

УДК [616.98:578.828НIV]-06:616-006.441

А. Ю. Дедова

Научный руководитель: к.м.н., доцент **Е. И. Козорез**

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ЛИМФОМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Введение

ВИЧ-ассоциированные лимфомы — гетерогенная группа лимфоидных опухолей, различающихся первичной локализацией, гистологическим строением. На долю лимфом, возникающих у ВИЧ-инфицированных пациентов, приходится от 3 до 18 %. Это 2-я по частоте после саркомы Капоши злокачественная опухоль, связанная с ВИЧ-инфекцией [1]. Патогенез ВИЧ-ассоциированной лимфомы включает в себя сложное взаимодействие биологических факторов, таких как хроническая стимуляция антигеном, коинфекция онкогенных вирусов, генетические аномалии и нарушения регуляции цитокинов [2]. Риск развития лимфом у ВИЧ-инфицированных пациентов увеличивается по мере снижения числа CD4-лимфоцитов в крови [1]. На фоне антиретровирусной терапии частота ВИЧ-ассоциированных лимфом достаточно снизилась, однако не в таких масштабах, как частота саркомы Капоши или большинства оппортунистических инфекций. Следовательно, относительная доля лимфом среди всех СПИД-ассоциированных заболеваний возрастает [3].

Цель

Проанализировать особенности развития злокачественных лимфом у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы медицинские карты 47 ВИЧ-инфицированных пациентов со злокачественными лимфомами в возрасте 18 лет и старше, состоявших на диспансерном учете в консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы в период с 2015–2021 гг.

Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди исследуемой группы 13 (27,7 %) пациентов — женщин, 34 (72,3 %) пациента — мужчины. На момент ВИЧ-аттестации средний возраст пациентов женского пола составил $39,15 \pm 3,7$ лет, мужского пола — $37,2 \pm 2,04$ лет.

Было установлено, что 38 (80,8 %) пациентов были инфицированы ВИЧ при гетеросексуальных контактах, 1 (2,1 %) пациент при гомосексуальных контактах, а 8 (17,1 %) пациентов — внутривенным путем.

Результат среднего значения временного промежутка между ВИЧ-аттестацией и установлением онкологического заболевания составил $7,02 \pm 1,02$ года. Однако, у 12 (25,5 %) пациентов лимфома была диагностирована до ВИЧ-инфекции и явилась причиной обследования на ВИЧ-инфекцию.

При гистологическом исследовании опухолей были выявлены следующие виды лимфом: у 22 (46,8 %) пациентов была обнаружена диффузная неходжкинская лимфома, у 3 (6,4 %) пациентов — фолликулярная (нодулярная) неходжкинская лимфома, у 6 (12,8 %) пациентов была обнаружена Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), у 5 (10,6 %) пациентов периферические и кожные Т-клеточные лимфомы, а у 11 (23,4 %) пациентов были выявлены другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы.

Среднее значение CD4-лимфоцитов при выявлении лимфомы составило $171,43 \pm 32,3$ клеток/мкл, среднее значение вирусной нагрузки при выявлении лимфомы — 263231 ± 166646 копий/мл.

Антиретровирусную терапию, до постановки онкологического заболевания, принимал только 21 (44,7 %) пациент, 21 (44,7 %) пациент начали принимать после установления диагноза лимфомы, а 5 (10,6 %) не принимали по различным причинам.

На данный момент 12 (25,5 %) пациентов — живы, а 35 (74,5 %) — умерли, из числа последних 18 (51,4 %) пациентов умерли от лимфом, 15 (42,8 %) пациентов — от других заболеваний, 1 (2,9 %) пациент — от инфекции COVID-19, 1 (2,9 %) пациент — от асфиксии. Средняя продолжительность жизни умерших пациентов после диагностирования лимфомы до смерти — $145,8 \pm 52,2$ дня. Средняя продолжительность жизни живых пациентов до октября 2022 г. после диагностирования лимфомы — $4,8 \pm 0,6$ лет.

Выводы

ВИЧ-ассоциированные лимфомы были выявлены в основном у мужчин (72,3 %), с половым путем (82,9 %) инфицирования, в среднем через 7 лет после установления диагноза ВИЧ-инфекция, со средним уровнем CD4-лимфоцитов 171 клетка/мкл и повышенной вирусной нагрузке 263231 копий/мл, с отказом от приема антиретровирусной терапии (10,6 %). У четверти пациентов ВИЧ-инфекция была установлена после диагностирования лимфомы.

Исходя из гистологического анализа лимфом, которые были обнаружены у пациентов, чаще всего встречается диффузная неходжкинская лимфома (46,8 %).

Начало применения антиретровирусной терапии оказало значительное влияние на исход лечения при ВИЧ-ассоциированных лимфомах с увеличением медианы выживаемости, но отсутствие диспансерного наблюдения, позднее обращение к врачу, отказ от приема антиретровирусной терапии определяют низкую продолжительность жизни (в среднем 145 дней) у пациентов с ВИЧ-ассоциированными лимфомами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лимфомы у ВИЧ-инфицированных больных: обзор литературы / А. В. Пивник [и др.] // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2014. – Т. 7, № 3. – С. 264–277.
2. ВИЧ-ассоциированные неходжкинские лимфомы / О. А. Карнабеда [и др.] // Клиническая онкология. – 2013. – № 2. – С. 108–115.
3. Козорез, Е. И. СПИД-индикаторные заболевания : учеб.-метод. пособие / Е. И. Козорез. – Гомель : ГомГМУ, 2018. – С. 70.

УДК 616.98:579.842.14-07

М. Ю. Деркач, М. И. Петренко

Научный руководитель: Е. В. Анищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЯ В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, КОТОРЫМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БЫЛ ДИАГНОСТИРОВАН САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Введение

Сальмонеллез — острое инфекционное зооантропонозное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое *Salmonella spp.*, характеризующееся