

8. Gardam M.A., Keystone E.C., Menzies R. et al. Anti-tumor necrosis factor agents and tuberculosis risk: mechanisms of action and clinical management // *Lancet Infect. Dis.* 2003. No. 3. P. 148–155.
9. Gebrekristos H.T., Lurie M.N., Mithethwa N., Karim Q.A. Knowledge and acceptability of HAART among TB patients in Durban, South Africa // *AIDS Care.* 2005. Vol. 17, No. 6. P. 767–772.
10. Girardi E., Raviglione M.C., Antonucci G. et al. Impact of the HIV epidemic on the spread of other diseases: the case of tuberculosis // *AIDS.* 2000. Vol. 14, Suppl. 3. P. 47–56.
11. Michailidis C., Pozniak A.L., Mandalia S. et al. Clinical characteristics of IRIS syndrome in patients with HIV and tuberculosis // *Antivir. Ther.* 2005. Vol. 10, No. 3. P. 417–422.

Поступила в редакцию 01.06.2009.

SIGNIFICANCE OF CYTOKINE STATUS IN EARLY DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS ASSOCIATED WITH HIV-INFECTION

E.V. Markelova, S.A. Sotnichenko, L.F. Sklyar

Vladivostok State Medical University (2 Ostryakov Av. Vladivostok

690950 Russia), Regional Clinical Centre of Prevention and Fight against AIDS (50 Borisenko St. Vladivostok 690016 Russia)

Summary — The paper describes results of examination of 90 HIV-positive patients and patients having HIV-infection associated with tuberculosis. The authors have studied dependency of detection probability for tuberculosis diagnosed in HIV-positive patients from initial levels of immunological profile at various stages of disease using stratification analysis. They also have performed logistic regression analysis with backward selection of predictors and detecting of tuberculosis contagion as dependent variable. Tuberculosis risk was dependent to a considerable extent on HIV RNA level, number of lymphocytes and length of tuberculosis preventive treatment. They have suggested a diagnostic search algorithm for early detection of tuberculosis in HIV-positive patients, which implies monitoring of immunological markers (tumour-a necrosis factor, interleukin-10 and soluble receptor of interleukin-6) and their detection in certain intervals.

Key words: HIV-infection, tuberculosis, cytokines.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 4, p. 44–47.

УДК 616.981.3:578.828.6]-085.28-053.2(571.63)

С.Н. Караблина, Г.А. Паращенко

Краевой клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (690011 г. Владивосток, ул. Борисенко, 50).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Ключевые слова: перинатальный контакт, химиопрофилактика передачи ВИЧ.

Представлен опыт проведения химиопрофилактики вертикального пути передачи ВИЧ в Приморском крае. За 1997–2008 гг. под наблюдением находилось 553 ребенка, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами. Диагноз «перинатальная ВИЧ-инфекция» установлен в 61 случае, 341 ребенок снят с диспансерного учета по достижении возраста 18 мес. При трехэтапной химиопрофилактике с назначением антиретровирусных препаратов не позднее 28-й недели беременности риск передачи ВИЧ от матери ребенку значительно ниже, чем при экстренной двухэтапной профилактике.

В последнее десятилетие в связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных женщин особую актуальность приобрели вопросы передачи инфекции от матери к ребенку. Ее вероятность составляет, по данным разных авторов, от 30 до 50% [1, 2, 4]. При своевременных мероприятиях по предупреждению передачи ВИЧ риск можно снизить до 1–2%. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» комплексу мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку, уделяется большое внимание.

Материал и методы. За 1997–2008 гг. на диспансерный учет у врача-педиатра ККЦ СПИД поставлено 553 ребенка, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами. 545 из них родились в Приморском крае, 8 при-

были из других территорий РФ (рис. 1). Диагноз «перинатальная ВИЧ-инфекция» установлен в 61 случае, 341 ребенок снят с диспансерного учета по достижении возраста 18 мес. и больше при отсутствии клинических и лабораторных проявлений ВИЧ-инфекции, 107 человек выбыли за пределы Приморского края. 44 ребенка умерли в разные периоды жизни, 8 из них — с диагнозом «перинатальная ВИЧ-инфекция».

Передача ВИЧ от матери ребенку возможна во время беременности, в родах и при грудном вскармливании. В связи с этим химиопрофилактика перинатального заражения включает в себя химиопрофилактику во время беременности, в течение родов и для новорожденного. Наименьший риск вертикальной передачи вируса отмечается при проведении всех трех этапов профилактики с одновременным отказом от вскармливания молоком инфицированной женщины. Невозможность проведения одного из этапов химиопрофилактики не является основанием для отказа от следующего.

До 2004 г. наиболее широко использовалась схема профилактики вертикальной передачи ВИЧ, рекомендованная Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol-076. Матери назначали зидовудин (группа нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы) внутрь во время беременности и внутривенно во время родов, ребенку — зидовудин внутрь с 6–12 часов жизни [3]. С 2004 г. согласно приказу МЗ РФ № 606 от 2003 «Об утверждении инструкции по профилактике

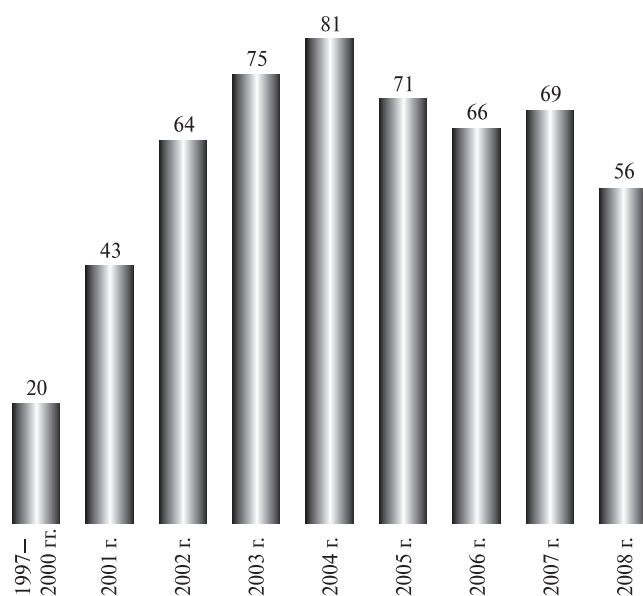


Рис. 1. Число детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами в 1997–2008 гг.

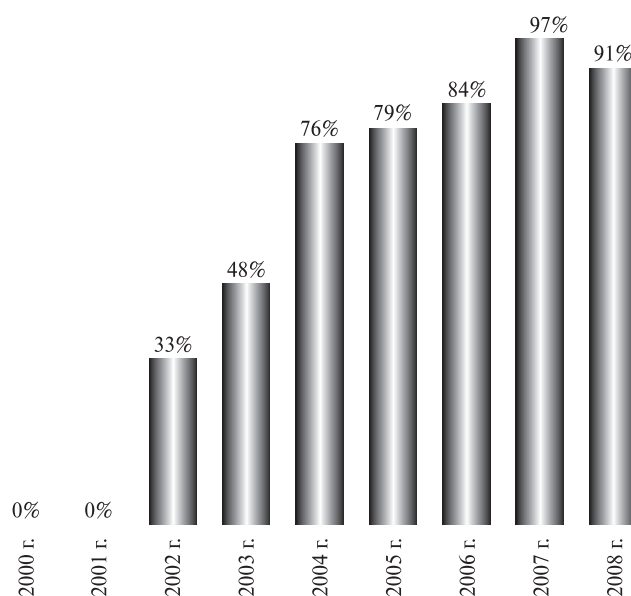


Рис. 2. Частота химиопрофилактики вертикального пути передачи ВИЧ в 2000–2008 гг.

ВИЧ от матери к ребенку» в схему кроме зидовудина был включен невирапин (группа нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы) внутрь, как матери, так и ребенку. Женщине невирапин (200 мг) назначался в начале родовой деятельности, ребенку препарат вводился из расчета 2 мг на 1 кг веса первые 6–8 часов после рождения, однократно или трехкратно, с интервалом в одни сутки.

С 2007 г. в соответствии с методическими рекомендациями «Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку», а также клиническими рекомендациями «Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» изменилась тактика назначения препаратов во время беременности. Рекомендуется комбинированная химиопрофилактика с применением антиретровирусных препаратов из различных групп в зависимости от состояния здоровья женщины, уровня CD4-клеток, вирусной нагрузки. Схемы химиопрофилактики для новорожденного зависят от схемы и объема профилактики, полученных матерью.

Результаты исследования. Химиопрофилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ в Приморском крае используется с 2002 г. До декабря 2008 г. она проведена в 348 случаях – 63,8% (рис. 2). Применялись следующие схемы (табл. 1):

1-я группа (181 наблюдение): во время беременности с 14–36 недель до родов – зидовудин (200 мг, 3 раза в сутки), в родах – невирапин (200 мг, однократно), новорожденному с первых 8 часов жизни – невирапин (2 мг/кг/сутки, 1–3 дня);

2-я группа (1 наблюдение): во время беременности с 14–36 недель до родов – зидовудин (200 мг, 3 раза в сутки), в родах – зидовудин (внутривенно, капельно), новорожденному с 8–12 часов жизни – зидовудин (2 мг/кг, 4 раза в сутки, 6 недель);

3-я группа (116 наблюдений): в родах – невирапин (200 мг, однократно), новорожденному – невирапин (2 мг/кг/сутки, 1–3 дня);

4-я группа (40 наблюдений): только новорожденному – невирапин (2 мг/кг/сутки, 1–3 дня, с первых часов жизни);

5-я группа (10 наблюдений): только новорожденному – невирапин (2 мг/кг/сутки, однократно) и зидовудин (2 мг/кг, 4 раза в сутки, 4–6 недель).

Выбор схемы зависел от многих факторов: состояла ли женщина на диспансерном учете во время беременности, получала ли химиопрофилактику во время беременности или антиретровирусную терапию. Схемы также зависели от степени обследования женщины, времени постановки диагноза, сроков поступления в родовспомогательные учреждения и эпидемиологических показаний.

С 2006 г. заметно увеличилось число женщин, участвующих в химиопрофилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Полную трехэтапную схему получали мать и ребенок в случаях желанной беременности, когда женщина своевременно проходила обследование, была привержена к проведению химиопрофилактики и адекватно относилась к предстоящим родам. Собственные данные подтверждают увеличение в настоящее время числа социально-адаптированных лиц в группе ВИЧ-позитивных беременных.

Двухэтапная экстренная профилактика проводилась при бесконтрольно протекавшей беременности, отсутствии диспансерного наблюдения, поздней постановке диагноза ВИЧ-инфекции беременной и по эпидемиологическим показаниям. Химиопрофилактика только новорожденному выполнялась в случаях позднего поступления женщины в родовспомогательное учреждение, учитывая положительный

Таблица 1

Химиопрофилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции

Этапы химиопрофилактики		2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Всего
1-я и 2-я группы	абс.	11	15	15	27	33	46	35	182
	%	17,8	20	18,5	38	51,5	51,5	62,5	33,4
3-я группа	абс.	11	15	31	15	11	19	14	116
	%	17,8	20	38,3	21,1	17,5	27	25	21,2
4-я и 5-я группы	абс.	1	5	16	15	10	3	4	50
	%	1,56	6,6	19,7	21,1	15	4,4	7,14	9,9

Таблица 2

Вероятность вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку в Приморском крае

Показатель	1997–1999 гг.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Родилось от ВИЧ-положительной матери	4	16	42	64	74	83	71	64	69	56
Диагноз: «перинатальная ВИЧ-инфекция», абс.	3	5	9	11	9	10	6	5	1	—
Риск перинатального заражения, %	75,0	31,2	21,4	17,2	12,2	12,1	8,5	7,8	1,4	—

результат при экспресс-диагностике, а также по эпидемиологическим показателям. Известно, что ВИЧ-инфицированные наркозависимые, социально дезадаптированные лица нередко уклоняются от обследования на ВИЧ-инфекцию до родов, что затрудняет химиопрофилактику на первом этапе.

Обсуждение полученных данных. В последние три года отмечается значительное снижение риска перинатального инфицирования детей ВИЧ (табл. 2). Так, при трехэтапной профилактике (1-я и 2-я группы) частота вертикальной передачи вируса составила 1,6% (3 случая). В указанных наблюдениях антиретровирусные препараты были назначены с 37–38-й недели беременности в связи с поздней постановкой на диспансерный учет и поздней диагностикой ВИЧ-инфекции. При двухэтапной экстренной профилактике (3-я группа) частота вертикальной передачи ВИЧ оказалась выше (4,3% — 5 случаев). В 4-й и 5-й группах детей, где химиопрофилактика проводилась только новорожденному, частота вертикальной передачи 6% (3 человека). В тех случаях, когда химиопрофилактика не проводилась (197 человек), этот показатель составил 23,8% — 47 человек.

Таким образом, в последние 4 года в эпидемический процесс по ВИЧ/СПИДу в Приморском крае в большей степени вовлекаются социально адаптированные женщины, планирующие беременность, приверженные к проведению химиопрофилактики вертикальной передачи инфекции. Это способствует значительному снижению риска вертикального распространения вируса. При трехэтапной химиопрофилактике с назначением антиретровирусных препаратов не позднее 28-й недели беременности

риск передачи инфекции от матери ребенку значительно ниже, чем при экстренной двухэтапной профилактике.

Литература

1. Клейн Д.Д., Заутис Т.Е. Секреты лечения детских инфекций. М., 2007. 130 с.
2. ВИЧ/СПИД и дети: для медицинских и социальных работников / под ред. А.Г. Рахмановой. СПб.: АБТ, 2007. 352 с.
3. Диспансеризация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Наблюдение и лечение детей с ВИЧ-инфекцией: рекомендации для педиатров амбулаторно-поликлинической сети медицинских, социальных и образовательных учреждений, врачей общей практики. М., 2006. 82 с.
4. Ayoub A., Tene G., Cunin P. et al. Low rate of mother-to-child transmission of HIV-1 after nevirapine intervention in a pilot public health program in Yaounde, Cameroon // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 2003. Vol.34, No. 3. P. 274–280.

Поступила в редакцию 01.06.2009.

EFFICIENCY OF CHEMICAL PROPHYLAXIS OF HIV VERTICAL TRANSMISSION IN PRIMORSKY KRAI

S.N. Karablina, G.A. Parashchenko

Regional Clinical Centre of Prevention and Fight against AIDS (50 Borisenko St. Vladivostok 690011 Russia)

Summary — The paper provides an experience in carrying out chemical prophylaxis of HIV vertical transmission in Primorsky Krai. Over 1997–2008, 553 infants born of HIV-positive women were under medical supervision. Diagnosis “perinatal HIV-infection” was proved in 61 cases, while follow-up for 341 patients was cancelled upon the attainment of the age of 18 months. The three-stage chemical prophylaxis, including prescription of antiretroviral drugs, prior to or on the 28th week of pregnancy considerably mitigates the risk of HIV transmission from mother to child rather than the immediate two-stage prophylaxis.

Key words: perinatal contact, chemical prophylaxis of HIV transmission.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 4, p. 47–49.