УДК 616.34:[616.98:578.828HIV]

Рудько С.С.
студент
5 курс, лечебный факультет
Гомельский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гомель
Любченко М.И.
студент
5 курс, лечебный факультет
Гомельский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гомель
Гуща А.В.
студент
5 курс, лечебный факультет
Гомельский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гомель

ЗАВИСИМОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ У ВИЧ-ИНФЕЦИРОВАННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ CD4-КЛЕТОК

Аннотация: *В статье проводится оценка частоты возникновения различных форм поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при ВИЧ-инфекции в зависимости от уровня CD4-клеток в крови. Материалами исследования явились данные фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) 112 пациентов с ВИЧ-инфекцией, проведенной на базе УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» за 2017-2018 гг, а также информация о количестве CD4-лимфоцитов в крови на момент обследования пациентов.*

Ключевые слова: *фиброгастродуоденоскопия, поражение ЖКТ, ВИЧ-инфекция, иммунодефицит, диагностика, кандидоз, гастропатия.*

Annotation: *The article assesses the incidence of various forms of damage to the gastrointestinal tract (GIT) in HIV infection, depending on the level of CD4 cells in the blood. The research materials were data of fibrogastroduodenoscopy (HDF) of 112 patients with HIV infection, conducted on the basis of the Gomel Regional Infectious Clinical Hospital for 2017-2018 and information about the number of CD4 lymphocytes in the blood at the time of the examination of the patients.*

Key words: *fibrogastroduodenoscopy, gastrointestinal tract lesions, HIV infection, immunodeficiency, diagnosis, candidiasis, gastropathy.*

Развитие патогенной микрофлоры в пищеварительном тракте часто приводит к снижению эффективности общепринятых методов терапии ВИЧ-инфекции вследствие общего снижения сенсибилизации к определенным лекарственным препаратам терапии.

Поражение пищеварительной системы может быть вызвано как прямым воздействием вируса и оппортунистическими инфекциями, так и в результате антиретровирусной терапии, лечения антибиотиками, противогрибковыми препаратами, а также опухолями ЖКТ *[1, с.15]*.

Был проведен анализ 112 протоколов ФГДС и карт диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов с выявленным поражением ЖКТ за период 2017-2018гг. Структура пациентов по полу и возрасту приведена в таблице 1.

Таблица 1.

Половая и возрастная структура исследуемых пациентов

Год	Женщины, средний возраст	Мужчины, средний возраст	Всего пациентов, средний возраст
2017	25 человек (39%) ср.возраст – 39,8±9,1 года	39 человек (61%) ср.возраст – 42,7±7 лет	64 человека (57,1%) ср.возраст – 41,6±8,4 года
2018	11 человек (23%)	37 человек (77%)	48 человек (42,9%)

	ср.возраст – 42 ± 7 лет	ср.возраст– 41,9±7,4 года	ср.возраст – 41,9±7,2 года
Всего	36 человека (32,1%) ср.возраст – 40,5±8,5 лет	76 человек (67,9%) ср.возраст – 42,3±7,6 лет	112 человек (100%) ср.возраст – 41,7±7,6 лет

В 2017-м году процент мужчин среди выявленных пациентов составлял 61%; в 2018-м году этот показатель вырос до 77%. Общее количество пациентов мужчин более чем в 2 раза превышало количество женщин, что соответствует цифрам удельного веса мужчин и женщин из общего числа ВИЧ-инфицированных за те же годы, предоставленные отделом профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» *[2, с.34]*.

Ключевым методом диагностики состояния здоровья пациента с ВИЧ-инфекцией является мониторинг количества CD4-лимфоцитов. В норме это число составляет от 500 до 1600 клеток на микролитр крови *[3, с.21]*. В зависимости от уровня снижения их численности в практической медицине принято делить всех ВИЧ-положительных пациентов на 4 группы. Кроме наблюдения за состоянием иммунной системы и прогнозирования дальнейшего развития инфекции эта градация помогает принять решение о назначении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) *[4, с.56]*.

Все пациенты по уровню СД4 клеток на момент исследования были разделены на группы: 1) Количество CD4 >500/мкл; 2) 200-300/мкл; 3) 200-350/мкл; 4) <200/мкл.

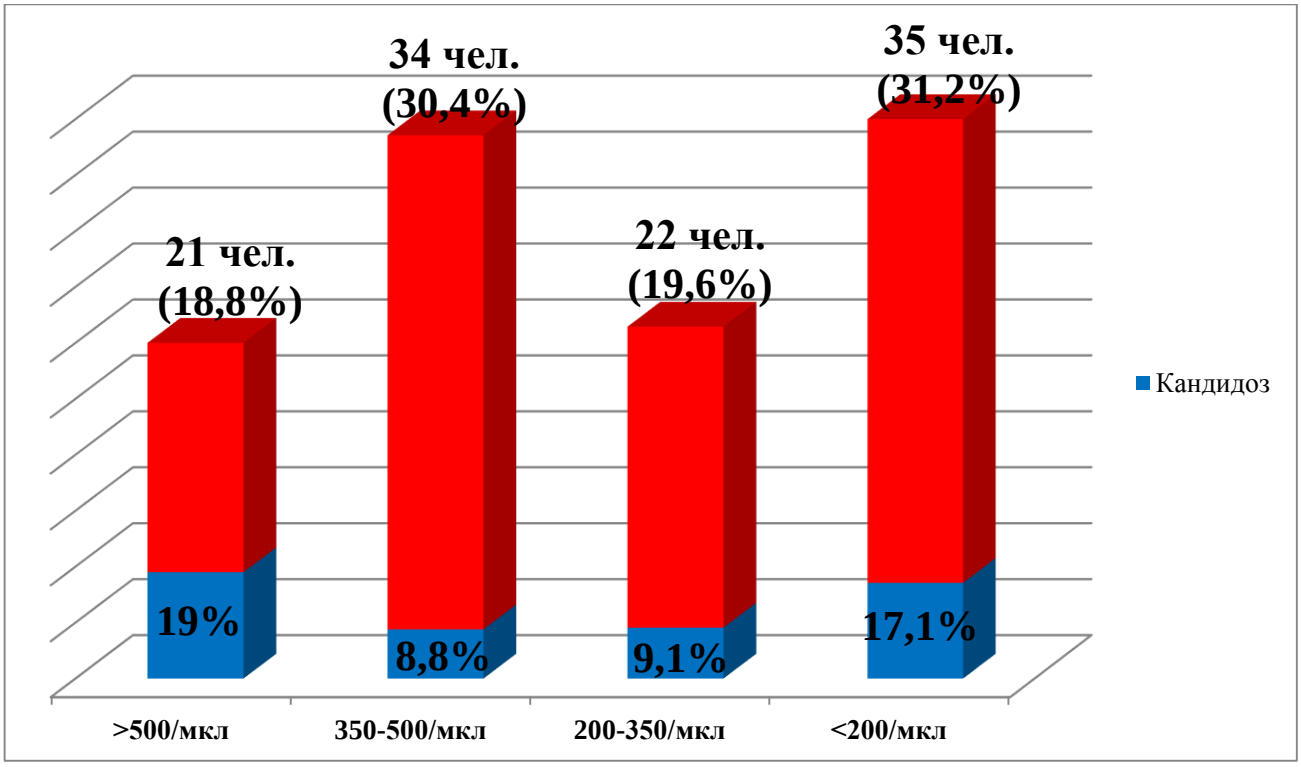

Рисунок 1. Структура пациентов по количеству CD4-лимфоцитов на момент обследования и доля кандидозных поражений ЖКТ в каждой группе

Согласно проанализированным данным самый большой процент поражения ЖКТ грибами Candida – 19% (4 из 21) наблюдается в группе пациентов с уровнем CD4>500. Второе место по частоте выявлено при CD4<200 – 17,1% (5 из 35). Такое распределение может быть обусловлено сопутствующими патологиями, а также довольно часто кандидоз органов пищеварения протекает в виде инфекций смешанного происхождения. Так, у одного пациента с уровнем CD4-клеток более 500 отмечается ВРВП II степени, у другого пациента – гастро-дуоденальная язва, у третьего – хронический эрозивный гастрит.

У пациентов с количеством CD4-лимфоцитов >500 преобладающими вариантами патологии ЖКТ являются: хронический смешанный гастрит – 7 случаев из 21 (33,3%); гиперемическая гастропатия – у 6 пациентов (28,6%).

При уровне исследуемых клеток 350-500 наблюдается следующая картина: 11 (32,4%) пациентов с хроническим смешанным гастритом, 6 (17,7%) – с

гиперемической гастропатией. Кроме того, у пациентов данной группы наблюдалось самое большое число ДГР – 5 случаев (14,7%).

У пациентов с уровнем СД4 клеток от 200 до 350 преимущественно отмечается хронический смешанный гастрит – у 8 пациентов из 22 (36,4%), гиперемическая гастропатия – 6 случаев (27,3%), также у 4 (18,2%) людей замечено ВРВП.

Самой многочисленной группой является последняя категория пациентов с уровнем CD4 <200 – они составляют 31,3% от всех исследуемых. Преобладающими его формами являются хронический смешанный гастрит и гиперемическая гастропатия – по 11 случаев у 35 пациентов, вместе составляя 62,9% всех форм патологии. Также у 5 пациентов выявлены грыжи ПОД – 14,3%.

Выводы: таким образом, самыми частыми формами поражения ЖКТ при ВИЧ-инфекции являются: хронический смешанный гастрит (32,4%), гиперемическая гастропатия (28,6%), при количестве СД4 клеток 350-500 на мкл крови на третье место по выявлению вышел ДГР (6,3%), у пациентов с уровнем клеток 350-200 – ВРВП (18,2%), а при числе <200 – грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (14,3%). Высокий процент кандидоза ЖКТ при уровне СД4 клеток более 500 клеток обусловлено наличием сопутствующих патологий пищеварительного тракта у данных пациентов. Учитывая все вышесказанное, необходимо тщательнее проводить диспансеризацию пациентов с ВИЧ-инфекцией и своевременно выявлять нарушения со стороны ЖКТ для дальнейшей коррекции лечебных мероприятий.

Использованные источники:

1. Покровский, В.В. Учебное пособие ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, В.В. Беляева, О.Г. Юрин; под общ. ред. В.В. Покровского. — М.: ГЭОТАР- Медиа, 2000. — 496 с.
2. Змушко, Е.И. ВИЧ-инфекция: руководство для врачей / Е.И. Змушко, Е.С. Белозеров – СПб.: издательство «Питер», 2000. – 320 с.

3. Гранитов, В.М. ВИЧ-инфекция: СПИД, СПИД-ассоциированные инфекции и инвазии / В.М. Гранитов. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: издательство НГМА, 2003. —124 с.
4. Жигалова, С. Б. Варикозное расширение вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией / С.Б. Жигалова, А.Б. Мелкумов, В.Г. Манкукьян. // Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15. – №3. –84 с.