

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Абсадыкова Ф.Т.¹., Ташпулатова Ф.К.^{1,2}., Шарапова Г.Ш.¹., Рахимов Д.Б.¹

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии ¹, Ташкент, Узбекистан
Ташкентский Педиатрический медицинский институт², Ташкент, Узбекистан

Резюме. Изучена эффективность лечения 78 детей с туберкулезом и ВИЧ инфекцией. Проведен анализ результатов лечения ТБ по срокам включения АРВТ. Установлено, что своевременное присоединение АРВТ с учетом течения и характера специфического процесса, степени иммунодефицита, позволяет достичь клинического эффекта у 96,2% детей с ТБ/ВИЧ.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ инфекция, АРВТ, эффективность лечения, иммунодефицит.

OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT OF COMBINING TUBERCULOSIS OF LUNG AND HIV INFECTION IN CHILDREN

Absadykova F.T.¹., Tashpulatova F.K.^{1,2}., Sharapova G.Sh.¹., Rakhimov D.B.¹.

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Phthisiology and Pulmonology ¹, Tashkent Pediatric Medical Institute ², Tashkent

Summary. The effectiveness of treatment of 78 children with tuberculosis and HIV infection was studied. The analysis of the results of TB treatment on the timing of ARVT was carried out. It was established that the timely attachment of ARVT, taking into account the course and nature of the specific process, the degree of immunodeficiency, allows achieving a clinical effect in 96.2% of children with TB / HIV.

Key words: tuberculosis, HIV infection, ARVT, treatment effectiveness, immunodeficiency

Актуальность. Туберкулез и ВИЧ инфекция в настоящее время является глобальной проблемой медицины [2,3]. Сочетанное течение указанных инфекций усложняет диагностику обоих заболеваний, затрудняет дифференциальную диагностику в силу развития нескольких оппортунистических инфекций. Своевременная диагностика определяет успех лечения, так как ошибочная тактика выбора АРВТ приводит к развитию синдрома иммуноконституции нередко заканчивающиеся летальностью. Вышеуказанное диктует необходимость создания четких критериев диагностики туберкулеза и прогнозирования его

течения с определением срока присоединения к противотуберкулезной терапии – АРВТ [1].

В настоящее время остаются неразработанными четкие критерии длительности интенсивного этапа лечения туберкулеза у больных с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Имеющиеся критерии определения активности туберкулезного процесса нередко сглаживаются за счет симптомов ВИЧ-инфекции. Исходя из вышеуказанного считаем необходимым разработать четкие клинические и биохимические показатели активности туберкулеза у ВИЧ инфицированных лиц.

Цель исследования: разработка клинических параметров присоединения АРВТ к противотуберкулезной терапии у ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы: с целью определения эффективности лечения детей больных с ТБ/ВИЧ нами были анализированы истории болезни и амбулаторно-диспансерные карты 78 детей, лечившихся в детском отделении РСНПМЦФиП.

Интенсивный этап комплексного лечения проводился в стационаре в течение 2-3 месяцев отдельными противотуберкулезными препаратами, так как вес детей колебался от 10 до 30 кг. После клинико-рентгенологического обследования у большинства детей был диагностирован диссеминированный туберкулез легких (24,3%), у 6 (7,7%) генерализованный первичный туберкулез, у 10 (12,3%) туберкулез в/г л/узлов и у 7 (9,1%) внелегочные формы туберкулеза. Тяжелая степень иммунодефицита установлена у 11 (14,1%) детей, прогрессирующая у 58 (74,4%), умеренная лишь у 9 (11,5%) детей с ТБ/ВИЧ.

По ходу проведения противотуберкулезной терапии всем обследуемым детям решался вопрос присоединения АРВТ. При этом, дети в зависимости от срока присоединения АРВТ к противотуберкулезной терапии, были разделены на 3 группы. В первую группу были включены 18 больных с ТБ/ВИЧ, которым АРВТ было назначено на 3-4 недели от начала интенсивного курса противотуберкулезной терапии. Во второй группе наблюдалось 39 больных, получивших АРВТ после завершения интенсивного этапа лечения, а больным 3 группы (21 ребенок), АРВТ назначалось после завершения основного курса противотуберкулезной терапии. Более раннее присоединение АРВТ начато у 18 детей (23,1%) с тяжелым и прогрессирующим иммунодефицитом. У большинства обследуемых (50%), АРВТ назначено после завершения интенсивного этапа противотуберкулезной терапии, несмотря на наличие тяжелой и прогрессирующей степени иммунодефицита.

Одним из важных факторов позднего присоединения АРВТ, явился характер специфического процесса: генерализованные, осложненные формы туберкулеза, зарегистрированные в первой ($83,3 \pm 8,8\%$) и во второй ($64,1 \pm 7,7\%$) группах. Тогда как, среди больных третьей группы указанный показатель зарегистрирован у 9,6% детей.

Таким образом, одним из ведущих критериев возможности присоединения АРВТ к противотуберкулезной терапии явился характер туберкулезного процесса и степень иммунодефицита. На фоне комбинированной (противотуберкулезной)

терапии у 3 детей первой группы наблюдался синдром иммунной реконституции, характеризующейся ухудшением клинической картины после улучшения состояния больного в начале курса лечения. Клинически в двух случаях отмечено нарастание симптомов интоксикации, появление деструкции в легочной ткани с выделением МБТ, а в одном случае развитие симптомов ВИЧ-менингоэнцефалита. Летальность отмечена у 2 (2,6%) больных с явлениями менингоэнцефалита и прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности на фоне прогрессирующего туберкулеза легких.

К концу первого месяца лечения комбинированной химиотерапии у 38,9% детей первой, 46,2% - второй и у 76,2% третьей группы достигнут клинический эффект в виде полного исчезновения симптомов интоксикации, прибавки веса, улучшения психомоторного развития, исчезновения катаральных проявлений в легких, нормализация показателей гемограммы и общего анализа мочи. После 2х месячной комбинированной терапии при контрольном рентгенологическом обследовании установлено значительное рассасывание очагов диссеминации, экссудата в плевральной полости, увеличенных л/узлов с минимальными остаточными изменениями у $33,3\pm 11,1\%$ детей из первой, $38,5\pm 7,8\%$ второй и $52,4\pm 10,9\%$ детей из третьей группы (см.табл.1). Незначительная рентгенологическая динамика с частичным рассасыванием патологических сдвигов с формированием метатуберкулезных остаточных изменений зарегистрированы в 1,1-1,3 раза реже в первой и второй группах, в отличие от второй группы.

Окончательную сравнительную эффективность терапии оценивали после завершения основного курса противотуберкулезной терапии. Длительность основного курса лечения составила в среднем 10 мес., для обследуемых первой, 8,5 месяцев для второй и 7 месяцев – третьей группы. Побочные реакции на препараты 1 ряда отмечены у 11 (14,1%) обследуемых, при этом проявления побочных реакций на противотуберкулезные препараты установлены до введения АРВТ. На фоне АРВТ побочных реакций не отмечено. Результаты противотуберкулезной терапии в сочетании с АРВТ у детей с ТБ/ВИЧ отражены в таблице 2.

Таким образом, к концу завершения курса противотуберкулезной терапии у 96,2% детей с ТБ/ВИЧ достигнут клинико-рентгенологический эффект с преобладанием совершенного типа заживления у 58,9%. Неудача в терапии отмечена у 3х больных с прогрессирующим иммунодефицитом в сочетании с туберкулезом. Достоверных различий по эффективности терапии в зависимости от срока присоединения АРВТ к концу завершения лечения не отмечено, хотя осложнения от лечения в виде развития синдрома иммунной реконституции отмечены в группе детей с ранними сроками присоединения АРВТ, до завершения интенсивного этапа лечения.

Выводы: Своевременное присоединение АРВТ с учетом течения и характера специфического процесса, степени иммунодефицита, позволяет достичь клинического эффекта у 96,2% детей с ТБ/ВИЧ.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. Учебное пособие. Москва, 2009, С.120.
- 2.Page K.R., Chaisson R., Godfrey-Faussett P. Tuberculosis-HIV Coinfection: Epidemiology, Clinical Aspects, and Interventions. In: Reichman and Hershfield's Tuberculosis. Third Edition, Part A/ed by M.Raviglione, Informa healthcare, New York, 2006, p.371-416
- 3.Lyepshina S., Kyrillova T., Shumlyaeva T., Dubrovina I., Shestopalov D. HIV-associated tuberculosis (TB) in children // 4th Congress of the International Union Against tuberculosis and Lung Diseases, Europe Region, June 27–30, Abstract Book. — 2007. — P. 70.

Таблица 1

Эффективность противотуберкулезной терапии в комбинации с АРВТ, через 2 месяца лечения

Группы обследования	Количество больных	Эффективность терапии		
		Значительное	Незначительное	Без эффекта.
Первая	18	6 (33,3%)	10 (55,6%)	2 (11,1%)
Вторая	39	15 (38,5%)	24 (61,5%)	-
Третья	21	11 (52,4%)	10 (47,6%)	-
Всего	78	32 (41%)	44 (56,4%)	2 (2,6%)

Таблица 2

Эффективность противотуберкулезной терапии в сочетании с АРВТ после завершения основного курса лечения

Группы	Число детей	Средний срок лечения (в днях)	Эффективность лечения		
			Значительные	Незначительные	Без эффекта
Первая	18	268	9 (50±16,6%)	6 (34,4±19,3%)	3 (16,6±21,4%)
Вторая	39	235	22 (56,4±10,5%)	17 (43,4±12,0%)	-
Третья	21	205	15 (71,4±11,6%)	6 (28,6±18,4%)	-
Всего	78	236	46 (58,9±7,2%)	29 (37,3±9,0%)	3 (3,8±11,0%)

Ответственный за переписку: Ташпулатова Фатима Кудратовна, +998909437494, e-mail: fatima2263@mail.ru