

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

**Н. П. Амплеева, Е. Н. Алферина, Р. З. Альмяшева,
Ю. Г. Ускова**

Статья посвящена исследованиям, касающимся клинических и эпидемиологических аспектов ВИЧ-инфекции в Республике Мордовия. Проанализирована структура оппортунистических инфекций. В работе представлены основные эпидемиологические проявления заболевания.

ВИЧ-инфекция является одной из опаснейших инфекционных болезней человека. Это медленно текущее заболевание, при котором развивается тяжелый иммунодефицит, приводящий к возникновению различного рода оппортунистических заболеваний. Гибель больного практически неизбежна спустя 10–11 лет после заражения. На прогноз течения заболевания влияют длительность периода от момента заражения до установления диагноза, своевременное проведение противовирусной терапии, ранняя диагностика вторичных заболеваний и их лечение [3, с. 4].

В Республике Мордовия ВИЧ-инфекция регистрируется с 1996 г. По состоянию на 01.01.2013 г. в республике выявлено 1 150 больных ВИЧ-инфекцией (62,8 % мужчин и 37,2 % женщин), из них 997 жителей республики (86,6 %).

В УФСИН РФ по РМ находится 973 ВИЧ-инфицированных, в том числе 604 мужчины и 369 женщин, из них лишь 52 человека являются жителями республики. В проведении антиретровирусной терапии (АРВТ) нуждаются 254 осужденных, получают лечение 226 (89,0 %).

Показатель распространенности заболевания в РМ составляет 135,8 случая на 100 тыс. населения, в том числе среди жителей республики — 117,6 случая. На диспансерном учете в ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» состоят 772 человека, в том числе мужчин — 401, женщин — 371 (из них беременных 7), подростков — 2. Под наблюдением специалистов центра находятся 50 детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, с

диагнозом ВИЧ-инфекция — 9 детей и подростков. Среди лиц, состоящих на учете, все нуждающиеся (184 пациента) получают антиретровирусную терапию.

В 2012 году умерло 28 ВИЧ-инфицированных. Среди причин смерти установлены: сердечно-сосудистая недостаточность — 3 случая, печеночно-почечная недостаточность — 3, хронический алкоголизм, обморожение — 1, ножевое ранение — 1, двусторонняя пневмония, сепсис — 1, онкологические заболевания — 2, туберкулез — 1, несчастный случай — 2, цирроз печени — 1, опиоидная наркомания — 1, полиорганная недостаточность — 1, в 2 случаях причина смерти неизвестна, от прогрессирования ВИЧ-инфекции (стадия СПИДа) умерло 9 человек, в том числе диссеминированный туберкулез легких выявлен в 4 случаях, острый менингоэнцефалит — в 2, цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная пневмония и саркома Капоши — по 1 случаю.

Этиология развивающихся оппортунистических инфекций при данном заболевании может быть самой различной и во многом определяется бытовыми, климатическими и природными условиями, в которых проживает больной человек. Это связано с неодинаковой распространенностью условно-патогенных возбудителей и эпидемиологическими условиями, влияющими на их распространение в различных странах [1].

Нами были изучены особенности структуры, клинического течения оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции. Проанализированы истории болезни 460 пациентов, находившихся на лечении в ГУЗ «РИКБ» г. Саранска с 1998 по 2010 г. Мужчины составили 65 % от числа госпитализирован-

© Амплеева Н. П., Алферина Е. Н., Альмяшева Р. З.,
Ускова Ю. Г., 2013

ных. Возраст пациентов в 42 % случаев 21 — 30 лет. У большинства больных была диагностирована стадия вторичных заболеваний (IVA — 28,3 %; IVB — 29,0 %; IVB — 27,6 %).

В нашем исследовании различные варианты кандидозного поражения наблюдались у 34 % госпитализированных больных. В 92,8 % случаев был выявлен орофарингеальный кандидоз, в 2,9 — кандидозный вульвовагинит, в 2,2 — эзофагит, в 0,7 — отит и в 1,5 % наблюдений — кандидоз кожных покровов.

При орофарингеальном кандидозе локальные жалобы выявлялись редко: 4 человека отмечали боль в горле, 5 — трудности при открывании рта, 2 — затрудненное глотание. При псевдомембранозном варианте обнаруживались творожистые налеты различной распространенности. Афтозный стоматит проявлялся единичными или множественными афтами овальной или округлой формы на слизистых оболочках ротовой полости с серовато-желтым налетом в центре. Ангулярный хейлит наблюдался в основном вместе с псевдомембранозным кандидозом. Кандидозный эзофагит клинически проявлялся жжением по ходу пищевода, затрудненным прохождением пищи. Кандидоз кожных покровов протекал с преимущественным поражением кожи подошв и ладоней, межпальцевых складок и сопровождался выраженным зудом (наблюдался преимущественно у больных с IV стадией заболевания). Кандидозный вульвовагинит встречался с одинаковой частотой на различных стадиях болезни. Субъективно больных беспокоило выделения творожистого характера, жжение и зуд.

Спектр легочной патологии составили туберкулез (15,1 %), пневмонии (7,3 %), бронхиты (7,0 %), реже диагностировались осумкованный плеврит, гидроторакс, острый гангренозный абсцесс легкого (по 0,3 %).

Пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией встречались в стадию вторичных заболеваний: 42,9 % — в IVB, 32,1 % — в IVB и 25,0 % — в IVA стадию. Одностороннее поражение легких отмечалось в 67,9 % случаев, двустороннее — в 32,1 %. У 60,0 % больных была диагностирована нижнедолевая пневмония, также выявлялось сегментарное (24,0 %) и субтотальное поражение легких (16,6 %). В 10,7 % наблюдений пневмонии осложнялись выпотным плевритом. В 0,5 % случаев (в стадию IVB и IVB) наблюдалась двусторонняя абсцедирующая пневмония тяжелого затяжного течения с прорывом в плевральную полость и развитием пиопневмоторакса. Обострение хронического брон-

хита диагностировано в различные стадии заболевания: ПБ, ПВ (по 7,4 % случаев), IVA (15,0 %), IVB (58,3 %), IVB (11,9 %).

При бактериологическом исследовании мокроты у больных бронхитами и пневмониями наиболее часто выявлялись дрожжеподобные грибы рода *Candida* (32,0 и 45,4 % соответственно) и *Str. viridans* (26,9 и 15,5 %).

При туберкулезной инфекции преобладали поражения легких инфильтративного характера (35,1 %). Однако с прогрессированием иммунодефицита отмечалась тенденция к увеличению случаев диссеминации туберкулезного процесса. Во всех случаях туберкулез развивался на фоне ВИЧ-инфекции и был диагностирован у всех больных в IV стадию, мужчины при этом составили 75 %. На стадии IVA в 5,5 % случаев отмечался инфильтративный, в 1,8 % — диссеминированный туберкулез, в 5,5 % — туберкулема легкого. На стадии IVB в 7,3 % случаев диагностировался инфильтративный, в 3,5 % — очаговый, в 10,9 % — диссеминированный туберкулез, в 3,5 % — туберкулема, в 1,8 % наблюдений — первичный туберкулезный комплекс. На стадии IVB у 26,2 % больных был выявлен инфильтративный, у 3,6 % — очаговый, у 18,2 % — диссеминированный туберкулез, у 1,8 % — туберкулезный менингоэнцефалит. У пациентов данной группы в 3,5 % случаев диагностировались казеозная пневмония и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. На стадии V в 1,8 % наблюдений выявлялись диссеминированный туберкулез и туберкулезный менингоэнцефалит.

В результате проведенного исследования были выявлены различные поражения кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции: герпетическая инфекция (9,2 %), пиодермия (4,2 %), себорейный дерматит (1,8 %).

У 25,0 % больных была выявлена персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ), у 22,3 % обнаружено увеличение различных групп лимфоузлов. При развитии ПГЛ особенно часто диагностировалось увеличение подмышечных и переднешейных групп лимфоузлов. Лимфоузлы от 1 до 3 см в диаметре были безболезненны при пальпации, подвижные. По мере прогрессирования заболевания ПГЛ диагностировалась реже. Имеются наблюдения, которые свидетельствуют о том, что уменьшение ранее увеличенных лимфатических узлов может быть признаком быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции [2, с. 58].

Онкологическая патология выявлена у 3,0 % госпитализированных с ВИЧ-инфекцией. У 46,2 % пациентов этой группы диагностирован рак шейки матки (ПБ степени —

16,7 %; IVB — 83,3 %), при этом у всех больных в IVB стадию отмечались метастазы в правое легкое и в 20,8 % случаев на фоне метастазов развилась пневмония. В IVA стадию у 8,3 % больных была выявлена лимфома с локализацией в области шеи. В 30,8 % наблюдений диагностировано объемное образование головного мозга (IVB стадия — 75,0 %; IVB — 25,0 %), этиологию поражения уточнить не удалось. У 8,3 % пациентов с V стадией болезни диагностированы саркома бедренной кости и диссеминированная саркома Капоши с многочисленными очагами на коже и слизистых.

У 23,0 % больных обнаружены различные поражения со стороны центральной и периферической нервной системы. Наиболее часто выявлялись энцефалопатия (74,7 %, в том числе ВИЧ-энцефалопатия — 21,0 %), полинейропатия (12,0 %) и астеноневротический синдром (19,7 %).

Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), и ВИЧ-инфекция тесно переплетены друг с другом как в поведенческом, так и в биологическом аспекте, поскольку эти заболевания взаимно повышают передачу ВИЧ и возбудителей ЗППП. У 6,0 % пациентов (2,2 % — IVA; 1,7 % — IVB; 1,98 % — IVB стадия) выявлялись суммарные антитела класса G к *Tr. pallidum* (методом ИФА), клиническая симптоматика на момент обследования отсутствовала. У двух больных (0,5 %) (IVA и IVB стадии) был выявлен вторичный рецидивный сифилис. У одного пациента диагностированы зудящие высыпания на половых органах, в подмышечной области, на стопах, изъязвление языка, трещины на губах и в углах рта, выпадение волос, у второго — язвочки на половых органах, выпадение волос, твердый шанкр, полиаденит. Из других болезней, передающихся половым путем, у пациентов с ВИЧ-инфекцией в анамнезе были выявлены гонорея (у 1,0 % больных со IIB и IIB стадией) и трихомониаз (у 0,5 % больных со IIB и IVB стадией).

В 74,5 % случаев выявлены вирусные гепатиты. Преобладал хронический вирусный

гепатит С (67,7 %), который в основном протекал в безжелтушной форме и в 3,5 раза чаще отмечался у мужчин. В 16,9 % случаев у больных данной группы развился цирроз печени.

Исследование показало, что около четверти больных нуждались в стационарном лечении по причине соматических заболеваний: пиелонефрита (4,2 %), холецистопанкреатита (5,9 %), невирусного гепатита (0,7 %), гастрита (2,3 %), инфекционного эндокардита (1,0 %), перикардита (0,7 %), инфекционно-токсического миокардита (0,3 %), гайморита (1,5 %), отита (1,5 %), вторичной миокардиодистрофии (5,2 %), анемии (4,0 %). В 3,2 % случаев был выявлен тромбоз с локализацией на нижних конечностях как результат внутривенных инъекций, проведенных самими пациентами (из них 7,7 % — пациенты с IVA стадией; 69,2 % — IVB; 23,1 % — IVB). У 23,1 % больных с тромбозами отмечались осложнения — флегмона, абсцесс, трофические язвы (по 7,7 %).

Выводы

1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в РМ остается напряженной. Среди больных преобладают мужчины. Растет число детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями.

2. В структуре оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции ведущие позиции занимают кандидоз, туберкулез, вирусные гепатиты.

3. Ранним клиническим проявлением ВИЧ-инфекции является кандидоз различной локализации. Выявлена тенденция к увеличению числа случаев туберкулеза, при развитии которого преобладают инфильтративные формы, с прогрессированием иммунодефицита наблюдается увеличение случаев диссеминации процесса. Из вирусных заболеваний преобладают хронический вирусный гепатит С и герпетическая инфекция.

4. Онкологическая патология чаще выявляется у женщин. При этом практически во всех случаях диагностирован рак шейки матки (IV ст.).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Веревищев В. К. Клиническая характеристика терминальной стадии ВИЧ-инфекции с летальным исходом / В. К. Веревищев, В. М. Борзунов // Сиб. мед. журн. — 2008. — Т. 82, № 7. — С. 70–71.
2. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева [и др.]. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 448 с.
3. Инфекционные и паразитарные болезни у ВИЧ-положительных лиц : учеб. пособие / А. К. Токмалаев, Г. М. Кожевникова, Т. Н. Ермак [и др.]. — М. : РУДН, 2012. — 281 с.

Поступила 07.12.2012.