

70,1±14,3; почек — 45,3±37,7; тонкого кишечника — 44,5±14,4; поджелудочной железы — 124,5±16,8; щитовидной железы — 54,4±9,4; и синовиальной оболочки суставов — 50,6±9,6.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о том, что у больных ХВГС отмечаются глубокие изменения в клеточном и гуморальном звене иммунной системы, а так же цитокиновом статусе. Выявленные

нарушения в работе системы иммунитета по-видимому и обуславливают стойкую хронизацию инфекционного процесса, отражая наибольшую степень ослабления противовирусной защиты. Кроме этого отмечены и внепеченочные проявления, выражающиеся в аутоиммунных сдвигах, приводящие к развитию аутоагрессии к тканевым структурам, которые проявляются в нарушениях функционирования этих органов и систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апросина З.Г., Серов В.В. Внепеченочные проявления хронического гепатита В (ХГ-В) и С (ХГ-С) // Новое направление в гепатологии: Тез. междунар. Фальк Симпозиума № 92. — СПб., 1996. — С. 28.
2. Бондаренко А.Л. Клинико-иммунологический и генетический анализ ГВ // Эпидемиол. и инф. болезни. — 1999. — № 1. — С. 42-46.
3. Буеров А.О. Иммунологические механизмы повреждения печени // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатолог. и колопроктологии. — 1998. — № 5. — С. 18-21.
4. Гендон Ю.З. Проблемы гепатита В и программа ВОЗ борьбы с этой инфекцией // Успехи гепатологии. — Рига, 1990. — Вып. 15. — С. 4-15.
5. Горбаков В.В. Хронические вирусные гепатиты. // Новый мед. журн. — 1996. — № 5-6. — С. 24-27.
6. Доценко М.Л. Закономерности циркуляции и клиническое значение маркеров аутоиммунитета при различных хронических формах вирусных гепатитов В, С и дельта. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1992. — 21 с.
7. Жданов В.М., Ананьев В.А., Стаханова В.М. Вирусные гепатиты. — М.: Медицина, 1986. — С. 255-256.
8. Cacciola T., Pollicino T., Squadrito G., et al. Occult hepatitis B virus infection in patients with chronic hepatitis C liver disease // New Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 341. — P. 22-26.
9. Estaban J., Comer J., Martell M. Hepatitis C. // Viral Hepatitis / Ed. R. Willson. — Markel Decker, 1997. — P. 174-216.
10. Janeway C.A., Travers P. Immunobiology. The immun system in Health and Disease // Current biology Limited/Carland Publishing Inc., 1997.

Адрес для переписки: 700060, Узбекистан, Ташкент, ул. Я. Гулямова, 74; тел. (9987) 2335922; e-mail: inf-ledi@mail.ru
Набиева Умида Пулатджановна — к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории иммуноцитоксинов Института иммунологии АН РУз

© ВЕРЕВЩИКОВ В.К., БОРЗУНОВ В.М. — 2008

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

V.K. Verevshchikov, V.M. Borzunov
(Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург)

Резюме. На основании комплексных клиничко-лабораторных исследований представлены основные клинические симптомы терминальной стадии ВИЧ-инфекции, изучена структура и частота оппортунистических заболеваний. Продолжающееся потребление инъекционных наркотических средств, не обращение за медицинской помощью и, как следствие, позднее начало антиретровирусной терапии, обуславливает неуклонное прогрессирующее течение ВИЧ-инфекции с быстрым летальным исходом.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, оппортунистические инфекции.

CLINICAL FEATURE OF THE TERMINAL STAGE OF HIV-INFECTION WITH THE LETHAL OUTCOME

V.K. Verevshchikov, V.M. Borzunov
(Urals State Medical Academy, Yekaterinburg, Russia)

Summary. On the grounds of the complex clinic-laboratory studies the clinical symptoms of terminal stage of HIV-infections are presented. Last ing consumption of injection narcotics, not addressing for the medical aid and, as result, later beginning antiretroviral treatment, cause progressing of HIV-infection with the rapid lethal outcome.

Key words: HIV-infection, opportunistic disease.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России остается достаточно напряженной [4]. Сохраняются высокие темпы инфицирования ВИЧ, ежегодно возрастает количество вовлеченных в болезнь женщин фертильного возраста, медленно и неоднозначно разрешаются определенные проблемы в проведении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), особенно у лиц, продолжающих потребление инъекционных наркотических средств (ПИН) [3].

Вместе с тем клиническая картина ВИЧ-инфекции на продвинутой стадиях (IVA-B и V-СПИД по классификации В.И. Покровского с соавт., 2001) ввиду обширного спектра оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований многообразна, что к вызывает трудности в своевременной и правильной диагностике заболевания, наиболее характерным для первичного звена медицинской помощи (участковые терапевты, врачи общей практики, служба скорой медицинской помощи). В отечественной литературе имеются работы, описывающие клиничко-лабораторные проявления ВИЧ-инфекции на стадии первичных проявлений (II A-B) [2], тогда как стадия вторичных забо-

леваний представлена еще недостаточно [5], особенно в категории пациентов с поздними сроками постановки истинного диагноза от момента возможного инфицирования. В связи с несвоевременным обращением ВИЧ-инфицированных за квалифицированной и адекватной медицинской помощью, поздним началом ВААРТ, прогноз в отношении не только сохранности функций по самообслуживанию, но и жизни у данных больных чаще всего неблагоприятный.

Цель исследования — проанализировать спектр вторичных инфекционных поражений и выявить закономерности клинических проявлений ВИЧ-инфекции на терминальной стадии, завершившейся летальным исходом у стационарных больных.

Материалы и методы

Клинический, лабораторно-инструментальный мониторинг и протоколы патологоанатомических вскрытий 128 больных ВИЧ-инфекцией в IV-V стадиях, госпитализированных в клинику инфекционных болезней УГМА. Диагноз ВИЧ-инфекции и вторичных заболева-

ний верифицировался положительными результатами в соответствующих ИФА, ПЦР, бактериологических исследованиях биологических субстратов больных.

Среди больных преобладали мужчины — 85,3%, женщины составили 14,7%. Подавляющее большинство было представлено лицами трудоспособного возраста (21-35 лет) — 88,2%. По данным эпидемиологического анамнеза у 82,4% был хотя бы единичный эпизод внутривенного введения наркотиков, либо больные продолжали употреблять психоактивные вещества на момент госпитализации, у 5,9% прослеживался возможный половой путь передачи (промискуитет), так же в 5,9% случаев были сведения об оперативных вмешательствах, в 2,9% — выполнение стоматологических пособий. Ранее диагностируемую ВИЧ-инфекцию имели только 55,9% больных: в сроке до 1 года 17,6%, от 1 до 3 лет — 11,8%, от 3 до 5 лет — 17,6%, от 5 до 10 лет — 2,9%, более 10 лет — 2,9%. В остальных случаях (44,1%) диагноз был поставлен впервые в стационаре. В 47,1% регистрировалась IV стадия болезни, в остальных случаях — стадия СПИДа. В 42,2% случаев больные были доставлены в стационар бригадами скорой медицинской помощи, причем в подавляющем большинстве (92,3%) в направительных диагнозах не было упоминания о ВИЧ-инфекции.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2003 и Biostat [1].

Результаты и обсуждение

Среди сопутствующих заболеваний отмечались: хронические вирусные гепатиты (76,5%), среди которых ХВГВ+С составил 64,7%, ХВГВ — 5,9%, ХВГС — 2,9%, ХВГВ+С+D — 2,9%; язвенная болезнь желудка и ДПК — 8,8%, хронический панкреатит — 41,2%, хронический холецистит — 8,8%, хронический гастрит — 11,8%, гипертоническая болезнь — 2,9%, острая дизентерия Флекснера — 2,9%.

Структура оппортунистических инфекций была представлена: атипичным микобактериозом (32,4%), туберкулезом лёгких (21,8%), генерализованным туберкулезом (5,9%), генерализованным кандидозом (24,8%), кандидозом слизистых (8,9%), пневмоцистной пневмонией (11,8%), цитомегаловирусной инфекцией (9,3%), токсоплазмозом (6,9%), хроническим лимфолейкозом (5,9%), лимфомой головного мозга (2,9%).

В клинической картине наблюдалось развитие и дальнейшее нарастание симптомов общей интоксикации: общая слабость (55,9%), диффузная головная боль (32,4%), повышенная утомляемость (5,9%), нарушение ритма сна (5,9%). Повышение температуры тела регистрировалось у 85,3% больных. Из диспепсических жалоб отмечались: снижение аппетита (23,5%), тошнота периодического или постоянного характера (29,4%), рвота (26,5%), кашицеобразный стул до 2-3 раз в сутки (20,6%). Наблюдались болевой синдром и/или чувство тяжести или дискомфорта в правом подреберье или эпигастриальной области (64,7%). Суставные и мышеч-

ные боли беспокоили 17,6% больных, потеря массы тела отмечалась в процессе нахождения в стационаре у 25,7%. Желтушность кожи и видимых слизистых оболочек отмечалась в 32,4% случаев и развивалась за время нахождения в стационаре еще в 41,2%, полиморфная сыпь регистрировалась у 29,4% больных, проявления геморрагического синдрома различной степени выраженности — у 14,7% с последующим прогрессированием в 20,6%, периферические отеки выявлялись в 26,5% случаев. Генерализованная лимфаденопатия отмечалась только в 38,2%. При осмотре больных выявлялись гепатомегалия (91,2%) и спленомегалия (5,9%). Кашель при поступлении отмечали 32,4% больных с последующим увеличением встречаемости данного симптома до 38,2%. Менингеальные симптомы определялись в 52,9%, очаговые неврологические расстройства — 14,7%. Усугубление степени нарушения сознания отмечалось у 82,4% больных (без учета агональной стадии), причём при поступлении данный синдром регистрировался только в 23,5% с последующим нарастанием к финалу патологического процесса.

В 73,3% случаев наблюдалось развитие анемии, в 44,4% — тромбоцитопении. У всех наблюдаемых больных отмечались лейкопения и лимфопения в соответствии со стадией ВИЧ-инфекции по классификации CDC, причем в 62,2% — инверсия иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 не только за счет снижения лимфоцитов с хелперным фенотипом, но и увеличения в процентном отношении цитотоксических клеток.

У 57,8% больных выявлялось умеренное повышение активности АсАТ, в 37,8% — АлАТ. Изменения на электрокардиограммах имели 84,4% ВИЧ-инфицированных, преимущественно в виде дистрофических и дисметаболических изменений в миокарде (34,4%), блокады правой ножки пучка Гиса (26,7%), нарушений внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости (22,4%).

Продолжительность госпитализации составила от 1 до 52 дней, в среднем $12,9 \pm 1,1$ сут. В 76,5% случаев больные находились в отделении реанимации для оказания интенсивной терапии и реанимационного пособия вплоть до наступления летального исхода.

Таким образом, на догоспитальном этапе диагнозов ВИЧ-инфекции был определен чуть более в половине случаев (55,9%), что свидетельствует о недостаточной осведомленности врачей первичного звена в вопросах клиники и диагностики заболевания. В структуре путей инфицирования по-прежнему отмечается преобладание потребителей инъекционных наркотических средств. ВИЧ-инфекция в группе инъекционных наркотопотребителей протекает скоротечно, и при продолжающемся введении психоактивных веществ и отсутствии ВААРТ средняя продолжительность жизни с момента возможного инфицирования составляет 4,1 года. В спектре вторичных инфекционных заболеваний доминируют микобактериозы, вызванные как атипичными, так и типичными штаммами, причем их прижизненная диагностика позволила подтвердить диагноз только в 60% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. — Пер. с англ. — М.: Практика, 1999. — 459 с.
2. Кравченко А.В., Мирошниченко А.В., Канестри В.Г. и др. ВИЧ-инфекция на стадии первичных проявлений: особенности клинической картины и диагностики. // Инфекционные болезни. — 2005. — том 3, №3. — С. 18-22.
3. Кравченко А.В., Юрин О.Г. Антиретровирусная терапия в России: новые лекарственные средства и мониторинг эффективности. // Матер. Второй Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008. — С. 76.

4. Онищенко Г.Г. Достижения в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. // Доклад на Второй Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008.
5. Рахманова А.Г., Яковлев А.А., Виноградова Е.Н. и др. Вторичные заболевания у больных тяжелыми формами ВИЧ-инфекции и перспективы их диагностики и лечения. // Матер. Второй Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008. — С. 77.