

## КОНФЕРЕНЦИЯ «ВИЧ И ТУБЕРКУЛЁЗ» НА «МОСКОВСКОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НЕДЕЛЕ ВИРУСОЛОГИИ»

Conference “HIV and tuberculosis” in the course  
of the “Moscow international week of virology”



В работе «Московской международной недели вирусологии», прошедшей в столице с 9 по 12 сентября 2013 года, активное участие приняли врачи разных специальностей. Для работающих с больными ВИЧ-инфекцией врачей-фтизиатров, инфекционистов и ученых вопрос диагностики сопутствующих инфекций и лечения присоединившегося туберкулёза актуален и, возможно, первостепенен. Поэтому огромный интерес вызвала конференция «ВИЧ и туберкулёз», которую открыла главный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы, директор ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения города Москвы», доктор медицинских наук **Елена Михайловна Богородская**. Сопредседателем конференции являлся главный специалист Минздрава Московской области по ВИЧ-инфекции, заместитель председателя профильной комиссии Минздрава России по диагностике и лечению ВИЧ, кандидат медицинских наук **Александр Юрьевич Пронин**.

После слов приветствия Е.М. Богородская отметила, что сочетание туберкулёза и ВИЧ-инфекции – большая проблема нашего времени, ибо туберкулёз развивается там, где имеется явный иммунодефицит. Департамент здравоохранения города Москвы активно занимается проблемой сочетания этих инфекций. В частности, сотрудниками МНПЦ борьбы с туберкулёзом разработана модель организации противотуберкулёзной помощи больным ВИЧ-инфекцией, подготовлено открытие кабинета ранней диагностики туберкулёза на базе Московского центра профилактики и борьбы со СПИДом, прием в котором будет вести врач-фтизиатр. Это позволит разграничить потоки больных и централизует оказание помощи больным с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулёза.





В связи с актуальностью проблемы роста сочетанной патологии в МНПЦ борьбы с туберкулёзом введена новая должность – заместитель главного врача по медицинской части для работы с больными туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией.

На нее назначена доктор медицинских наук **Вера Николаевна Зимина**, выступившая с докладом «Эпидемическая ситуация по сочетанной инфекции (ВИЧ/туберкулёз) в России и в Москве. Организация медицинской помощи больным сочетанной инфекцией в мегаполисе». Она отметила, что, несмотря на уменьшение абсолютного числа больных туберкулёзом в столице:

- среди заболевших туберкулёзом в возрасте 25-40 лет, каждый третий – это пациент с ВИЧ-инфекцией;
- проблема туберкулёза в мегаполисе перетекает в проблему сочетания туберкулёза и ВИЧ-инфекции, причем наблюдение за этими больными должно осуществляться вне зависимости от внутригородской миграции;
- профилактика туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией должна быть осно-

вана на раннем назначении противовирусных и противотуберкулёзных лекарств (химиопрофилактике);

- актуальные проблемы у больных ВИЧ-инфекцией, с которыми сталкиваются и фтизиатры, это – микобактериозы, лимфопролиферативные заболевания, туберкулёз и беременность.

О противотуберкулёзной помощи больным ВИЧ-инфекцией в г. Москве В.Н. Зимина рассказала и в рамках заседания «Клинические рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний», отметив, что город располагает 375 койками для больных с сочетанием туберкулёза и ВИЧ-инфекции в круглосуточных стационарах, 15 койками дневного стационара (в филиале по ВАО) и – в каждом филиале Центра (по 12 адресам) – кабинетами для оказания пациентам амбулаторной помощи.



О морфологических аспектах диагностики туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией с различной степенью иммуносупрессии рассказала заведующая патоморфологическим отделением ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения Москвы», кандидат медицинских наук **Юлия Рашидовна Зюзя**.

Патоморфологическим отделением Центра исследован операционный и биопсийный материал 148 больных туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Установлено, что у пациентов с сохранным иммунным статусом (350 и более CD4+ лимфоцитов в 1 мкл периферической крови) в большинстве случаев наблюдали типичный эпителиоидно-клеточный гранулематоз. При содержании CD4+ клеток в пределах 200-350 в 1 мкл отмечена слабо выраженная продуктивная реакция со стертыми чертами гранулематозного воспаления, а у пациентов

с глубоким иммунодефицитом (менее 200 CD4+ в 1 мкл) преобладали альтернативные изменения.

С докладом «Информативность различных методов лучевой диагностики у больных туберкулёзом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции» выступил заместитель главного врача по фтизиопедиатрии ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения Москвы» **Григорий Владимирович Климов**.

По данным литературы, туберкулёзом заболевают до 60% больных ВИЧ-



инфекцией на поздних стадиях, причем рентгенологические проявления заболевания у них, как правило, не типичны (часто поражаются ВГЛУ, атипично локализуются очаги в легких, редко обнаруживают полости распада), а у 30% больных изменения в легких при рентгенографии вообще не регистрируют.

Из обследованных в Центре 147 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией внелегочные локализации туберкулеза отмечены в 46,2% случаев (у пациентов с выраженным иммунодефицитом – в 70%). По мере угнетения иммунного ответа частота оппортунистических инфекций возросла до 89,7%, наиболее часто (кроме туберкулеза) встречался генерализованный кандидоз (57%). Совпадение результатов КТ и рентгенографии отмечено в 52 % случаев, у 36%, пациентов те или иные изменения не были выявлены при рентгенографии, а у 21% больных они были ошибочно трактованы.

Г.В. Климов подчеркнул, что у больных туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции изменения в легких методами обычной рентгенографии часто не визуализируются, и при содержании менее 200 CD4+ клеток в 1 мкл периферической крови более эффективен комплексный метод обследования, включающий КТ высокого разрешения и однофотонную эмиссионную КТ.



**Мария Александровна Краснова** (ведущий научный сотрудник ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения Москвы») рассказала о разработке актуальной для больных ВИЧ-инфекцией при подозрении на присоединение туберкулеза методике выделения микобактерий из крови.

Анализ особенностей сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез у больных с подтвержденной бактериемией провел в своем выступлении старший научный сотрудник ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения Москвы» **Алексей Вениаминович Филиппов**.

В ходе исследования, проведенного в Туберкулезной больнице № 11 Департамента здравоохранения Москвы в 2011–2012 годах, установлено, что пациенты с выраженной бактериемией – это лица, находящиеся на развернутых стадиях ВИЧ-инфекции, с выраженным иммунодефицитом. Туберкулезный процесс у них имеет четкую тенденцию к генерализации с вовлечением нескольких систем организма, чаще всего – центральной нервной системы.



Шестилетний опыт диагностики и хирургического лечения больных ВИЧ-инфекцией с генерализованными формами туберкулеза представил **Сергей Германович Жиленков**. С 2007 по 2012 год в хирургическом отделении Туберкулезной больницы № 6 Департамента здравоохранения Москвы было выполнено 567 операций 364 больным с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Из них у 61 пациента туберкулез был диагностирован впервые (позвоночника – 32 чел., крупных суставов – 18 чел., других локализаций – 12 чел.) Генерализация процесса отмечена у 145 пациентов, из них, помимо легких, выявлено поражение позвоночника (21 чел.), крупных суставов (69 чел.) или иные локализации (55 чел.) Было выполнено 78 операций по поводу травматических и посттравматических повреждений опорно-двигательного аппарата, 53 – по поводу туберкулеза позвоночника, 86 – по поводу поражения

суставов (тазобедренного – 50, коленного – 19, локтевого – 17). Клинические демонстрации докладчика не оставили равнодушными никого из слушателей. Опыт хирургов Туберкулёзной больницы № 6 показал, что пациентам с сочетанной ВИЧ и туберкулёзной инфекциями хирургическая помощь должна оказываться в многопрофильном стационаре с привлечением хирургов-фтизиатров, имеющих опыт лечения туберкулёза любой локализации.



**Ирина Вячеславовна Рыманова** поделилась опытом ведения в Туберкулёзной клинической больнице № 3 Департамента здравоохранения Москвы больных ВИЧ-инфекцией при развитии туберкулёза ЦНС. Из 1352 пациентов с ВИЧ-инфекцией, поступивших в больницу в 2010-2012 годах, поражение ЦНС выявлено у 143, в т.ч. туберкулёз ЦНС – у 70 чел. (5,2 % от всех поступивших больных ВИЧ-инфекцией и 49% больных ВИЧ-инфекцией с поражением ЦНС). Помимо туберкулёза, поражения ЦНС у больных с ВИЧ-инфекцией вызывали цитомегаловирус (17%), токсоплазма (11,2%), а у 14,6% этиология процесса в ЦНС осталась неустановленной. Из 70 пациентов с ВИЧ/туберкулёзным менингоэнцефалитом 67 имели и другую локализацию туберкулёза, из них у 35,8% диагностирован туберкулёз ВГЛУ и легких, у 26,9% – легких, а у 37,3 % выявлено три и более локализаций туберкулёзного процесса.

Лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией при развитии туберкулёзного менингоэнцефалита представляет серьезную проблему: улучшение и значительное улучшение достигнуто только у 56,3% больных, тогда как 35,7% умерло от туберкулёзного менингоэнцефалита на фоне ВИЧ-инфекции 4Б стадии.



**Евгения Викторовна Решетнева** представила результаты проведенного Санкт-Петербургским НИИ фтизиопульмонологии исследования «Клинико-лучевые особенности туберкулёзного спондилита у пациентов с ВИЧ-инфекцией». В 2008-2012 гг. обследовано 312 больных туберкулёзным спондилитом, у 53 из которых (17%) была диагностирована также и ВИЧ-инфекция. У этих больных чаще выявляли туберкулёз органов грудной клетки (75% против 56% при отсутствии ВИЧ-инфекции), причем при сочетании с ВИЧ-инфекцией преобладали диссеминированный и милиарный туберкулёз, а при ее отсутствии – инфильтративный. При сочетании с ВИЧ-инфекцией у больных туберкулёзом микобактерии туберкулёза обнаруживали в мокроте почти в половине случаев (при ее отсутствии – в пять раз реже). Внегочный туберкулёз у больных ВИЧ-инфекцией выявляли в два раза чаще, пациентов с генерализованным туберкулёзом среди них было на 20 % больше, а с поражением трех и более органов – в два раза больше, чем в группе сравнения.

У больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулёз преобладали туберкулёзные спондилиты (моносегментарные поражения) и туберкулёз периферических лимфоузлов (лимфогенная диссеминация), тогда как при отсутствии ВИЧ-инфекции имели место множественные поражения скелета (распространенные спондилиты) и поражения мочеполовой системы (гематогенная диссеминация). В исследовании было показано, что туберкулёзный спондилит не является маркером выраженного иммунодефицита, как считалось ранее.

**Алексей Геннадьевич Борисов** (Клиника № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения Москвы») рассказал о хронических заболеваниях почек при сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулёз. Особо внимание слушателей он обратил на Европейские рекомендации ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Е.М. Богородская, в добавление к его докладу, сообщила, что на базе урологического отделения Клиники № 2 Центра функционируют нефрологические койки. В ближайшем будущем – в 2014 году – решением комиссии Департамента здравоохранения Москвы по закупке медицинской техники это отделение будет оснащено пятью аппаратами для гемодиализа.





Опытом ведения больных ВИЧ-инфекцией с туберкулёзным поражением перикарда поделился **Андрей Борисович Яковлев** (Клиника № 2 ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения Москвы»). За пять лет в отделении легочной хирургии клиники № 2 Центра обследованы 304 пациента с ВИЧ-инфекцией и впервые выявленным туберкулёзом органов дыхания. Среди них у 19 (6,3%) выявлен туберкулёзный перикардит, причем у 13 (68,4%) из них он был первым клиническим проявлением туберкулёза; у 7 пациентов (36,8%) имел место полисерозит. У 12 из 19 пациентов (63%) число CD4+ лимфоцитов было менее 200 клеток в 1 мкл периферической крови.

Перикардиоцентез был выполнен 17 пациентам, одномоментно удаляли от 300 до 1400 мл экссудата, в котором микобактерии туберкулёза были выделены методом посева в половине случаев, а ДНК микобактерий обнаружили у 12 (85%) пациентов. Дренирование перикарда продолжали в течение от двух до шести дней у восьми больных, причем в полость перикарда вводили противотуберкулёзные препараты, глюкокортикоиды, антисептики, что снижало частоту развития рецидивов и летальность, потребность в перикардиоцентезе и перикардэктомии. Тем не менее, у шести больных развилась полиорганная недостаточность с летальным исходом, причем у четырех из них – в течение 10 дней после перикардиоцентеза. 10 пациентов после купирования выпота и стабилизации состояния были переведены в другие стационары.



«Позвольте, коллеги, перейти с уровня пациента на уровень популяции» – так начал свой доклад **Евгений Михайлович Белиловский** (кандидат биологических наук, заведующий отделом эпидемиологического мониторинга туберкулёза ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения Москвы»). Его выступление было посвящено организации в г. Москве мониторинга туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Наблюдаемый в Москве, как и во всей России, рост числа больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулёза связан не только с эпидемиологией этих инфекций, но и с улучшением системы мониторинга. В 2006 году была введена новая учетная форма (ф. № 263-у), после чего улучшилась регистрация случаев сочетания ВИЧ-инфекции и туберкулёза. В 2007 году, после циркулярного письма Федеральной службы исполнения наказаний о регистрации таких случаев, вновь отмечен рост показателя заболеваемости сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулёз.

Необходимо отслеживать пять направлений работы: выявление, регистрацию больных, наблюдение и диспансерное слежение, эффективность лечения, регистрацию смертности. Сегодня данные по сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулёз мы можем получить из отчетных форм № 33 (противотуберкулёзная служба), № 61 (Центры СПИД). Учетная форма по сочетанной инфекции на сегодняшний день одна – № 263.

В последнее время в г. Москве обследуют на туберкулёз до 80% состоящих под наблюдением ВИЧ-инфицированных пациентов, причем 14% больных ВИЧ-инфекцией состоят на учете фтизиатра. Но примерно треть больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулёз в Москве – это мигрирующее население и лица БОМЖ. Организовать их выявление и помощь этим лицам – задача, которой также занимается наш Центр.

В плане организации мониторинга туберкулёза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в г. Москве – совершенствование системы учета и отчетности, разработка дополнений для государственных учетных форм, разработка и реализация форм когортного анализа для оценки эффективности лечения больных с ВИЧ-инфекцией, расширение информационно-аналитического взаимодействия между Центром СПИД и Центром борьбы с туберкулёзом, создание электронного регистра больных (на базе формы № 263), совершенствование методики регистрации случаев смертности от сочетанной инфекции, разработка и внедрение модифицированных форм статистического учета и отчетности.

Сопредседатель конференции – главный специалист Минздрава Московской области по ВИЧ-инфекции, заместитель председателя профильной комиссии Минздрава России по диагностике и лечению ВИЧ кандидат медицинских наук **Александр Юрьевич Пронин** подчеркнул важность обсуждаемых проблем, добавив, что сегодня среди пациентов с ВИЧ-инфекцией самая высокая смертность от присоединившегося туберкулёза. «Москва – новатор по многим направлениям развития науки и организации помощи больным, – продолжил Александр Юрьевич. – Я вижу значительные преимущества столицы в организации научно-практических центров и уверен, что Подмосковье пойдет по тому же пути».



\* \* \*

Итог конференции подвела Е.М. Богородская, отметив, что фтизиатрам и инфекционистам, работающим с пациентами, страдающими ВИЧ-инфекцией, важно помнить о частой стертости у этих больных рентгенологической и морфологической картины туберкулёза. Диагностика туберкулёза особенно затруднена у больных ВИЧ-инфекцией при значительном снижении иммунитета (особенно в случаях, когда число CD4+ клеток в 1 мкл меньше 350) и при развитии сопутствующих лимфопролиферативных заболеваний.

ВИЧ-инфекция сегодня дает возможность фтизиатрам увидеть формы туберкулёза, которые развивались только в доантибактериальную эру, а в 80-90-е годы XX века врачи-фтизиатры видели их только в учебниках. Например, туберкулёзный перикардит со значительным экссудатом, требующий дренирования, до широкого распространения ВИЧ-инфекции встречался крайне редко.

Проблемой лечения сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулёз является устойчивость микобактерии туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам, а также плохая переносимость одновременно назначенной противовирусной и противотуберкулёзной терапии.

Сочетание всех этих особенностей говорит о необходимости ведения ВИЧ-инфицированных больных с подозрением на туберкулёз в многопрофильном стационаре, где есть все возможности ранней ускоренной диагностики туберкулёза (с применением молекулярно-генетических методов выявления ДНК микобактерий) и при участии высококвалифицированных морфологов и клиницистов различных специальностей. Опыт повседневной работы врачей-фтизиатров и научных сотрудников ученых ГКУЗ «Московский городской научно-практический Центр борьбы с туберкулёзом» и туберкулёзных больниц Департамента здравоохранения Москвы показывает, что сегодня в столице для этого есть все возможности.

*Татьяна Мохрякова*

