

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исучены условия жизни больных до поступления в специализированный стационар. Оказалось, что большинство больных основной группы проживали в собственной квартире – 51 (87,9 %), меньшинство – 5 (8,6 %) в общежитии. Было два человека (3,4 %), не имевших определенного места жительства. Почти все пациенты контрольной группы имели отдельную квартиру или дом, только в одном случае пациент не имел постоянного места жительства. Среди ВИЧ-инфицированных, заболеваемость инфильтративным туберкулезом легких составила 33 (34,7 %), диссеминированным туберкулезом легких – 16 (16,8 %), фиброзно-кавернозным туберкулезом – 7 (7,4 %) случае. Выделение микобактерий выявлено у 45 (47,3 %) больных, распад легочной ткани у 57 (60,0 %) больных. У больных туберкулезом, ассоциированных с ВИЧ/СПИДом, выявлен ряд оппортунистических заболеваний, у 46 (48,4 %) больных – генерализованная лимфаденопатия, у 43 (74,1 %) – орофарингеальный кандидоз, у 3 (5,2 %) – рассеянный кандидоз, герпесвирусы (герпес 1 и 2 типа) у 9 (15,5 %) больных, цитомегаловирусная инфекция – у 6 (10,3 %), пневмоцистная пневмония у 2 (3,4 %) и саркома Капоши у 1 больного (1,7 %).

### **Выводы**

В стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции туберкулез характеризуется развитием тяжелых клинических форм, при которых невозможен специфический гуморальный иммунный ответ на антигены МБТ, а у больных ВИЧ-инфекцией нарастает иммунодефицит, что приводит к быстрому развитию туберкулеза легких.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. The need for protecting and enhancing TB health policies and services for forcibly displaced and migrant populations during the ongoing COVID-19 pandemic / M. Knipperc [et al.] // International Journal of Infectious Diseases. – 2021. – Т. 113. – С. S22–S27.

**УДК 618.146-006.6:[616.98:578.828НIV]**

**А. С. Якубенко**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **РАК ШЕЙКИ МАТКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН**

### **Введение**

Рак шейки матки (РШМ) представляет собой одну из наиболее частых злокачественных опухолей женской репродуктивной системы. Среди онкологических заболеваний у молодых женщин рак шейки матки имеет самые высокие показатели смертности [1].

Частота заболевания РШМ у ВИЧ-инфицированных женщин в 5 раз выше по сравнению с общей популяцией. ВИЧ-инфекция является одним из факторов риска развития плоскоклеточного интраэпителиального поражения или squamous intraepithelial lesion (SIL), возникающего в результате нарушения иммунного контроля. LSIL – low-grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени. LSIL включает койлоцитоз, CIN I и кондиломы шейки матки. HSIL – high grade squamous intraepithelial lesions – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени. HSIL включают CIN II (умеренную дисплазию), CIN III (тяжелую дисплазию и преинвазивный рак (CIS)). HSIL относится к облигатному предраку шейки матки. С течением времени SIL переходит в инвазивный рак шейки матки. SIL должна

своевременно лечиться (путем удаления или уничтожения внешних слоев клеток шейки матки), чтобы не дать ей перерасти в инвазивный рак [1].

У ВИЧ-инфицированных женщин переход SIL в рак шейки матки происходит намного быстрее, чем у здоровых женщин. ВИЧ может напрямую стимулировать вирус папилломы человека (ВПЧ)-ассоциированный онкогенез на молекулярном уровне, ВИЧ-кодированный Tat-протеин может усиливать выраженность вирусного онкогеназа. Кроме того, иммуносупрессия – важнейший фактор риска для возникновения РШМ, способствующая росту риска развития предраковых заболеваний шейки матки и собственно РШМ. Уровень CD4+лимфоцитов у ВИЧ-положительных пациенток прогнозирует частоту и тяжесть заболевания шейки матки. При уровне CD4+ Т-лимфоцитов ниже 200 клеток/мкл, неоплазия шейки матки быстро прогрессирует до инвазивного рака. Женщины с уровнем CD4+ лимфоцитов менее 50 клеток в мкл имеют высокие шансы развития рецидива заболевания после успешного лечения [2–4].

### ***Цель***

Проанализировать особенности течения рака шейки матки у ВИЧ-инфицированных пациенток.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного ВИЧ-инфицированных пациенток с раком шейки матки, находившихся на лечении в онкогинекологическом отделении УО «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» и состоящих на учете в КДК ВИЧ/СПИД УО «Гомельская областная инфекционная клиническая больница». Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием статистического модуля программы Microsoft Office Excel 2013.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В работе проанализированы данные 16 ВИЧ-инфицированных женщин с раком шейки матки в возрасте от 25 до 55 лет, средний возраст 40 лет. Треть женщин (37,5 %) находились на момент обследования в местах лишения свободы. Было установлено, что у 10 (62,5 %) женщин путь передачи ВИЧ-инфекции – половой, у 6 (37,5 %) – внутривенное введение психоактивных веществ.

У 5 (31,25 %) пациенток была диагностирована 0 стадия (CIN III), им была выполнена диатермоэксцизия (ДЭЭ) шейки матки,

У 4 (25 %) пациенток выявлена 1а стадия, выполнялись ДЭЭ шейки матки, у всех развились местные рецидивы и повторно выполнялись ДЭЭ шейки матки.

Стадия 1б была у 1 (6,25 %) женщины, ей выполнялась сочетанная лучевая терапия (СЛЛ) (дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) 44ГР и внутрисполостная брахитерапия (В/п 30 ГР).

У 4 (25 %) женщин с 2б стадией выполнялись ХСЛЛ (ДЛТ 44 ГР+ В/п 30 ГР и монохимиотерапия (МХТ) препаратом цисплатин 1, 7, 14 день), у 2 (12,5 %) из них развилось прогрессирование заболевания – местный рост опухоли, назначение курсов полихимиотерапии (ПХТ).

У 2 больных (12,5 %) с 3б стадией выполнялась ХСЛЛ (ДЛТ 44 ГР + В/П 30 ГР), у 1 (6,25 %) женщины развилось прогрессирование заболевания, местный рост опухоли и отказ от лечения.

Все женщины получали антиретровирусную терапию, у 43,75 % женщин отмечена низкая приверженность антиретровирусной терапии. Вирусологическая эффективность АРТ отмечена у 7 (43 %) наблюдаемых пациентов, медиана CD4-клеток составила 283 (25–399) клеток в мкл. У 10 (62,5 %) женщин было снижение CD4+лимфоцитов менее 200 клеток/мкл, у 2 (12,5 %) пациенток менее 50 клеток/мкл.

Кроме РШМ, у данных пациенток были выявлены и другие СПИД-индикаторные заболевания, такие как рецидивирующие бактериальные пневмонии (2 (18 %) пациента), токсоплазмоз головного мозга (1 (7 %) пациентка), диссеминированный туберкулез легких (1 (7 %) пациентка). У 10 (62,5 %) пациентов сопутствующим заболеванием был вирусный гепатит С.

У 5 (31,25 %) пациенток, несмотря на проведенное лечение, отмечалось прогрессирование заболевания и местный рост опухоли, умерло 3 (18,7 %) женщин в течение года от момента выявления РШМ.

### **Выводы**

СПИД-ассоциированный рак шейки матки развивается более стремительно, чем рак шейки матки ВИЧ-отрицательных женщин и приводит к многочисленным осложнениям. Рак шейки матки у ВИЧ-инфицированных пациентов диагностируется в большинстве случаев в более раннем возрасте на продвинутых стадиях опухолевого поражения, с уровнем CD4-лимфоцитов около 200 клеток в мкл и определяемой вирусной нагрузкой, что связано, как правило, с поздним обращением к врачу, отсутствием регулярного диспансерного наблюдения, отказом от приема антиретровирусной терапии. ВИЧ-инфицированные женщины должны находиться под тщательным диспансерным наблюдением, так как имеют более высокий риск развития рака шейки матки. Раннее начало антиретровирусной терапии предотвращает появление и прогрессирование РШМ.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Особенности клинического течения ВИЧ-ассоциированного рака шейки матки / М. П. Смирнова [и др.] // Практическая онкология. – 2020. – Т. 21, № 2 – С. 131–135.
2. Хоффман, К. ВИЧ 2014/15 / К. Хоффман, Ю. К. Рокштро. – М.: Medizin Fokus, 2015. – 942 с.
3. Лекции по ВИЧ-инфекции / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2018. – 848 с.
4. ВИЧ-инфекция и СПИД Клинические рекомендации / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2019. – 160 с.

**УДК 616-002.5:[616.98:578.828НIV](476.2)**

**Ю. А. Ярмолич, М. Ю. Мукомело**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

### **Введение**

Люди, живущие с ВИЧ-инфекцией, являются группой риска по развитию туберкулеза. Туберкулез (ТБ) у таких пациентов возникает в числе первых оппортунистических инфекций, что позволяет рассматривать его в качестве маркера развития ВИЧ-инфекции [1]. Почти половина ВИЧ-инфицированных после заражения микобактериями туберкулеза в течение года заболевают ТБ. Риск развития ТБ в течение жизни у ВИЧ-отрицательных людей составляет 5–10 %, у ВИЧ-положительных – 50 % [2].

В Глобальном докладе по борьбе с туберкулезом специалисты ВОЗ указали в 2022 году, что многие новые случаи туберкулеза связаны с пятью факторами риска: недостаточное питание, наличие ВИЧ, расстройства, вызванные употреблением алкоголя, курение (особенно среди мужчин) и диабет [3]. Расчетное число пациентов с ВИЧ в мире около 860 тысяч