

дался диспепсический синдром в виде диареи и рвоты. У детей 1–3 года жизни рвота встречалась достоверно чаще. Также у большинства пациентов наблюдалась лихорадка, с преобладанием фебрильной температуры. Более чем у половины пациентов выявлены изменения в общем анализе крови. У детей 0–1 года жизни выражен лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг влево. При бактериологическом посеве кала в большинстве случаев высеяна *Salmonella enteritidis*. При лечении дезинтоксикационная терапия проводилась всем детям, антибактериальная терапия проводилась в большинстве случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Манкевич, Р. Н. Сальмонеллез у детей : учеб.-метод. пособие / Р. Н. Манкевич, Л. И. Матуш, Г. М. Лагир. — Минск: БГМУ, 2017. — 39 с.
2. Принципы антимикробной терапии острых кишечных инфекций у детей / М. К. Бехтерева [и др.] // Педиатрия. — 2015. — № 2. — 51 с.

УДК 616.98:578.828НIV]-006.304

САРКОМА КАПОШИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Дашкун Д. О., Денисюк Я. С.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Саркома Капоши (СК) — системное опухолевое многоочаговое заболевание сосудистого генеза с преимущественным поражением кожи, лимфатических узлов и внутренних органов [1].

Среди ВИЧ-инфицированных больных СК выявляется примерно в 20 тыс. раз чаще, чем среди общей популяции, и в 300 раз чаще, чем среди пациентов с иммунодефицитами, вызванными другими причинами. СК является одним из наиболее часто регистрируемых ВИЧ-ассоциированных заболеваний. Согласно данным зарубежных исследователей саркома Капоши выявляется примерно у 2–5 % ВИЧ-инфицированных пациентов в стадии СПИДа.

СК чаще развивается у мужчин, чем у женщин. В отсутствие иммунодефицита показатели заболеваемости СК среди мужчин превышают показатели заболеваемости среди женщин примерно в 3–4 раза. У лиц с иммунодефицитом, обусловленным приемом иммуносупрессивных препаратов, и ВИЧ-инфицированных людей показатели заболеваемости СК среди мужчин лишь незначительно превышают показатели заболеваемости СК среди женщин [2, 3].

Цель

Изучить особенности клиническо-лабораторного течения СК у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на учете в КДК ВИЧ/СПИД учреждения «Гомельская инфекционная клиническая больница». Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием статистического модуля программы «Microsoft Office Excel 2013».

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 11 пациентов было 5 (45 %) мужчин (от 36 до 70 лет), женщин — 6 (55 %) (от 35 до 53 лет). Средний возраст аттестации ВИЧ-инфекции ±34 года.

У 2 (18 %) больных инфицирование ВИЧ произошло при внутривенном введении наркотических средств, у 9 (82 %) — при гетеросексуальных контактах.

Медиана времени пребывания на диспансерном учете по ВИЧ-инфекции от момента аттестации до выявления СК составила 0,53 [0,18–3,4] года.

Клинические проявления СК: у 10 (91 %) наблюдались диссеминированные, у 1 (9 %) — локализованные высыпания на коже и слизистых. «Излюбленным» местом локализации (симметричных и несимметричных) высыпаний явились кожные покровы конечностей (73 %). У 3 (27 %) пациентов была поражена слизистая ротоглотки и носа. Кожные покровы головы были поражены у 4 (36 %) пациентов.

У всех исследуемых выявлены генерализованная лимфоаденопатия и орофарингеальный кандидоз. У 6 (55 %) пациентов сопутствующим заболеванием был вирусный гепатит С. Также у пациентов были зарегистрированы такие СПИД-индикаторные заболевания как туберкулез легких, рецидивирующие пневмонии и вагинит-синдром. Информация о процентном соотношении сопутствующих заболеваний представлена на рисунке 1.

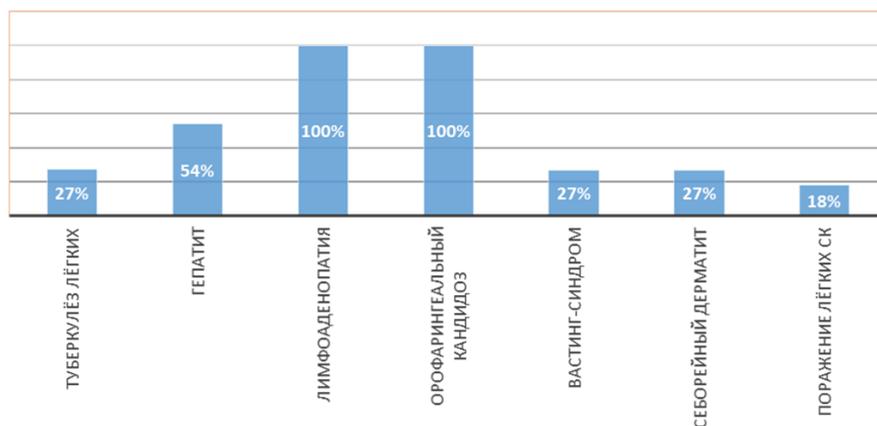


Рисунок 1 — Сопутствующие заболевания у пациентов с ВИЧ-ассоциированной СК

В период проявления первых клинических признаков СК, в анализах крови наблюдалось уменьшение количества CD4-клеток (206 ± 50 клеток/мкл) и увеличение вирусной нагрузки с максимальным значением 800 тыс. копий РНК/мл.

Всем пациентам с момента выявления СК была назначена антиретровирусная терапия. Назначались следующие схемы: AZT + ЗТС + NVP; TDF + FTC + EFV, TDF + FTC + LPV/r, ABC + ЗТС + LPV/r. Вирусологическая эффективность была только 5 (45 %) пациентов. Полное исчезновение клинических проявлений СК на фоне лечения наблюдалось у 2 (18 %) пациентов. Умерло 4 (36 %) человека в промежутке времени от 3-х месяцев до 4,5 лет от момента выявления СК (медиана времени от момента выявления СК до летального исхода 3 месяца [3–28]).

Выводы

Саркома Капоши диагностируется в большинстве случаев на продвинутых стадиях (у большинства диссеминированная форма), с уровнем CD4-лимфоцитов менее 200 и вирусной нагрузкой более 500 копий/мл, что связано, как правило, с поздним обращением к врачу или отсутствием регулярного диспансерного наблюдения.

Наиболее эффективной профилактикой и лечением кожным форм, состоящих из нескольких элементов, является применение антиретровирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартлетт, Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции – 2009-2010 / Д. Бартлетт, Д. Галлант, П. Фам. — М.: Р. Валент, 2010. — С. 449–451.
2. Вирус иммунодефицита человека — медицина: рук-во для врачей / под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой. — 2-е изд. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. — С. 287–292.
3. Кравченко, А. В. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных больных / А. В. Кравченко // Медицинская кафедра. — 2004. — № 2. — С. 18–33.