЛ-інфекції, склала в 2011 році - 31 %. В той же час, наростає питома вага статевого шляху передачі в числі нових випадків ВІЛ-інфекції, який в 2011 році в Україні склав - 49 %. У 4,7 % випадків встановлена передача ВІЛ-інфекції дітям від ВІЛ-позитивних матерів. У 2009-2011 роках в Україні відзначається зростання числа ВІЛ-інфікованих, виявлених унаслідок прояву клінічних ознак хвороби (22 і 26 % відповідно) [5].

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні, як і раніше, залишається туберкульоз, який виявлений в 61,6% усіх нових випадків СНІД. У 43,4 % випадків туберкульоз розвинувся на тлі існуючої ВІЛ-інфекції, в 46,8 % випадків ВІЛ-інфекція і туберкульоз виявлені одночасно і в 9,8 % випадків ВІЛ-інфекція розвинулася на тлі туберкульозу. Переважали чоловіки (69,2 %), віковий склад хворих тісно корелює з віковими групами хворих туберкульозом: від 18 до 24 років - 8,2 %, 25 до 44 років - 86,2 % і 45 до 54 років склав 5,6 % хворих. У 69 % випадків це міські жителі, безпритульні складають не більше 1 % хворих. З супутніх захворювань у зареєстрованих хворих ВІЛ/ТБ частіше зустрічалися: хронічний гепатит в 65 % випадків, анемія - в 21,6 % випадків, наркоманія в 2,5 % і дефіцит маси тіла в 10,9 % випадків. Із загальної кількості хворих, зловживання алкоголем виявлене в 17,4 % випадків, тютюнокуріння понад 10 сигарет на день в 35,3 % випадків, а паління і зловживання алкоголем в 20,6 % випадків.

В 50,5 % випадків ВІЛ/ТБ встановлені при звертанні, при профілактичних оглядах - в 42,7 % випадків та при обстеженні в лікувальних установах по різних причинах - 6,8 %. При добровільному консультуванні і тестуванні на ВІЛ-інфекцію пацієнтів проти-туберкульозних закладів антитіла до ВІЛ виявлені в 2% випадків.

За локалізацією процесу переважали легеневі форми ТБ і склали 85,5 %. Серед клінічних форм легеневого туберкульозу найчастіше діагностували інфільтративний в 80,7% випадків, дисемінований в 12,2% випадків, міліарний туберкульоз в 6,6% випадків і вогнищевий в 0,5% випадків. Серед позалегенових форм туберкульозу найбільш поширеним був туберкульоз внутрішньогрудних і периферичних лімфатичних вузлів а також інші локалізації, що склало 8,9 % випадків. Бактеріовиділення встановлене в 63,9 % випадків, з них підтверджено методом бактеріоскопії в 38,8% випадків, культуральним методом в 61,2% випадків.

З 20.11.2009 року на базі ОПТД №1 м. Харкова створений кабінет реєстрації і ведення випадків хіміорезистентного туберкульозу

(МРТБ-кабінет). Провівши аналіз пацієнтів, що перебувають на обліку по МРТБ, виявлено, що серед них 39 хворих (4,8 %) мають ко-інфекцію ВІЛ/ТБ, переважають чоловіки - в 77 % випадків.

Медикаментозна стійкість до препаратів першого ряду була у 21 хворого, що склало 53,8 % випадків. Найчастіше зустрічались штами стійкі до 4 препаратів (HRES) - в 62 % випадків (13 хворих), в 2 рази менше зустрічались штами стійкі до 3 препаратів (HRS) - в 28,6 % випадків. Сумарна частота стійкості МБТ до стрептоміцину склала 90,5 % випадків, до етамбутолу - 66,7 % випадків.

У 18 хворих виявлені штами стійкі до препаратів першого і другого ряду одночасно, серед них не було варіантів із широкою лікарською стійкістю. Сумарна частота виявлення штамів стійких до канаміцину склала 61,1 % випадків, до амікацину - 44,4 % випадків, до капреоміцину - 11,1 % випадків, до всіх ін'єкційних препаратів одночасно - 11,1 % випадків. Сумарна частота виявлення стійких штамів до етіонаміду діагностовано в 16,7 % випадків, до офлоксацину - в 5,6 % випадків.

Серед хворих, які перебували на обліку по МРТБ, в остаточні зміни після перенесеного туберкульозу переведений один пацієнт, що склало 5,6 % випадків, летальний результат зафіксований у 20 пацієнтів, тобто в 51,3 % випадків.

Висновки

1. Ситуація по ко-інфекції ВІЛ/ТБ у Харківській області з року в рік погіршуються, за останні 5 років захворюваність зросла на 11 %, а смертність на 19 %.

2. Туберкульоз на фоні ВІЛ найчастіше виявляється пасивно, розвивається через 2-6 років після ВІЛ-інфікування. Найпоширенішою формою є інфільтративний туберкульоз з деструкцією та бактеріовиділенням.

3. Серед хворих на ко-інфекцію найбільш розповсюджені штами МБТ з HRES-профілем резистентності як при збереженій чутливості до препаратів II ряду, так і за наявності додаткової резистентності до різної кількості ПТП II ряду.

4. Найменш поширені, за результатами дослідження, штами МБТ з HRE-профілем резистентності як при збереженій чутливості до препаратів II ряду, так і за наявності додаткової резистентності до різної кількості ПТП II ряду.

5. Туберкульоз є основним вторинним захворюванням при ВІЛ-інфекції і головною причиною смерті в стадії СНІД, і це вимагає

спільних скоординованих зусиль фтизіатричної служби і служби боротьби зі СНІД для своєчасної профілактики і діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих.

Література

1. Черенко С.О. Проблеми ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ в Україні / С.О. Черенко, Л.В. Щербакова // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2010. – № 1. – С. 18-23.
2. Петренко В.І. Медико-соціальні проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні / В.І. Петренко // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2010. – № 2. – С. 5-9.
3. Stop TB Partnership and World Health Organization. An International Roadmap for Tuberculosis Research [Електронний ресурс]. - Geneva: World Health Organization, 2011. – Режим доступу: www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/tbresearchroadmap.pdf.
4. Туберкульоз в Україні: аналітично- статистичний довідник за 2000-2011 роки / Під. ред. І.М. Ємець. – Київ, 2012. – 106 с.
5. ВІЛ - інфекція в Україні: інформаційний бюлетень № 37 / Під ред. Т.А. Александріної, Н.М. Нізової, В.Ф. Марієвського, Ю. В. Кобища. – Київ, 2011. – 90 с.

Резюме

Шевченко О.С. Ко-інфекція ВІЛ/туберкульоз: динаміка епідеміологічної ситуації за останні п'ять років в Харківській області.

Туберкульоз є основним вторинним захворюванням при ВІЛ-інфекції і основною причиною смерті в стадії СНІД, і це потребує спільних скоординованих зусиль фтизіатричної служби і служби боротьби зі СНІДом для своєчасної профілактики та діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих.

Ключові слова: туберкульоз, ВІЛ, епідеміологія.

Резюме

Шевченко О.С. Ко-инфекция ВИЧ/туберкулез: динамика эпидемиологической ситуации за последние пять лет в Харьковской области.

Туберкулез является основным вторичным заболеванием при ВИЧ-инфекции и основной причиной смерти в стадии СПИД, и это требует совместных скоординированных усилий фтизиатрической службы и службы борьбы со СПИДом для своевременной профилактики и диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ, эпидемиология.

Summary

Shevchenko O.S. Co-infection HIV/tuberculosis: dynamics of epidemiology situation for the last five years in the Kharkov region.

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, epidemiology.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Пустовий

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ

«Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології»: збірник наукових праць.

1. Збірник включений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук в галузях медицини, біології та фармації, затвердженого постановою президії ВАК України від 14.10.2009 р. № 1-05/4 (Бюлетень ВАК України 2009. - № 11. - С. 9.).

2. До публікації у збірнику приймаються рукописи, що містять результати оригінальних біологічних, медичних, фармацевтичних досліджень, лекцій, огляди літератури, клінічні спостереження, наукову інформацію, рецензії та інші матеріали, що раніше не були опубліковані.

3. Мова публікації – українська, російська. Обов'язково надається англomовний варіант статті.

4. Стаття друкується у форматі А4 (береги: лівий – 3 см, правий – 1,5 см, верхній та нижній – по 2 см) через 1,5 інтервали у текстовому редакторі Word for Windows без ручних перенесень шрифтом Times New Roman Сут 14. Обов'язково слід вказувати поштову адресу, телефон, бажано адресу електронної пошти того, з яким буде вестися листування.

5. Кожна стаття на початку повинна нести таку інформацію: індекс УДК, назва без використання аббревіатур, ініціали та прізвища авторів, установа, де виконувалася робота.

6. Текст оригінальних досліджень має такі розділи: вступ, мета, матеріали та методи дослідження, отримані результати та їх обговорення, висновки.

7. Обов'язково вказується зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами (з зазначенням державного реєстраційного номеру).

8. Наприкінці публікуються резюме та ключові слова (3-5 слів або словосполучень) трьома мовами (українською, російською та англійською). Кожне резюме повинно мати обсяг до 200 слів і містити прізвища авторів, назву роботи, висвітлювати мету дослідження, методи, результати та висновки.

9. Матеріал може ілюструватися таблицями, рисунками, діаграмами, мікрофото та ін. Ілюстрації наводяться після їх першого згадування.

10. Висновки мають перспективи подальших досліджень.

11. Список літератури оригінальних робіт повинен бути обсягом 10-20 джерел (не менше 2-х латиницею), оглядів, лекцій – 40 джерел. Розташування джерел – за алфавітом. Посилання на бібліографічні джерела в тексті даються в квадратних дужках. Спочатку приводяться роботи українською та російською мовами, потім – іноземними в оригінальній транскрипції. Оформлення переліку літератури проводиться відповідно до вимог Державного стандарту 2006 року (бюл.ВАК 2008, № 3).