

условиях действия в организме бактериального эндотоксина.

2. Повышение уровня мочевины в плазме крови является одним из факторов эндогенного антипиреза. Мочевина, введенная в кровоток, понижает температуру тела у кроликов в условиях эндотоксиновой лихорадки.

3. L-аргинин-NO система участвует в формировании терморегуляторных реакций организма на действие бактериального эндотоксина.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Тэйлор, Б. С.* Индуцибельная синтаза оксида азота в печени: регуляция и функции / Б. С. Тэйлор, Л. Х. Аларсон, Т. Р. Биллиар // Биохимия. — 1998. — Т. 63, № 7. — С. 905–923.

2. *Gerstberger, R.* Nitric Oxide and Body Temperature Control / R. Gerstberger // News Physiol. Sci. — 1999. — Vol. 26, № 2. — P. 237–240.

3. *Scibior, D.* Arginine — metabolism and functions in the human organism / D. Scibior, H. Czeczot // Postepy Hig. Med. Dosw. — 2004. — Vol 58. — P. 321–332.

УДК 616.98:578.828НIV-08

## ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ТЕЧЕНИИ И НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

*Григорьева Д. С., Силин Р. А.*

Научный руководитель: заведующий кафедрой  
инфекционных болезней *Е. Л. Красавцев*

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

### **Введение**

ВИЧ-инфекция — медленно прогрессирующее инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека.

В настоящее время для лечения ВИЧ-инфицированных больных используется высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) или антиретровирусная терапия (АРВ), которая представляет комбинацию 3 и более антиретровирусных препаратов из различных групп.

ВААРТ не позволяет радикально вылечить больного, т. е. добиться полной эрадикации возбудителя из организма инфицированного пациента. Больные, находящиеся на ВААРТ, остаются источником ВИЧ-инфекции для восприимчивых людей, хотя эффективная терапия снижает степень «заразности» ВИЧ-инфицированного пациента, так как приводит к снижению уровня вирусии ВИЧ в крови и тканях больного, вплоть до неопределяемого.

Количество ВИЧ-инфицированных среди людей, страдающих наркотической зависимостью и использующих инъекционный метод введения наркотических веществ с каждым годом растет, поэтому в некоторых странах применяется метадоновая заместительная терапия [2].

Метадоновая заместительная терапия (МЗТ) — паллиативная терапия наркомании, вызванной употреблением опиоидов (например, героина) путем регулярного назначения метадоном взамен употребляемого инъекционного наркотика. Заместительная терапия метадоном проводится во всех странах Америки, Западной Европы, многих странах Восточной Европы и Прибалтики и в большинстве стран СНГ, в том числе и в Беларуси. Заместительная терапия метадоном официально поддерживается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Управлением ООН по наркотикам и преступности (УООНП), Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) и рассматривается этими международными организациями как один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости [1].

Исследования, позволяющие осуществлять мониторинг ВИЧ-инфекции:

1. Определение уровня лимфоцитов CD4+В сыворотке крови (иммунограмма методом моноклональных антител).

Данный метод позволяет определить состояние иммунной системы инфицированного человека. Уровень CD4+лимфоцитов является одним из важнейших лабораторных показателей для решения вопроса о назначении ВААРТ и для оценки эффективности проводимой терапии. Нормальные диапазоны уровня CD4+лимфоцитов у взрослых находятся в пределах 500–1400 в 1 мкл.

2. Определение вирусной нагрузки ВИЧ в крови инфицированного (ПЦР).

Исследование так называемой вирусной нагрузки сегодня в клинической практике незаменимо: оно позволяет как оценивать прогноз, так и следить за эффективностью лечения. Знание исходного (до начала ВААРТ) уровня ВН пациента является дополнительным критерием начала ВААРТ. Считается, что уровень ВН выше 100 000 копий/мл — пороговый уровень для старта терапии у взрослых и детей старше 1 года жизни. Мониторинг ВН на фоне ВААРТ является критерием эффективности терапии [4].

### **Цель**

Проанализировать динамику изменения абсолютного количества CD4+ клеток, CD4 (%) и показатель вирусной нагрузки у больных, находящихся на МЗТ, на фоне естественного течения ВИЧ инфекции и получавших антиретровирусную терапию (далее АРТ).

### **Материалы и методы исследования**

Нами были проанализированы 50 карт ВИЧ инфицированных больных КДК ГО-ИКБ и областного наркодиспансера. Первая группа (25 человек) состояла из пациентов, которые, после назначения МЗТ, в течение двух лет получали АРВ терапию. Вторая группа пациентов, после назначения МЗТ, АРВ препараты не принимала. Мы изучали показатели вирусной нагрузки, количество CD4+клеток и их процентное отношение после постановки на учет и через 2 года. При анализе использовался пакет прикладных программ WORD, EXCEL. Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica 7.0». Анализ различий в двух группах проводился с использованием критерия Манна- Уитни. Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости  $p < 0,05$  [3].

### **Результаты и обсуждения**

Среднее количество CD4+клеток у лиц, принимавших АРТ, на момент постановки на учет составляло 530 клеток. У лиц, не принимавших АРВ препараты, на момент постановки на учет количество CD4+клеток составляло 422. Процентное содержание CD4+клеток составляло 21,25 % (группа 1) и 27,65 % (группа 2). На момент окончания анализа (через 2 года) среднее количество CD4+ клеток у лиц, принимавших АРВ препараты, составило 507 клеток (достоверно не понизилось  $p > 0,05$ ); у лиц, не принимавших АРВ препараты, этот показатель составил 372 клетки. Процентное соотношение CD4+клеток составило 25,85 % (группа 1) и 17,1% (группа 2). Показатель ВН в группе 1 за 2 года достоверно понизился на 1295, в группе 2 достоверно повысился на 91000.

### **Выводы**

МЗТ на фоне АРВ терапии способствует приверженности, что не позволяет прогрессировать ВИЧ-инфекции. При естественном течении ВИЧ прогрессирует и возникают показания для назначения АРВ терапии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Анохин, В. А. Проблема приверженности лечению в современной медицине / В. А. Анохин // Практическая медицина. — 2005.
2. Чубуков, Ж. А. Непараметрические методы и критерии медико-биологической статистики: учеб.-метод пособие для студентов 3 курса всех факультетов медицинских вузов / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. — Гомель: ГомГМУ, 2012.
3. Синдром приобретенного иммунодефицита. Возможные механизмы взаимодействия вируса иммунодефици-

**УДК 616.5-002.525.2-053.8**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ  
У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ**

*Гусаков А. Л., Налегач Е. А., Бурмель А. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Хидченко**

**Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь**

***Введение***

Эпидемиологические исследования последних лет показали, что системная красная волчанка (СКВ) встречается чаще, чем предполагалось ранее. Ежегодно в разных регионах заболевает 1 человек из 400–2000. СКВ по праву считается заболеванием молодых женщин с пиком заболеваемости, приходящимся на возраст 14–25 лет. По данным литературы у лиц старше 50 лет дебют этой патологии отмечается в 6–20 % случаев. В этом возрасте для клинической картины волчанки более характерным является поражение крупных суставов конечностей, легких, развитие периферической невропатии, синдрома Шегрена и конституциональных проявлений.

***Цель***

Изучить особенности клинической картины, лабораторных изменений, иммунологических показателей СКВ у лиц старше 50 лет.

***Материалы и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезней пациентов с диагнозом СКВ, находившихся на лечении в отделении ревматологии УЗ 9 ГКБ г. Минска в период с 2010 по 2012 гг. Из них 21 история болезни соответствовала критериям возрастной группы — старше 50 лет. Методом ИФА определены антинуклеарные антитела (ANA) и антитела к двуцепочечной денатурированной ДНК (анти-dsDNA).

***Результаты исследования***

Из пролеченных пациентов основную массу составляли лица женского пола. Возраст колеблется в диапазоне 50–78 лет ( $60 \pm 18$  лет). Среди клинической картины на первый план выступают конституциональные проявления, поражение крупных суставов конечностей, периферическая невропатия. Из лабораторных показателей гипергаммаглобулинемия наблюдалась в 27,7 %, анемия — в 28,57 %, тромбоцитопения — в 71,42 %, лейкопения — в 28,57 %, лейкоцитоз — 14,28 %, повышение СОЭ — в 61,9 % случаев. ANA определялись в 55 % случаев, анти-dsDNA — в 25 % случаев.

***Выводы***

СКВ в данной возрастной группе протекает в виде хронического течения. В клинической картине преобладают конституциональные проявления, поражение крупных суставов конечностей, периферическая невропатия. Среди лабораторных данных на первый план выступают тромбоцитопения, повышение СОЭ, анемия, лейкопения, гипергаммаглобулинемия, лейкоцитоз. По данным ИФА выявляется не высокая клиническая иммунологическая картина заболевания.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Трухан, Д. И. Внутренние болезни: Кардиология. Ревматология / Д. И. Трухан, И. А. Викторова. — М., 2013.
2. Стрюк, Р. И. Ревматические болезни: руководство для врачей / Р. И. Стрюк. — М., 2010.
3. Клиппел Джон, Х. Ревматические заболевания. Основы ревматологии: в 3 т. / Клиппел Джон Х. — М., 2011.
4. Зборовская, И. А. Ревматические заболевания в практике врача / И. А. Зборовская. — М., 2011.