

ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОЄДНАННІ З ВІЛ

Одеський національний медичний університет

На початку III тисячоліття глобальною проблемою у світі стало значне розповсюдження ВІЛ-інфекції, на тлі якої, із високою частотою, збільшується кількість випадків захворювання на туберкульоз (ТБ). Окрім ТБ та ВІЛ-інфекції, великою проблемою є хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ), зокрема мультирезистентний туберкульоз (МРТБ).

Ураження імунної системи при ВІЛ-інфекції у поєднанні з МРТБ носить системний характер, проявляючись глибокою супресією Т- і В-ланок клітинного імунітету, що призводить, з одного боку, до підвищення рівня сироваткових імуноглобулінів та циркулюючих імунних комплексів, а з другого боку — наростання дефіциту та функціональної недостатності CD4+ лімфоцитів. Слід підкреслити, що при прогресуванні ВІЛ-інфекції рівень CD4+ лімфоцитів знижується приблизно на 50-80 кл/мкл на рік, та призводить до неухильного зменшення здатності імунної системи стримувати розмноження і дисемінацію *M. tuberculosis*.

Провідним методом в лікуванні МРТБ/ВІЛ ко-інфекції, згідно Наказу МОЗ № 620 від 4.09.2014 року та Наказу МОЗ №1039 від 31.12.2014 року, є етіотропна хіміотерапія протитуберкульозними препаратами (ПТП) другого ряду, та призначення антиретровірусної терапії (АРВТ), що рекомендовано всім ВІЛ-інфікованим хворим на МРТБ, незалежно від кількості CD4+лімфоцитів. Причому, прийом АРВТ хворим треба розпочинати якомога раніше після початку протитуберкульозного лікування, протягом перших 8 тижнів.

Проте, вже на початку лікування, навіть при правильно призначеній протитуберкульозній терапії, спостерігається погіршення стану хворого, що

пов'язане з розвитком синдрому відновлення імунної системи (СВІС), який найчастіше супроводжується лихоманкою та прогресуванням ураження лімфатичних вузлів, легень, появою плеврального чи перикардіального випоту, асциту, розвитком менінгоенцефаліту та

активацією опортуністичних інфекцій, важкими алергічними реакціями, оскільки знищення інфекційних агентів пригнічує імунні реакції, та призводить до їх активізації. Таким чином, усі складові СВІС ставлять під загрозу основну схему ПТП, підвищують кількість побічних реакцій, відтягують терміни призначення АРВТ, що призводить до летального наслідку.

Враховуючи все вищевказане, при лікуванні хворих на МРТБ у сполученні з ВІЛ-інфекцією на тлі глибокої імуносупресії, виникла необхідність проведення імунозамісної терапії. Нами був застосований препарат імуноглобуліну класу Ig G в комбінації зі стандартними схемами ПТП другого ряду та АРВТ. Діючим компонентом препарату є антитіла, що володіють специфічною активністю проти різних збудників захворювань — вірусів і бактерій, в тому числі гепатиту А і В, герпесу, вітряної віспи, грипу, корі, паротиту, поліомієліту, краснухи, коклюшу, стафілококу, кишкової палички, пневмококів, мікобактерії туберкульозу. Торгова назва Ig G — «Біовен моно», розчин 5 % для внутрішньовенно-краплинного введення 50 мл, виробник ЧАО Біофарма, Україна.

При застосуванні внутрішньовенного Ig G у ВІЛ-інфікованих хворих на МРТБ, як засобу патогенетичного впливу та варіанту пасивної імунозамісної терапії, відмічено поліпшення імунного стану, покращення якості життя та попередження розвитку СВІС, що в свою чергу збільшує комплайнс до призначеного лікування. Але, на жаль, кількість наукових робіт у цьому напрямку значною мірою обмежена.

У зв'язку з вищевикладеним, вивчення клініко-фармакологічних та імунологічних аспектів застосування Ig G у поєднанні з ПТП та АРВТ є актуальним на шляху підвищення ефективності лікування, корекції супутніх розладів гомеостазу та зменшення смертності серед ВІЛ-інфікованих хворих у поєднанні з МРТБ, на тлі глибокої імуносупресії.