



Клинико-эпидемиологические особенности саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных больных в стадии СПИДа

Э.Р. Рахманов, Р.А. Турсунов, Н.М. Гулямова, Ш.К. Матинов, Т.М. Шарипов

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье авторы приводят результаты клинического анализа данных, полученных у 86 больных с ВИЧ-инфекцией. В ходе исследования было установлено, что 2,3% из них составили ВИЧ-инфицированные пациенты в стадии СПИДа с саркомой Капоши. У больных с развившимся СПИДом саркома Капоши является одним из тяжёлых проявлений злокачественных новообразований. У обследованных пациентов наблюдалось снижение уровня CD4 клеток до 250 и ниже 150 в 1 мкл. В стационаре им была назначена антиретровирусная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

Тяжесть течения саркомы Капоши была обусловлена уровнем иммунного статуса пациентов, наличием серьёзных сопутствующих заболеваний, а своевременное назначение антиретровирусной терапии обнадеживает в плане прогноза заболевания.

Ключевые слова: саркома Капоши, ВИЧ-инфекция, СПИД, антиретровирусная терапия, уровень CD4 клеток

АКТУАЛЬНОСТЬ. ВИЧ/СПИД в настоящее время рассматривается экспертами ВОЗ, как угроза безопасности жизнедеятельности человечества и представляет угрозу национальной безопасности многих стран мира [1]. Инфекционная болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека - ВИЧ-инфекция, в финале которой развивается смертельный синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД) реально угрожает перспективам человеческого развития и экономическому росту, может привести к катастрофическим последствиям [2]. Главная опасность ВИЧ-инфекции, определяющая её социальное значение, практически неизбежная гибель инфицированных в среднем через 10-11 лет после заражения ВИЧ [1,3]. Поэтому дальнейшее распространение эпидемии ВИЧ станет дополнительной нагрузкой на систему социальной защиты населения. Значительная часть клинических проявлений ВИЧ-инфекции связана с присоединяющимися к ней вследствие снижения иммунитета, вторичными оппортунистическими инфекциями, в том числе и онкологическими, одной из которых является саркома Капоши [4,5].

В настоящее время саркома Капоши считается одной из 25 СПИД - индикаторных условий развития ВИЧ-инфекции [6,7]. Саркома Капоши – это наиболее

часто встречающаяся злокачественная опухоль эндотелиальных клеток, развивающаяся у больных ВИЧ-инфекцией. Чаще всего (в 50-60% случаев) данная патология поражает мужчин нетрадиционной ориентации. У женщин больных СПИДом это заболевание регистрируется в 2% случаев, но протекает крайне агрессивно [8,9].

По последним научным данным в пусковом механизме развития саркомы Капоши участвует вирус простого герпеса типа 8 (ВГЧ-8), встречающийся на фоне иммуносупрессии среди пациентов с ВИЧ в 20 000 раз чаще, чем среди относительно здорового населения [1,10,11]. ВГЧ-8 относится к роду RHADINOVIRUS. Он известен, как герпесвирус, ассоциированный с саркомой Капоши. Вирус обладает нейроинвазивными свойствами, определяясь в дорсальных спинальных ганглиях и в спинномозговой жидкости у ВИЧ-инфицированных лиц.

Чаще саркома Капоши появляется вначале на коже в виде маленьких пятен, которые постепенно увеличиваясь до пальпируемых уплотнений, позже приобретают форму узлов. Количество элементов колеблется от одного до сотен. Сроки появления и подсыпания сыпи различны, от нескольких недель до года, раз-



меры элементов варьируют от 1 до 3 см, цветовая палитра - от красно-коричневой до чёрной. На лице саркома Капоши часто локализуется на кончике носа, вокруг глазниц, за ухом, в наружном слуховом проходе [6-8].

Диагноз саркомы Капоши ставится на основании характерной клинической картины, обязательного гистологического исследования и подтверждения биоптатов поражённого участка кожи. Подавляющее количество больных погибает в течение полутора лет после развития данной патологии. В настоящее время наблюдается статистически доказанное снижение процента случаев выявления саркомы Капоши среди ВИЧ-инфицированных пациентов, что связано, по-видимому, с эффективностью применения антиретровирусной терапии (АРВ-терапия) [5,8]. Лечение больных с данным поражением является комплексным, с обязательным применением АРВ-препаратов, системной терапии и местнодействующих методов. Системная терапия подразумевает применение цитостатиков (блеомицин, винкристин, винбластин). Однако применение этих препаратов усугубляет иммуносупрессию [12]. Согласно данным научного исследования, проведённого американскими учёными, частота выявления саркомы Капоши в эпоху АРВ-терапии снизилась почти в 100 раз [8,9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучение эпидемиологических особенностей и клинического течения саркомы Капоши у больных в развёрнутой стадии ВИЧ-инфекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Под нашим наблюдением в период 2009-2010 годов находилось 86 больных с ВИЧ-инфекцией. основополагающий диагноз был выставлен с использованием методов клинического анализа, экспресс - диагностики, метода иммуно-блоттинга и полимеразно цепной реакции (ПЦР). Среди исследуемых больных, мужчин и женщин, страдающих саркомой Капоши, было по одному пациенту, что составило 2,3% от общего количества ВИЧ-инфицированных больных, а средний возраст обследуемых - 25,32 года, соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Обследование 2-х больных с саркомой Капоши, находящихся под нашим наблюдением, выявило половой путь инфицирования. Заражение ВИЧ-инфекцией у больной Н.М., произошло от мужа-наркомана, в то время как больной М.Б., вёл беспорядочную половую жизнь. Основным клиническим проявлением патологии на начальном этапе явилось появление зудящих багровых бляшек на различных участках тела (лицо, волосистая часть головы, предплечья, туловище,

нижние конечности). Кроме того, у больного М.Б. наблюдались подобные высыпания на слизистой нёба без разрушения перидонтальной ткани. У обоих больных отмечалось снижение уровня CD4 клеток до 250 в 1 мкл. В стационаре им была назначена антиретровирусная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

У больной Н.М. на фоне лечения АРВ-терапией наблюдалась регрессия элементов поражения. Сопутствующей патологией основного заболевания у больной Н.М. был онхомикоз ногтей стоп, по поводу чего больная получала соответствующую терапию.

У больного М.Б., вследствие присоединения такой грозной сопутствующей патологии, как хронический гепатит «С» с переходом в цирроз печени, хронический пиелонефрит, анемия, улучшения самочувствия и регрессии элементов на фоне применяемой терапии не наблюдалось, однако и новые элементы на фоне АРВ-терапии не появлялись.

ПРИВОДИМ ВЫПИСКУ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

Больной М.Б., 23 года, житель Республики Таджикистан, последние 10 лет проживавший в Российской Федерации, поступил в клинику 03.04.2010г. на обследование и лечение из мест отбывания наказания в Липецкой области Российской Федерации. Из анамнеза заболевания: считает себя больным ВИЧ-инфекцией с 2007 года. С декабря 2009 года находился на лечении в Липецкой областной больнице с диагнозом ВИЧ-инфекция, 1V клиническая стадия, саркома Капоши. Была назначена АРВ-терапия (комбивир, реатаза), патогенетическая и симптоматическая терапия. Количество CD4 клеток было на уровне 200 клеток в 1 мкл. В марте 2010 года, учитывая тяжесть течения заболевания и отсутствие положительной динамики, снижение уровня CD4 клеток ниже 150 в 1 мкл, а также усугубление течения ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа, неблагоприятного прогноза для жизни, больной был освобождён от отбывания наказания и отправлен на дальнейшее лечение по месту жительства.

При поступлении в клинику, кроме вышеуказанных жалоб, больного беспокоило повышение температуры тела, частый жидкий стул, отёчность в области нижних конечностей. При объективном осмотре - состояние тяжёлое, больной слабый, вялый, но адекватен, в ясном сознании. На коже лица, шеи, волосистой части головы, ушных раковин, верхних и нижних конечностей, груди, спины отмечаются множественные багровые зудящие бляшки, выступающие над уровнем кожи (см. рис.).



РИС. БОЛЬНОЙ М.Б., 23 г., ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, IV-КЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ, САРКОМА КАПОШИ

При осмотре полости рта, в области нёба также выявлена багровая бляшка. Отмечается выраженный отёк лица, ушных раковин. Глазные щели резко уменьшены в размерах, веки отёчные. В области голеностопных суставов – выраженная отёчность. Над лёгкими – везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс ритмичен, до 90 уд. в мин. Артериальное давление – 110/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в объёме за счёт свободной жидкости, безболезненный. Край печени выступает из-под края рёберной дуги на 3,5 см, плотноватой консистенции, безболезненный. Селезёнка выступает из под края рёбер на 2 см. Физиологические отправления – без особенностей.

Больному была назначена следующая схема АРВ-терапии: калетра (лопиновир 200 мг + ритонавир 50 мг) и труада (эмтрицитабин 200 мг + тенофовир 300 мг) по одной таблетке раз в день. Применение цитостатиков было нецелесообразно, вследствие углубления иммунодефицита и возможности развития вторичных заболеваний. Как известно, применение АРВ-терапии не приводит к полной регрессии элементов сыпи, однако может приостановить дальнейшее их прогрессирование. У больного вследствие присоединения такой сопутствующей патологии, как хронический гепатит «С» с переходом в цирроз печени, самочувствие на фоне применяемой терапии улучшилось незначительно, однако прогрессирования заболевания не наблюдалось. Больной был выписан под наблюдение центра СПИД по месту жительства.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, проведённые нами исследования показали, что саркома Капоши является одним из тяжёлых проявлений злокачественных новообразований у больных с развившимся СПИДом. Тяжесть течения заболевания обусловлена уровнем иммунного статуса пациентов, наличием серьёзных сопутствующих заболеваний, а своевременное назначение антиретровирусной терапии обнадеживает в плане прогноза заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД / В.В.Покровский.- М., -2010. -213с.
2. Иоанниди Е.А. Клинико-эпидемиологические особенности и социальные аспекты ВИЧ-инфекции / Е.А.Иоанниди [и др.]// Учёные Волгограда - развитию города: сб. науч. ст. - Волгоград, 2009. - С. 267-270
3. Бартлетт Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Д. Бартлетт, Д. Галант. – М., - 2007. -143с.
4. Молочков А.В. Саркома Капоши /А.В.Молочков, И.А.Казанцева, В.Э.Гурцевич. - М., БИНОМ-Пресс, - 2002. -144с.
5. Ермак Т.Н. Вторичные заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией: 15-летнее наблюдение / Т.Н.Ермак, А.В.Кравченко, Б.М.Груздев // Терапевтический архив, 2004.- Т.16, №4. - С. 18-20



6. Набиев Т.А. Особенности клинического течения саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированного пациента / Т.А.Набиев // НИКИ им.М.Ф. Владимирского. Журнал «Альманах клинической медицины». - №9. - 2006. - С.77-83
7. Груздев Б.М. Особенности клинического течения и терапии саркомы Капоши у больных ВИЧ-инфекцией: дис...канд. мед. наук/ Б.М.Груздев. - М., - 2006. -141 с.
8. Nasti G. AIDS-related Kaposi's Sarcoma in 211 Patients: Assessment of the AIDS Clinical Trial Group Staging Classification Prognostic Value in the Era of HAART / G.Nasti // 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. - 2003
9. Atkinson J.O. The Incidence of Kaposi Sarcoma Among Injection Drug Users With AIDS in the United States / J.O. Atkinson // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. - 2004. -Vol.37. - P.1282-1287
10. Молочков А.В. Клинические особенности саркомы Капоши, её связь с герпесвирусом человека 8-го типа (HHV-8), патогенетическая терапия: автореф. ... канд. мед. наук /А.В.Молочков. - М. - 1999. -21с.
11. Макарова И.В. Особенности иммунного статуса при герпетической инфекции у пациентов, инфицированных ВИЧ /И.В.Макарова, Е.А.Иоанниди // Медлайн-экспресс. - 2009. - №6. - С. 21-22
12. Anthony J. Kaposi Sarcoma and Lymphoma Risk Linked to CD4+ Count at AIDS Onset / J. Anthony, M.Brown // J. Acquir Immune Defic Syndr. - 2003. - Vol.-32. - P.527-533

Summary

Clinical and epidemiological features Kaposi's sarcoma in HIV-infected patients with AIDS

E.R. Rakhmanov, R.A. Tursunov, N.M. Gulyamova, Sh.K. Matinov, T.M. Sharipov

The authors presents a clinical analysis of data in 86 patients with HIV infection. The study found that 2.3% of them were HIV-infected patients with AIDS stage with Kaposi's sarcoma. In patients who developed AIDS Kaposi's sarcoma is a serious manifestation of malignancy. We examined patients showed reduction in CD4 cell count below 250 and 150 in 1 ml.

In the hospital patients received antiretroviral, pathogenetic and symptomatic therapy. Severity of Kaposi's sarcoma was caused by the level of the immune status of patients, the presence of severe comorbidities, and timely assignment of antiretroviral therapy is encouraging in terms of prognosis.

Key words: Kaposi's sarcoma, HIV, AIDS, antiretroviral therapy, CD4 cell count

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Э.Р. Рахманов – заведующий
кафедрой инфекционных болезней
ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе,
ул. Павлова, д. №6
E-mail: erkin_rakhmonov@mail.ru