

Атипичные микобактериозы у больных ВИЧ-инфекцией.

Рамушева А.Д.

Врач-инфекционист ГБУЗНО НОЦСПИД

«Актуальные проблемы ВИЧ-инфекции.

Организация диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией»

14.02.2023 г.

Эпидемиология

- МАС –инфекция является истинно оппортунистическим СПИД-индикаторным заболеванием и развивается при тяжелом иммунодефиците (чаще при $CD4 < 50$ кл/мкл).
- В эру до АРТ – МАС-инфекцию регистрировали почти у 40% в год среди пациентов с $CD4 < 100$ кл/мкл
- Заболеваемость – 0.11-0.17 на 100 пациенто/лет в общей когорте ВИЧ-позитивных
- 1.4-5.3 на 100 пациенто/лет среди пациентов с $CD4 < 50$ кл/мкл

МАС- инфекция в Нижегородской области по данным НОЦ СПИД с 1991 г.

- **55 человек** (мужчины 65,5%), из них **16 (29%) умерло**;
- Средний возраст **41 год** (min 34, max 57);
- **Сопутствующие заболевания:**

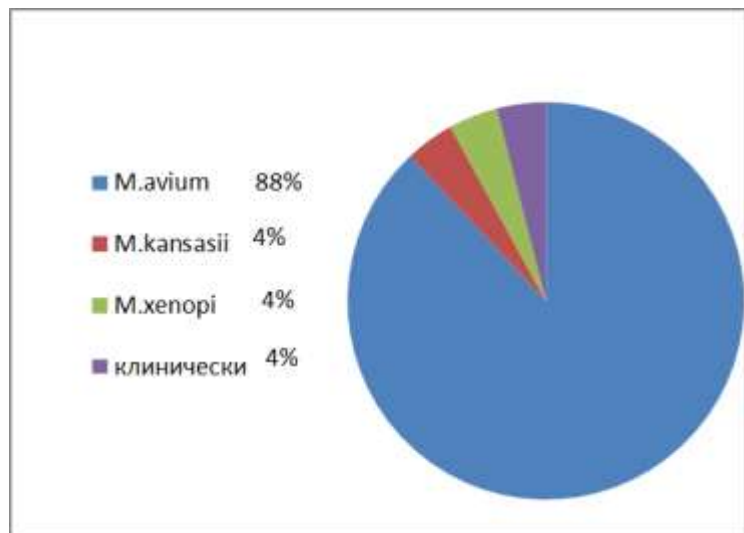
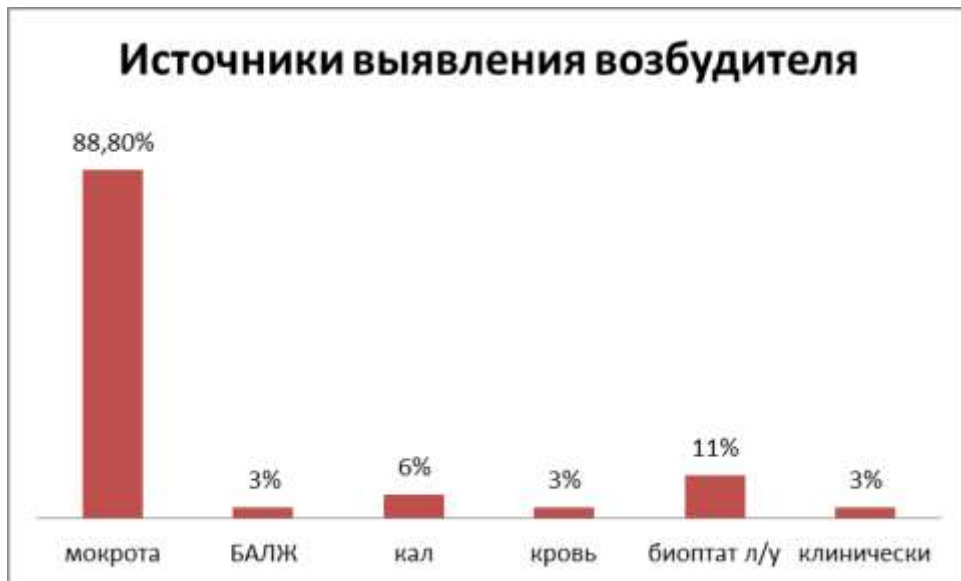
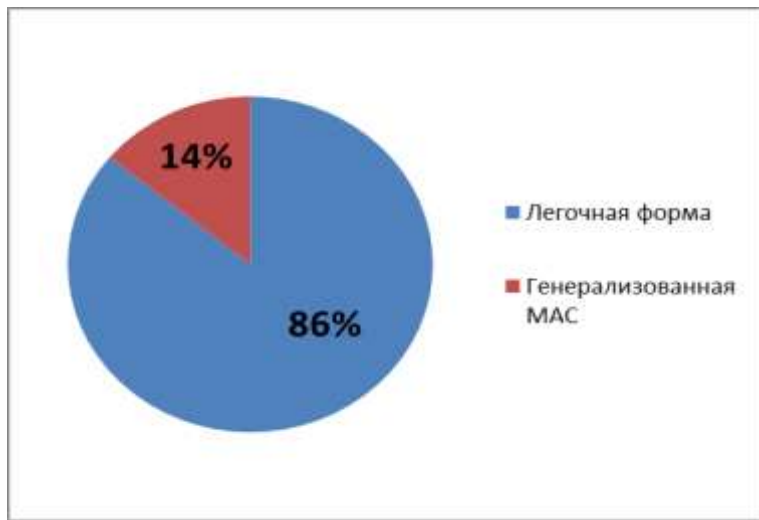
ХГС-65%;

ЦП-14%;

Распространенный кандидоз слизистых-12%;

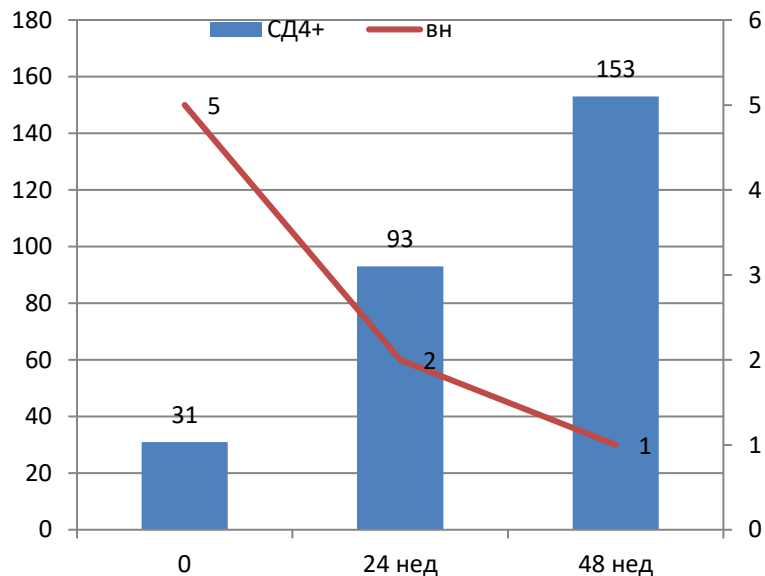
Церебральный токсоплазмоз-3%;

- От момента постановки на ДУ по ВИЧ до установления диагноза «микобактериоз»-**3 года** (min 0, max 16).
- **У 55,5%**-предшествующая госпитализация с «пневмонией» без эффекта от стандартного лечения.
- При выявлении микобактериоза:
СД 4 - 31 кл/мкл (min 1, max 374)
ВН - 5log (min 2log, max 6log)
Гипохромная анемия-65,5%.

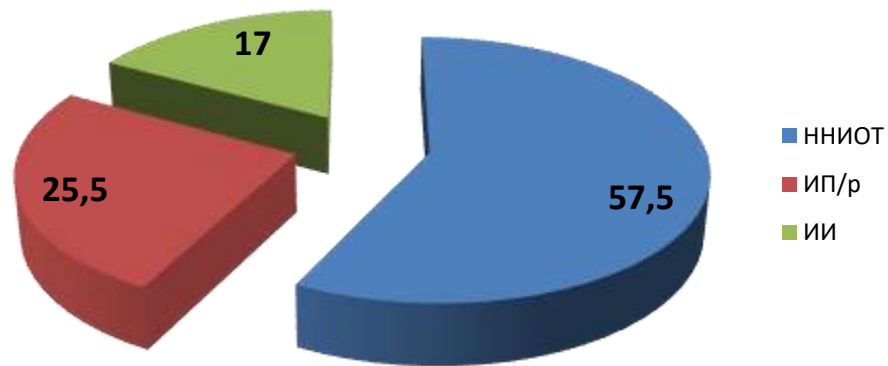


- ### Жалобы:
- Слабость (98%)
 - Лихорадка (98%)
 - Одышка (92%)
 - Потливость (85%)
 - Снижение массы тела (72%)
 - Кашель (63%)
 - Боли в животе (35%)

Лечение



Динамика СД4+-лимфоцитов и ВН



Схемы АРВТ (приверженность 52%)

Только **14% пациентов** получали специфическую терапию микобактериоза.

Причины:

1. Низкая приверженность с учетом длительного курса лечения;
2. Трудность в приобретении препаратов;
3. Сложность мониторинга в период терапии;
4. Плохая переносимость, НЯ, межлекарственные взаимодействия

Организация лечения в НОЦ СПИД

- Клиника
- КТ-исследования
- Сд4 < 100 кл/мкл
- Вне АРВТ

Консультация
фтизиатра НОЦ СПИД

Консультация
фтизиатра в ПТД

-ПЦР МБТ;
-Мокрота на КУМ №3;
-Посев мокроты,
бронхоальвеолярного
лаважа **или** стерильной в
норме биологической
жидкости/ткани (ликвор,
операционно-биопсийный
материал, синовиальная
жидкость) на НТМБ из
разных проб **или**
гистопатологические
изменения в ткани при +
посеве на НТМБ

- Консультация
пульмонолога
(гл.внешт
специалист
МЗНО)
- или
- Направление в
ФГБУ «НМИЦ
ФПИ» МЗРФ

Лечение и
наблюдение в
СПИД центре
врачом-
инфекционистом

Лечение*

Приоритетная схема	Кларитромицин 500мг/2сутки +Этамбутол 15-20 мг/кг/1сутки +Рифабутин 5мг/кг/1сутки
Альтернативная схема	Азитромицин 500мг/1сутки +Этамбутол 15-20 мг/кг/1сутки +Рифабутин 5мг/кг/1сутки
Генерализованная МАС	+Аминогликозид, или респираторный фторхинолон

Длительность терапии-не менее 12 месяцев.

Критерии прекращения терапии:

- Отсутствие клинико-рентгенологических признаков прогрессирования;
- СД4 > 100 кл/мкл в течение 6 месяцев и РНКВИЧ < 58 коп/мл

Клинический случай 1

Мужчина, 41 год.
Выявлен в 2015 году. Активный
ПИН.

Обратился в 2018 г после
стац.лечения
«Сепсис.Двусторонняя
полисегментарная пневмония»
Туберкулез исключен.
АБ лечение-без эффекта.
СД4-43 кл/мкл, РНКВИЧ-720 000
коп/мл, Hb-103г/л.
От АРВТ категорический отказ.

Обращение в НОЦ СПИД январь
2019.
Одышка, кашель, лихорадка до 40.
Направлен в стационар.
«Внебольничная левосторонняя
нижнедолевая пневмония. Анемия.
Наркомания». Туберкулез исключен.
СД4-31 кл/мкл, РНКВИЧ-1 200 000
коп/мл, Hb-97 г/л.
Назначена АРВТ.
Приверженность низкая.

С декабря 2019 года по август
2020 года, 3х кратная
госпитализация в стационары
с «пневмонией».
Туберкулез исключен.
СД4-34 кл/мкл,
РНКВИЧ-63 000 коп/мл
Hb-79 г/л.
Произведена замена АРВТ.
Приверженность низкая.

Декабрь 2020 г.
госпитализации с диагнозом
«пневмония», методом Bactec-
выделены M.avium. Установлен
д-оз «Диссеминированный
микобактериоз легких».
Направление к пульмонологу,
назначено специфическое
лечение.

Крайняя явка в НОЦСПИД в мае
2021 года. Жалоб нет. Лечение
микобактериоза прервал
самостоятельно, у
пульмонолога не наблюдается.
Прием АРВТ нерегулярный.
СД4-54 кл/мкл, РНКВИЧ-810
коп/мл, Hb-116 г/л.

Резюме:

- **2 года активных жалоб;**
- **5 рецидивов пневмоний за 2 года;**
- **Отсутствие эффекта стандартных АБ;**
- **Отсутствие настороженности в отношении микобактериоза, после исключения активного туберкулеза;**
- **Отсутствие полноценной психологической, наркологической помощи пациенту с последующим формированием приверженности к лечению.**

Клинический случай 2

Мужчина, 38 лет.
половой путь
заражения

Лихорадка, сухой кашель,
+ ПЦР к COVID-19 от июня,
июля, сентября 2022
(Кагоцел, Вильпрафен-без
эффекта). Лечение
амбулаторно.

Ноябрь 2022 госпитализация
ГБ №33«COVID-19,
Двусторонняя
полисегментарная пневмония»
Молнупиравир, Цефтриаксон,
Амоксициллин/клавуланат.

Ноябрь 2022+а/ВИЧ
РНКВИЧ-2600000 коп/мл, СД4-
8 кл/мкл(1%), Нв 110 г/л.
МСКТ легких: участки
«матового стекла» в обоих
легких и медиастенальная
лимфоаденопатия.

НОЦСПИД
Назначение АРВТ
Направление в ПТД для
исключения туберкулеза
КТОГК по м/ж

Обращение в п-ку с
лихорадкой, сухим кашлем в
декабря, январе, феврале
2022/23
КТ не проведено!
АБ ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ЭФФЕКТА!

В феврале 2023
обращение в НОЦ
СПИД
В бактериограмме-
атипичные
микобактерии

РНКВИЧ-1100 коп/мл, СД4-38 кл/мкл(5%), Нв
91г/л.
направление в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» МЗРФ

Резюме:

- 9 месяцев активных жалоб
- Отсутствие эффекта АБ
- Отсутствие обследования на ВИЧ при обращении в мед.учреждение
- Не отработан алгоритм взаимодействия между мед.организациями

Выводы:

1. Симптомы МАК неспецифичны, сходны с симптомами туберкулеза и лимфомы;
2. Выявление НТМБ доступно только бактериологическим лабораториям фтизиатрической службы, а видовая идентификация только референс-лабораториям регионального уровня или НИИ;
3. Низкая настороженность врачей в отношении НТМБ, длительная постановка диагноза;
4. Низкая эффективность терапии, из-за природной резистентности ко многим АБ препаратам;
5. Низкая приверженность с учетом длительного курса лечения, НЯ, межлекарственные взаимодействия;
6. Отсутствие национальных протоколов ведения.

Благодарю за внимание!