



Оппортунистические инфекции у ВИЧ – инфицированных больных в Республике Таджикистан

Р.А. Турсунов, Х.К. Рафиев, Р.М. Нуров**, Э.Р. Рахманов*, Т.М. Шарипов*

Кафедра эпидемиологии; *инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

**Главное управление по исполнению уголовного наказания МЮ РТ

Изучена структура вторичных заболеваний у 192 больных с ВИЧ-инфекцией. Из представленных 10 нозоформ в структуре оппортунистических инфекций преобладали кандидозная инфекция (27,6%), хронический гепатит С (25,5%), туберкулёз (20,8%), пневмоцистная пневмония (13,5%) и герпетическая инфекция (5,7%). Редко встречались лимфома Беркитта, саркома Капоши, сифилис и ВИЧ-энцефалит.

Своевременная диагностика оппортунистических инфекций и правильно подобранная схема АРВ-терапии позволяют продлить жизнь людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, оппортунистические инфекции, пневмоцистная пневмония

Актуальность. В настоящее время мировая цивилизация переживает пандемию распространения ВИЧ. В истории медицины ещё не было инфекции, которая одновременно охватывала бы пять континентов и имела постоянную тенденцию к росту [1-3]. В 2011 году, по данным ВОЗ, в мире зарегистрировано около 34 миллионов ВИЧ-инфицированных пациентов, ежегодное число новых случаев насчитывает до 2,9 млн. человек, умерли от болезней, связанных со СПИДом – 1,7 млн. [4].

Оппортунистические инфекции являются главными причинами летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных на стадии СПИДа, развитие которых зависят от стадии репликации и варианта генотипа HCV инфекции, что в свою очередь определяют не только течение клинической картины, но и степень тяжести данного заболевания [5-7].

Таджикистан не остался в стороне от данной проблемы [8], тому свидетельство – показатель летальности при ВИЧ-инфекции, согласно которой 2/3 составляют оппортунистические заболевания [9].

Цель работы: изучение структуры вторичных заболеваний и проведение адекватной терапии у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в клинике находилось 192 больных с ВИЧ – инфекцией в возрасте от 19 до 58 лет. Из них мужчин было 129, женщин – 63, что составляет 67,2% и 32,8%, соответственно. Городские жители составили 113 (58,9%)

человек, сельские – 72 (37,5%), без определённого места жительства – 7 (3,6%). Исследования были проведены в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе и стационарах пенитенциарных учреждений РТ за период с 2008 по 2011 год. Всем больным диагноз ВИЧ-инфекции был выставлен на основании следующих анализов: ИФА, иммуноблот, ПЦР с последующим определением уровня СД-4 клеток и вирусной нагрузки.

По эпидемиологическому анамнезу: 153 (79,7%) больных являлись потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), 18 (9,4%) – жёны ПИН, 15 (7,8%) – трудовыми мигрантами, работающими, в основном, на территории Российской Федерации. У 6 (3,1%) больных механизм передачи инфекции выяснить не удалось. 40,6% (78) составляли осуждённые пациенты.

За данный период выписано 113 больных из 192, из них мужчин – 83 (73,5%), женщин – 30 (26,5%); по районам проживания: район Сино – 49 (43,4%), район Фирдавси – 29 (25,7%), район Шохмансур – 20 (17,6%) и район И. Сомони – 15 (13,3%).

Статистическая обработка полученных данных выполнена на персональном компьютере с помощью программы Epi-Info.

Результаты и их обсуждение. У обследованных нами больных (n=192) были диагностированы оппортунистические инфекции, закономерно усугубляющие клиническое течение болезни и, соответственно, состояние больных.


**ТАБЛИЦА. СТРУКТУРА ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
 У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РТ ЗА 2008-2011 гг. (n=192)**

№	Опportunистические инфекции	Абс. число	
		Кол-во	%
1.	Кандидозы	53	27,6%
2.	Хронический гепатит С	49	25,5%
3.	Туберкулёз	40	20,8%
4.	Пневмоцистная пневмония	26	13,5%
5.	Герпетические поражения	11	5,7%
6.	Дерматиты	7	3,6%
7.	Саркома Капоши	3	1,6%
8.	Лимфома Беркитта	1	0,5%
9.	ВИЧ-энцефалит	1	0,5%
10.	Сифилис	1	0,5%

Для оценки стадий ВИЧ-инфекции нами применена пересмотренная классификация ВОЗ клинических стадий ВИЧ-инфекции (2005г.). Состояние обследованных больных было оценено следующим образом: 1-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции – у 7 (3,6%) больных, 2-я клиническая стадия – у 28 (14,6%), 3-я клиническая стадия – у 61 (31,8%), 4-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции – у 96 (50%) пациентов.

В таблице показаны 10 нозоформ в структуре вторичных заболеваний у наблюдавшихся нами больных. Ведущее место среди вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией в РТ занимают: кандидозы – 27,6%, хронический гепатит С – 25,5%, туберкулёз – 20,8% и пневмоцистная пневмония – 13,5%, которые в свою очередь свидетельствуют о том, что тенденция, отмечаемая в Таджикистане, соответствует общемировой структуре вирусных оппортунистических инфекций.

При этом следует отметить, что в данной структуре, важное значение придаётся пневмоцистой пневмонией, которая является самым типичным и серьёзным проявлением ВИЧ-инфекции.

Между тем, по своей структуре оппортунистические заболевания в различных регионах мира имеют свои особенности. В России пневмоцистная пневмония занимает одно из последних мест в структуре вторичных заболеваний у больных с ВИЧ-инфекцией, а в странах Западной Европы наоборот отмечается очень значительная разница в частоте развития пневмоцистой пневмонии [10,11].

Низкую частоту развития пневмоцистной пневмонии в Таджикистане, мы связываем, в первую очередь, с первичной профилактикой пневмоцистоза, которая должна проводиться всем больным с числом СД-4 ниже 200 в мкл, такие больные в основном получают

препарат «Бисептол» в соответствии с клиническими показаниями. С приёмом бисептола, в качестве профилактики пневмоцистоза, мы связываем также и отсутствие у наших больных развития клинических выраженных форм токсоплазмоза. Токсоплазмоз в настоящее время очень актуален в странах Западной Европы и США, в которых клиническая картина заболевания развивается у более 20% больных СПИДом [12,13].

Антиретровирусная терапия (АРВТ) была назначена 91 (47,4%) больному из 192 наблюдаемых пациентов.

Для лечения пневмоцистной пневмонии 26 больным назначался препарат «Бисептол» (480 мг) в таблетированной форме, в тяжёлых случаях – в инъекционной форме (5 мл – 480 мг) в суточной дозировке до 5760 мг в 3-4 приёма, а для профилактики пневмоцистной пневмонии – по 2 таблетки 1 раз в день.

При купировании болей назначались анальгетики внутрь или ректально (аспирин в дозе 650 – 1000 мг каждые 6 часов), в тяжёлых случаях – трамадол по 100-200 мг внутрь, каждые 8 – 12 часов.

При лечении язв слизистой полости рта и болей при глотании назначался флуконазол по 200 мг внутрь в первые сутки, затем – по 100 мг однократно в течение 10-14 дней до исчезновения симптомов. Внутривенное введение флуконазола применялось в тех случаях, когда больной не мог глотать.

Приступы диареи у 103 больных купировались приёмом лоперамида в начальной дозировке по 4 мг внутрь, затем – по 2 мг после каждого акта дефекации.

При острых состояниях тревожности и возбуждения, при необходимости, назначался диазепам в дозе по



2,5-5 мг на ночь или 2 раза в сутки. Лечение депрессии при подозрении на биполярное расстройство или риск суицида проводилось врачом-психиатром.

Лечение хронического гепатита С проводилось препаратами «Пегинтерферон-α 2В» (120 мг) и «Ребетол» (15 мг/кг) согласно схеме, рекомендуемой ВОЗ.

Как известно, преобладающее количество обследуемых нами больных являются потребителями инъекционных наркотиков. Программа по заместительной терапии метадон, проводимая в отделении под контролем врача-нарколога, является также одним из пунктов паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным больным, в результате чего осуществляется максимальный уровень контроля над приёмом больным АРВ-препаратов.

Таким образом, у больных с ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан за период с 2008 по 2011 год зарегистрирован широкий спектр вторичных заболеваний, в структуре которых, ведущее место занимают кандидозы, хронический гепатит С, туберкулёз и пневмоцистная пневмония.

В отличие от стран Западной Европы и США, в структуре оппортунистических инфекций в нашей стране значительно снижен удельный вес пневмоцистной пневмонии, что является следствием назначения препарата «Бисептол» в качестве первичной профилактики всем больным ВИЧ-инфекцией в соответствии с показаниями.

Своевременная диагностика оппортунистических инфекций и правильно подобранная схема АРВ-терапии позволяют продлить жизнь людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков Н.А. Вирус иммунодефицита человека /Н.А. Беляков, А.Г. Рахманова. – СПб. – 2010. – 141 с.
2. Покровский В.В. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России /В.В.Покровский [и др.]// Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. – №1. – С. 10-14
3. Малый В.П. ВИЧ/СПИД. Новейший медицинский справочник / В.П. Малый. – М. – 2009. – 672с.
4. WHO/Report on the global HIV/AIDS epidemic/ –2011. – P.267
5. Рахманова Н.Г. Вторичные заболевания ВИЧ-инфекции и перспективы их диагностики и лечения / Н.Г.Рахманова [и др.]// Сборник тезисов II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – М. – 2008. – С. 77-78
6. Тишкевич О.А. Структура летальных исходов и патологическая анатомия у больных ВИЧ-инфекцией в Москве /О.А. Тишкевич [и др.]// Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – №4. – С.42-46
7. Пархоменко Ю.Г. Анализ аутопсий при ВИЧ-инфекции /Ю.Г. Пархоменко [и др.] // Архив патологии. – 2003. - №3. – С. 24-29
8. Рахманов Э.Р. Клинико-эпидемиологические особенности саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных больных в стадии СПИДа /Э.Р. Рахманов, Р.А. Турсунов, Н.М. Гулямова [и др.]// Вестник Авиценны. – 2011. – №4. – С. 100-103
9. Здоровье населения и деятельность лечебных учреждений в 2010 году // Ежегодный статистический справочник. – Душанбе.- 2011. – 437с.
10. 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
11. Бартлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции /Дж.Бартлетт. США. Стерлинг. – Виржиния. – 2007. – 135с.
12. Козорец Е.И. Оппортунистические заболевания у ВИЧ-инфицированных больных / Е.И. Козорец // Материал III Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – М. – 2009. – С. 31-33
13. Rogers M. Epidemiology and risk factors of HIV transmission in the United States/ M. Rogers // Conference on global strategies for the prevention of HIV transmission from mother to infants.– Washington. – 1997. – P. 3-5



Summary

Opportunistic infections in HIV - infected patients in Tajikistan

R.A. Tursunov, H.K. Rafiyev, R.M. Nurov**, E.R. Rakhmanov*, T.M. Sharipov*

*Chair of Epidemiology; *Infectious Diseases Avicenna TSMU;*

*** Main Department for the execution of criminal penalties MJ RT*

The structure of secondary diseases in 192 patients with HIV infection is studied. The presented 10 nosologic types of opportunistic infections candida infection (27.6%), chronic hepatitis C (25.5%), tuberculosis (20.8%), pneumocystic pneumonia (13.5%) and herpes infection (5,7%) were dominated. Burkitt's lymphoma, Kaposi's sarcoma, syphilis and HIV encephalitis met rarely.

Early diagnosis of opportunistic infections, and correctly selected ARV therapy can prolong the lives of people living with HIV/ AIDS.

Key words: HIV, AIDS, opportunistic infections, pneumocystic pneumonia

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Х.К. Рафиев – профессор кафедры
эпидемиологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Сино, 30/1
E-mail: rafievhk@mail.ru