

A collection of personal items is arranged on a light-colored surface. On the left, there is a chessboard with several pieces. Next to it are two medals: one with a red ribbon and a white star, and another with a blue ribbon and a white star. A small compass is visible in the bottom left corner. A pair of glasses with thin metal frames and a long bridge is positioned diagonally across the center. The background is a plain, light-colored surface.

ВИЧ- инфекция и туберкулез

И.Ф.Копылова

Проф. зав.кафедрой
фтизиатрии КемГМА



"AIDS presents its Partner in Death"

T. J. [Signature]



ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- ◆ Количество больных ВИЧ в мире – 50 млн. в РФ около 800 тыс., расчетное количество – 1,5 млн. чел., в Кемеровской области > 12 тыс.
- ◆ ВИЧ впервые выделен в 1983 г. Первая эпидемия в Африке, 2-я в Америке и Западной Европе, 3-я – в Азии и Восточной Европе.
- ◆ Наиболее распространен в Африке (к югу от Сахары), Южной и Центральной Америке, Юго-восточной Азии.
- ◆ В СФО - на 1-ом месте Иркутская область, затем К. О. Кемеровская область занимает 11 место из 89 территорий РФ.



ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ВИЧ- ИНФИЦИРОВАНИЯ

- ◆ Внутривенные наркоманы (2\3 ВИЧ-инфицированных)
- ◆ Лица, оказывающие сексуальные услуги
- ◆ Заключенные
- ◆ Мигранты
- ◆ Медицинские работники



Этиология , патогенез

- ◆ ВИЧ- инфекция – болезнь иммунной системы, вторичный иммунодефицит вирусной этиологии.
- ◆ *Возбудитель:* 2 серотипа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2.
- ◆ Источник инфекции – ВИЧ-инфицированный человек на всех стадиях заболевания.

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

инъекционный

половой

вертикальный (у 1/3 детей, родившихся от зараженной ВИЧ- матери)

грудное вскармливание детей

- режущие и колющие предметы

Через воздух или бытовом контакте ВИЧ-инфекция не передается.

Патогенез - ВИЧ – инфекция поражает CD4-T- лимфоциты и разрушает их – это клетки, которым принадлежит решающая роль в клеточном иммунитете. Развивается иммунодефицит. Вирус остается в клетке хозяина на всю жизнь и продуцирует новые вирусы – поражаются клетки многих систем – полиорганность поражения.



Клиническая классификация РФ (Покровский (2001))


- ◆ 1. *стадия инкубации*
- ◆ 2. *стадия первичных проявлений*
- ◆ *Варианты течения*
 - ◆ А. бессимптомная
 - ◆ Б. острая инфекция без вторичных заболеваний
 - ◆ В. острая инфекция с вторичными заболеваниями
- ◆ 3. *Латентная стадия* – (персист.генерал.лимфаденопатия)
- ◆ 4. *Стадия вторичных заболеваний*
 - ◆ 4 А. < 10% массы тела
 - ◆ 4 Б > 10 % массы тела
 - ◆ 4 В - кахексия (генерал.поражения вирусные бактериальные., микобакт., грибковые)
- ◆
- ◆ Фазы в каждой стадии А Б, В :
- ◆ прогрессирования, ремиссии
- ◆ 5. *Терминальная стадия.*

КЛИНИКА ПО СТАДИЯМ

- ◆ **1 стадия инкубации** (от заражения до клиники или выработки антител)
- ◆ Продолжительность от 3 недель до 3 мес. - активное размножение ВИЧ, нет клиники и антител) СД4 > 500.
- ◆ **2 стадия - первичных проявлений** – 2-3 недели в среднем (от нескольких дней до нескольких месяцев)
- ◆ Варианты течения
- ◆ **2 А. Бессимптомная**
- ◆ **2 Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.**
- ◆ Разнообразная клиника:
- ◆ лихорадка
- ◆ высыпания на коже и слизистых
- ◆ увеличение л/у, затылочных, шейных, паховых
- ◆ фарингит
- ◆ иногда увеличение печени, селезенки
- ◆ диарея
- ◆ «асептический» менингит
- ◆ Наблюдается у 50-90% инф.перв. 3 мес. после заражения.
- ◆ Продолжается от неск.дней до 2 мес. В крови могут быть мононуклеары Начало опережает обычно сероконверсию, появл. антител., лимфопения. Спец. антитела не всегда определ., лимфопения СД4 > 500 в 1 мл. Часто транзиторное снижение СД4 кл.

продолжение


- ◆ **2 В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями**
- ◆ Имеет место в 10-15% случаев. Проявления слабо выражены, наблюдаются кратковременное, хорошо поддающиеся лечению заболевания: ангина, пневмония, кандидозы, герпет.инфекция, ТБ. ТБ является сопутствующим заболеванием.
- ◆ Чем тяжелее протекает острая инфекция, тем больше вероятность общего прогрессирования ВИЧ-инфекции
- ◆ **3 латентная стадия**
- ◆ Персистир.генерализованная лимфаденопатия не менее 3 мес. Часто поражаются все гр.л/у. (может отсутствовать). Постепенное нарастание 6-7 лет (от 2-3 до 20). В начале имм. статус в норме. Медленно прогрессирует иммунодефицит. СД4 > 500.
- ◆ Л/у эласт., б/б, не спаяны, без изм. кожи. Размер до 1 см.

- 
- ◆ **4 стадия вторичных заболеваний (через 6-7 лет от заражения)**
 - ◆ **4 А.** – снижение массы тела < 10%. Бакт., грибковые, вирусные поражения слизистых и кожи, воспал. заболевания дых. путей.
 - ◆ СД4 – 350-500 мк/л
 - ◆ **4 Б-** > 10% потеря веса. Через 7-10 лет от заражения.
 - ◆ Кожные поражения более глубокие, затяжные.
 - ◆ Поражение внутр.орг.бакт., грибк., вирусные и поражение периф. н.с., локал.саркома Капоши, лихорадка, диарея, ТБ.
 - ◆ СД4 – 200-350 мкл
 - ◆ **4 В.** - (через 10-12 лет) кахексия. Развитие антител, угрозы жизни заболеваний генерал.ха-ра, поражение ЦНС, протозойн, паразит.зоб-я, упорная диарея, преобладающая пневмония, лейкопения, тромбоцитопения, анемия имм. комплексов.
 - ◆ СД4 < 200 мкл.
 - ◆ Процесс обратимый.
 - ◆ Фазы: прогрессирования
 - ◆ ремиссии (спонт. или на фоне ВАП)
 - ◆ **5 стадия терминальная.** Вторич.зоб-я приобретают необратимое течение.
 - ◆ СД4 < 50 мкл.
 - ◆ Погибают в течение нескольких недель или месяцев.
 - ◆ 4В и 5 стадии - СПИД
 - ◆ В среднем от инфицирования до СПИДа – 10 лет. (от 1 мес. до 20 лет).




ДИАГНОСТИКА ВИЧ-инф.

- ◆ Осуществляется на основании анализа эпидемиол., клин., лаборат.данных . Выделяются 2 этапа.
- ◆ диагностика ВИЧи- (состоян инфицирования),
- ◆ установление развернутого клинического диагноза.
- ◆ В РФ – об-е антител к ВИЧ с посл. Подтверждением их специфичности в р-ии иммунного блотингп.
- ◆ Антитела – у 90-95% инф. в перв.3 мес., у 5-9% - от 4 до 6 мес. после заражения.
- ◆ Обязат.серол.скринингу на ВИЧ подлежат категории граждан групп риска.




Клинические показания для обследования на ВИЧ-инфекцию

- ◆ Лихорадка с лимфоденопатией или диареей – более мес.
- ◆ Необъяснимая потеря массы тела на 10% и более
- ◆ Затяжные рецидивирующие пневмонии неподдающиеся лечению
- ◆ Затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные, паразитарные заболевания, сепсис
- ◆ Подострый энцефалит и слабоумие у ранее здоровых
- ◆ Рецидивирующая пиодермия
- ◆ Генерализованная или хроническая герпетическая инфекция




Туберкулез у ВИЧ-инфицированных

- ◆ В начале третьего тысячелетия глобальными медико-социальными проблемами в мире являются эпидемии СПИДа и туберкулеза (ТБ).
- ◆ ТБ – наиболее ранняя и значимая ВИЧ-ассоциированная инфекция.
- ◆ В РФ в 2013г. кол-во больных ВИЧ/ТБ – 34370чел.
- ◆ В КО всего зарегистрировано 2059чел.



Влияние ВИЧ-инфицирования на противотуберкулезный ИММУНИТЕТ

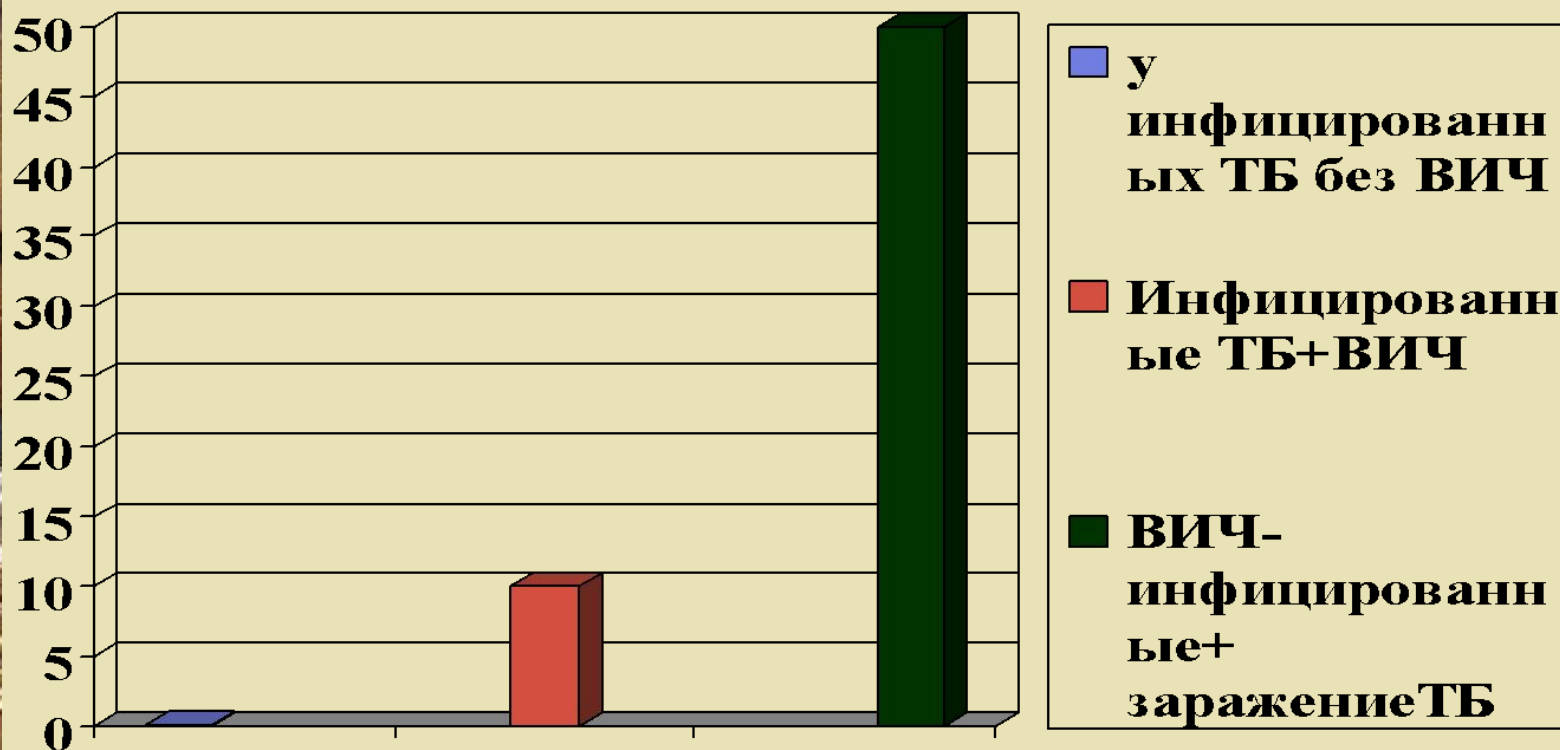
- ◆ Вирус разрушает ключевые клетки противотуберкулезного иммунитета: лимфоциты (Т-хелперы), макрофаги



ВИЧ-инфекция – самый мощный фактор , увеличивающий риск заболевания ТБ

- ◆ Подавляя иммунитет ВИЧ-инфекция резко повышает опасность контакта с больным ТБ (как первичного , так и повторного), способствует активации имеющейся латентной туб.инфекции, развитию заболевания и его прогрессированию.

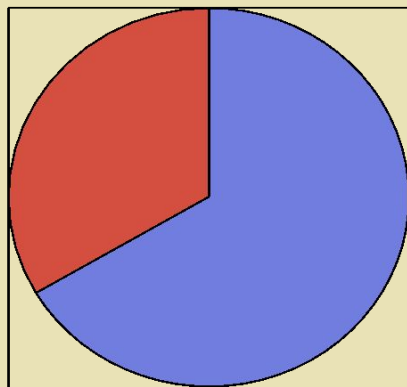
Частота развития ТБ в течение года



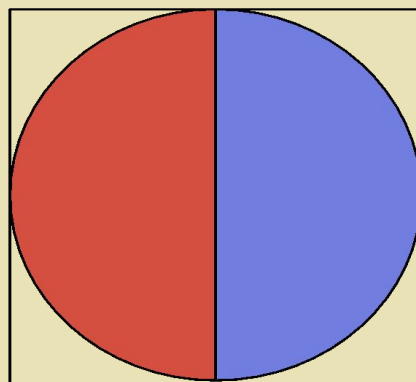


- ◆ С увеличением степени подавления иммунитета, растет опасность заболевания ТБ, достигая наибольшей частоты в последних стадиях
- ◆ На начальных стадиях ВИЧ-инфекции ТБ является сопутствующим заболеванием. Высокая заболеваемость связана с вовлечением общих групп населения: наркоманы, асоциальные (беспорядочные половые связи), гомосексуалисты, бывшие заключенные.
- ◆ На последних стадиях ВИЧ-инфекции (IVБ и V) риск заболевания ТБ резко повышается за счет подавления клеточного иммунитета. ТБ присоединяется к ВИЧ в качестве осложнения

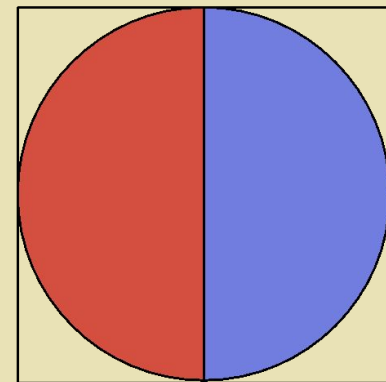
Частота присоединения ТБ к последним стадиям ВИЧ-инфекции



В мире – $1/3$




В РФ – $1/2$



В Кузбассе – $1/2$

Ожидается в Кемеровской области из 12000
ВИЧ-инфицированных – 6000 больных ТБ

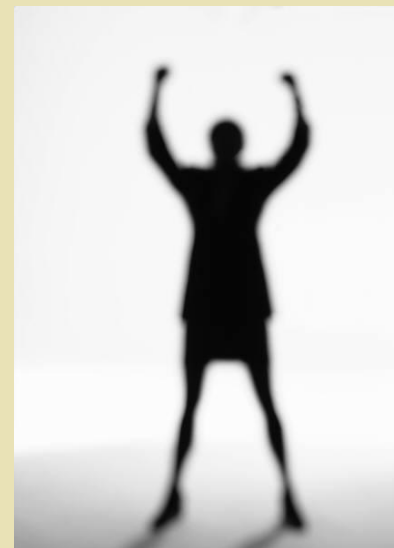


Влияние присоединения ВИЧ-инфекции к уже имеющемуся активному ТБ

- ◆ Способствует скоротечному злокачественному течению ТБ
- ◆ Предрасполагает к развитию тяжелых осложнений: легочных кровотечений, СП и др.
- ◆ Вызывает прогрессирование затихшего ТБ (излеченного)

Влияние ТБ на ВИЧ-инфекцию

- ◆ Ускоряет прогрессирование ВИЧ-инфекции и переход ее в СПИД





Проявления ТБ у ВИЧ-инфицированных (по данным ВОЗ)

Стадии ВИЧ	Проявления
Ранние (ТБ-сопутствующее заболевание)	Типичные для ТБ
Поздние (СПИД) (ТБ-осложнение)	Атипичные

Особенности клиники ТБ у больных СПИДом

Течение:	Необычно злокачественное клинически тяжелое болезни. Туберкулезный процесс молниеносно прогрессирует
Клинические проявления	Высокая температура, выраженный синдром интоксикации, кахексия, прогрессирующая слабость, сильный мучительный кашель со скудной мокротой, кровохарканье, одышка

Локализация и распространенность поражения

Лимфадениты	Обычно генерализованные
Гематогенные диссеминации	Милиарные, с поражением легких (98%) и других органов (в среднем 6 органов). Нередко поражаются печень и селезенка (13-14%), мозг (6%). Характерны редкие локализации: абсцессы грудной клетки, поражения перикарда, глаз, кожи, яичек и др.
Менингит	Бурно, злокачественно протекающий
Серозные оболочки	Часто вовлекается плевра- ненасытные экссудативные плевриты, перикардиты, перитониты
Изолированные внеторакальные поражения	Встречаются редко – 2,2%

Бактериовыделение

- ◆ Относительно редкое в мокроте- 20-35%.
- ◆ Часто при обширном легочном процессе БК(-)
- ◆ Иногда при отсутствии деструкции в легких и даже нормальной рентгенограмме –БК(+).
- ◆ В других жидкостях и выделениях (крови, моче, кале, тканях и др.) БК (+) в 84%.
- ◆ Часто МЛУ МБТ.
- ◆ Иногда БК(+) в крови при отсутствии видимых изменений на рентгенограмме легких и в других органах.

РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСКАТЬ МБТ

ВСЕМИ МЕТОДАМИ :

простой микроскопией, посевом ,ПЦР во всех материалах



Частота генерализации процесса

- ◆ Частота генерализации процесса ТБ нарастает с повышением степени иммунодепрессии: с 15% при СД4 более 500 до 72% при Д4 менее 500.
- ◆ При умеренном снижении иммунитета сначала поражается лимфатическая система (увеличиваются все группы лимфоузлов), затем развивается гематогенная диссеминация по типу милиарного ТБ.
- ◆ При СД4 менее 100 клеток в 1 млк острый гематогенный процесс развивается первично, минуя лимфогенную стадию.

Особенности данных рентгенообследования органов дыхания

- ◆ Резкое увеличение
внутригрудных
лимфоузлов
(большие конгломераты)
без ателектазов



Продолжение

- ◆ Преимущественно нижне – и среднедолевая локализация, передние отделы
- ◆ Редко образуются деструкции (20-35%)
- ◆ Часто двухстороннее поражение
- ◆ Инфильтраты большой протяженности без деструкции
- ◆ Часто диссеминация, в 20% невидимая на рентгенограмме
- ◆ Частые плевральные и перикардальные выпоты

Продолжение

- ◆ Большая динамичность изменений в короткие сроки (после нормальной рентгенограммы через 7-10 дней возникают большие инфильтраты или диссеминации)

Нередко яркая клиника опережает рентгенологические изменения от 3 до 14 недель

- ◆ Показаны ТГ средостения, КТ для выявления увеличенных ВГЛУ
- ◆ Наблюдается несоответствие между рентгенкартиной и клиникой, рентгенкартиной и бактнериовыделением



Реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2ТЕ

- ◆ Как правило,
отрицательная
- ◆ Лишь в 7%
- ◆ слабоположительная





Формулировка диагноза ТБ/ВИЧ

- ◆ Развернутый диагноз ВИЧ
- ◆ Развернутый диагноз ТБ
- ◆ Соп. заболевания (вторичные и др.)
- ◆ В ранней стадии ВИЧ при отсутствии иммунодефицита диагноз ТБ выносится на 1 место.

Характеристика ТБ легких на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции


Признаки	Стадия ВИЧ	
	Ранняя	Поздняя
По проявлениям напоминает	Вторичный ТБ	Первичный ТБ
Результаты исследования мокроты на МБТ	Часто положительные	Часто отрицательные
Рентгенологическая картина	Л/У не увеличены. Деструкция часто. Верхнедолевая локализация	Л/У резко увеличены. Деструкция редко. Нижне и средне долевая локализация.
Динамика	Медленная	Быстрая

Присоединение других ВИЧ-ассоциированных заболеваний

У больных СПИДом к ТБ нередко присоединяются другие ВИЧ-ассоциированные заболевания на более поздних этапах:

- ◆ МИКОЗЫ,
- ◆ пневмоцистная пневмония,
- ◆ саркома Капоши,
- ◆ микобактериозы.






Особенности морфологических изменений

- ◆ Отсутствие специфических гранул в 73% случаев с наличием очагов казеозного некроза
- ◆ В 27% только гнойное расплавление тканей с большим количеством МБТ

*МБТ без гранулом в тканях –
характерная особенность ТБ на фоне СПИДа*

Зависимость морфологических изменений от степени иммунодефицита

Степень иммунодефицита	Гистологические изменения
Легкая	Специфические грануломы с казеозным некрозом и КУБ
Средняя	Нет гранулом. Казеозные очаги с небольшим кол-вом КУБ или без КУБ
Тяжелая	Гнойное расплавление тканей с большим кол-вом КУБ



Состояние диагностики ТБ у ВИЧ-инфицированных в РФ

- ◆ В 21% в РФ ТБ выявлен лишь на вскрытии.
- ◆ 38% больных умерших от СПИДа не вскрывались.
- ◆ Внелегочные поражения, как правило, выявлялись только на вскрытии.
- ◆ Милиарная диссеминация часто выявлялась только на вскрытии.
- ◆ Диагностика ТБ на поздних стадиях вызывает затруднения




Анализ причин поздней диагностики ТБ у 8 умерших в Новокузнецке

*Все больные поступили в
специализированный стационар в
некурабельном состоянии:*


От появления клинических симптомов до обращения проходило от 1,5 до 6 месяцев.

- ◆ От поступления в отделения ОЛС до возникновения подозрения на ТБ и перевода в специализированные клиники проходило от 4 до 40 суток.



**Клинические формы ТБ в зависимости от
первоначального заболевания
(ЦНИИТ, 2005 В.В.Ерохин и др.)
425 больных**

<u>Клинические формы</u>	ВИЧ/ ТБ	ТБ/ВИЧ
ТВГЛУ	10,6 %	0
Диссеминированный	27	16
Милиарный	22	2
Очаговый и инфильтративный	23	43
КП	0,4	9,2
Фиброзно-кавернозный	0	17
Менингит	4	1
ТПЛУ	4	1



Особенности клинических проявлений и в зависимости от первоначального заболевания

Признаки	ВИЧ/ТБ	ТБ/ВИЧ
Интоксикация	97,4%	75,3%
Легочные симптомы	18	94
Потеря массы тела	94	72

Особенности рентгенкартины в зависимости от первоначального заболевания

Признаки	ВИЧ/ТБ	ТБ/ВИЧ
Типичная	39	98
Атипичная	61	2
Увеличение ВГЛУ	17	1,3
Распад, каверны	8	85
Интерстициальные изменения	29	12

Особенности проявлений и исходов ТБ в зависимости от первоначального заболевания

Признаки	ВИЧ/ТБ	ТБ/ВИЧ
Генерализация	100	Реже
Внелегочные поражения	Печень, селезенка, почки и др.	Бронхи, гортань, плевра и др.
Бактериовыделение	20	80
МЛУ	9	4,5
Летальность	19	14,5
Причина смерти	Нарастание иммунодефицита, комплекс втор. заболеваний	Прогрессирование ТБ и его осложнений

Лечение ТБ у ВИЧ -инфицированных

- ◆ В начальных стадиях обычное с хорошими результатами
- ◆ В поздних стадиях:

	Фазы	
	Интенсивная	Долечивания
Сроки	4-6 месяцев	6-8 месяцев (курс до 10-12 месяцев)
Комбинации ПТП	Н R Z E S	Н R E

Примечание: При антивирусной терапии ВИЧ- инфекции избегать R и Rb.
При показаниях хирургическое лечение.



Лечение (продолжение)

- ◆ ВИЧ-инфицированные плохо переносят ПТП.
- ◆ Частота побочных реакций растет по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции.
- ◆ Виды побочных реакций:
Сыпь на коже и слизистых, лихорадка, эксфолиативный дерматит, синдром Стивенсона-Джонсона до летального исхода, поражение ЖКТ , печени, тромбоцитопения, анафилактический шок.

**Десенсибилизирующая терапия
противопоказана!**



- ◆ Эффективность лечения зависит от своевременности выявления ТБ и адекватности терапии.
- ◆ В поздних стадия эффект достигается в 20-25%.
- ◆ Смертность в течении года 20%.

Результаты лечения ТБ у ВИЧ-инфицированных

Результаты лечения	ЦНИИТ	Новокузнецк
Пролечено больных	425 чел.	66 чел.
Прервано лечение	35%	38%
Умерло	15%	36,4%
Достигнут эффект	14%	15%
Безуспешность лечения	11%	10,6%



ПРИКАЗ

ДОЗН КО № 55
от 22 .01. 2009 г.

«Об организации профилактики,
выявления, диагностики и лечения
туберкулеза у лиц с ВИЧ-
инфекцией»

Положение об организации раннего выявления и диагностики туберкулеза среди лиц с ВИЧ-инфекцией



- ◆ 1. Плановое обследование на туберкулез лиц с ВИЧ-инфекцией проводится 2 раза в год и включает в себя:
 - ◆ 1.1. флюорографическое обследование легких;
 - ◆ 1.2. бактериоскопическое исследование мазка мокроты на КУМ №3 по Цилю- Нильсену;
 - ◆ 1.3. туберкулинодиагностику.

◆ **2. Врач-инфекционист службы анти-СПИД осущ-
диспансерное наблюдение
лиц с ВИЧ-инфекцией, организуя:**



- ◆ 2.1. прохождение флюорографического обследования на базе лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) по территориальному принципу *(по направлению)*;
- ◆ 2.2. получение результата флюорографического обследования по запросу из ЛПУ;
- ◆ 2.3. проведение туберкулинодиагностики в процедурном кабинете службы анти-СПИД;



2.4. формирование групп лиц с ВИЧ-инфекцией, имеющих высокий риск развития туберкулеза, с целью проведения химиопрофилактического лечения;

2.5. проведение внепланового осмотра при подозрении на туберкулез с консультацией фтизиатра службы анти-СПИД.

3. Внеплановый осмотр проводится на базе общей лечебной сети и включает в себя диагностический минимум обследования:

- рентгенологическое обследование органов грудной клетки в 2-х проекциях;
- бактериоскопическое исследование мазка мокроты на КУМ №3.



- ◆ 4. При наличии показаний фтизиатр службы анти-СПИД направляет ВИЧ-инфицированного в противотуберкулезный диспансер (ПТД) или туберкулезный кабинет.
- ◆ 5. По результатам диагностики врач-фтизиатр противотуберкулезной службы оформляет медицинское заключение, заверенное подписями членов врачебной комиссии ПТД (личной подписью врача-фтизиатра) и штампом учреждения, и передает его в территориальную службу анти-СПИД по тел./факсу в срок до 3 дней.
- ◆ 6. Врач-фтизиатр службы анти-СПИД фиксирует окончательный диагноз в амбулаторной карте больного.



Функциональные обязанности врача-фтизиатра службы анти- СПИД



- ◆ 1. Диспансерное наблюдение за больными ВИЧ-инфекцией, включающее в себя контроль за проведением плановых и внеочередных осмотров на туберкулез;
- ◆ 2. Проведение химиопрофилактики туберкулеза в группах с высоким риском заболевания туберкулезом;
- ◆ 4. Диспансерное наблюдение за больными ВИЧ-инфекцией, завершившими основной курс лечения по поводу туберкулеза и продолживших наблюдение по III группе диспансерного учета, с проведением противорецидивных курсов лечения.
- ◆ 5. Ведение учетно-отчетной документации по ВИЧ-инфекции и туберкулезу в соответствии с законодательством РФ.
- ◆ 6. Взаимодействие с врачом-фтизиатром противотуберкулезной службы и областным координатором по сочетанной патологии туберкулез/ВИЧ-инфекция.

Положение об организации профилактического лечения среди лиц с ВИЧ-инфекцией, имеющих высокий риск развития туберкулеза



- ◆ 1. Решение о назначении химиопрофилактики туберкулеза принимает врач-фтизиатр службы анти-СПИД на основании и по совокупности анамнестических, эпидемиологических, лабораторных, рентгенологических данных и результатов туберкулиновой диагностики.
- ◆ 2. Показания для проведения химиопрофилактического лечения:
 - ◆ 2.1. результаты туберкулинодиагностики:
 - ◆ - впервые выявленная положительная проба Манту с размером папулы 5 и более мм;
 - ◆ - нарастание инфильтрата на 6 мм и более;
 - ◆ - гиперэргическая проба Манту (инфильтрат диаметром 17 мм и более у детей и подростков, у взрослых 21 мм и более, а также везикуло-некротические реакции независимо от размера инфильтрата с лимфангитом или без него);
 - ◆ 2.2. иммунный статус:
 - ◆ - уровень CD4 клеток менее 200 в мкл;
 - ◆ - число лимфоцитов в клиническом анализе крови менее 1200 кл/мкл;
 - ◆ 2.3. наличие одного из СПИД-индикаторных заболеваний/состояний

- ◆ 3. Химиопрофилактическое лечение проводится на базе службы анти-СПИД под непосредственным контролем медицинского персонала.
- ◆ 4. Химопрофилактическое лечение включают в себя пероральный прием в течение 3 месяцев изониазида (10 мг/кг массы тела) и может сочетаться с антиретровирусной терапией.
- ◆ 6. Дальнейшая тактика определяется совместно инфекционистом и фтизиатром:
 - ◆ 6.1. при наличии одного или нескольких выше перечисленных показаний могут назначаться повторные курсы лечения, но не ранее чем через 3 месяца после окончания предыдущего;
 - ◆ 6.2. при повышении показателей иммунного статуса, исчезновении клинических и лабораторных проявлений иммунодефицита повторные курсы химиопрофилактики туберкулеза не проводятся.



Положение об организации лечения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией



- ◆ 1. При решении вопроса об условиях проведения лечения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, учитывается стадия ВИЧ-инфекции и характер туберкулезного процесса:
 - ◆ 1.1. **в амбулаторных условиях** на базе **противотуберкулезных учреждений, тубкабинетов по территориальному принципу** - определение активности туберкулезного процесса и ограниченные формы легочного туберкулеза без бактериовыделения и распада легочной ткани, независимо от стадии ВИЧ (*при отсутствии показаний для госпитализации*). Лечение проводить в специально выделенные часы и дни.

**1.2. в стационарных условиях
на базе противотуберкулезных
учреждений по месту
жительства больного**




Распространенные формы активного туберкулеза, независимо от бактериовыделения и наличия распада легочной ткани в сочетании с ВИЧ-инфекцией на ранних стадиях (2, 3, 4А) и 4Б (*при условии отсутствия прогрессирования клинических проявлений ВИЧ-инфекции нетуберкулезной этиологии*). Госпитализация осуществляется через врачебные комиссии ПТУ. Лечение проводит фтизиатр противотуберкулезной службы с обязательной консультацией инфекциониста службы анти-СПИД.

1.3. в стационарных условиях на базе отделения иммунодефи- цитных состояний инфекцион- ной больницы г. Прокопьевска



больные активными формами туберкулеза любой локализации в сочетании с ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях (4Б - *при прогрессировании клинических проявлений ВИЧ-инфекции нетуберкулезной этиологии*, 4В, 5). Лечение осуществляется специалистом по ВИЧ-инфекции совместно с фтизиатром. Госпитализация проводится по направлению врачебной комиссии, созданной при областном центре борьбы со СПИДом.



◆ 2. Лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проводится в соответствии со стандартными режимами терапии туберкулеза, утвержденными приказом МЗ РФ №109 от 21.03.2003г.

«О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

◆ 3. Лечение ВИЧ-инфекции (стадии 2Б, 2В, 4) высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ) осуществляет специалист службы анти-СПИД согласно приказу ДОЗН № 696 от 03.08.2006г.

Заключение

- ◆ ВИЧ-инфекция является самым серьезным из факторов риска развития ТБ у лиц, инфицированных МБТ. Распространение ВИЧ-инфекции привело к росту ТБ в мире и создает угрозу нового подъема его в России в ближайшие годы. ТБ относится к наиболее вирулентным из всех оппортунистических инфекций у ВИЧ инфицированных и развивается в более ранние сроки по сравнению с другими. С другой стороны, ТБ способствует прогрессированию латентной ВИЧ-инфекции и развитию СПИДа.

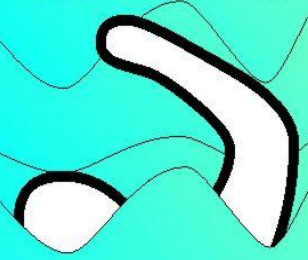
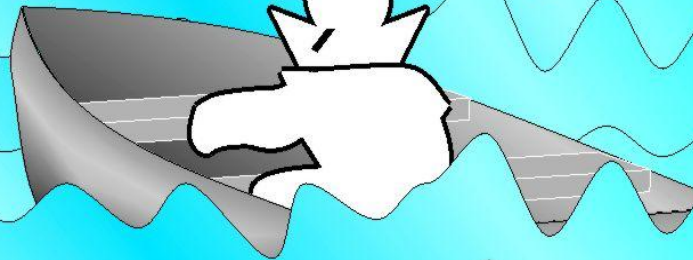
Заключение (продолжение)

- ◆ ТБ в сочетании со СПИДом протекает исключительно злокачественно с выраженной склонностью к генерализации в организме, частыми внелегочными поражениями, редким бактериовыделением, отсутствием специфических гранул в тканях, отрицательными реакциями на туберкулин, атипичной рентгенкартиной легких.
- ◆ Противотуберкулезное лечение ВИЧ инфицированных эффективно до развития СПИДа и мало результативно при его развитии.

СПИД

ВИЧ

ТУБЕРКУЛЁЗ





**«Для торжества зла
достаточно одного условия,
чтобы добрые люди сидели
сложив руки»**

забытый философ

Благодарю за внимание

