

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.98:578.828HIV(476.2)

**СТРУКТУРА СПИД-ИНДИКАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ****Е. И. Козорез, В. В. Кармазин, Е. Л. Красавцев, О. Л. Тумаш, В. Н. Бондаренко****Гомельский государственный медицинский университет**

Цель исследования: анализ структуры СПИД-индикаторных заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов в Гомельской области.

Для определения структуры оппортунистических заболеваний была изучена медицинская документация 300 ВИЧ-инфицированных пациентов в стадии СПИДа в период 2009–2011 гг. Структура причин смерти 434 пациентов была проанализирована в период 2008–2010 гг.

Доминирующей болезнью в структуре СПИД-индикаторных заболеваний в период 2009–2011 гг. был ВИЧ-ассоциированный туберкулез (63,5 %). Он также преобладал в структуре причин смертности в период 2008–2010 гг. (56 %).

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД-индикаторные заболевания, туберкулез.

**THE STRUCTURE OF AIDS-INDICATIVE DISEASES
IN HIV-POSITIVE PATIENTS IN GOMEL REGION****E. I. Kozorez, V. V. Karmazin, E. L. Krasavtsev, O. L. Tumash, V. N. Bondarenko****Gomel State Medical University**

The purpose of research is to analyze the structure of AIDS-indicative diseases in HIV-positive patients in Gomel region.

To determine the structure of opportunistic infections, 300 HIV-infected patients were examined in 2009–2011. The structure of death causes was analyzed in 434 patients in 2008–2010.

HIV-associated tuberculosis was the prevalent disease in the structure of AIDS-indicative diseases in the period of 2009–2011 (63,5 %). It also dominated in the structure of death causes in the period of 2008–2010 (56 %).

Key words: HIV-infection, AIDS-indicative diseases, tuberculosis.

Введение

ВИЧ-инфекция характеризуется многолетним течением, клинически связанным с прогрессирующим снижением клеточного иммунитета, приводящим к развитию тяжелых форм оппортунистических заболеваний [1, 2, 3]. До настоящего времени считается, что в подавляющем большинстве случаев ВИЧ-инфекция без лечения имеет один естественный исход: гибель зараженного ВИЧ организма [1, 2, 4]. Оппортунистические заболевания — основная причина летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией. В различных регионах мира их структура различается [1, 4].

В Гомельской области на 01.09.2012 г. кумулятивное число ВИЧ-инфицированных пациентов составило 6781. Кумулятивное количество случаев СПИДа — 2303, из них 1108 (48,1 %) больных умерло. В области зарегистрировано 1798 летальных случаев среди ВИЧ-инфицированных. В 2005 г. от ВИЧ/СПИДа умерло 93 человека, в 2006 г. — 161, в 2007 г. — 170, в 2008 г. — 119, в 2009 г. — 203, в 2010 г. — 207, в 2011 г. — 215, за 8 месяцев 2012 г. — 111. Учитывая рост количества летальных случаев,

анализ структуры СПИД-индикаторных заболеваний в Беларуси на примере Гомельской области (ведущей по количеству ВИЧ-инфицированных пациентов) весьма актуален.

Анализ показал, что в России в структуре оппортунистических заболеваний с 1999 г., по данным аутопсий, лидировал туберкулез, а с 2005 г. он был причиной смерти более 50 % больных [3, 4]. Сходная структура оппортунистических инфекций наблюдается в Армении, Украине и Казахстане [3]. По данным ВОЗ, ежегодно в среднем выявляется 230 тыс. пациентов с коинфекцией ВИЧ и туберкулез. В развивающихся странах 50 % ВИЧ-инфицированных пациентов на протяжении всей жизни заражаются туберкулезом. На долю данного заболевания приходится 11 % летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией по всему миру, в связи с этим туберкулез признан ведущей причиной смертности у этой категории пациентов [2]. В Республике Беларусь, России, Украине предпосылкой для повышенной заболеваемости туберкулезом ВИЧ-инфицированных пациентов является почти 100 % зараженность микобактерией туберкулеза взрослого населения. Присоединяющаяся в этих

условиях ВИЧ-инфекция вызывает переход инфицированности в болезнь, которая в силу отсутствия иммунитета у ВИЧ-инфицированного пациента неудержимо прогрессирует и в большинстве случаев заканчивается летальным исходом [4].

Проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Беларуси становится более актуальной, что подтверждается увеличением удельного веса ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезом среди заболевших туберкулезом с 2,0 % в 2007 г., 2,7 % в 2009 г. до 3,4 % в 2011 г. Темпы роста зарегистрированных случаев ВИЧ/ТБ превышают темпы роста зарегистрированной ВИЧ-инфекции в целом. Так, за период 2007–2011 гг. кумулятивное число ВИЧ-инфекции увеличилось в 1,5 раза, а ВИЧ-ассоциированного туберкулеза — в 2,4 раза. Наибольший уровень распространенности установлен в Гомельской области: 13,3 на 100 тыс. населения в 2011 г. [5].

От своевременной диагностики оппортунистических заболеваний зависят успех лечения и продолжительность жизни больных, а также проведение профилактических мероприятий с целью

предупреждения их распространения среди больных. Поэтому необходимо тщательное выявление вторичных заболеваний в отдельных регионах.

Цель исследования

Проанализировать структуру заболеваемости, летальности от СПИД-индикаторных заболеваний ВИЧ-инфицированных пациентов в Гомельской области, определить значимость ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Материалы и методы

Для определения структуры оппортунистических заболеваний были изучены медицинские карты амбулаторного больного 300 ВИЧ-инфицированных пациентов в возрасте 18 лет и старше, впервые обратившихся в консультативно-диспансерный кабинет ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы в стадии СПИДа в период 2009–2011 гг. Случайным методом были отобраны по 100 пациентов, состоящих на учете в течение 2009, 2010, 2011 гг. Характеристика пациентов по полу, путям инфицирования, возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика пациентов

	Признаки	N (%)
Пол	Мужской	198 (66)
	Женский	102 (34)
Путь инфицирования	Внутривенный	195 (65)
	Половой	99 (33)
	Не уточнен	6 (2)
Возраст	Медиана (25–75 %)	34,2 (30,9–36,8)

СПИД-индикаторные заболевания чаще наблюдались у мужчин (66 %), с внутривенным путем инфицирования (65 %), в возрасте около 34 лет.

Структура причин смерти 434 пациентов проанализирована за период 2008–2010 гг. из них мужчин было 313 (72 %), женщин — 121 (28 %). У 148 (34 %) пациентов путь инфицирования был половой, 273 (63 %) заразились путем введения загрязненных наркотических веществ. Медиана возраста составила 36,6 (33,5–41,9) года.

Для анализа были использованы данные медицинских карт консультативно-диспансерного кабинета ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы, медицинских карт кабинета инфекционных заболеваний Светлогорской центральной районной больницы, стацио-

нарные истории болезни, протоколы ЛКК, данные аутопсий, ведомственная отчетность по умершим ВИЧ-инфицированным пациентам. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием программы статистического анализа данных «Statistica», 6.0 (Statsoft, USA). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез о существовании различий в показателях между группами p принят равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Структура оппортунистических заболеваний. Структура СПИД-индикаторных заболеваний у пациентов, состоящих на диспансерном учете в Гомельской областной инфекционной клинической больнице в период 2009–2011 гг., представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Структура СПИД-индикаторных заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных в период 2009–2011 гг.

Оппортунистические заболевания	2009 г., n (%)	2010 г., n (%)	2011 г., n (%)	n (%)
Туберкулез	61 (61)	67 (67)	62 (62)	190 (63,5)
Поражения центральной нервной системы, включая:	14 (14)	12 (12)	15 (15)	41 (14)
— токсоплазмоз	5 (5)	4 (4)	4 (4)	13 (4,5)
— прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	6 (2)
— ВИЧ-ассоциированные недифференцированные менингоэнцефалиты	6 (6)	4 (4)	8 (8)	18 (6)
— криптококковый менингит	1 (1)	2 (2)	1 (1)	4 (1,5)

Окончание таблицы 2

Оппортунистические заболевания	2009 г., n (%)	2010 г., n (%)	2011 г., n (%)	n (%)
Злокачественные опухоли:	7 (7)	5 (5)	6 (6)	18 (6)
— лимфома	4 (4)	2 (2)	4 (4)	10 (3,5)
— саркома Капоши	1 (1)	1 (1)	1 (1)	3 (1)
— рак шейки матки	2 (2)	2 (2)	1 (1)	5 (1,5)
Кандидоз пищевода	5 (5)	5 (5)	4 (4)	14 (4,5)
Вастинг-синдром	6 (6)	5 (5)	5 (5)	16 (5)
Пневмоцистная пневмония	2 (2)	1 (1)	2 (2)	5 (1,5)
Цитомегаловирусная инфекция	2 (2)	2 (2)	3 (3)	7 (2)
Рецидивирующие бактериальные пневмонии	3 (3)	3 (3)	3 (3)	9 (3)
Криптоспоририоз	—	1 (1)	—	1 (0,5)
Всего*	100 (100)	100 (100)	100 (100)	300 (100)

* Так как у многих пациентов наблюдалось сочетание нескольких СПИД-индикаторных заболеваний, учет велся по ведущему заболеванию, например, при туберкулезе и кандидозе пищевода регистрировался туберкулез.

При анализе структуры оппортунистических заболеваний выявлено, что доминирующим СПИД-индикаторным заболеванием за 2009–2011 гг. был туберкулез, составивший 63,5 %. ВИЧ-ассоциированное поражение головного мозга выявлено у 14 % больных, из них недифференцированные менингоэнцефалиты — в 6 % случаев. ВИЧ-ассоциированные злокачественные новообразования обнаружены у 6 % больных. Вастинг-синдром составил 5 % случаев (диагноз устанавливался в случае отсутствия патологоанатомического исследования). Кандидоз пищевода как единственное СПИД-индикаторное заболевание регистрировался в 4,5 % случаях, но довольно часто сопровождал другие оппортунистические заболевания, особенно туберкулез. Достаточно редко диагноз СПИДа был обусловлен рецидивирующими бактериальными пневмониями (3 %), пневмоцистной пневмонией (1,5 %), цитомегаловирусной инфекцией (2 %), криптоспоририозом (0,5 %).

Динамика структуры СПИД-индикаторных заболеваний в течение последних 3 лет статистических различий не имеет ($p > 0,05$).

Структура летальности ВИЧ-инфицированных пациентов. На 01.01.2011 г. манифестные формы ВИЧ-инфекции послужили причиной смерти 928 (66,1 %) пациентов, от сопутствующих заболеваний умерло 256 (18,2 %), от сопутствующих состояний — 219 (15,7 %) больных. Манифестные формы ВИЧ-инфекции были обусловлены развитием СПИД-индикаторных заболеваний. Среди умерших от сопутствующих заболеваний основными причинами их смерти были осложнения цирроза печени и сердечно-сосудистые заболевания. К сопутствующим состояниям относились: передозировка наркотических веществ, суициды, отравления алкоголем или неизвестными веществами, насильственная смерть, несчастные случаи. Распределение пациентов в зависимости от причин их смерти в период 1996–2010 гг. в Гомельской области представлено на рисунке 1.

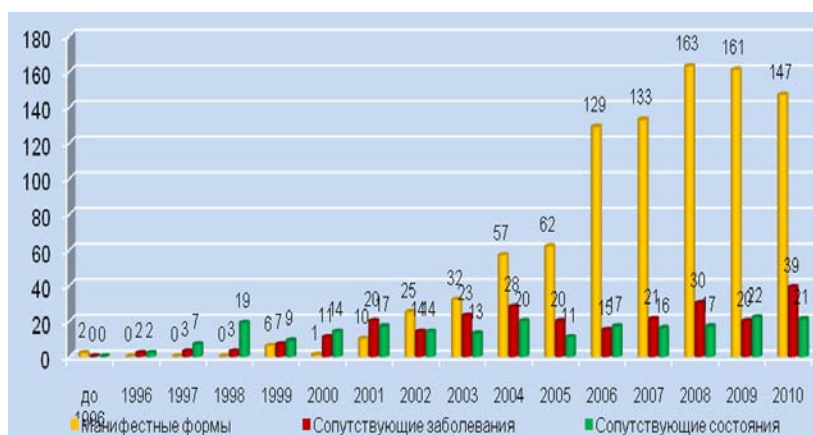


Рисунок 1 — Распределение пациентов в зависимости от причин их смерти в период 1996–2010 гг. в Гомельской области

Случаи смерти от оппортунистических заболеваний стали регистрироваться с 1999 г., с тенденцией к нарастанию до 2008 г. и стабили-

зацией показателей в 2009 г., связанной с широким применением в Гомельской области антиретровирусной терапии весной 2006 г.

В структуре причин смерти от манифестных форм преобладал туберкулез, выявленный у 56 % больных. Причиной смерти у ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом на аутопсии был определен генерализованный туберкулез, составивший 91 %. У пациентов практически отсутствовали хронические формы туберкулеза. Как проявление генерализации у 35 % больных развился туберкулезный менингоэнцефалит, туберкулезный плеврит — у 20 % больных, туберкулез лим-

фатических узлов — в 37 % случаев, милиарный туберкулез селезенки, печени и почек — в 91 %. Были обследованы на иммунный статус (определение уровня CD4 клеток) 71 % умерших ВИЧ-инфицированных больных, уровень CD4 клеток ниже 50 кл/мкл регистрировался в 82 % случаях, ниже 200 кл/мкл — у 95 % ВИЧ-больных. Структура летальных случаев от оппортунистических заболеваний в период 2008–2010 гг. представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Структура летальных случаев от оппортунистических заболеваний в период 2008–2010 гг. в Гомельской области

Оппортунистические заболевания	2008 г., n (%)	2009 г., n (%)	2010 г., n (%)	n (%)
Туберкулез	84 (58)	81 (54)	78 (56)	243 (56)
Поражения центральной нервной системы, включая:	21 (15)	24 (16)	18 (13)	63 (14,5)
— токсоплазмоз	6 (4)	7 (5)	4 (3)	17 (4)
— ПМЛ	1 (1)	5 (3)	4 (3)	10 (2)
— ВИЧ-ассоциированные недифференцированные менингоэнцефалиты	13 (9)	9 (6)	6 (4)	28 (6,5)
— криптококковый менингит	1 (1)	3 (2)	4 (3)	8 (2)
Злокачественные опухоли:	5 (2,5)	6 (3)	6 (4)	17 (4)
— лимфома	2 (1)	2 (1)	3 (2)	7 (1,5)
— саркома Капоши	2 (1)	2 (1)	2 (1)	6 (1,5)
— рак шейки матки	1 (0,5)	2 (1)	1 (1)	4 (1)
Пневмоцистная пневмония	7 (5)	10 (7)	8 (6)	25 (6)
Цитомегаловирусная инфекция	1 (0,5)	1 (1)	3 (2)	5 (1)
Пневмонии неуточненной этиологии	4 (3)	10 (7)	4 (3)	18 (4)
Другие	2 (1)	1 (1)	2 (1)	5 (1)
Не уточнено СПИД-индикаторное заболевание	21 (15)	16 (11)	21 (15)	58 (13,5)
Всего	145 (100)	149 (100)	140 (100)	434 (100)

Клинические формы туберкулеза, которые привели к смерти, определены у 74 пациентов.

Клиническая характеристика форм туберкулеза умерших больных представлена в таблице 4.

Таблица 4 — Клиническая характеристика форм туберкулеза умерших больных

Формы туберкулеза	Всего больных	%
Диссеминированный	21	28
Милиарный	36	48
Инфильтративный	2	2
Казеозная пневмония	9	13
Фиброзно-кавернозный	1	2
Плеврит	2	2
Внелегочной	3	5

Было выявлено, что пациенты умирали от остро прогрессирующих форм туберкулеза (89 %), таких как милиарный, диссеминированный, казеозная пневмония.

С поражением нервной системы было связано 14,5 % летальных случаев. ВИЧ-ассоциированные злокачественные новообразования были причиной смерти 4 % больных. Пневмоцистная пневмония как причина смерти установлена у 6 % больных, бактериальные пневмонии — у 4 %. Достаточно редко основной причиной смерти была цитомегаловирусная инфекция (1 %).

Динамика структуры летальных случаев от оппортунистических заболеваний в период 2008–2010 гг. в Гомельской области статистических различий не имеет ($p > 0,05$).

Заключение

В течение 2009–2011 гг. частота ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в структуре СПИД-индикаторных заболеваний у состоящих на диспансерном учете пациентов составила 63,5 %, специфические поражения ЦНС — 14 %, злокачественные опухоли — 6 %. Динамика структуры СПИД-индикаторных заболе-

ваний в течение последних 3 лет статистических различий не имеет.

В структуре смертности преобладают ВИЧ-ассоциированный туберкулез (56 %), ВИЧ-ассоциированные поражения ЦНС (14,5 %), пневмонии (10 %). Основной причиной смерти у пациентов с ВИЧ и туберкулезом был генерализованный туберкулез, развившийся на фоне выраженной иммуносупрессии. Динамика структуры летальных случаев от оппортунистических заболеваний в период 2008–2010 гг. статистических различий не имеет.

Частота туберкулеза в структуре СПИД-индикаторных заболеваний и структуре летальности для успешной борьбы с туберкулезом в районах распространения ВИЧ-инфекции требует проведения мероприятий по ранней диагностике, своевременному и адекватному

лечению коинфекции, контролю за приверженностью к антиретровирусным и противотуберкулезным препаратам, профилактике развития активных форм туберкулеза.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Либман, Г. ВИЧ-инфекция / Г. Либман, Х. Дж. Макадон. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 560 с.
2. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2012 / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант. — М.: Р. Валент, 2012. — 528 с.
3. Хоффман, К. Лечение ВИЧ-инфекции 2011 / К. Хоффман, Ю.К. Рокштро. — М.: Р. Валент, 2012. — 736 с.
4. Сотниченко, С. Н. Анализ летальных исходов при ВИЧ-инфекции / С. Н. Сотниченко, Л. Ф. Скляр // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2010. — № 4. — С. 31–34.
5. Распространенность ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Республике Беларусь / А. П. Астровко [и др.] // Туберкулез современного периода: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. «Современные медицинские технологии в диагностике, лечении и диспансерном наблюдении пациентов с туберкулезом», Минск, 7–8 июня 2012 г. / ред. колл.: Г. Л. Гуревича [и др.]. — Минск, 2012. — С. 41–46.

Поступила 27.12.2012

УДК 616.833.33-089.5-031.83:616.133-089

БЛОКАДА ПОВЕРХНОСТНОГО ШЕЙНОГО СПЛЕТЕНИЯ КАК КОМПОНЕНТ ОБЩЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ

¹Д. В. Осипенко, ²А. В. Марочков

¹Гомельский областной клинический кардиологический диспансер

²Могилевская областная больница

Проведено проспективное, рандомизированное исследование для оценки эффективности сочетания общей многокомпонентной анестезии на основе пропофола и фентанила с блокадой поверхностного шейного сплетения при оперативных вмешательствах на сонных артериях. Выполнено 60 операций, проведен анализ изменений гемодинамики, биспектрального индекса, кортизола плазмы крови, интенсивности болевого синдрома и количества периоперационных осложнений. Установлено, что предложенная методика анестезии является более эффективной и безопасной, а также обеспечивает оптимальное обезболивание в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: блокада шейного сплетения, пропофол, фентанил, сонные артерии.

CERVICAL PLEXUS BLOCADE AS A COMPONENT OF GENERAL COMBINED ANESTHESIOLOGY IN SURGERY OF CAROTID ARTERIES

¹D. V. Osipenko, ²A. V. Marochkov

¹Gomel Regional Clinical Cardiac Dispensary

²Mogilev Regional Hospital

To estimate the efficacy of the combination of general multicomponent anesthesiology based on propofol and fentanyl and blocade of cervical plexus in surgery of carotid arteries, prospective randomized study has been carried out. 60 operations were performed, the changes of hemodynamics, biospectral index, cortisol blood plasma, pain syndrome intensity and number of post-surgery complications were analyzed. It was determined that the proposed anesthesiology method is more effective and safe and ensures optimal pain relief in the post-operative period.

Key words: cervical plexus blockade, propofol, fentanyl, carotid arteries.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время цереброваскулярные заболевания находятся на третьем месте в структуре смертности и представляют собой важнейшую медицинскую и социальную проблему [1].

Наиболее эффективной хирургической методикой первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта при атеросклеротическом поражении сонных артерий является операция каротидной эндартерэктомии [2, 3].

Данное вмешательство выполняется под местной или общей анестезией. Обе методики