

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бураковский В.И., Бокерия А.А. Сердечно-сосудистая хирургия. Руководство, 1989. – 752 с.
- 2 Клемент А.А., Введенский А.Н. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей. – М.: Медицина, 1976. – 294 с.
- 3 Покровский А.В. Клиническая ангиология. – М.: Медицина, 1976. – 367 с.
- 4 Abramson D.I. Circulatory Disease of the Limbs: A Primer. Grune and Stratton, 1978, – S. 367
- 5 Ehringer H., Fischer H., Netzer C.O., Schmutzer R., Zeitler E. Venose Abflußstörungen. Enke. 1979, – S. 555.
- 6 Kappert A. Lehrbuch und Atlas der Angiologie. Hans Huber. 1989. – S.455

ТҰЖЫРЫМ

**С.Е. ЕРЕНГАЛИЕВ, М.С. ТАСТЕМБЕКОВ,
Д.Б. ГЕБЕЛЬ**

Компьютерлік диагностикалаудың медицина орталықтары Алматы қ.

АЯҚ ФЛЕБОТРОМБОЗЫ

Жұмыс аяқ флеботромбозының клиникасы, диагностика және емдеудің өзекті сұрақтарына арналған. Практикада пайдалану үшін аяқ флеботромбозын дистальды және проксимальды формаларға бөлу алғаш ұсынылады. Флеботромбоздың ұсынылған формаларына тәуелді аяқ флеботромбозы клиникасы, диагностикалау және дифференциальды диагностикалау толық мазмұндалған.

9-жылдық кезең ішінде жүгінген созылмалы тамыр жеткіліксіздігі бар 194 науқастың ауру тарихын талдау

көрсеткендей, анамнезінде флеботромбоздың дистальды формасы болған науқастар жағдайлардың 75%-да амбулаторлы емделген, ал олардың 15% тіпті басқа диагнозбен емделген. Аяқ флеботромбозы бар науқастарды амбулаторлық және стационарлы жағдайларда жеке емдеудің бірыңғайланған сұлбалары алғаш рет ұсынылып отыр бұл аяқ флеботромбозы бар науқастарды емдеу нәтижелерін жақсартуға сөзсіз мүмкіндік береді.

S U M M A R Y

**S.Ye. YERENGALIYEV, M.S. TASTEMBEKOV,
D.B. GEBEL**

Medical centers of computer-assisted diagnosis, Almaty c.
LOWER EXTREMITY PHLEBOTHROMBOSIS

The work is devoted to topical issues of the clinical picture, diagnosis and treatment of lower extremity phlebothrombosis. Subdividing lower extremity phlebothrombosis into distal and proximal forms suggested for the first time to use in practice. Clinical picture, diagnosis and differential diagnosis of lower extremity phlebothrombosis depending on the suggested forms of phlebothrombosis are detailed.

The analysis of 194 case histories of patients with chronic venous insufficiency, applied during a 9-year period, showed that patients who have a history of distal form of phlebothrombosis were outpatients in 75% of cases and 15% of them were treated even with a different diagnosis. Unified schemes of treatment protocols for patients with lower extremity phlebothrombosis in the outpatient and inpatient settings separately are suggested for the first time; that undoubtedly will improve the results of treatment of patients with lower extremity phlebothrombosis.

ИНФЕКЦИИ

УДК 612.017.1:616

С.Т. ДОСКОЖАЕВА

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

**РАЗВИТИЕ ИНФЕКЦИЙ НА ФОНЕ ИММУНОДЕФИЦИТА,
ОБУСЛОВЛЕННОГО ВИЧ**

Представлен спектр оппортунистических инфекций и вторичных заболеваний у больных с ВИЧ-инфекцией. Показаны причины их развития с учетом степени прогрессирования ВИЧ-инфекции, наличия антиретровирусной терапии и основные проблемы, с которыми сталкиваются врачи при диагностике и лечении этих состояний.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, вторичные заболевания, оппортунистические инфекции, антиретровирусная терапия

В проблеме лечения ВИЧ-инфекции можно выделить несколько направлений, без решения которых оно не будет полноценным и качественным. Одним из таких важнейших направлений является назначение антиретровирусной терапии, которая не только продлевает жизнь, но и улучшает ее качество, другим – борьба с вторичными заболеваниями.

До широкого внедрения в практику комбинированной антиретровирусной терапии (АРТ) оппортунистические инфекции (ОИ) и вторичные заболевания (ВЗ) были основными причинами заболеваемости и смертности больных с ВИЧ-инфекцией; продолжительность больных в стадии СПИДа определялась развитием вторичных инфекций на фоне прогрессирующей иммуносупрессии.

В начале 1990-х использование химиопрофилактики, иммунизации и других стратегий по контролю

за оппортунистическими инфекциями внесло определенный вклад в качество и продолжительность жизни больных с ВИЧ-инфекцией. Внедрение и широкое распространение АРТ в середине 90-х оказали более значительное влияние на уменьшение частоты и смертности от ОИ.

Несмотря на доступность АРТ, ОИ продолжают оставаться проблемой по трем причинам: 1) многие пациенты, не зная о ВИЧ-инфекции, обращаются за медицинской помощью поздно, когда ОИ уже становятся индикатором болезни; 2) определенные пациенты знают о своей ВИЧ-инфекции, но отказываются от АРТ из-за психосоциологических факторов; 3) некоторые пациенты не имеют приверженности к терапии.

Таким образом, оппортунистические инфекции остаются лидирующей причиной заболеваемости и смертности среди больных с ВИЧ-инфекцией.

Острота проблемы медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией в Казахстане обусловлена тем, что большинство пациентов инфицировалось ВИЧ в 1997-2001 гг. Широкое внедрение АРТ в Казахстане началось с 2005 года. В настоящее время мы находимся на пороге появления значительного числа больных с ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа, страдающих тяжелыми вторичными заболеваниями.

Врачи должны знать стратегию профилактики и диагностики вторичных заболеваний и ОИ. ВИЧ-инфекция приводит к иммуносупрессии, вследствие которой происходит активация и(или) заражение ОИ. Установлено, что многие ОИ и ВИЧ-инфекция взаимообразно активируют друг друга. Это приводит к увеличению вирусной нагрузки ВИЧ, прогрессированию и распространению ВИЧ-инфекции.

С целью диагностики вторичных заболеваний у больных с ВИЧ-инфекцией используются: эпидемиологические данные, клинические данные, результаты лабораторных исследований, данные инструментальных методов исследования.

II-IV клинические стадии (табл. 1) характеризуются развитием на фоне нарушенного иммунитета бактериальных, вирусных, грибковых, протозойных инфекций и/или опухолевых процессов.

В III клинической стадии могут присутствовать вторичные заболевания и инфекции без генерализации. Проявляется тенденция к анемии, тромбоцитопении и лейкопении, главным образом, обусловленной лимфопенией и, в меньшей степени, нейтропенией. IV клиническая стадия соответствует стадии развернутого СПИДа. Как правило, она развивается при длительности инфекционного процесса более 5 лет. Нарастающая несостоятельность иммунной системы приводит к развитию тяжелых оппортунистических инфекций, вызванных условно-патогенной флорой, и злокачественных новообразований, имеющих генерализованное, распространенное течение.

Диагностика вторичных заболеваний на разных стадиях ВИЧ-инфекции нередко затруднена, и это должны иметь в виду врачи при наблюдении и лечении подобных пациентов. Это может быть связано с нечетко выраженной симптоматикой, атипичным течением, частым наличием одновременно нескольких заболеваний, генерализованным течением, низкой информативностью некоторых видов исследований.

Клиницистам, занимающимся лечением больных, часто приходится решать вопросы: 1) когда начинать АРТ у наивных больных с развившейся острой ОИ; 2) как корректировать АРТ у больного, получающего лечение, при развитии ОИ.

Таблица 1 – Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (ВОЗ, 2010 г.)

Клинические стадии	Заболевания и состояния
Острая ВИЧ-инфекция	• Острая лихорадочная фаза (острый ретровирусный синдром)
Клиническая стадия I	• Бессимптомное течение • Персистирующая генерализованная лимфоаденопатия
Клиническая стадия II	• Себорейный дерматит • Ангулярный хейлит • Рецидивирующие язвы слизистой рта (два или более раз за последние 6 месяцев) • Опоясывающий лишай (обширные высыпания в пределах одного дерматома) • Рецидивирующие инфекции дыхательных путей (два или более случаев синусита, среднего отита, бронхита, фарингита или трахеита за любые 6 месяцев) • Онихомикозы • Потеря массы тела менее 10% от исходного
Клиническая стадия III	• Необъяснимая потеря веса (более 10% в течение 6 мес.) • Лихорадка неясной этиологии более 1 месяца • Необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца • Туберкулез легких • Туберкулез периферических лимфатических узлов • Волосатая лейкоплакия полости рта • Рецидивирующий кандидозный стоматит (два или более раз за 6 месяцев) • Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, эмпиема плевры, пиомиозит, инфекции костей и суставов, менингит, сепсис) • Острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит
Клиническая стадия IV	• Синдром кахексии, обусловленный ВИЧ-инфекцией • Внегочный туберкулез (кроме периферических лимфоузлов) • Пневмоцистная пневмония • Рецидивирующая тяжелая или подтвержденная рентгенологически бактериальная пневмония (два или более раз в течение года) • Цитомегаловирусный ретинит ($\pm$ колит) • Герпес, вызванный ВПГ (рецидивирующий или персистирующий не менее 1 месяца) • Энцефалопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией • Кардиомиопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией • Нефропатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией • Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия • Саркома Капоши и другие обусловленные ВИЧ-инфекцией новообразования • Церебральный токсоплазмоз • Локализованная и генерализованная формы кандидоза (кандидозный эзофагит, бронхит, пневмония, кокцидиоидомикоз, гистоплазмоз) • Криптоспоририоз • Криптококковый менингит • Диссеминированные инфекции, вызванные атипичными микобактериями

Когда острая ОИ развивается у больного, начало АРТ обусловлено необходимостью поднять иммунитет с целью ее лечения и уменьшения симптомов, особенно при развитии заболеваний, при которых отсутствуют эффективные методы лечения, таких как криптоспоридиоз, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, саркома Капоши.

Известно, что своевременно назначенная АРТ является профилактикой ОИ и ВЗ. При начале АРТ на фоне тяжелых ОИ приходится сталкиваться со следующими проблемами: приемом таблеток, когда больной не может глотать; развитием резистентных штаммов при нарушениях режима приема препаратов; токсичность АРТ, которую приходится дифференцировать симптомами ОИ и ВЗ; лекарственными взаимодействиями; сложностью коррекции доз антиретровирусных препаратов, если у больного развивается почечная или печеночная дисфункция на фоне ОИ или ВЗ; развитием синдрома реконституции, который сложно дифференцировать с другими клиническими состояниями. Поэтому среди специалистов не достигнут консенсус, когда лучше начинать АРТ при недавно диагностированной ОИ. Рандомизированные клинические исследования продемонстрировали успех при раннем назначении, в течение первых 2-х недель после начала лечения ОИ.

При разработке тактики лечения ОИ у пациентов, уже получающих АРТ, можно выделить три группы. В первую группу входят больные, у которых ОИ развилась рано, в течение 12 недель после начала АРТ вследствие прогрессирующей иммунодепрессии. Эти случаи в соответствии с рекомендациями не предусматривают отказ от АРТ, многие из них являются проявлениями синдрома реконституции.

Во вторую группу входят больные с ОИ, развившейся после 12-й недели от начала АРТ. Это пациенты с низкой вирусной нагрузкой и количеством CD4-лимфоцитов, превышающим 200 кл/мкл. В этих случаях также сложно дифференцировать с синдромом реконституции. Третью группу представляют больные, не успешные по лечению (вирусологические и иммунологические «неответчики»).

В первых двух случаях следует начать лечение ОИ и продолжать АРТ. Если иммунологический ответ низкий, можно рассмотреть вопрос изменения схемы, но это не всегда эффективно. Если ОИ развивается при вирусологической неэффективности АРТ, следует начать лечение ОИ и провести обследование на резистентность с последующим изменением схемы АРТ.

Инфекции нижних отделов респираторного тракта – одни из самых распространенных рецидивирующих инфекций у больных, обычно угрожающие жизни пациента. Среди причин, вызывающих поражение бронхолегочной системы, следует отметить туберкулез, пневмоцистную пневмонию, бактериальные и другие инфекции.

Согласно современным данным поражение нервной системы является частой причиной серьезной заболеваемости среди больных с ВИЧ-инфекцией. Неврологические заболевания могут быть как первичными, вызванными с самим ВИЧ, так и вторичными, обусловленными оппортунистическими инфекциями. Клиническая манифестация поражений нервной системы у больных с ВИЧ-инфекцией наблюдается в 40-70%. Неврологическая симптоматика может быть и первым клиническим проявлением болезни.

Проникновение ВИЧ в нервную систему приводит к энцефалопатии, миелопатии и периферической нейропатии. При ВИЧ-инфекции описано множество неврологических синдромов, в том числе: атрофия и дегенерация вещества головного мозга; СПИД-дементный синдром; атрофия мозжечка; вакуолярная миелопатия; паралич

лицевого нерва; синдром Гийена – Барре; сенсорная и моторная периферическая нейропатия с болевым синдромом. Поражения ЦНС могут вызывать также многие бактериальные (туберкулез, МАК-инфекция), вирусные (герпесвирусные инфекции) и грибковые (кандидиоз, криптококкоз) ОИ.

Инфекции желудочно-кишечного тракта у больных с ВИЧ-инфекцией могут быть вызваны следующими факторами:

- ВИЧ (непосредственное воздействие вируса на желудочно-кишечный тракт);
- оппортунистические инфекции и вторичные заболевания (бактерии, грибы, вирусы, простейшие, паразиты);
- опухоли (саркома Капоши, лимфома, лейкоплакия).

Спектр вторичных заболеваний, в том числе оппортунистических инфекций, изучен довольно хорошо, так же как и возбудители, наиболее часто вызывающие эти заболевания у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Ведущими вторичными заболеваниями и оппортунистическими инфекциями у больных с ВИЧ-инфекцией в Казахстане являются:

- туберкулез – 45-54% (причина смерти 45-50%);
- герпетические инфекции – 13-17%;
- пневмонии – 37%;
- кандидоз – 20%;
- сепсис – 14%;
- опухоли – 12%.

В Европейском регионе ВОЗ самыми распространенными являются следующие ОИ: туберкулез, бактериальные инфекции, пневмоцистная пневмония, герпетические инфекции, кандидозный эзофагит, криптококковый менингит, токсоплазмоз. Реже встречаются: инфекция, вызванная комплексом *Micobacterium avium-intracellulare* (МАК), саркома Капоши, неходжкинская лимфома.

Таким образом, основными проблемами, с которыми сталкивается врач при лечении вторичных заболеваний, являются:

- позднее обращение, поздняя диагностика и позднее начало лечения;
- сочетание антиретровирусной терапии и специфической терапии вторичных заболеваний;
- медленное восстановление параметров иммунитета и, соответственно, медленное клиническое улучшение (или его отсутствие);
- необходимость поддерживающей терапии ОИ из-за угрозы рецидивов.

Выводы

Стадия вторичных заболеваний больных с ВИЧ-инфекцией требует расширенной и углубленной диагностики с использованием современных вирусологических, иммунологических, инструментальных методов, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии. Нередко возникают сложности в диагностике туберкулеза, генерализованной цитомегаловирусной инфекции, лимфопролиферативных заболеваний. Это связано с тем, что, как правило, у больных, особенно в III и IV клинических стадиях, имеют место различные поражения и развитие нескольких маркерных инфекций и(или) вторичных заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ВИЧ-медицина. Руководство для врачей под редакцией Н.А. Белякова и А.Г. Рахмановой. – СПб, 2012. – 588 с.
- 2 Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Утверждено решением Экс-

пертного Совета при МЗ РК №21 от 15.11.2010. Астана, 2010. – 214 с.

3 Кристиан Хоффман, Юрген К. Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции. – Москва, 2012. – С. 356-470

ТҰЖЫРЫМ

С.Т. ДОСҚОЖАЕВА

Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты

АИВ СЕБЕП БОЛҒАН ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ ИММУН-ДЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІК ЖАҒДАЙЫНДА ДАМУЫ

АИВ-инфекциясы бар науқастарда екіншілік аурулардың кезеңі заманауи вирусологиялық, иммундық, инструменталдық әдістерді, соның ішінде компьютердік томографияны, магнитті – резонанстық томографияны қолдану арқылы кең және терең диагностиканы талап етеді. Туберкулезді, шайылған цитомегаловирустық инфекциясын, лимфопролиферативтік ауруларды диагностикалауда жиі қиындықтар кездеседі. Әсіресе III және IV клиникалық

кезеңдердегі науқастарда әдетте түрлі зақымданулар және бірнеше маркерлік инфекциялар және (немесе) екіншілік аурулар орын алуымен байланысты.

SUMMARY

S.T. DOSKOZHAYEVA

Almaty state institute of improvement of doctors

DEVELOPMENT OF INFECTIONS ON THE BACKGROUND OF AN IMMUNODEFICIENCY CAUSED BY HIV

The stage of secondary diseases of patients with HIV infection requires expanded and profound diagnostics with the use of the modern virologic, immunologic, instrumental methods, including computer tomography, magnetic resonance tomography. Quite often there are difficulties in diagnostics of tuberculosis, generalized human cytomegalovirus, lymphoproliferative diseases. It is bound to, as a rule, patients, especially in III IV clinical stages various defeats and development of several marker infections and (or) secondary diseases take place.

УДК 616.178.192-002-055.25-07

М.С. БАСПАЕВА

Медицинский центр «Асар», г. Ақтобе

ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕВОЧЕК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

За последние годы происходит стремительный рост больных половыми инфекциями. Количество инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), на сегодняшний день насчитывает более 30 заболеваний различной этиологии. Причиной развития этих заболеваний могут служить бактерии (сифилис, гонорея), вирусы (герпес, СПИД, остроконечные кондиломы), простейшие (трихомониаз), грибы (кандидоз).

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, девочки, клинические признаки и симптомы, диагностика, рекомендации.

Воспалительные заболевания являются наиболее частой патологией половых органов в детском возрасте. ВЗОМТ составляют от 1 до 5% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей и по частоте занимают третье место после острого аппендицита и кишечной непроходимости. Существует несколько возрастных пиков заболеваемости ВЗОМТ: в 3–5, 11–13 и 18–20 лет. Первые два совпадают с возрастными максимумами заболевания аппендицитом, последний – с массовым дебютом половой жизни у девушек. В связи с частым сочетанием воспаления аппендикса и придатков матки выделяют первичный и вторичный сальпингит в рамках аппендикулярно-генитального синдрома [1, 2].

Как правило, ВЗОМТ характеризуются полимикробной этиологией. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (кроме лакто- и бифидобактерий), могут участвовать в воспалительном процессе. Однако ведущая роль принадлежит наиболее вирулентным микроорганизмам: представителям семейства Enterobacteriaceae (прежде всего кишечной палочке) и стафилококку [3].

Большое значение в последние годы специалисты придают «оппортунистической инфекции», вызванной микроорганизмами преимущественно апатогенными или со слабо выраженной патогенностью, которые способны проявлять свои патогенные свойства в основном на фоне нарушения механизмов противоинфекционной защиты организма [4]. Развитию оппортунистических инфекций способствует нерациональное применение антибиотиков широкого спектра действия и гормональных препаратов,

оперативные вмешательства, различные инвазивные медицинские процедуры, нарушение целостности тканей и местного иммунитета влагалища в результате первичной инфекции и др. [5]

Клинические признаки и симптомы

Для сальпингита характерны следующие клинические проявления:

- боли внизу живота с одной или двух сторон;
- бели;
- возможны нарушения менструального цикла (как по типу олигоменореи, так и полименореи и дисменореи).

Клинические проявления острого сальпингита включают:

- резкое нарастание интенсивности болей;
- повышение температуры тела;
- лейкоцитоз;
- повышение СОЭ;
- метеоризм, симптомы раздражения брюшины (непостоянно).

При эндометрите девочку могут беспокоить выделения из половых путей, обильные менструации, переходящие в кровотечения, подъем температуры тела.

Диагноз и рекомендуемые клинические исследования

Диагностический минимум при подозрении на воспалительные заболевания органов малого таза:

- подробная термометрия (измерение температуры тела каждые 3 ч), клинический анализ крови;
- определения уровня С реактивного белка в сыворотке крови;
- оценка иммунного статуса;