

УДК 616.98:578.828HIV-036.88(476.2)

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Тумаш О. Л., Жаворонок С. В., Кармазин В. В.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение
«Гомельская областная инфекционная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь
Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

ВИЧ-инфекция в современном обществе стала одной из важных социально-экономических проблем. Все страны мира столкнулись с угрозой эпидемии ВИЧ-инфекции, Беларусь в этом кругу — не исключение. В настоящий момент реальную угрозу для общества представляет распространение инфекции среди благополучных по риску инфицирования групп населения, о чем свидетельствует увеличение случаев гетеросексуальной передачи ВИЧ и рождение детей ВИЧ-инфицированными женщинами [1, 2].

По состоянию на 1 апреля 2014 г. в Республике Беларусь зарегистрировано 16 169 случаев ВИЧ-инфекции, количество людей, живущих с ВИЧ — 12 561, показатель распространенности составил 1,1 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости составил 1,1 на 100 тыс. населения. В эпидемический процесс вовлечено 200 территорий [3, 4]. По статистическим данным в Гомельской области на 1 марта 2014 г. зарегистрировано 7 682 случая ВИЧ-инфекции. В области зарегистрирован 2 131 летальный случай среди ВИЧ-инфицированных: 602 (28 %) женщины и 1529 (72 %) мужчин [3, 4].

Цель

Изучить причины смерти ВИЧ-инфицированных пациентов в Гомельской области в период с 01.01.2005 по 31.12.2013 г.

Материалы и методы исследования

Производилась обработка амбулаторных карт больных пациентов, нетерий болезней медицинских карт стационарного пациента и патологоанатомических заключений (статистических карт) ВИЧ-инфицированных пациентов. Критерием включения явилось наличие у больных ВИЧ-инфекции, установленной прижизненно и проживание (регистрация) в Гомельской областной области.

Всего в исследование было включено 756 пациентов. из них Мужчины составили 514 (74,3 %), женщины — 196 (25,7 %). Средний возраст умерших составил 34,9 ± 6,1 лет.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием статистического модуля программы «Microsoft Excel 2003», а также пакета статистического анализа данных «Statistica» 6.0. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($p < 0,05$).

Результаты исследования

По нашим данным в период с 2005 по 2009 гг. количество летальных исходов среди ВИЧ-инфицированных пациентов постоянно увеличивалось, начиная с 2010 г., происходит стабилизация данного показателя. Однако при более детальном анализе по годам наблюдается тенденция к увеличению—увеличению с каждым годом количества смертельных исходов среди женщин, в 2011 г. 44,6 % по сравнению с 23,1 % в 2005 г. (таблица

отформатировано: Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, 12 пт, Цвет шрифта: Авто, Узор: Нет

отформатировано: Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, 12 пт, Цвет шрифта: Авто, Узор: Нет

отформатировано: Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, 12 пт, Цвет шрифта: Авто, Узор: Нет

отформатировано: Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, 12 пт, Цвет шрифта: Авто, Узор: Нет

отформатировано: Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, 12 пт, Цвет шрифта: Авто, Узор: Нет

отформатировано: Шрифт: 12 пт, Цвет шрифта: Авто, русский, уплотненный на 0,3 пт

1). Это напрямую связано с увеличением доли женщин среди ВИЧ-инфицированных пациентов. С 2000 по 2011 гг. доля ВИЧ-инфицированных женщин в Беларуси увеличилась с 31,3 до 48,1 %. За 2013 г. удельный вес женщин составил 47,7 % (731 чел.), мужчин — 52,3 % (802 чел.), за 2012 г. женщин — 46,1 % (564), мужчин — 53,9 % (659).

Таблица 1 — Половозрастная структура умерших ВИЧ-больных в 2005–2013 гг.

Год	Всего случаев	Мужчин, N (%)	Женщин, N (%)	Средний возраст, лет
2005	65	50 (76,9 %)	15 (23,1 %)	30,6 ± 7,8
2006	103	81 (78,6 %)	22 (21,4 %)	32,1 ± 5,3
2007	157	122 (77,7 %)	35 (22,3 %)	33,6 ± 6,
2008	151	100 (66,2 %)	51 (33,8 %)	34,1 ± 6,7
2009	160	120 (75 %)	40 (25 %)	34,3 ± 7,9
2010	140	93 (66,4 %)	57 (40,7 %)	34,9 ± 4,6
2011	112	62 (55,4 %)	50 (44,6 %)	37,6 ± 5,9
2012	76	51 (67,1 %)	25 (32,9 %)	38,9 ± 8,9
2013	141	97 (68,8 %)	44 (31,2 %)	41,2 ± 11,2

Ежегодно увеличивается средний возраст умерших пациентов, за период с 2005 по 2013 гг. данный показатель увеличился на 10,6 лет, что можно объяснить вовлечением в эпидемиологический процесс старшей возрастной группы, так и «старением» группы пациентов, аттестованной в 1996–1999 гг.

Результаты: Причины смерти умерших ВИЧ-инфицированных пациентов за период 2005–2013 гг. по годам и суммарно распределились следующим образом (таблица 23). В таблице приведены наиболее часто регистрируемые заболевания и состояния, повлекшие к летальному исходу.

Таблица 23 — Летальность ВИЧ-инфицированных пациентов за 2005–~~2008~~–2013 гг.

Год	Туберкулез, N (%)	Нейро-СПИД, N (%)	СПИД-ассоциированные опухоли, N (%)	Пневмоцистная пневмония, N (%)	Не уточненные СПИД-маркерные заболевания, N (%)
2005	12 (18,5%)	9 (13,8%)	7 (10,8%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)
2006	44 (42,7%)	8 (7,8%)	6 (5,8%)	2 (1,9%)	1 (1,0%)
2007	72 (45,3%)	24 (15,1%)	5 (3,1%)	1 (0,6%)	10 (6,3%)
2008	78 (51,3%)	20 (13,2%)	5 (3,3%)	7 (4,6%)	3 (2,0%)
2009	7 (43,8%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)
2010	81 (67,5%)	18 (15,0%)	10 (8,3%)	8 (7,0%)	0 (0,0%)
2011	78 (69,6%)	13 (11,6%)	11 (9,8%)	4 (6,0%)	0 (0,0%)
2012	28 (36,4%)	8 (10,4%)	1 (1,3%)	5 (6,5%)	32 (41,6%)
2013	41 (30,1%)	22 (16,2%)	7 (5,1%)	4 (2,9%)	48 (35,3%)

Основной причиной смерти среди ВИЧ-инфицированных пациентов длительное время является туберкулез, так в 2005 г. туберкулез, как причина смерти был установлен у 18,5 % пациентов, за 5 лет количество случаев смерти от данного заболевания выросло более чем в 3 раза и к 2011 г. составило 69,6 % случаев. В 2012 и 2013 гг. данный показатель резко снизился, составляя соответственно 36,4 и 30,1 %. В противовес этому ежегодно увеличивается доля больных с неуточненными инфекциями и СПИД-маркерными заболеваниями, которые в свидетельствах о смерти кодируются по МКБ 10 как В 20.7 и В 20.8, приведших к смертельному исходу. Данное состояние до 2012 г. имело не высокие показатели, в некоторые годы 0 %, но в 2012 г. произошло резкое увеличение количества больных, умерших с этим диагнозом до 41,6 %.

На втором месте среди причин смерти — поражение головного мозга (таблица 3). Лидирующую позицию среди причин смерти, связанных с нейро-СПИДом, занимают

«ВИЧ-ассоциированные недифференцированные менингоэнцефалиты», составляя в среднем около 7 %. Можно предположить что в данную рубрику вошли нейропатии различной этиологии, СПИД-деменция, герпетические и другие энцефалиты.

Таблица 3 — Распределение пациентов по годам и причинам смерти с явлениями нейро-СПИДа

Год	Токсоплазмоз головного мозга, N (%)	Криптококковый менингит N (%)	Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия N (%)	ВИЧ-ассоциированные недифференцированные менингоэнцефалиты N (%)
2005	2 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (10,8 %)
2006	1 (1,0 %)	2 (1,9 %)	1 (1,0 %)	4 (3,9 %)
2007	8 (5,0 %)	3 (1,9 %)	1 (0,6 %)	12 (7,5 %)
2008	5 (3,3 %)	2 (1,3 %)	2 (1,3 %)	11 (7,2 %)
2009	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
2010	7 (5,8 %)	2 (1,7 %)	0 (0,0 %)	9 (7,5 %)
2011	4 (3,6 %)	3 (2,7 %)	0 (0,0 %)	6 (5,4 %)
2012	2 (2,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (7,8 %)
2013	3 (2,2 %)	3 (2,2 %)	3 (2,2 %)	13 (9,6 %)

Еще одним наиболее часто встречаемым поражением ЦНС при ВИЧ-инфекции является токсоплазменный энцефалит, на долю которого приходится 3 % среди всех причин смерти. С 2010 г. наметилась положительная динамика в снижении количества больных, умерших от токсоплазменного поражения головного мозга, что можно объяснить более широким охватом больных АРТ, более ранним стартом терапии (с уровня 350 кл/мл), более широким назначением врачами разных специальностей бисептолопрофилактики. Причинами смерти при поражении головного мозга были не только заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией, но и другие состояния и заболевания, такие как геморрагический и ишемический инсульт, черепно-мозговые травмы, но данные больные были исключены из нашей выборки.

диагноз ВИЧ-кахекии-ВИЧ-кахекиа как диагноз ставится методом исключения, и представляет собой скорее эпидемиологическое понятие, нежели конкретную болезнь - при тщательном и правильном поиске причина кахекии обычно находится. Раньше ВИЧ-кахекиа встречалась очень часто, после появления АРТ она стала редкостью. Частота ВИЧ-кахекии, которая составляла до 15,4 % в 2005 г. среди причин смерти, благодаря доступности к специфической терапии имеет тенденцию к значительному снижению, и в 2013 г., как причина смерти, выставлена только 0,7 % пациентов.

СПИД-ассоциированные опухоли как причина смерти по годам имеют неодинаковое распределение. Максимальное количество случаев смерти было отмечено в 2005 и 2011 гг., соответственно 10,8 и 9,8 % и минимальное 1,3 % в 2012 г. (причиной смерти явилась лимфома). В группу СПИД-связанных опухолей вошли: лимфома различной локализации, рак шейки матки и саркома Капоши. К другим видам рака, которые с большей вероятностью могут развиваться у ВИЧ-инфицированных, относятся: инвазивный рак анального канала, болезнь Ходжкина, рак легких, рак ротовой полости, рак яичек, рак кожи, включая базальный эпидермоцит и плоскоклеточную карциному, а также злокачественная меланома. Данные опухоли были отнесены в графу «другие опухоли» (таблица 4).

Таблица 4 — Распределение пациентов по годам и нозологическим формам опухолей, приведших к летальному исходу

Год	Не СПИД-ассоциированные опухоли, N (%)	Лимфома, N (%)	Саркома Капоши, N (%)	СПИД-ассоциированные опухоли, N (%)
2005	5 (7,7 %)	2 (3,1 %)	0 (0,0 %)	7 (10,8 %)

отформатировано: Основной шрифт абзаца; О Знак Знак, Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, Цвет шрифта: черный

отформатировано: Основной шрифт абзаца; О Знак Знак, Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, Цвет шрифта: черный

отформатировано: Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, 12 пт

отформатировано: Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, 12 пт

отформатировано: Шрифт: (по умолчанию) Times New Roman, 12 пт

2006	4 (3,9 %)	0 (0,0 %)	2 (1,9 %)	6 (5,8 %)
2007	3 (1,9 %)	1 (0,6 %)	1(0,6 %)	5 (3,1 %)
2008	2 (1,3 %)	3 (2,0 %)	0 (0,0 %)	5 (3,3 %)

Окончание таблицы 1

Год	Не СПИД-ассоциированные опухоли, N (%)	Лимфома, N (%)	Саркома Капоши, N (%)	СПИД-ассоциированные опухоли, N (%)
2009	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)
2010	6 (5,0 %)	2 (1,7 %)	2 (1,7 %)	10 (8,3 %)
2011	6 (5,4 %)	3 (2,7 %)	2 (1,8 %)	11 (9,8 %)
2012	0 (0,0 %)	1 (1,3 %)	0 (0,0 %)	1 (1,3 %)
2013	2 (1,5 %)	5 (3,7 %)	0 (0,0 %)	7 (5,1 %)

Саркома Капоши редкий оппортунист для нашего региона, возникающий при выраженном иммунодефиците, в последнее время не было зарегистрировано смертельных случаев. Напротив, увеличивается количество летальных исходов от лимфомы. Неходжкинская лимфома — вторая по частоте опухоль у больных ВИЧ-инфекцией, встречается в 3–30 % случаев, в поздних стадиях СПИДа 12–15 % больных умирает именно от лимфомы. По нашим данным от лимфомы умерло не более 4 % больных. Порой прижизненно поставить данный диагноз сложно из-за несвоевременности обращения пациента за медицинской помощью и трудностью верификации диагноза прижизненно из-за сложностей в заборе материала для биопсии (лимфома головного мозга, у половины больных выявляется первичное поражение периферических, внутригрудных, забрюшинных лимфатических узлов, процесс развивается и вне их, чаще в миндалинах, желудочно-кишечном тракте, коже, костях или других органах).

В эру комбинированной антиретровирусной терапии одним из наиболее известных и значимых возбудителей оппортунистических пневмоний у ВИЧ-инфицированных пациентов остаются пневмоцисты (*Pneumocystis jirovecii*). Число больных пневмоцистной пневмонией составляет от 5,6 до 8,5 % относительно всех госпитализируемых больных с диагнозом СПИД [4]. В Московском регионе, по данным аутопсии больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, число летальных исходов от пневмоцистной пневмонии составляет 16,6 %, в отличие от стран Западной Европы, где частота летальных исходов от пневмоцистной пневмонии минимальна и составляет 0,98–2,69 % [2].

Другими причинами смерти составляющими не более 10 % вошли цирроз печени, сепсис, пневмонии неуточненной этиологии и другие состояния и заболевания, не связанные с ВИЧ-инфекцией. К другим состояниям, не связанным с ВИЧ-инфекцией были отнесены случаи смерти от сопутствующих состояний и заболеваний: травмы, отравления опиоидами и суррогатами алкоголя, токсический гепатит, повешение, утопление. Высокая частота этих причин объясняется асоциальным образом жизни некоторых ВИЧ-инфицированных пациентов.

Выводы

С 2005 г. основной причиной смерти среди ВИЧ-инфицированных, проживавших в Гомельской области, является туберкулез — 45,0 %, на 2-м месте неуточненные СПИД-маркерные заболевания — 9,58 %, на 3-м месте — нейро-СПИД — 11,46 %, на 4-м — опухоли — 5,98 %, на 5-м — пневмоцистная пневмония — 4,14 % и ВИЧ-кахексия — 4,1 %.

С целью снижения смертности среди ВИЧ-инфицированных пациентов необходимо своевременно начинать АРТ и проводить первичную профилактику оппортунистических инфекций.

С целью верификации диагноза и причин смерти ВИЧ-инфицированных пациентов необходимо увеличить количество аутопсий.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 488 с.
2. 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.
3. Анализ вспышки ВИЧ-инфекции в г. Светлогорске Республики Беларусь среди лиц, потребляющих наркотики инъекционно / Л. И. Костикова [и др.] // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1999. — № 1. — С. 18–19.
4. Причины летальных исходов при ВИЧ-инфекции / С. В. Жаворонок [и др.] // Здоровоохранение. — 2009. — № 6. — С. 22–24.

УДК 616.831-005:616.379-008.64

НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Усова Н. Н., Галиновская Н. В., Лемешков Л. А., Линков М. В., Латышева В. Я.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема цереброваскулярных заболеваний имеет большое медико-социальное значение, актуальность которого возрастает с каждым годом. Второе место среди причин смерти, огромные экономические затраты и значительные трудовые потери, связанные с выходом на инвалидность, определяют научно-практическую и социально-экономическую значимость проблемы.

Сахарный диабет (СД) относят к одному из важнейших независимых факторов риска развития нарушений мозгового кровообращения [1]. В Республике Беларусь в 2013 г. было зафиксировано 240 тыс. случаев СД, среди которых у 223 тыс. человек диагностирован СД II типа. Рядом эпидемиологических исследований было показано, что заболеваемость инфарктом мозга (ИМ) у пациентов с данной патологией составляет 62,3 на 1 тыс. человек, тогда как в общей популяции частота ИМ равна 32,7 на 1 тыс. человек [2]. Примечательно, что при СД II типа риск развития ИМ в 1,8–6,0 раза выше, чем у пациентов без него. У лиц с этим заболеванием почти втрое повышается риск смерти от всех типов нарушений мозгового кровообращения [2]. Однако при кажущейся изученности данной проблемы остается ряд неразрешенных вопросов в плане установления особенностей патогенеза различных видов нарушения мозгового кровообращения при СД, их терапии и реабилитации.

Цель

Проведение краткого аналитического обзора отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме патологии сосудов головного мозга при СД.

Результаты исследования и их обсуждение

СД оказывает влияние на все три структурно-функциональных уровня сосудистой системы мозга:

- магистральные артерии головы (мишень атеросклеротического процесса, который приводит к развитию атеротромботического ИМ);
- интракраниальные перфорирующие сосуды (объект артериальной гипертензии и возникновения лакунарного ИМ);
- микроциркуляторное русло, где развиваются дисметаболические процессы, особенно выраженные в условиях повреждения гематоэнцефалического барьера [3].

По данным разных авторов преобладающим патогенетическим подтипом ИМ, согласно классификации TOAST, при СД является лакунарный, связанный с развитием микроангиопатии и поражением симпатических вазомоторных нервов. Данные механизмы провоцируют процессы хронической ишемии головного мозга и развитие деменции.