

Заключение

Цирроз печени имеют 72,7 % пациентов с хроническим вирусным гепатитом В + D и 38,9 % с хроническим вирусным гепатитом В + С.

Хронический вирусный гепатит В + D характеризуется более тяжелым течением заболевания печени за счет более выраженных гипербилирубинемии и синдрома гиперспленизма, чем хронический вирусный гепатит В + С.

ЛИТЕРАТУРА

1. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. — Geneva: WHO, 2015. — 166 p.
2. Estimating the global prevalence, disease progression, and clinical outcome of hepatitis delta virus infection / Z. Miao [et al.] // J. Infect Dis. — 2020. — Vol. 221(10). — P. 1677–1687.
3. Konstantinou, D. The spectrum of HBV/HCV coinfection: epidemiology, clinical characteristics, viral interactions and management / D. Konstantinou, M. Deutsch // Ann Gastroenterol. — 2015. — Vol. 28(2). — P. 221–228.
4. Caccamo, G. Hepatitis B virus and hepatitis C virus dual infection / G. Caccamo, F. Saffioti, G. Raimondo // World J Gastroenterol. — 2014. — Vol. 20(40). — P. 14559–14567.

УДК 616.33//34-072.1:[616.98:578.828НIV]:615.281.9

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ЭПОХУ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Тумаш О. Л., Козорез Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Патология желудочно-кишечного тракта часто встречаются у пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), поражая до 88 % ВИЧ-инфицированных пациентов. [1] Это может происходить на различных стадиях ВИЧ-инфекции, однако по мере прогрессирования заболевания вероятность поражения возрастает в разы [2]. Поражение пищеварительной системы может быть вызвано как прямым воздействием вируса ВИЧ и возбудителями оппортунистических инфекций, так и в результате приема антиретровирусной терапии, лечения антибиотиками, противогрибковыми препаратами, а также опухолями ЖКТ [3]. Распространенность и частота многих нарушений ЖКТ у ВИЧ резко изменились в эпоху высокоактивной антиретровирусной терапии (АРТ), особенно в связи с новым поколением схем лечения ВИЧ [4]. Эндоскопия — это инвазивный диагностический тест, который помогает уточнить этиологию большинства желудочно-кишечных заболеваний. Тем не менее, порой бывает трудно найти конкретный этиологический фактор [5].

Цель

Изучить структуру и морфологические особенности поражений верхних отделов ЖКТ у пациентов с ВИЧ-инфекцией в зависимости от количеством CD4 клеток и схем АРТ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 112 протоколов фиброгастроуденоскопии, историй болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией, находившихся на лечении в учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в период 2017–2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование вошли пациенты с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в возрасте старше 18 лет и отсутствием беременности. Характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика пациентов с ВИЧ-инфекцией, вошедших в исследование

Показатели	№ случаев	% от общего числа
Мужской	76	67,9
Женский	36	32,1
Средний возраст, лет	41,7	—
женщины	39,4	—
мужчины	42,3	—
курение	78	69,6
Прием АРТ	93	83,03
Схема 1 ряда АРТ	68	73,11
Схема 2 ряда АРТ	25	26,88

В зависимости от применяемой схемы АРТ все пациенты были разделены на группы: пациенты, получающие схему с ННИОТ, и пациенты в схему АРТ, которых входят ИП. Среднее значение CD4 клеток пациентов на момент проведения ФГДС составляло 339 кл/мкл (163; 765). Все пациенты были разбиты по группам в зависимости от уровня CD4 клеток: 1-я группа — количество CD4 кл >500 кл/мкл — 21 (18,8 %) пациент, 2-я группа — количество CD4 кл 500–350 кл/мкл — 34 (30,4 %) пациента, 3-я группа — количество CD4 кл 350–200 кл/мкл — 22 (19,6 %) пациента и 4-я группа — количество CD4 кл < 200 кл/мкл — 35 (31,3 %) пациентов.

Все пациенты, вошедшие в исследование, предъявляли жалобы на боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку, тошноту, рвоту. Жалобы, частота их встречаемости и длительность представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Характеристика жалоб, предъявляемых пациентами на момент исследования

Жалобы	Количество случаев	%	Длительность жалоб	СИ 95
Боли в эпигастрии	86	76,8	16	3; 27
Изжога	47	41,96	10	5; 21
Отрыжка	24	21,42	14	6; 23
Тошнота	48	42,85	8	3; 19
Рвота	7	6,25	3	1; 6

Таблица 4 — Структура выявленных форм поражений верхних отделов ЖКТ у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Эндоскопический диагноз	Количество случаев	% от общего числа
Хронический смешанный гастрит	36	32,14
Хронический поверхностный гастрит	8	7,14
Гиперемическая гастропатия	32	28,57
Геморрагическая гастропатия	2	1,78
Кандидоз	15	13,39
— пищевода	9	8,03
— желудка	2	1,78
— ДПК	4	3,57
Эрозии	12	10,71
— хр. эрозивн. гастрит	8	7,03
— эрозивный бульбит	2	1,78
— эрозивн. эзофагит	1	0,09
— эрозивный гастроуденит	1	0,09
ДГР	7	6,25
Грыжи ПОД	6	5,35
ГЭРБ	3	2,67
Атрофическая гастроуденопатия	2	1,78
Хронический поверхностный бульбит	2	1,78
Язвенная болезнь желудка и ДПК	1	0,09
Полипоз желудка	1	0,09

По данным ФГДС самой частой формой поражения верхних отделов ЖКТ у пациентов с ВИЧ-инфекцией являлся хронический гастрит, выявленный у 39,2 % пациентов, при этом смешанный гастрит был выявлен в 32,1 % случаях, хронический поверхностный гастрит (ХПГ) — в 7,1 % случаев. Наиболее часто гастрит регистрировался у пациентов, принимающих АРТ с ИП (32,1 и 67,9 %, $p < 0,05$). Длительность приема данной схемы в среднем составила 5,7 лет. Вторая по частоте выявления — гиперемическая гастропатия, которая была выявлена у 32 (28,6 %) пациентов. Данная эндоскопическая картина с одинаковой частотой встречалась у пациентов с разными схемами АРТ (соответственно АРТ с ННИОТ и АРТ с ИП — 37,8 и 41,2 %, $p > 0,05$), наиболее часто у курящих пациентов по сравнению с некурящими (76,8 и 24,3 %, $p < 0,05$). Поражение верхних отделов ЖКТ в виде эрозий и язв отмечалось у 10,7 % обследуемых пациентов. Данная эндоскопическая картина являлась частью нескольких клинических диагнозов: хронический эрозивный гастрит — 41,7 % случаев, эрозивная гастропатия — 25 %, эрозивный бульбит — 16,7 %, эрозивный эзофагит и гастродуоденит — по 8,3 % случаев соответственно. Большинство случаев язвенно-эрозивного поражения было выявлено у курящих пациентов (65,8 %, $p < 0,05$), и у мужчин по сравнению с женщинами (83,2 %, $p < 0,05$) и не зависело от принимаемой схемы АРТ ($p > 0,05$). Поражение кандидозной этиологии: кандидоз пищевода был выявлен у 8 % пациентов, желудка — у 1,8 % и двенадцатиперстной кишки — в 3,6 % случаях. Большинство пациентов с кандидозом ЖКТ (93 %) на момент проведения ФГДС имели уровень CD4 кл менее 200 кл/мкл, 75 % — не принимали АРТ, 25 % — имели вирусологическую и иммунологическую неэффективность АРТ. Следует отметить, что данные пациенты принимали АРТ первого ряда и имели низкую приверженность.

Частота выявления дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) и гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) составила соответственно 6,25 и 2,7 %, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) были выявлены в 5,4 % случаях. В единичных случаях были выявлены следующие состояния: атрофическая гастродуоденопатия, геморрагическая гастропатия, хронический поверхностный бульбит (по 1,8 % случаев) и полипоз желудка (0,9 %).

У пациентов с количеством CD4-лимфоцитов > 500 кл/мкл преобладающими вариантами патологии ЖКТ являлись: хронический смешанный гастрит — 7 (33,3 %) случаев; гиперемическая гастропатия — у 6 (28,6 %) пациентов. При уровне CD4-лимфоцитов 350–500 клеток у пациентов наблюдались следующие эндоскопические изменения: у 11 (32,4 %) пациентов был выявлен хронический смешанный гастрит, у 6 (17,7 %) — гиперемическая гастропатия. У пациентов данной группы наблюдалось самое большое количество выявления ДГР — 5 (14,7 %) случаев. При уровне CD4-лимфоцитов 350–200 клеток поражение верхних отделов ЖКТ характеризовалось преимущественным выявлением хронического смешанного гастрита — 8 (36,4 %) случаев, гиперемической гастропатии — 6 (27,3 %) случаев, кандидозного эзофагита — 13,63 % случаев — данное состояние выявлялось у мужчин, имеющих длительный стаж курения, иммунологическую и вирусологическую неэффективность АРТ. У пациентов с уровнем CD4 лимфоцитов < 200 преобладающими формами поражения ЖКТ были: хронический смешанный гастрит и гиперемическая гастропатия — по 11 случаев, суммарно составляя 62,9 % от всех форм патологии, выявленных в этой группе, кандидозное поражение ЖКТ — 54,3 % случаев, грыжи ПОД — в 14,3 % случаях.

Выводы

Самыми частыми формами поражения верхних отделов ЖКТ у ВИЧ-инфицированных пациентов, выявленных при ФГДС, являлись хронический смешанный гастрит (32,14 %) и гиперемическая гастропатия (28,57 %), которые регистрировалось у пациентов всех групп вне зависимости от уровня CD4 лимфоцитов ($p > 0,05$). Наиболее часто хрониче-

ский гастрит выявлялся у пациентов, принимающих схему АРТ с ИП ($p < 0,05$). Гиперемическая гастропатия наиболее часто отмечалась у курящих пациентов ($p < 0,05$) и с одинаковой частотой встречалась у пациентов с разными схемами АРТ ($p > 0,05$). На втором месте по частоте выявления при ФГДС — кандидозное поражение слизистой (13,39 %), первые случаи которого были выявлены у пациентов с уровнем CD4 лимфоцитов 200–350 кл/мкл и достигли максимума в группе пациентов с уровнем CD4 лимфоцитов < 200 — 54,3 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diarrhea and abnormalities of gastrointestinal function in a cohort of men and women with HIV infection / T. A. Knox // Am J Gastroenterol. — 2000. — Vol. 95(12). — P. 3482–3489.
2. Змушко, Е. И. ВИЧ-инфекция: рук-во для врачей / Е. И. Змушко, Е. С. Белозеров. — СПб.: Питер, 2000. — 320 с.
3. Гранитов, В. М. ВИЧ-инфекция / В. М. Гранитов // СПИД, СПИД-ассоциированные инфекции и инвазии. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: издательство НГМА, 2003. — 124 с.
4. Genetic characteristics of inflammatory bowel disease in a Japanese population / Y. Fuyuno [et al.] // J Gastroenterol. — 2015.
5. Human immunodeficiency virus-associated gastrointestinal disease: common endoscopic biopsy diagnoses / F. Bhaijee [et al.] // Patholog Res Int. — 2011. — P. 247923.

УДК 616.24-002.5:612.1:616.89-008.441.13

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОФЕНОТИПА КЛЕТОК КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

*Шпаковская Н. С., Глинская Т. Н., Шилейко О. В.,
Стринович А. Л., Гуревич Г. Л.*

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблема туберкулеза, как социально-значимой патологии, актуальна для всего мира. Особенно тревожным является рост в структуре первично заболевших лиц удельного веса случаев туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью [1].

Фактором, способствующим эпидемиологическому риску распространения туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в популяции, является недостаточная приверженность пациента лечению туберкулеза (отрыв от лечения, самовольный уход из стационара, нарушение рекомендаций врача и правил внутреннего распорядка), в том числе при наличии приверженности к употреблению психоактивных веществ [1–3]. У лиц, употребляющих психоактивные вещества, туберкулез (в том числе туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью) развивается чаще, а туберкулезный процесс протекает тяжелее и требует более длительного лечения [2, 3]. Свой вклад в течение туберкулеза у таких пациентов вносят неблагоприятные изменения со стороны иммунной системы на фоне употребления психоактивных веществ. Важным приоритетом противотуберкулезного лечения является повышение приверженности лечению как основного заболевания (туберкулез), так и коморбидной патологии (преодоление зависимости от психоактивных веществ - минимизация приема, отказ от употребления психоактивных веществ). Отказ от употребления психоактивных веществ на фоне лечения позволяет оптимизировать клиническое течение туберкулеза, включая показатели иммунного статуса, повысить эффективность лечения.

Цель

Оценить в динамике комплексного лечения пациентов с туберкулезом легких, употребляющих психоактивные вещества, изменения иммунофенотипической характеристики клеток периферической крови.