

мкл, РНК ВИЧ >10 млн копий/мл. Установлен диагноз: Ми-лиарный туберкулез легких. МБТ (+). Туберкулез почечной паренхимы, ПЦР (+). ВИЧ-инфекция, стадия IV-B, фаза прогрессирования на фоне отсутствия АРВТ. Глубокая иммуносупрессия с уровнем CD4 — 41 кл/мкл. Снижение веса более 10%. Лихорадка более 1 месяца. Орофарингомикоз. Назначена противотуберкулезная терапия (ПТТ): рифампицин, изониазид, этambutol, пипразинамид, также назначен флуконазол. АРВТ добавлена через 2 недели после начала ПТТ по схеме: абакавир, ламивудин, долутегравир. Лечение переносил удовлетворительно, отмечал улучшение общего состояния, температура нормализовалась, одышка уменьшилась. Через месяц от начала АРВТ вновь повысилась температура тела до 39°C, усилилась одышка, отмечалось снижение SpO2 до 92%. При проведении КТ органов грудной клетки отмечалась отрицательная динамика в виде нарастания многочисленных очаговых теней с обеих сторон на всем протяжении, появление жидкости в правой плевральной полости. При повторном исследовании выявлено нарастание уровня CD4 — 98 кл/мкл, вирусная нагрузка снизилась до 505 копий/мл, что свидетельствовало об иммунологической и вирусологической эффективности АРВТ. Учитывая клиническую картину, отрицательную рентгенологическую динамику, глубокую иммуносупрессию и высокую вирусную нагрузку на старте АРВТ и более, чем двукратный прирост уровня CD4 — лимфоцитов, существенное снижение количества копий РНК ВИЧ через месяц терапии у больного был диагностирован ВСВИС, клинически и рентгенологически проявившийся ухудшением течения туберкулеза легких. АРВТ была продолжена по прежней схеме, назначен преднизолон и 5-м препаратом в ПТТ протинамид. Спустя 4 месяца от начала ПТТ и АРВТ у пациента рентгенологически отмечалось полное рассасывание жидкости в правой плевральной полости и уменьшение интенсивности значительной части очагов в легких с обеих сторон, клинически купирование проявлений интоксикации, дыхательной недостаточности. В мокроте микробиологически и методом ПЦР МБТ не определялись.

Выводы: Представленный клинический случай был расценен как парадоксальный ВСВИС, связанный с туберкулезом у больного ВИЧ-инфекцией. Пациент с момента выявления ВИЧ-инфекции не принимал АРВТ почти 12 лет, что привело к развитию оппортунистических инфекций и развитию ВСВИС на фоне проведения антиретровирусной терапии.

Коврижко М.В.¹, Курбатов Е.С.¹, Ванжа В.С.¹,
Твердохлебова Т.И.^{1,2}, Суладзе А.Г.¹

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ АНТИГЕННОГО СОСТАВА ПЯТИКОМПОНЕНТНОЙ ЛЕПТОСПИРНОЙ ВАКЦИНЫ

¹ФБУН «Ростовский научно-исследовательский
институт микробиологии и паразитологии»

Роспотребнадзора, Ростов-на-Дону, Россия

²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия

В настоящее время в Российской Федерации для специфической профилактики лептоспироза у населения применяется производимая с 1999 года ФБУН РостовНИИ микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора вакцина лептоспирозная концентрированная инактивированная жидкая, содержащая 4 серогруппы лептоспир: *Leptospira*

interrogans Icterohaemorrhagiae copenhageni, *Leptospira interrogans Grippotyphosa grippotyphosa*, *Leptospira interrogans Pomona mozdok*, *Leptospira interrogans Sejroe sejeoe*. В последние годы выросло число заболеваний лептоспирозом, протекающих с тяжелой клинической картиной, обусловленных серовариантом *L. interrogans Canicola*. Этот серовариант не входит в состав существующей вакцины. Таким образом, назрела острая необходимость разработки вакцины, содержащей данный серовар.

Цель. Провести экспериментальные исследования по введению в производимую лептоспирозную вакцину нового штамма *L. interrogans Canicola*.

Материалы и методы. Было выпущено пять экспериментальных серий вакцины с обновленным составом. Серии экспериментальной вакцины были проверены по показателям «Аномальная токсичность», «Специфическая безопасность», «Специфическая активность» согласно ФС 3.3.1.0014.15 Вакцина лептоспирозная концентрированная инактивированная жидкая ГФ РФ XIV изд. Т.4. Антигенные свойства определяли спустя 20 дней после иммунизации хомяков посредством реакции микроагглютинации (РМА) по методике, изложенной в нормативной документации на выпускаемую лептоспирозную вакцину.

Результаты. В результате проведенных исследований установлено, что дополнительный штамм *L. interrogans Canicola* № 480 Удалов в составе экспериментальной вакцины вызывает образование антител в защитных титрах не менее 1:100, что соответствует требованиям, применяемым к вакцине лептоспирозной концентрированной инактивированной жидкой.

При проверке серий экспериментальной вакцины, полученных с использованием *L. interrogans* серогруппы *Canicola* штамм № 480 Удалов, по показателю «Специфическая безопасность» было определено, что препарат не содержит живых лептоспир.

В ходе исследования серий экспериментальной вакцины, полученных с использованием *L. interrogans* серогруппы *Canicola* штамм № 480 Удалов, по показателю «Аномальная токсичность» выявлено, что препарат нетоксичен и безопасен.

Заключение. Включение в состав полученной экспериментальной вакцины штамма *L. interrogans* серогруппы *Canicola* (№ 480 Удалов), приводит к увеличению антигенного состава, и способствует повышению эпидемиологической эффективности данной вакцины.

Козорез Е.И.¹, Стома И.О.¹, Мицура В.М.²

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

¹УО «Гомельский государственный медицинский
университет»

²ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии
человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Цель: изучить причины смерти ВИЧ-инфицированных пациентов от сердечно-сосудистых осложнений в период 1996–2025 гг.

Материалы и методы. Были проанализированы причины смерти 1555 ВИЧ-инфицированных пациентов Светлогорского района Гомельской области, в возрасте от 18 до 83 лет, медиана 39 [33–46] лет. Мужчины составили 70,2%,

женщины - 29,8%. Половым путем инфицировались 42,4% пациентов, через внутривенное введение наркотических препаратов - 57,6% пациентов. Медиана прожитых лет после установления диагноза ВИЧ-инфекции составила 7,9 [3,6-13,2], 8,1% умерли в течение первых 6 месяцев. Указали в анамнезе пребывание в местах лишения свободы 15,2% пациентов. Хронический гепатит С был установлен у 77% пациентов. Антиретровирусную терапию на момент смерти принимали 38,5%, из них неопределяемая вирусная нагрузка, как минимум 6 месяцев, была только у каждого третьего (33,8%).

Пациенты были разделены на три группы, первую группу составили пациенты, умершие в период 1996-2005 гг. (n = 204), вторую - пациенты, умершие в 2006-2015 гг. (n = 744), и третью - в период 2016-2024 гг. (n = 607).

Результаты и обсуждение. В период с 1996 по 2005 год преобладали причины смерти, связанные с отравлением наркотическими веществами, суицидами и т.д. В период с 2006 по 2015 года основными причинами смерти были манифестные формы ВИЧ, так называемые СПИД-индикаторные заболевания. С 2016 по 2025 годы в структуре стали доминировать неинфекционные коморбидные заболевания. Сердечно-сосудистые заболевания, как причины смерти, в период 1996-2005 гг. составили 20,7%, в период 2006-2015 гг. - 32,8%, в период 2016-2024 гг. - 45,4% в структуре неинфекционных сопутствующих заболеваний.

Характеристика ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших от болезней системы кровообращения в периоды 1996-2005, 2006-2015 и 2016-2024 гг. отличалась путем инфицирования и возрастом. Произошла смена внутривенного пути инфицирования через инъекционные наркотические средства к половым контактам, и старение основной возрастной группы ВИЧ-инфицированных пациентов Светлогорского района с 30-летнего возраста до 50-летнего.

У ВИЧ-инфицированных пациентов в период 2016-2024 гг. в структуре болезней системы кровообращения, приведшим к летальному исходу, удельный вес хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) составил 52,1%, острых форм ИБС - 10,5%, острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) - 17,4%.

Выводы: ВИЧ-инфицированные пациенты в первую очередь нуждаются в медицинской профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Козорез Е.И.¹, Мицура В.М.²

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

¹ УО «Гомельский государственный медицинский университет»

² ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Цель: исследовать частоту сердечно-сосудистых заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты сердечно-сосудистых заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете в консультативно-диспансерном кабинете по ВИЧ-инфекции У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в 2024 году.

Среди 754 пациентов было 415 (55,1%) мужчин и 339 (44,9%) женщин в возрасте старше 18 лет (медиана возраста — 49 [45–54] лет). У 325 (43,1%) больных инфицирование ВИЧ произошло при внутривенном введении наркотических средств, у 429 (56,9%) — при гетеросексуальных контактах. Медиана пребывания на диспансерном учете по ВИЧ-инфекции от момента аттестации составила 17 [12–27] лет. Распределение пациентов по клиническим стадиям ВОЗ: 1 стадия — 3 (0,3%), 2 — 79 (10,4%) стадия, 3 стадия — 460 (61,1%), 4 стадия — 212 (28,2%) пациентов. Антиретровирусную терапию принимали 747 (99%) пациентов, из них с неопределяемой вирусной нагрузкой было 82%.

Результаты и обсуждение. Перенесенный инфаркт миокарда (I21) зарегистрирован у 20 (2,6%) пациентов от 43 до 66 лет. Мужчины составили 70%, женщины - 30%. Путь инфицирования у большинства (70%) был половой. Среди пациентов 2 (10%) перенесли в анамнезе СПИД-индикаторные заболевания. Только 2 (10%) пациента имели определяемую вирусную нагрузку ВИЧ на фоне приема антиретровирусной терапии.

Установлено 45 (5,9%) пациентов с острыми нарушениями кровообращения в анамнезе, из них повторные случаи были у 22,3%. У 77,8% задокументирован инфаркт головного мозга (I63), у 15,6% - субарахноидальное кровоизлияние (I60), у 6,6% - внутримозговое кровоизлияние (I61). Возраст пациентов был в диапазоне от 42 до 54 лет, 60% пациентов инфицировались половым путем. У 35,5% лиц была определена 4 клиническая стадия ВИЧ по классификации ВОЗ. Все пациенты принимали антиретровирусную терапию, но 22,2% были с вирусологической неэффективностью.

Клинические проявления хронической ИБС (I25) были отмечены у 154 (20,4%) пациентов. Проявления атеросклероза, в том числе цереброваскулярных и сосудов нижних конечностей были у 195 (25,8%) пациентов.

Частота острых и хронических атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 40 лет и старше прогрессивно увеличивается, достигая 70% у 65-летних.

При сравнительном анализе ВИЧ-инфицированных пациентов с клинически значимыми сердечно-сосудистыми заболеваниями выявлено, что шансы развития сочетания с выраженными нейроркогнитивными нарушениями (ОШ - 1,95, 95%ДИ 1,38-2,74) и с хроническим вирусным гепатитом С (ОШ - 1,36, 95%ДИ 1,01-1,74) были значимо выше.

Выводы. Ранняя диагностика сосудистых нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов в трудоспособном возрасте, получающих антиретровирусную терапию, позволит своевременно начать медикаментозную коррекцию, что приведет к снижению риска развития раннего прогрессирующего атеросклероза и сосудистых катастроф, к увеличению длительности и улучшению качества жизни пациентов.

Козырева А.А., Ядченко Е.С.

ДИРОФИЛЯРИОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

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

Введение. Дирофиляриоз человека — паразитарное заболевание, трансмиссивный гельминтоз, вызванный паразитированием нематод рода *Dirofilaria*, чаще всего *D.repens*