

**IV Конференция по
вопросам ВИЧ/СПИД
в Восточной Европе
и Центральной Азии**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Москва 2014



Влияние ВИЧ-инфекции на исходы лечения и развитие множественной лекарственной устойчивости среди новых зарегистрированных случаев ТБ в Казахстане

Даришева, Меруерт Асановна¹; Жусупов, Бауржан¹; Терлиқбаева, Асель¹;
Берикова, Эльмира²; Бесстрашнова, Яна²; Исаева, Р. Б.³; Ақилжанова, А. Р.³

¹ Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии, Алматы, Казахстан

² Национальный центр проблем туберкулеза Минздрава, Алматы, Казахстан

³ Центр наук о жизни Назарбаев университет, Астана, Казахстан

Пересечение эпидемий ВИЧ-инфекции и ТБ наблюдается во многих странах мира, где значительная часть случаев ТБ регистрируется среди людей, живущих с ВИЧ. Наличие ВИЧ-инфекции осложняет течение ТБ, увеличивает вероятность неблагоприятных исходов, включая развитие лекарственной устойчивости. На основе данных Национального электронного регистра больных ТБ были проанализированы основные эпидемиологические тенденции сочетанной инфекции ВИЧ-ТБ среди больных ТБ, а также влияние ВИЧ-инфекции на исходы лечения и развитие множественной лекарственной устойчивости (МЛУ-ТБ).

цель

Изучить влияние ВИЧ-инфекции на исходы лечения туберкулеза.

методы

Использованы данные о новых случаях ТБ, зарегистрированных в 2007-2012 гг. в Национальном электронном регистре больных ТБ (всего — 98801 случай; в 2007 г. — 18748 случаев; в 2012 г. — 13729 случаев).

В качестве индикатора МЛУ-ТБ использовано отнесение больного к IV категории, которая включает случаи множественной и широкой лекарственной устойчивости, а также полирезистентного ТБ с исходом «неудача лечения». Лечение считалось успешным, если были зарегистрированы исходы лечения «вылечен» или «лечение завершено». Были использованы внесенные в регистр результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию.

итоги

Распространенность ВИЧ-инфекции среди новых случаев ТБ составила 1% (1034) с тенденцией к росту: от 0,4% в 2007 до 1,9% в 2012 г. Среди больных ТБ с ВИЧ-инфекцией по сравнению с остальными больными было больше мужчин (68,6% и 55,9%), лиц, употребляющих наркотики (15,2% и 0,2%), находившихся в местах лишения свободы в течение последних 2 лет (4,0% и 1,1%). Средний возраст больных с сочетанной инфекцией составил 35 лет (межквартильный интервал: 29,4-39,7), среди остальных больных — 33,5 лет (22,3-43,3).

Распространенность неуспешных исходов лечения среди случаев ВИЧ+ТБ (52,8%, 483/914) по сравнению с остальными больными (21,4%, 16638/77815) выше в 2,47 раза (относительный риск [ОР] = 2,47; 95% доверительный интервал [ДИ] = 2,32-2,63), уровень смертности среди случаев ВИЧ+ТБ (21,2%, 194/914) выше почти в 10 раз, чем среди остальных больных (2,3%, 1763/77815) (ОР = 9,37; 95% ДИ = 8,20-10,7). Доля больных ВИЧ+ТБ, переведенных в категорию IV (МЛУ-ТБ), была выше в полтора раза по сравнению с другими больными (21,2% и 15,0% соответственно) (ОР = 1,42; 95% ДИ = 1,26-1,59).

заключение

Хотя в Казахстане не наблюдается значительного пересечения двух эпидемий ВИЧ-инфекции и ТБ, проблема сочетанной инфекции возрастает. Наличие ВИЧ-инфекции ухудшает исходы лечения ТБ, повышает риск смертности и ассоциируется с повышенной вероятностью развития лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам.

Влияние факторов, связанных с ВИЧ-инфекцией, на частоту устойчивого вирусологического ответа при терапии ХГС

Кравченко, Алексей Викторович¹; Куимова, У. А.¹

¹ ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва, Россия

У больных хроническим гепатитом С на частоту устойчивого вирусологического ответа (УВО) оказывают влияние: генотип вируса гепатита С; уровень репликации РНК ВГС и быстрота ее снижения в процессе лечения; исходная степень фиброза печени; генотип интерлейкина В28 (особенно при генотипе 1 ВГС); суточная доза РБВ.

цель

Оценка влияния на частоту УВО при терапии ХГС у больных сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГС факторов, связанных с ВИЧ-инфекцией.

методы

Под наблюдением находились 232 пациента с ВИЧ-инфекцией и ХГС. У 194 пациентов выявлена субклиническая стадия ВИЧ-инфекции (3 стадия), у 38 — стадия вторичных заболеваний (4А — у 23 больных, 4Б — у 15). У всех 38 больных с 4-й стадией ВИЧ-инфекции каких-либо клинических проявлений вторичных заболеваний перед началом терапии ХГС не выявлено. Возраст больных от 18 до 52 лет (медиана 29 лет). Среди них 139 мужчин (59,9%) и 93 женщины (40,1%).

99 из 232 больных (42,7%) с сочетанной инфекцией ВИЧ/ХГС до начала терапии ХГС получали АРВТ не менее 3 месяцев. До начала терапии ХГС медиана количества CD4+лимфоцитов у больных, получавших АРВТ, была 406 клеток/мкл, а у больных без АРВТ — 507 клеток/мкл. Все пациенты получали терапию ХГС препаратами пегилированного интерферона (ПегИФН) в сочетании с рибавирином (РБВ), суточную дозу которого подбирали по массе тела больного. Длительность терапии ХГС составила 24-48 недель. Оценивали влияние исходного абсолютного и относительного содержания CD4+лимфоцитов, а также наличие АРВТ на частоту УВО.

итоги

УВО получен у 50% больных с 1 генотипом ВГС и у 80,1% больных с 2/3 генотипами ($p < 0,0001$). В группе больных, не получавших АРВТ, частота УВО достоверно выше 74,4% (у получавших АРВТ — 58,6%; $p = 0,0053$). При распределении пациентов по исходным абсолютным значениям количества CD4+лимфоцитов (менее 350 клеток/мкл и 350 и более клеток/мкл) выявить существенных различий в частоте УВО не удалось (62,3% и 69,6% больных, соответственно). У 127 больных сочетанной инфекцией до начала терапии ХГС доля CD4+лимфоцитов составила 25% и более (группа 1), а у 105 пациентов — менее 25% (группа 2). Частота УВО у больных 1 группы — 75,6%, а у 2-й — 58,1% ($p = 0,0023$). У пациентов с генотипом 1 ВГС частота УВО составила 56,8% (группа 1) и 44,2% (группа 2; $p = 0,1095$), а с генотипами 2 и 3 — 85,5% и 71,7%, соответственно ($p = 0,0242$). 40 больных в 1 группе и 59 больных — во второй получали АРВТ. Сравнение частоты УВО у этих пациентов не выявило существенных различий — 60% и 57,6%, соответственно. В то же время оценка частоты УВО у больных, не получавших АРВТ, показала, что у 1 группы (CD4+ > 25%) вирусологический ответ достоверно выше — 82,8% (у больных 2 группы — 58,7%; $p = 0,0012$).

заключение

Помимо традиционных факторов (факторы ВГС и пациента) у больных сочетанной инфекцией на частоту УВО при терапии ХГС препаратами ПегИФН и РБВ могут оказывать влияние применение АРВТ и исходное относительное содержание CD4+лимфоцитов. Максимальная частота УВО достигнута у пациентов, не получавших АРВТ и имевших исходное содержание CD4+лимфоцитов > 25%. У больных ВИЧ-инфекцией при наличии показаний целесообразно провести терапию ХГС пока сохраняется высокое процентное содержание CD4+лимфоцитов, и нет необходимости в назначении АРВТ.