

21. Heart rate turbulence after ventricular premature beats as predictor of mortality after acute myocardial infarction / J. Sharkova [et al.] // *Lancet*. — 1999. — № 353. — P. 130–196.

22. *Watanabe, M. A.* Heart rate turbulence in the spontaneous ventricular tachyarrhythmia database / M. A. Watanabe, M. E. Josephson // *PACE*. — 2000. — Vol. 23, Part II. — P. 686.

23. Effects of ventricular premature stimulus coupling interval on blood pressure and heart rate turbulence / M. A. Watanabe [et al.] // *Circulation*. — 2002. — Vol. 106. — P. 325–330.

24. *Watanabe, M. A.* Heart Rate Turbulence: a Review / M. A. Watanabe // *Indian Pacing Electrophysiology. J.* — 2003. — Vol. 3. — P. 10–22.

Поступила 20.09.2012

УДК 616.995.138.8:616.381-089 ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АСКАРИДОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

¹В. В. Аничкин, ¹В. В. Мартынюк, ²Н. В. Чубченко,
²А. В. Коноваленко, ³Е. М. Каримов

¹Гомельский государственный медицинский университет
²Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи
³Госпиталь Аль-Наср, г. Ибб, Республика Йемен

Аскаридоз является наиболее распространенным и тяжело протекающим паразитарным заболеванием, зараженность которым выявляется у ¼ населения мира. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), паразитарными болезнями в независимости от уровня жизни инфицировано почти 90 % населения Земли. Аскаридоз выявляется наиболее часто у жителей стран среднего Востока, Индии, Африки, Северной Америки, Новой Зеландии, Австралии, Турции и Северной Европы.

Проведен анализ лечения хирургических осложнений аскаридоза органов брюшной полости у 71 больного, оперированного в период с 2002 по 2005 гг. в хирургическом отделении госпиталя Аль-Наср г. Ибб, Республика Йемен. Во всех случаях хирургическое пособие дополнялось антигельминтной химиотерапией альбендазолом. Контроль за динамикой процесса осуществляли путем анализа морфологических данных.

Ключевые слова: аскаридоз, хирургические осложнения, химиотерапия, альбендазол.

ASCARIASIS SURGICAL COMPLICATIONS OF THE ABDOMINAL CAVITY

¹V. V. Anichkin, ¹V. V. Martyniuk, ²N. V. Chubchenko,
²A. V. Konovalenko, ³E. M. Karimov

¹Gomel State Medical University
²Gomel Municipal Clinical Hospital for Emergency Care
³Al-Nasr Hospital, the town of Ibb, Yemen

Ascariasis is one of the most common and severe parasitic infections and now as many as a quarter of the world's population are infected. According to the data of World Health Organization (WHO) up to 90 % of the world population have been reported to be infected with parasitic diseases irrespective of their life quality level. Ascariasis is most prevalent in the Middle East countries, India, Africa, North America, New Zealand, Australia, Turkey, Northern Europe.

We have analyzed the treatment of the ascariasis surgical complications of the abdominal cavity in 71 patients having been operated from 2002 to 2005 in the Surgery Department of Al-Nasr Hospital, the town of Ibb, Yemen. In all the cases the surgery was supplemented with antiparasitic Albendazole chemotherapy. The dynamics of the process was controlled by analyzing the morphological data.

Key words: ascariasis, surgical complications, chemotherapy, Albendazole.

Введение

Аскаридоз — пероральный геогельминтоз, антропоноз, вызываемый круглым червем (*Ascaris lumbricoides*) из семейства *Ascaridae*, подотряда *Ascaridata*, класса *Nematoda*. Клинические проявления аскаридоза в ранней фазе болезни отличаются полиморфизмом, варьируют от латентных до тяжелых клинических форм с поражением легких (синдром Леффлера) и развитием хронической фазы с симптомами поражения желудочно-кишечного тракта [4].

Аскаридоз распространен повсеместно, за исключением тех стран, климат которых характеризуется очень низкими температурами.

На ранней стадии заболевания основное патогенетическое действие аскарид обусловлено травмами различных тканей по пути миграции личинок. В местах перфорации личинками, а также при разрыве ими капилляров происходят многочисленные кровоизлияния, а в стенках кишечника и легких образуются эозинофильные инфильтраты (рисунок 1).

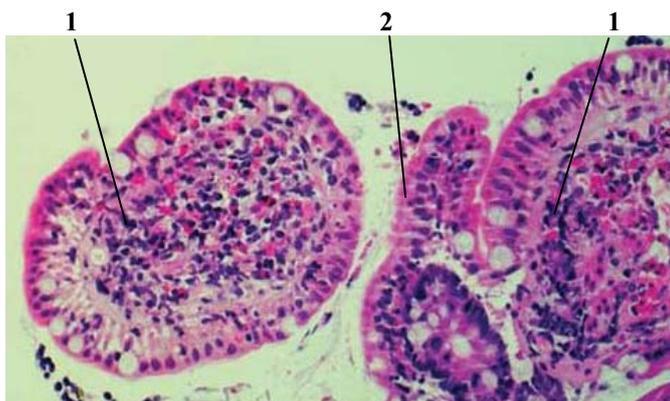


Рисунок 1 — Микропрепарат. Эозинофильный инфильтрат в биоптате двенадцатиперстной кишки больного аскаридозом.

Окраска гематоксилином и эозином. х200:

- 1 — скопления эозинофильных клеток (окрашены эозином в розовый цвет);
2 — ворсинка слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки

Кроме того, как личинки, так и взрослые аскариды выделяют при паразитировании продукты их метаболизма, сенсibiliзирующие организм инвазированного человека. Продукты обмена гельминтов также оказывают токсическое воздействие на печень, нервную систему и кроветворение. Взрослые паразиты могут перфорировать стенки кишечника и выходить в свободную брюшную полость. При гиперинвазии аскариды могут свиваться в клубки, вызывая механическую непроходимость кишечника, которая обусловлена закрытием просвета кишечника клубком из аскарид или вследствие нарушения нервно-мышечной регуляции тонуса кишки. Гельминты могут двигаться в любом направлении пищеварительного тракта с проникновением во внутренние органы, в том числе в желчные протоки и желчный пузырь [2, 4]. При аскаридозе в органах и тканях развиваются следующие патологические изменения:

1. *Общие реакции, за счет сенсibiliзации организма:*

- а) эозинофилия, лимфогистиоцитарная инфильтрация;
- б) эндартериит;
- в) кровоизлияния в стенке кишечника;
- г) микронекрозы в стенке кишечника, печени, легких.

2. *Местные реакции:*

а) в стенке кишечника в результате воздействия токсико-аллергических продуктов нарушается кровообращение, развиваются зоны некрозы, возможна перфорация стенки с выходом гельминтов и развитием перитонита. Может развиваться острая динамическая или механическая кишечная непроходимость;

б) проникновение аскарид в печень приводит к холангиоэктазам, холангитам, перихолангитам и развитию гнойных процессов в паренхиме печени и желчном пузыре;

в) Проникновение аскарид в поджелудочную железу приводит к развитию острого панкреатита и др. [2, 4].

Лечение хирургических осложнений паразитарных осложнений (острая кишечная непроходимость кишечника; аскаридозный аппендицит, перфорация стенки кишки, обтурация желчных путей и желчного пузыря аскаридами и др.) должно, по нашему мнению, обязательно включать интраоперационное применение антигельминтных химиопрепаратов, поскольку поздно проведенная патогенетическая химиотерапия усугубляет состояние больного, вследствие нарастания паразитарной интоксикации. Также возможно развитие других осложнений, требующих повторного хирургического вмешательства [2].

Для профилактики и лечения паразитарных болезней человека до развития хирургических осложнений применяют различные химиотерапевтические средства антигельминтного воздействия. Наиболее эффективным препаратом последнего поколения считается альбендазол — представитель группы карбаматбензимидазолов, основной противопаразитарный механизм действия, которого заключается в нарушении функции микротубулярного аппарата клетки и блокировании синтеза тубулярного белка вследствие угнетения транспорта глюкозы и фумаратредуктазы, что лежит в основе подавления клеточного деления на стадии метафазы и приводит к угнетению яйцекладки и гибели личинок гельминтов. Лечебные дозы препарата много ниже токсических доз, что позволило рекомендовать его для практического применения. Многочисленные клинические испытания подтвердили высокую эффективность и хорошую переносимость альбендазола [7].

Цель исследования

Оценить эффективность проводимого сочетанного хирургического и химиотерапевти-

ческого лечения путем анализа патологических изменений в органах и тканях при хирургических осложнениях аскаридоза органов брюшной полости.

Материалы и методы

Нами в течение 2002–2005 гг. в госпитале Аль-Наср, г. Ибб, Республика Йемен изучена эффективность сочетанного применения хирургического и химиотерапевтического методов лечения хирургических осложнений аскаридоза.

В обследованной группе, состоящей из 71 больного в возрасте от 6 до 58 лет с хирургическими осложнениями аскаридоза, наблюдались:

1. Нахождение аскарид в полости живота (огнестрельное ранение, перфорация стенки кишки паразитом) — 27 случаев.

2. Аскаридозная непроходимость кишечника — 24 случаев.

3. Аскаридозный аппендицит — 10 случаев.

4. Обтурация желчных путей и желчного пузыря аскаридами — 10 случаев.

В таблице 1 представлено распределение пациентов по полу и возрасту. Следует отметить, что хирургическим осложнениям глистной инвазии в большей степени подвергаются мужчины (51 пациент), чем женщины (20), примерное соотношение 2,5:1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по полу и возрасту

Хирургические осложнения аскаридоза	Количество больных, чел	Пол		Возраст, лет
		муж.	жен.	
Нахождение аскарид в полости живота	27	25	2	18–51
Аскаридозный аппендицит	10	6	4	14–30
Обтурация желчных путей	10	5	5	28–58
Аскаридозная непроходимость кишечника	24	15	9	7–50

Наиболее часто встречающиеся осложнения: нахождение аскарид в свободной брюшной полости после проникающих ранений живота (рисунок 2) или перфорации стенки кишки паразитами (рисунок 3).

В первом случае этот феномен объясняется национальными особенностями страны (сво-

бодное ношение огнестрельного оружия, традиционное салютование на торжественных обрядах) ведущими к значительному количеству случайных огнестрельных ранений живота. Именно поэтому для этой группы осложнений характерно преобладание мужчин в возрасте от 18 до 51 года.

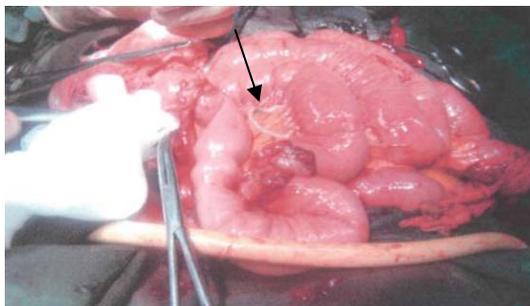


Рисунок 2 — Нахождение аскарид в брюшной полости при операции по поводу огнестрельного ранения — одиночная взрослая аскарида между петлями кишечника (указана стрелкой)

Во втором случае выход паразитов в свободную брюшную полость обусловлено перфорацией патологически измененной стенки кишки,

что может наблюдаться при развитии острого гнойно-некротического энтерита, характерного для данной паразитарной инвазии.

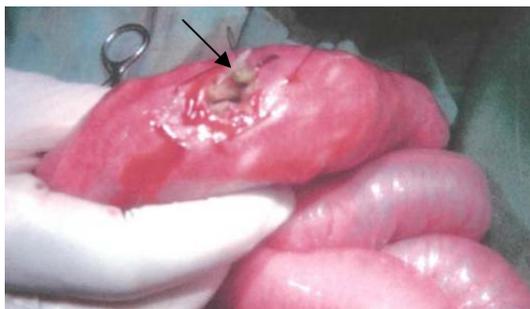


Рисунок 3 — Перфорация стенки тонкой кишки аскаридами — клубок взрослых гельминтов, выходящих в свободную брюшную полость через перфоративное отверстие (указан стрелкой)

Вторую по численности группу хирургических осложнений (24 пациента) представляет острая кишечная непроходимость; третью и четвертую — острый аскаридозный аппендицит (10 пациентов) и обтурация желчевыводящих путей (10 пациентов) соответственно.

Патологическая анатомия аскаридоза связана, главным образом, с пребыванием аскарид в тонком кишечнике. В наших наблюдениях отмечены преимущественные поражения тонкого кишечника (рисунок 4), аппендикса (рисунок 5) и желчного пузыря (рисунок 6).

В тонком кишечнике внедрение аскарид в слизистую оболочку вызывало развитие чаще

всего острого гнойно-некротического энтерита (рисунок 3). При этом в области альтерации видны бесструктурные, безъядерные массы, жадно воспринимающие кислые красители, инфильтрированные, преимущественно, по периферии нейтрофильными лейкоцитами и эозинофилами. Отек и воспалительная инфильтрация охватывают не только слизистую оболочку, но и подслизистый слой. В нем видны расширенные, переполненные эритроцитами сосуды микроциркуляторного русла, местами в сосудах отмечаются явления стаза и свежие тромбы. Отмечается значительный отек межзачаточной ткани.

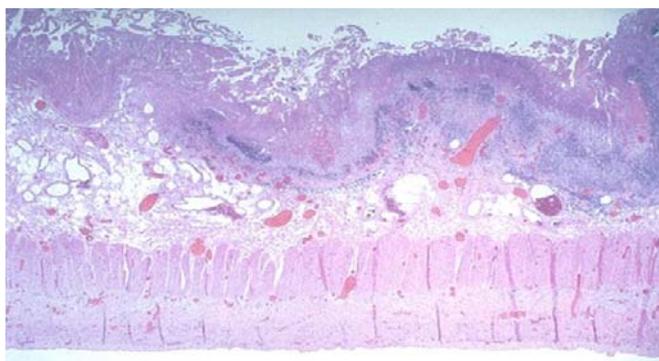


Рисунок 4 — Микропрепарат. Острый гнойно-некротический энтерит при аскаридозе. Окраска гематоксилином и эозином. x120.

Диффузная инфильтрация стенки тонкого кишечника нейтрофильными лейкоцитами. Выраженные расстройства кровообращения: полнокровие, отек, стазы, тромбы

При попадании в червеобразный отросток аскариды вызывают в нем воспалительные изменения (рисунок 5). В наших наблюдениях отмечены явления преимущественно острого флегмонозного аппендицита, при котором отмечались признаки расстройства крово- и лимфообращения, отек слизистой оболочки и диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенки аппендикса полиморфно-ядерными и нейтрофильными лейкоцитами. В отличие от ост-

рого аппендицита, вызванного другими причинами, при остром аскаридозном аппендиците в ряде случаев отмечается также эозинофильная инфильтрация стенки аппендикса. Выявляется гиперплазия лимфоидных фолликулов в слизистой оболочке.

Внедрение гельминтов в желчные пути и желчный пузырь также вызывало развитие острого катарального или острого гнойного холецистита (рисунок 6).

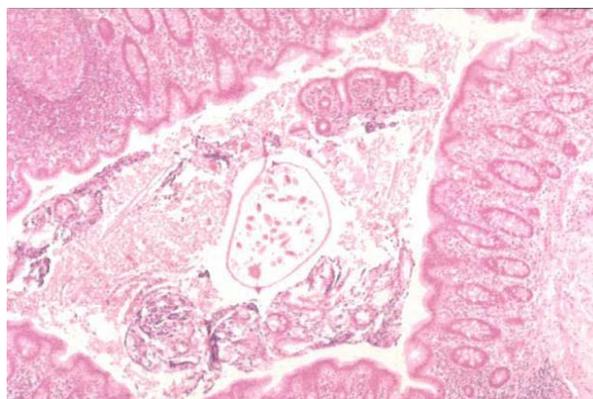


Рисунок 5 — Микропрепарат. Острый флегмонозный аппендицит при аскаридозе.

Окраска гематоксилином и эозином. x120.

Диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенки аппендикса преимущественно полиморфно-ядерными и нейтрофильными лейкоцитами. Отек слизистой оболочки

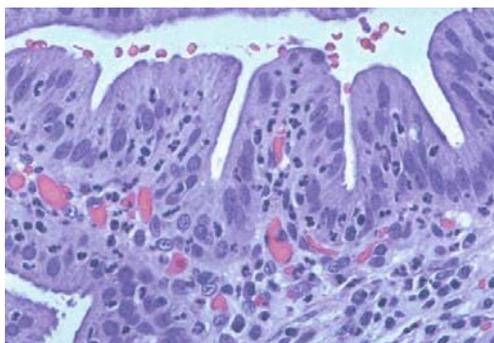


Рисунок 6 — Микропрепарат. Острый гнойный холецистит при аскаридозе. Окраска гематоксилином и эозином. х400.

Диффузная инфильтрация слизистой оболочки нейтрофильными и полиморфно-ядерными лейкоцитами

При гистологическом исследовании отмечены отек слизистой оболочки желчного пузыря и диффузная инфильтрация ее нейтрофильными и полиморфно-ядерными лейкоцитами. В большинстве наблюдений определяется выраженная инфильтрация лейкоцитами мышечных волокон. Распад лейкоцитов приводит к выделению нейтральных протеиназ, разрушающих структуру мышечных и немногочисленных эластических волокон, с развитием гистолитиза с массивной инфильтрацией лейкоцитами. Выделение протеиназ приводит к выраженному расширению и полнокровию сосудов всех слоев стенки со стазом лейкоцитов и периваскулярной инфильтрации. Рыхлая со-

единительная ткань слизистой оболочки содержит множество расширенных полнокровных сосудов микроциркуляторного русла.

В результате проведения химиотерапевтического и хирургического (по показаниям) лечения в тонком кишечнике стихает острый воспалительный процесс, морфологическая картина изменяется. Происходит восстановление слизистой оболочки, которая представлена нормализующимися ворсинками и криптами (рисунок 7). Собственная пластинка слизистой оболочки состоит из рыхлой волокнистой соединительной ткани, лейкоцитов, здесь же располагаются кровеносные и лимфатические капилляры, образующие микроциркуляторное русло.

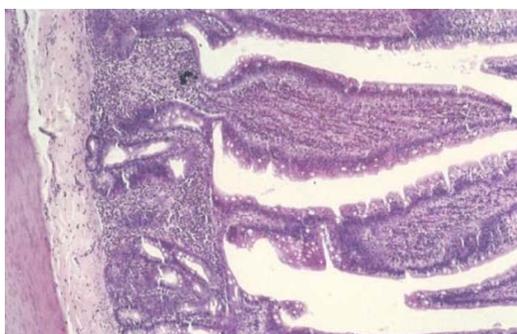


Рисунок 7 — Микропрепарат. Слизистая оболочка тонкого кишечника после лечения аскаридоза.

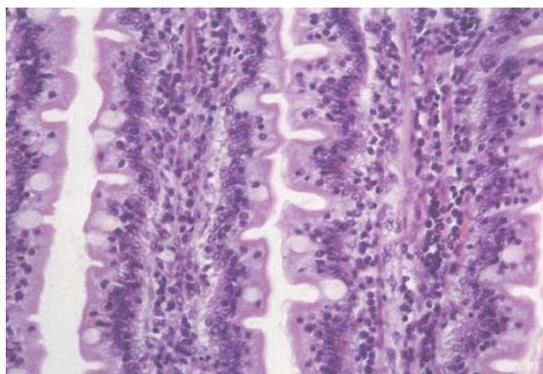
Окраска гематоксилином и эозином. х120.

Восстановившаяся слизистая оболочка тонкого кишечника, представлена ворсинками нормального строения

Поверхность ворсинок выстлана однослойным эпителием, состоящим из призматических каемчатых, бокаловидных, эндокринных, панетовских, пролиферирующих и стволовых клеток. Ворсинки приблизительно одинаковой длины, имеют почти правильную цилиндрическую форму, тесно прилегают друг к другу, располагаются относительно равномерно в собственной пластинке слизистой оболочки (рисунок 8).

Принятая в Республике Йемен хирургическая тактика в отношении острого аскаридоз-

ного аппендицита предполагает предварительное проведение медикаментозного лечения в течение 24–48 часов, при неэффективности которого проводится срочное хирургическое вмешательство — аппендэктомия. После проведения противогельминтного и антибактериального лечения в аппендиксе в ряде случаев происходило стихание острого воспалительного процесса, наступало выздоровление. В этом случае больным выполнялась аппендэктомия в плановом порядке (через 3–4 месяца).



**Рисунок 8 — Микропрепарат. Ворсинки слизистой оболочки тонкого кишечника.
Окраска гематоксилином и эозином. х200.**

После проведенного лечения структура ворсинок полностью восстановилась. Поверхность выстлана однослойным цилиндрическим эпителием. В строме ворсинок много плазматических клеток, лимфоцитов. Реже встречаются тучные клетки и эозинофилы

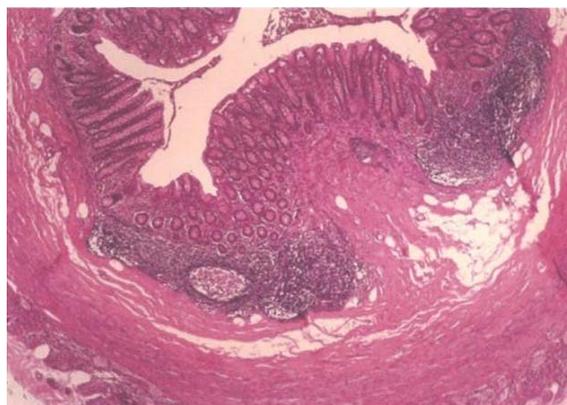
Восстановленная слизистая оболочка аппендикса состоит из трех слоев: эпителия, собственной и мышечной пластинок и образует многочисленные крипты. Эпителий — однослойный призматический и содержит клетки четырех типов: призматические, бокаловидные, эндокринные, недифференцированные (рисунок 9). Призматические и бокаловидные клетки имеют строение, характерное для аналогичных структур толстой кишки. Собственная пластинка слизистой оболочки из-за неярко выраженной мышечной пластинки плавно переходит в подслизистую основу. На всем протяжении слизистой оболочки с большой плотностью располагаются лимфатические узелки. Подслизистая основа состоит из волокнистой соединительной ткани и также содержит лимфатические узелки.

При остром холецистите, вызванном внедрением гельминтов в желчные пути и желчный пузырь, проводилось противогельминтное и антибактериальное лечение, которое, как правило, оказывалось успешным, позволяя купировать воспа-

лительный процесс. Оперативное вмешательство у таких больных выполнялось в плановом порядке после комплексного обследования (через 5–7 дней, не выписывая из стационара).

В желчном пузыре после проведенного лечения слизистая оболочка образует многочисленные складки (крипты) и выстлана однослойным высокопризматическим эпителием, представленным типичными холангиоцитами, светлыми и темными клетками, двоядерными эпителиоцитами, бокаловидными и базальными клетками (рисунок 10). Эпителий располагается на собственной пластинке слизистой, состоящей из рыхлой соединительной ткани. В желчном пузыре мышечная пластинка слизистой отсутствует, поэтому слизистая лежит на слабо развитом слое гладкомышечной ткани, сходном по расположению, но не по толщине, с мышечной оболочкой кишки.

Рыхлая соединительная ткань слизистой оболочки богата жировыми клетками, плазматическими и тучными клетками.



**Рисунок 9 — Микропрепарат. Аппендикс после проведенного лечения.
Окраска гематоксилином и эозином. х120**

Нормальная структура слизистой оболочки аппендикса. Видны фрагменты крипт, выстилающий их однослойный цилиндрический эпителий. К просвету крипт (и просвету самого отростка) обращены эозинофильные (апикальные) части клеток

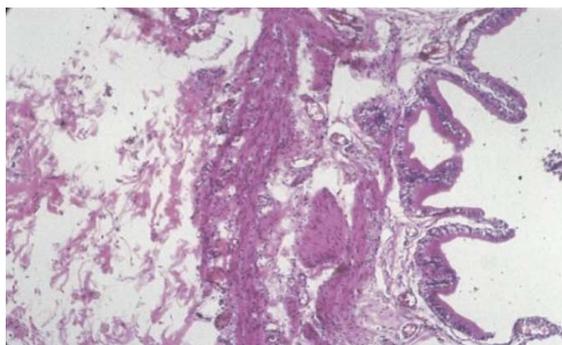


Рисунок 10 — Микропрепарат. Слизистая оболочка желчного пузыря после проведенного лечения. Окраска гематоксилином и эозином. х120.

Слизистая оболочка образует многочисленные складки (крипты) и выстлана однослойным высокопризматическим эпителием

Результаты и обсуждение

В госпитале Аль-Наср, г. Ибб, Республика Йемен в течение 2002–2005 гг. пролечен 71 пациент с хирургическими осложнениями аскаридоза органов брюшной полости.

В зависимости от вида хирургического осложнения по показаниям производились следующие операции: резекция поврежденного сегмента кишки с наложением анастомоза, ликвидация кишечной непроходимости путем дезинтеграции клубка аскарид по просвету кишки (энтеротомия, как правило, не выполняли из-за опасности проникновения паразита между швами кишки), аппендэктомия, холецистэктомия и др.

Во всех случаях хирургическое вмешательство дополнялось антигельминтной химиотерапией и санацией брюшной полости. Больные получали противогельминтный препарат «Альбендазол» в жидкой, разработанной нами лекарственной форме, непосредственно во время оперативного вмешательства, сразу же после установления диагноза одной из хирургических форм аскаридоза.

В послеоперационном периоде всем больным независимо от типа выполненной операции проводили курс общей химиотерапии албендозолом в дозировке 15 мг/кг в течение 5 дней.

У пациентов, которым были выполнены радикальные операции на желудочно-кишечном тракте, получавших новую лекарственную форму противоглистного препарата непосредственно во время хирургического вмешательства, ранний послеоперационный период протекал без выраженных явлений интоксикации, угнетения перистальтики и пареза кишечника. Моторно-эвакуаторная функция кишечника у таких больных восстанавливалась на 3–4 сутки и сопровождалась выведением погибших паразитов естественным путем практически в эти же сроки, что способствовало раннему выздоровлению и уменьшению сроков пребывания больных в стационаре в среднем на 3–4 суток.

В наблюдаемой группе больных с хирургическими осложнениями аскаридоза после-

операционная летальность отсутствовала, а в сроки от 6 месяцев до 3 лет рецидивов заболевания не было, что связано с сочетанным применением хирургического и химиотерапевтического методов лечения.

Таким образом, дополнение хирургического вмешательства курсом химиотерапии эффективным противопаразитарным препаратом при лечении аскаридоза кишечника позволяет предупредить развитие послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний.

Выводы

1. Оперативные вмешательства при хирургических осложнениях аскаридоза органов брюшной полости во всех случаях должны дополняться курсом антигельминтной химиотерапии.

2. Дополнение хирургического вмешательства интраоперационным применением новой жидкой лекарственной формы альбендазола при лечении хирургических осложнений аскаридоза является высокоэффективной комбинацией хирургического и химиотерапевтического методов лечения, обеспечивает полное излечение больных и позволяет предупредить развитие послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний.

3. Анализ патологических изменений в органах и тканях при аскаридозе органов брюшной полости позволяет оценить в динамике эффективность проводимого лечения.

4. Необходимо дальнейшее изучение патогенеза и патологической анатомии аскаридоза органов брюшной полости с целью разработки новых высокоэффективных сочетанных методов (хирургического и химиотерапевтического) лечения этой патологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авдюхина, Т. И. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения / Т. И. Авдюхина, Т. Н. Константинова, М. Н. Прокошева // Лечащий врач. — 2004. — № 1. — С. 14–18.
2. Бекиш, О.-Я. Л. Современные аспекты терапии гельминтозов человека // Эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика паразитарных заболеваний человека / О.-Я. Л. Бекиш,

Вл. Я. Бекиш, Л. Э. Бекиш: труды 3-й междунар. науч.-практ. конф. — Витебск, 2002. — С. 30–37.

3. Бельчесов, Н. З. Экологические предпосылки распространения аскаридоза в горной зоне Йемена / Н. З. Бельчесов, Г. Р. Ярупин // Мед. паразитология и паразитарные болезни. — 1979. — № 1. — С. 75–78.

4. Заяц, Р. Г. Основы общей и медицинской паразитологии: учеб. метод. пособие / Р. Г. Заяц, И. В. Рачковская, И. А. Карпов. — Минск: БГМУ, 2002. — 184 с.

5. Кипайкин, В. А. Эпидемиология / В. А. Кипайкин, Л. А. Рубашкина. — Ростов н/Д: Феникс, 2002. — 480 с.

6. Озерецковская, Н. Н. Органная патология в острой стадии тканевых гельминтозов: роль эозинофилии крови и тканей, иммуноглобулинемии E, G4 и факторов, индуцирующих иммунный ответ / Н. Н. Озерецковская // Мед. паразитология и паразитарные болезни. — 2000. — № 3. — С. 3–8.

7. Садиков, Т. И. Разработка и внедрение нового отечественного антигельминтика альбендазола / Т. И. Садиков, М. А. Сагдуллаев // Мед. паразитология и паразитарные болезни. — 2001. — № 2. — С. 49–51.

8. Чернышева, Е. С. Значение гельминтозов в развитии острого аппендицита / Е. С. Чернышева, Г. В. Ермакова, Е. Ю. Березина // Хирургия. — 2001. — № 10. — С. 30–32.

9. Adult ascaris in the intrahepatic bile ducts / M. C. Receveur [et al.] // Presse Med. — 2002. — Vol. 9, № 11. — P. 31–36.

10. Ashwath Narayan, D. H. Gangabaraiah: Randomized controlled trial comparing the safety and efficacy of single dose albendazole and mebendazole on ascariasis, hookworm and trichuriasis / D. N. Ashwath Narayan // Indian Commun Hlth. — 2001. — Vol. 199, № 5. — P. 35–40.

11. Biliary ascariasis: MR cholangiography findings in two cases / C. M. Hwang [et al.] // Korean J. Radiol. 2001. — Vol. 2, № 3. — P. 175–180.

12. Bradley, J. E. Immunity, immunoregulation and the ecology of trichuriasis and ascariasis / J. E. Bradley, J. A. Jackson // Parasite Immunol. — 2004. — Vol. 26, Nov-Dec. — P. 429.

13. Massara, C. L. Treatment options in the management of *Ascaris lumbricoides* / C. L. Massara, M. J. Enk // Expert Opin Pharmacother. — 2004. — Vol. 5, № 3. — P. 529–539.

Поступила 12.12.2012

УДК 616.98:578.822НIV-036.88-053.2

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ВИЧ-ЭКСПОНИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

¹Е. В. Анищенко, ¹Е. Л. Красавцев, ²В. В. Кармазин,
²С. А. Баранчук, ³Е. В. Морозова

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельская областная клиническая инфекционная больница

³Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро

В настоящей работе проведен анализ протоколов перинатальных и младенческих вскрытий 25 детей в возрасте до 1 года, умерших в период с сентября 1998 г. по январь 2010 г., матери которых были ВИЧ-инфицированы. Согласно полученным данным, наиболее частой причиной смерти ВИЧ-экспонированных детей (36 %) стали различные вирусные инфекции. 2 ВИЧ-экспонированным детям был установлен диагноз ВИЧ-инфекция (выявлялась РНК ВИЧ). Причиной смерти обоих детей послужила генерализованная вирусная инфекция, этиология которой осталась неуточненной. У 1 из этих 2 детей сопутствующим заболеванием была саркома Капоши. Структура смертности ВИЧ-экспонированных детей не отличалась от смертности детей, рожденных не ВИЧ-инфицированными матерями.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, ВИЧ-экспонированные дети, вирусная инфекция, смертность, саркома Капоши.

CAUSES OF DEATH IN HIV-EXPOSED CHILDREN

¹E. V. Anischenko, ¹E. L. Krasavtsev, ²V. V. Karmazin,
²S. A. Baranchuk, ³E. V. Morozova

¹Gomel State Medical University

²Gomel Regional Clinical Infectious Hospital

³Gomel Regional Clinical Autopsy Bureau of Pathology

The present work analyzes the records of perinatal and infant autopsies of 25 children under 1 who died in the period from September 1998 to January 2010 and whose mothers were HIV-positive. According to the study, various viral infections are the most common causes of death among HIV-exposed children (36 %). Two HIV-exposed children were diagnosed as HIV-positive (they revealed RNA HIV). The cause of death of both the children was a generalized viral infection of unspecified etiology. One of the two children observed concomitant disease — Kaposi's sarcoma. The structure of the mortality rate in the HIV-exposed children did not differ from that in children born by HIV-negative mothers.

Key words: HIV infection, HIV-exposed children, viral infection, mortality, Kaposi's sarcoma.

Введение

В настоящее время ВИЧ-инфекция по-прежнему остается глобальной проблемой. Остановить распространение эпидемии пока не удалось. По сравнению с 2001 годом в мире число

ВИЧ-инфицированных выросло на 17 %. По оценочным данным на планете 34 млн людей, живущих с ВИЧ [1].

В Республике Беларусь самым неблагоприятным в плане ВИЧ-инфекции регионом явля-