

Т.В. Чабан¹, Н.А. Герасимова², В.В. Філюк²

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

¹ Одеський національний медичний університет

² КУ “Одеський обласний протитуберкульозний диспансер”

Актуальність. Туберкульоз і ВІЛ-інфекція сьогодні являються однією з найсерйозніших глобальних проблем не лише медицини, але й громадської охорони здоров'я. За даними експертів ВООЗ, у країнах з високим ступенем інфікування населення ВІЛ понад 40% хворих на туберкульоз виявляються також і ВІЛ-інфікованими.

Туберкульоз і ВІЛ-інфекція можуть перебігати у трьох варіантах:

- первинне зараження туберкульозом ВІЛ-інфікованих;
- одночасне зараження ВІЛ і туберкульозом;
- розвиток туберкульозного процесу на фоні розвитку імунodefіциту при ВІЛ-інфекції.

ВІЛ-інфекція справляє суттєвий вплив на стан імунологічної реактивності при туберкульозі, змінює взаємовідносини в системі клітинного імунітету, порушуючи диференцію макрофагів і формування специфічної грануляційної тканини. В результаті частіший розвиток туберкульозу у ВІЛ-інфікованих може відбуватися як наслідок зниження опірності до зараження збудником туберкульозу, реактивації старих залишкових пост-туберкульозних змін, послаблення протитуберкульозного імунітету.

Тяжкість клінічних проявів туберкульозного процесу виразніше при зменшенні кількості CD4⁺-клітин у периферичній крові. При несприятливому для життя прогнозі у осіб із сполученою патологією в імунограмі спостерігається значне зниження кількості CD4⁺-лімфоцитів, В-лімфоцитів і натуральних кілерів, підвищення концентрації IgG, М, А, значне збільшення циркулюючих імунних комплексів і зниження функціональної активності нейтрофілів.

Від ступеня пригнічення клітинного імунітету залежить й вираженість симптомів туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб. Захворювання частіше перебігає по типу інфільтративного або генералізованого процесу. Прояви туберкульозу, коли кількість лімфоцитів ще залишається достатньо високою, можуть бути самими типовими і не відрізнятися від клінічної і рентгенологічної картини у ВІЛ-негативних хворих. На цьому етапі у хворих домінують прояви переважно легеневого туберкульозу.

У міру зниження кількості CD4⁺-лімфоцитів в крові (до 200 в 1 мм³ і менше) поряд з легеневиими ураженнями (або замість них) частіше знаходять позалегенові локалізації туберкульозу. Особливостями клінічної симптоматики туберкульозу в таких випадках являється підвищена частота позалегенових і дисемінованих уражень, атипів зміни на рентгенограмах легень і відносно рідкість утворення каверн.

Мета дослідження. Оцінити захворюваність на туберкульоз легень серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходились 1619 ВІЛ-інфікованих з різними формами туберкульозу легень, які лікувалися в КУ “Одеський обласний протитуберкульозний диспансер”. Діагноз встановлювали на підставі клінічних, лабораторних даних, вірусологічного обстеження, результатів рентгенологічного дослідження легень, комп'ютерної томографії.

Отримані результати. Особливу тривогу викликає той факт, що кількість хворих із сполученою інфекцією туберкульоз і ВІЛ-інфекція неухильно зростає. За нашими даними, у 2010 році на стаціонарному лікуванні в КУ “Одеський обласний протитуберкульозний диспансер” перебували 374 ВІЛ-інфікованих осіб із різними формами туберкульозу. У 2014 році таких хворих було вже 497, а лише за 9 місяців 2016 року кількість означених хворих досягла 748. Тобто, вдвічі частіше за останні 5 років спостерігається туберкульоз у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Слід відмітити, що у всіх ВІЛ-інфікованих превалювала дисемінована форма туберкульозу. Кількість хворих, в мокроті яких знаходили збудника туберкульозу була незначною.

Таку ситуацію, на наш погляд, можна пояснити пізнім зверненням хворих за медичною допомогою, відповідно несвоєчасним встановленням діагнозу, а слід за цим — відкладеним стартом специфічного лікування. До того ж серед обстежених були й ті, хто самостійно переривав (або нерегулярно приймав) курс антиретровірусної терапії на фоні низької кількості CD4⁺-лімфоцитів в

крові. Як наслідок — 53 померлих ВІЛ-інфікованих з туберкульозом у 2015 році і 41 — за 9 місяців 2016 року.

Висновки. Таким чином, туберкульоз є провідною опортуністичною інфекцією у ВІЛ-інфіко-

ваних, а внаслідок вираженого імунодефіциту має схильність до тяжкого перебігу, генералізації і прогресування патологічного процесу. Найчастіше у ВІЛ-інфікованих спостерігається дисемінований туберкульоз легень.

Н.В. Чепурнова¹, Н.Я. Жилка²

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДИСКОРДАНТНИМ ПАРАМ

¹ *Закарпатський обласний центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород*

² *Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ*

Актуальність. В умовах демографічної кризи та епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, народження дітей у дискордантної подружньої пари, у якій один із партнерів є ВІЛ-позитивним, інший — ВІЛ-негативним, є окремою проблемою системи охорони здоров'я. Збільшення кількості дискордантних пар, високий ризик передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом, обмежені можливості народження дітей без ВІЛ-інфекції у дискордантних пар природним шляхом, недосконалість нормативного регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в Україні зумовили актуальність та потребу наукового обґрунтування оптимізації моделі організації допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам.

Мета дослідження. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації моделі організації допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам, її впровадження та оцінка ефективності.

Матеріали та методи. Науковою базою дослідження став Закарпатський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, родопомічні та педіатричні лікувальні заклади (12 од.), де відбувалися пологи після застосування внутрішньоматкової інсемінації у дискордантних пар і нагляд за їх новонародженими. Очистка сперми проводилась методом центрифугування в градієнті щільності, а якість сперми до та після процедури очистки визначалась методом проведення автоматичного аналізу на аналізаторі SQA-V. Очищену сперму та якісно нову використовували для внутрішньоматкової інсемінації.

Було проведено внутрішньоматкову інсемінацію очищеною та концентрованою спермою 22 жінкам, з яких 20 жінок є ВІЛ-негативні та дві жінки з відомим ВІЛ-позитивним статусом. Внутрішньоматкова інсемінація проводилась на стимульованому циклі дворазово в преовуляторний період та в період овуляції.

Вагітність в результаті проведення внутрішньоматкової інсемінації наступила у шести жінок (27,2%), з яких прогресуюча вагітність чотирьох у ВІЛ-інфікованих жінок (18,1%) та дві вагітності закінчилися самовільними викиднями в ранніх термінах вагітності (9,0%).

У дітей народжених після проведення внутрішньоматкової інсемінації очищеною спермою чоловіка, в крові ВІЛ не виявлена.

Отримані результати. Суттєве доповнення теорії соціальної медицини в частині протидії епідемії ВІЛ-інфекції, безпосередньо, профілактики ВІЛ-інфекції горизонтальним та вертикальним шляхом, що стало підставою для розробки стратегії забезпечення ВІЛ-інфікованих пацієнтів ефективною медичною допомогою, зокрема щодо можливості реалізації їх репродуктивної функції через організацію допоміжних репродуктивних технологій дискордантним парам для народження дитини без ВІЛ-інфекції.

Висновки. Хоча внутрішньоматкову інсемінацію не можна віднести до високоефективних по показнику запліднення методів серед допоміжних репродуктивних технологій, в випадках реалізації репродуктивних планів в дискордантних парах він є найбільш оптимальним по співвідношенню