

62,400 руб

ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ



№6 2015

7

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

1. САЙДАЛИЕВ С.С., АТАБЕКОВ Н.С. О ПРОВОДИМЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.	6-10
2. АТАБЕКОВ Н.С., АТАХАЖИЕВ М.С. ОИВ ИНФЕКЦИЙ ЛАНГАН БОЛАЛАРИНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.	10-13
3. АХМЕДЖАНОВА З.И., ДАНИЛОВА Е.А., УРУНОВА Д.М., ИСАЕВА Г.Н., ИШМАКОВА Р.Р. НАРУШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	13-17
4. АШУРОВА В.И. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И ЖЕНЩИН ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	17-19
5. БАЙЖАНОВ А.К. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.	20-23
6. БАЙЖАНОВ А.К., КАСИМОВА Р.И., УТУГЕНОВА С.К. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТОРЧ-ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.	23-27
7. ГИЯСОВА Г.М., УРУНОВА Д.М., АХМЕДЖАНОВА З.И. АНАЛИЗ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ.	27-33
8. ДАМИНОВ Т.А., РАХМАТУЛЛАЕВА Ш.Б. АНЕМИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.	33-37
9. ЗАЛЯЛИЕВА М.В., АСКАРОВА Л.И., МИРАХМЕДОВА Н.Н., САФИУЛЛИН А.И., МЕРКУШИНА Т.А., ИСАЕВА Г.Н. ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ А, М, G, E И ЦИК ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ВИЧ-1 ИНФЕКЦИИ.	37-42
10. ЗУБАЙДУЛЛАЕВА М.Т., ШАМСИЕВА У.А., ДАМИНОВА Н.К., КУРБАНОВ Б.Ж., АБДУРАХИМОВА З.К. ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	42-46
11. ИНОЯТОВА Ф.И., НУРИТДИНОВА Л.О., ХУДАЙКУЛОВА Г.К. ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ И ВГС У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ.	46-51
12. КАРИМОВА М.Т., НАБИЕВА Ш.А., ЗУБАЙДУЛЛАЕВА М.Т., АБДУРАХИМОВА З.К., АТАХОДЖИЕВА Х.А., КУРБАНОВ Б.Ж. ОИВ-ИНФЕКЦИИ БЕМОРЛАРДА БАКТЕРИАЛ ОПОРТУНИСТИК КАСАЛИКЛАРИНИНГ КЕЧИШИ.	51-54
13. КУЗИН С.Н., КУДРЯВЦЕВА Е.Н. ОБ ЭВОЛЮЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО СПИД В МАСШТАБАХ ОДНОГО СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.	54-57
14. КУРБАНАЕВА С., РАХИМБАЕВА Г.С., АТАБЕКОВ Н.С., КАЛАНДАРОВА С.Х. РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.	58-60
15. КУРБАНОВ Б.Ж. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УРБАНИСТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА.	60-63
16. МАМАТКУЛОВ И.Х., МУСТАФАЕВА Д.А., АТАБЕКОВ Н.С., БЕРДИЕВА З.И., БЕКТИМЕРОВА А.М.-Т., МАДАМИНОВ М.С., МАМАТКУЛОВ А.И. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА ИММУН-5 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ.	63-68
17. МИРЗАКАРИМОВА Д.Б., ЮЛДАШЕВ Т.А., МУЛЛАДЖАНОВА К.А., ХОДЖИМАТОВ Г.М., УСАРОВА С.А., ИНАМОВА Т.Т. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИЧ АССОЦИИРОВАННОГО САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДРУГИХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.	68-71

18. МУСТАФАЕВА Д.А., АТАБЕКОВ С.Н., РАДЖАБОВ Г.Х., ЗАГРОБЯН Л.С., АХМЕДОВ К. БАРБЕРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АРТ В УЗБЕКИСТАНЕ.	71-75
19. МУСТАФАЕВА Д.А., АТАБЕКОВ Н.С., МУСАБАЕВ Э.И., ЮЛДАШЕВ К.Х. КРИПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.	76-82
20. ПУЛАТОВ Д.А., ИСРОИЛОВА Ф.А., АБДИГАНИЕВА С.Р., ХАКИМОВА Г.Ж., УМАРОВА М.Х., РАХМАТОВА Д.Л. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЛИМФОМ.	82-92
21. РАЖАБОВ Г.Х. О СОВРЕМЕННОЙ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ.	92-97
22. РАЖАБОВ Г.Х., САЙДАЛИЕВ С.С., БАЙЖАНОВ А.К., КАРАБАЕВА Д.Ш., АБСАТТАРОВА В.К., УМАРОВ Ж.Ж., МАТКАРИМОВ Б.Д. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ.	98-101
23. САЙДАЛИЕВА М., ХИДИРОВА М.Б., АЛИЕВ Б.Р. АНАЛИЗ КЛЕТОЧНЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ ОСНОВ ПАТОГЕНЕЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	102-105
24. УМИРОВ С.Э., САФАЕВА К.С., СУЛТАНОВА С.Г., ХАЛДАРОВА Х.М., МАХАМАТОВ А.А., ИРИСКУЛОВ Б.У., УРУНОВА Д.М., ХЕГАЙ Л.Н. ПРИНЦИПЫ ИММУНИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.	105-110
25. УМИРОВ С.Э., АТАБЕКОВ Н.С., ХАЛДАРОВА Х.М., МАХАМАТОВ А.А., РАЖАБОВ Г.Х., НОРМУРАТОВА Г.А., ИСАЕВА Г.Н. ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ.	110-115
26. УРУНОВА Д.М., ГИЯСОВА Г.М., ХУДАЙБЕРДИЕВ Я.К., АХМЕДЖАНОВА З.И., ЛАПТИНА Е.С. ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	115-123
27. ФАЙЗУЛЛАЕВА Д.Б. ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	124-127
28. ФАЙЗУЛЛАЕВА Д.Б. РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.	127-130
29. ХУДАЙКУЛОВА Г.К. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СД4 ЛИМФОЦИТОВ И ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ТЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПЕРИНАТАЛЬНО ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ.	130-135
30. ХУДАЙКУЛОВА Г.К., НУРИТДИНОВА Л.О. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПЕРИНАТАЛЬНО ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ.	136-141
31. ЮЛДАШЕВ К.Х., МУСАБЕКОВА М.Ш., РАЖАБОВ Г.Х., УМАРОВ Ж.Ж., ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН. ОБЗОРНЫЙ АНАЛИЗ.	141-149

ТЕЗИСЫ

1. АБДУМУТАЛОВА Э.С., НОРМУРАТОВА Г.А., КОДИРОВ Б.А., АКБАРОВ А.А. ФАРГОНА ВИЛОЯТИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ.	150
2. АБДУМУТАЛОВА Э.С. ЛЕЙКОЦИТЛАРИНИНГ ФАГОЦИТАР ФАОЛЛИГИНИ ИН-СОН ОРГАНИЗМИДАГИ АХАМИЯТИ.	151
3. АБСАТТАРОВА В.К., САНАДОВА Ж., КОЯНБАЕВА С. О ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.	151-152
4. АВАЗОВА Д.Б. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ.	152-153
5. АТАБЕКОВ Н.С., НАСЫРОВА Х.П., МУСТАФАЕВА Д.А., КАБИЛОВА Ш.Б. ОСОБЕННОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА ГЕПАТИТ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.	153-154
6. АТАБЕКОВ С.Н., НАСЫРОВА Х.П., МУСТАФАЕВА Д.А., КАБИЛОВА Ш.Б. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА АРР1 В СКРИНИНГЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.	154-155

neofortmans var. neofortmans, rarely C. neofortmans var. gatii. the likelihood of fungal infection is determined by the severity of immunodeficiency. In HIV-infected patients in the absence of antineoplastic treatment with a decrease in CD-4 lymphocytes of less than 200 cells / mm incidence of cryptococcosis is from 4 to 30% and significantly reduced in the appointment of an effective specific therapy.

УДК: 616.98:578.828.6:616-006.44-085

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЛИМФОМ

Пулатов Д.А., Исроилова Ф.А., Абдиганиева С.Р., Хакимова Г.Ж., Умаров М.Х., Рахматова Д.Л.

Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, лимфома.

Актуальность. Количество ВИЧ-инфицированных пациентов с каждым годом, как и во всем мире, растёт и в нашей стране. ВИЧ/СПИД перестал быть только инфекционной болезнью, с этой проблемой так же часто стали сталкиваться и онкологи. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) значительно повышает риск развития хронических лимфопролиферативных заболеваний, таких как НХЛ и ЛХ. В исследовании SIDA доля лимфом среди СПИД-обусловленных заболеваний выросла с <4% в 1994 г. до 16% в 1998 г. (Mocroft, 2000) EuroSIDA study. Lap-set 2000 [8]. Во Франции в 2000 г. лимфомы были причиной 11% смертей ВИЧ-инфицированных (Bonnet, 2002) [2].

Тесная связь между НХЛ и СПИДом известна уже давно, первые случаи были описаны через год после открытия СПИДа (Ziegler, 1982) [1]. С 1985 года НХЛ высокой степени злокачественности относится к критериям СПИДа. В соответствии с новой классификации опухолей лимфоидной ткани (ВОЗ, 2008) ВИЧ-ассоциированные лимфомы выделены в отдельную подгруппу «Лимфопролиферативные заболевания, ассоциированные с иммунодефицитом». Лимфомы обусловленные ВИЧ-инфекцией характеризуются агрессивным ростом, диагноз нередко ставится на поздней стадии заболевания, когда есть экстраанодальные очаги, характерны также плохой ответ на лечение, высокая частота рецидивов и, как правило, неблагоприятный прогноз (Levine, 2000) [6,7]. Неудовлетворительные результаты лечения пациентов с ВИЧ-ассоциированными лимфомами в большинстве случаев обусловлены с несвоевременным обращением к врачу, неоправданно длительными обследованиям в доонкологическом этапе и несоблюдение стандартов протокола лечения, со спидобоей, отказом от ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) и усугубление лечения наличие сопутствующих болезней.

Цель работы: оптимизация методов диагностики и протокола лечения лимфом у ВИЧ-ассоциированных больных.

Материалы и методы исследования: объектами исследования служили истории болезни 31 больных с верифицированным диагнозом ВИЧ- ассоциированные лимфомы, объём проведенных диагностических процедур, результаты лечения и исходы заболевания, определялись на основе ретроспективного анализа. Пациенты наблюдались и лечились в клинике РОНЦ с 2009-2014 годы. Всем пациентам выполнялись рентгенологическое исследование и УЗИ-диагностика, полный объем лабораторных исследований, включавший клинический и биохимический анализ крови, серологические исследования, проводилась ПЦР-диагностика и иммунологические тесты. Как основной диагностический метод исследования применялась биопсия лимфатических узлов, с последующей гистологической и иммуногисто-химической оценкой. К моменту постановки диагноза у 19 (61%) больных имеется поздняя стадия заболевания (III-IV стадия по Ann-Arборской классификации).

Результаты и обсуждения: согласно результатам проведенных нами исследований за последние 5 лет (с 2009-2014 гг) в клинике по данным лаборатории РОНЦ

зарегистрировано 96 случаев ВИЧ инфицированных больных. Из них у 31 больных выявлены ВИЧ ассоциированные лимфомы (32% от общего числа ВИЧ инфицированных). Число регистрируемых новых случаев больных с ВИЧ- ассоциированными лимфомами с каждым годом растёт, если в 2009 году выявлены 3-пациента, а на 2014 год зафиксировано 12 больных. Прирост заболеваемости за последние 5 лет составил (40%). Как видно из таб.1, из общего числа выявленных ВИЧ- ассоциированных лимфом на долю НХЛ приходится 26 больных (84%) и у 5-х пациентов (16%) лимфома Ходжкина обнаружена (ЛХ). НХЛ в 54% случаев представлены типом ДВКЛ (лиффузно В-крупноклеточные лимфомы), в 19% случаях виде фолликулярной лимфомы и 9% ЛБ. В 9 случаях (29%) ВИЧ ассоциированные лимфомы сопровождалась гепатитом В и С, у одного больного в сочетании с туберкулезом. Распределение больных по полу и возрасту было примерно одинаковым, из 31 больных мужчин было 16 (52%) и женщин 15 (48%). Среди больных, независимо от типа лимфом, преобладала возрастная категория от 31 года до 45 лет.

Таблица 1. Результаты лечения ВИЧ-ассоциированных лимфом.

Вид исследования	Виды лимфом	Схема терапии *ПХТ (4-6 циклов)	Количество CD4 клеток/мм ³	Результаты терапии			
				Полная ремиссия %	Стабильная %	5-я выживаемость %	
ретроспективный анализ историй болезни 31 больных ВИЧ-ассоциированных лимфом за периоды 2009-2014 гг	НХЛ (n=26)						
	1) ДВКЛ (n=17)	*R-CHOP (n=7)	>100	55	20	25	
		*CHOP (n=3)	>200	45	15		
		*CHOP (n=7)		43	15		
	- в сочетании гепатитом В/С (n=4)	CHOP					
	- в сочетании туберкулезом (n=1)	CHOP					
	2) Фолликулярная лимфома (n=6)	R-CHOP (n=1) CHOP (n=5) Лучевая терапия	>200	70	20	29	
	- в сочетании гепатитом В/С (n=3)	CHOP					
	3) ЛБ (n=3)	CHOP	100	5	5		
	Ходжкиская лимфома (n=5) - в сочетании гепатитом В/С (n=2)	*ABVD (n=3) *BEACOPP (n=2)	200	5	5	2	

*ПХТ-полихимиотерапия; *R-CHOP (ритуксимаб+циклофосфан+винкристин+преднизолон); *CHOP (циклофосфан+доксорубин+винкристин+этопозид+п

реднизолам); *СНОР(циклофосфан+доксорибуцин+винкристин+преднизолон); *ABVD(доксорибуцин+блеомин+винбластин+дакарбазин); *BEACOPP(блеомин+этопозид+доксорибуцин+циклофосфан+винкристин+прокарбазин+преднизолон).

Режим дозирования химиопрепаратов подбирается индивидуально, доза препарата рассчитывается на квадратный метр поверхности тела, которая определяется по номограмме, где суммируются показатели роста в см., масса тела в кг., поверхность тела, м².

В историях болезни часто, как основной симптом болезни указывалось у 19 больных (61%) несимметричное увеличение периферических лимфатических узлов. В большинстве случаев у 25 больных (81%) обнаружены В-симптомы – повышение температуры тела, ночные потоотделения, похудание, нарастающая слабость и быстрое ухудшение физического состояния. По данным наших исследований из наблюдаемых 31 больных хотя бы один экстраанальный очаг был обнаружен у 21 больного (68%).

При сборе анамнеза не во всех случаях уточнялось время пребывания пациентов в группе риска (беспорядочные частые незащищенные половые контакты, групповое употребление внутривенных наркотиков). Не указаны в динамике дата вирусной нагрузки в ПЦР по годам, начало ВААРТ. Не во всех случаях проведен осмотр глазного дна с целью исключения цитомегаловирусного ретинита.

Диагностика лимфом у ВИЧ-инфицированных больных вызывает большие трудности, которые связаны, как с поздним обращением пациента, так и с несоблюдением стандартов диагностики.

По результатам проведенных исследований 7 пациентам (22%) с НХЛ типа-ДВККЛ, в зависимости от количества CD4 клеток (от <100 до >200) и 3 пациентам в сочетании гепатита В и С проведены 4-6 курсов ПХТ в стандартном режиме соответственно по схеме СНОР, R-СНОР и СНОЕР. На таблице 1 приведены результаты терапии – полная ремиссия от 43 до 55% случаев соответственно.

Применение 4-6 курсов ПХТ в режиме СНОЕР 6-большим при фолликулярных типах лимфом позволили достичь полной ремиссии у 70% больных. Больные лимфомой Ходжкина получили курсы ПХТ по схеме АВВР и ВЕАСОР, в ходе лечения полная ремиссия достигнута у 75%. 3 пациентам с ЛБ также проведены 4-6 курсов ПХТ в стандартном режиме СНОР, полная ремиссия наблюдалась у 35%.

Эффективность стандартного режима СНОР и R-СНОР, АВВР и ВЕАСОР оказалась сопоставимой, частота полных ремиссий в группе больных получивших ПХТ по схеме R-СНОР была незначительно выше (43 и 55%). ВИЧ ассоциированные лимфомы типа (фолликулярный вариант НХЛ и ЛХ) имеют более благоприятное течение.

Прогностическое значение у ВИЧ-инфицированных пациентов имеет количество CD4-положительных лимфоцитов, пациенты с уровнем CD4 <100 клеток/мкл по данным многих авторов подвержены повышенному риску развития серьезных оппортунистических инфекций и летальному исходу. Результаты лечения зависят от наличия таких прогностических факторов как количество CD4 менее 100/мкл, возраст больного старше 40 лет, III-IV стадия заболевания, показателей иммунного статуса, общего состояния больного. При сочетании трех-четырех указанных факторов медиана выживаемости не превышала 1,5 года. У больных с наличием только одного фактора риска медиана выживаемости достигала более 2 лет.

До внедрения высокоактивных антиретровирусных препаратов у пациентов с ВИЧ-ассоциированными НХЛ часто развивались оппортунистические инфекции, которые на фоне угнетения кровотока усугубляли прогноз при высокодозной терапии. Назначение антиретровирусной терапии позволило проводить у пациентов стандартную высокодозную химиотерапию, что повышает эффективность лечения ВИЧ-ассоциированных НХЛ и улучшает показатели выживаемости. При одновременном сочетании высокоактивной антиретровирусной терапии с химиотерапией из-за влияния ингибиторов протеаз на выведение препаратов, подвергавшихся метаболизму в печени увеличивается токсичность

лечения и вероятность развития побочных эффектов Hoffmann C, Wolf E, Falkenheuer G, et al. Response [4]. AIDS 2003; В связи с чем ВААРТ рекомендуется проводить после ПХТ (Navarro JT, Ribera JM, Orlot A, et al. Influence). Br J Haematol 2001; [9].

Таким образом, пациентам с ВИЧ-ассоциированными лимфомами целесообразно назначать стандартные режимы СНОЕР,СНОР, в комбинации с ритуксимабом, АВВР и ВЕАСОРР в зависимости от гистологического типа лимфом [1, 3, 10]. В большинстве случаев 76% показано применение КСФ (колониестимулирующий фактор). Необходима также активная профилактика оппортунистических инфекций. На фоне лечения лимфом высокой степени злокачественности всем больным, независимо от количества CD4+ Т-лимфоцитов, проводить профилактику пневмоний.

Лимфомы обусловленные ВИЧ-инфекцией диагностируются в 60% случаях на поздних стадиях заболевания. Назначение антиретровирусной терапии повышает эффективность лечения ВИЧ-ассоциированных НХЛ и улучшает показатели выживаемости.

Тактика ведения больных с ВИЧ ассоциированными лимфомами должна быть индивидуальной в зависимости от типа лимфом, иммунного статуса, общего психо-эмоционального состояния, наличия протонических факторов и сопутствующего заболевания пациента.

Основываясь на полученных результатах мы пришли к выводу, что для определения стадии заболевания и тактики дальнейшего лечения необходимо проведение базовых диагностических исследований:

1. При сборе анамнеза необходимо знать, как долго пациент пребывал в группе риска (беспорядочные частые незащищенные половые контакты, групповое употребление внутривенных наркотиков). Уточняется дата первого положительного анализа на анти-ВИЧ-антитела с подтверждением в иммуноблоте, содержание CD4 и вирусной нагрузки в ПЦР, динамика этих показателей по годам, начало ВААРТ, препараты, эффективность терапии, дата последнего анализа на CD4 и вирусную нагрузку.

2. Оценка степени расстройств в когнитивно-мнестической (речь, память, гнозис, праксис, внимание) и психической сферах.

3. Осмотр всех кожных покровов и слизистых, признаков имеющегося или перенесенного герпеса, гнойно-воспалительных поражений кожи и мягких тканей в местах инъекций наркотических препаратов, включая локтевые сгибы, кисти рук, паховые области, шею, ягодицы и бедра. Осмотр полости рта позволяющий выявить кандидоз, элементы саркомы Капоши, сифилитический шанкр, волосатую лейкоплакию, признаки лимфомы полости рта и пазух носа. Осмотр слизистой оболочки гениталий и ануса, перинанальной области с целью выявления остроконечных кондилом, вызываемых вирусом папилломы человека, первичных цитомегаловирусного ретинита. Выявления во время осмотра иктеричности склер свидетельствует о текущем гепатите, циррозе печени.

4. Определение количества CD4 и CD8 в крови методом проточной цитометрии, вирусной нагрузки методом ПЦР: РНК ВИЧ в сыворотке крови, ДНК ВИЧ в мононуклеарах крови; ДНК гепатита С с определением генотипа, ДНК гепатита В, ДНК парвовируса В19, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр и HHV8 при саркоме Капоши, а-фетопротеина и b-хорионического гормона человека для исключения внегонадных герминогенных опухолей средостения и головного мозга.

6. Всем пациентам в зависимости от пола по показаниям рекомендуются консультации со стороны гинеколога, уролога и проктолога, офтальмолога, невролога, психиатра и нарколога.

7. Для исключения системного заболевания крови консультация гематолога и миеелограмма.

8. Во время проведения курсов ПХТ для исключения возможного туберкулеза больным проводится обзорная рентгенография грудной клетки.

9. КТ головного мозга, шеи, органов грудной полости, брюшной полости и малого таза.

10. УЗИ органов брюшной полости и малого таза в динамике.

11. Биопсия ЛУ с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.

12. Костномозговая пункция, трепанобиопсия;
13. Общий анализ крови с подсчетом лейкоформулы, тромбоцитов, ретикулоцитов, ЛДГ, креатинина, АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин;
14. Иммунофенотипирование клеток периферической крови;
15. ЭКГ, ЭХО (необходимость применения в лечении антрациклинов!);
16. Функция легких (применение блеомцина);
17. При НХЛ III-IV стадии по Анн-Арборской классификации, когда затронуты ЛОР-органы, перед началом химиотерапии следует провести ломбальную пункцию, МРТ головного мозга для исключения поражения ЦНС.

Выводы:

1. Выбор ПХТ зависит от иммуногистохимического варианта лимфомы и иммунологического состояния больного. В большинстве случаев предпочтительные режимы лечения ВИЧ-инфицированных больных как в I-й линии, так и при рецидивах не отличаются от стандартных режимов, рекомендуемых для данного варианта лимфомы.
2. Применение ритуксимаба у ВИЧ-инфицированных больных не сопровождается увеличением риска развития нежелательных явлений. Однако наличие маркеров гепатита В (антитела и ППР) является противопоказанием для назначения ритуксимаба.
3. В дальнейшем больные данной группы должны наблюдаться врачом-инфекционистом, для получения ВААРТ после завершения всех циклов ПХТ и другой сопроводительной терапии между курсами. Развитие лимфом у больных ВИЧ-инфекцией наблюдалось преимущественно на стадии 3-4 Б, несколько реже на стадии 2-Б и в виде единичных случаев на стадиях 1-2.
4. Соблюдение протоколов и проведение сопроводительной терапии у больных данной группы может продлить жизнь и улучшить качество их жизни.
5. Формулировка диагноза, кроме стандартного развернутого диагноза лимфомы, должна включать в себя стадии ВИЧ-инфекции с указанием количества CD4, вирусной нагрузки, генотипа, информации о ВААРТ.

Количество ВИЧ-инфицированных пациентов с каждым годом, как и во всем мире, растёт и в нашей стране. ВИЧ/СПИД перестал быть только инфекционной болезнью, с этой проблемой так же часто стали сталкиваться и онкологи. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) значительно повышает риск развития хронических лимфопролиферативных заболеваний, таких как НХЛ и ЛХ. В исследовании SIDA доля лимфом среди СПИД-обусловленных заболеваний выросла с <4% в 1994 г. до 16% в 1998 г. [8]. Во Франции в 2000 г. лимфомы были причиной 11% смертей ВИЧ-инфицированных [2].

Тесная связь между НХЛ и СПИДом известна уже давно, первые случаи были описаны через год после открытия СПИДа [11]. С 1985 года НХЛ высокой степени злокачественности относятся к критериям СПИДа. В соответствии с новой классификацией опухолей лимфоидной ткани (ВОЗ, 2008) ВИЧ-ассоциированные лимфомы выделены в отдельную подгруппу «Лимфолифферативные заболевания, ассоциированные с иммунодефицитом». Лимфомы, обусловленные ВИЧ-инфекцией, характеризуются агрессивным ростом, диагноз нередко ставится на поздней стадии заболевания, когда есть экстраанодальные очаги, характерны также плохой ответ на лечение, высокая частота рецидивов и, как правило, неблагоприятный прогноз [6,7]. Неудовлетворительные результаты лечения пациентов с ВИЧ-ассоциированными лимфомами в большинстве случаев обусловлены с несвоевременным обращением к врачу, неоправданно длительными обследованиями в доонкологическом этапе и несоблюдением стандартов протокола лечения, со спидофобией, отказом от ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) и усугублением лечения, наличием сопутствующих болезней.

Цель работы: оптимизация методов диагностики и протокола лечения лимфом у ВИЧ-ассоциированных больных.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования служили истории болезни 31 больных с верифицированным диагнозом ВИЧ-ассоциированные лимфомы, объём проведенных диагностических процедур, результаты лечения и исходы заболевания, определялись на основе ретроспективного анализа. Пациенты наблюдались и лечились в клинике РОНЦ в 2009-2014 годы. Всем пациентам выполнялись рентгенологическое исследование и УЗИ-диагностика, полный объем лабораторных исследований, включающий клинический и биохимический анализ крови, серологические исследования, проводивший ПЦР-диагностика и иммунологические тесты. Как основной диагностический метод исследования применялась биопсия лимфатических узлов, с последующей гистологической и иммуногистохимической оценкой. К моменту постановки диагноза у 19 (61%) больных имелась поздняя стадия заболевания (III-IV стадия по Анн-Арборской классификации).

Результаты и обсуждение. Согласно результатам проведенных нами исследований за последние 5 лет (2009-2014 гг.) в клинике по данным лаборатории РОНЦ зарегистрировано 96 случаев ВИЧ-инфицированных больных. Из них у 31 больных выявлены ВИЧ-ассоциированные лимфомы (32% от общего числа ВИЧ-инфицированных). Число регистрируемых новых случаев больных с ВИЧ-ассоциированными лимфомами с каждым годом растёт, если в 2009 году выявлены 3-пациента, а на 2014 год зафиксировано 12 больных. Прирост заболеваемости за последние 5 лет составил (40%). Как видно из табл.1 из общего числа выявленных ВИЧ-ассоциированных лимфом на долю НХЛ приходится 26 больных (84%) и у 5-х пациентов (16%) лимфома Ходжкина обнаружена (ЛХ). НХЛ в 54% случаев представлены типом ДВККЛ (диффузно В-крупноклеточные лимфомы), в 19% случаях в виде фолликулярной лимфомы и в 9% - ЛБ. В 9 случаях (29%) ВИЧ-ассоциированные лимфомы сопровождалась гепатитом В и С, у одного больного в сочетании с туберкулезом. Распределение больных по полу и возрасту было примерно одинаковым, из 31 больных мужчин было 16 (52%) и женщин 15 (48%). Среди больных, независимо от типа лимфом, преобладала возрастная категория от 31 года до 45 лет.

Таблица 1.

Результаты лечения ВИЧ-ассоциированных лимфом

Вид исследования	Виды лимфом	Схема терапии *ПХТ (4-6 циклов)	Количество CD4 клеток/мм ³	Результаты терапии		
				Полная ремиссия %	Стабильная %	5-летняя выживаемость %
ретроспективный анализ историй болезни 31 больных ВИЧ-ассоциированных лимфом за периоды 2009-2014 гг	НХЛ (n=26)	*R-CHOP (n=7) *CHOP (n=3) *CHOP (n=7)	>100 >200	55 45 43	20 15 15	25
	1)ДВККЛ (n=17)					
	- в сочетании гепатитом В/С (n=4)					
	- в сочетании туберкулезом (n=1)	CHOP				
2)Фолликулярная лимфома		R-CHOP (n=1) CHOP (n=5)	>200	70	20	29
		Лечебная терапия				

(n=6)	СНОР				
- в сочетании гепатитом В/С (n=3)					
3) ЛБ (n=3)	СНОР	<100	35	35	
Ходжкинская лимфома (n=5)	*ABVD (n=3) *BEACOPP (n=2)	>200	75	15	32
- в сочетании гепатитом В/С (n=2)					

*ПХТ-полихимиотерапия; *R-СНОР (ритуксимаб+циклофосфан+доксорибидин+винкристин+преднизолон); *СНОЕР (циклофосфан+доксорибидин+винкристин+этопозид+прединон); *СНОР (циклофосфан+доксорибидин+винкристин+преднизолон); *ABVD (доксорибидин+блеомин+винбластин+дакарбазин); *BEACOPP (блеомин+этопозид+доксорибидин+циклофосфан+винкристин+прокарбазин+прединон).

Режим дозирования химиопрепаратов подбирается индивидуально, доза препарата рассчитывается на квадратный метр поверхности тела, которая определяется по номограмме, где суммируются показатели роста в см., масса тела в кг., поверхность тела, м².

В историях болезни, часто как основной симптом болезни, указывалось несимметричное увеличение периферических лимфотических узлов у 19 больных (61%). В большинстве случаев у 25 больных (81%) обнаружены В-симптомы - повышение температуры тела, ночные потовыделения, похудание, нарастающая слабость и быстрое ухудшение физического состояния. По данным наших исследований из наблюдаемых 31 больных хотя бы один экстраанодальный очаг был обнаружен у 21 больного (68%).

При сборе анамнеза не во всех случаях уточнялось время пребывания пациентов в группе риска (беспорядочные частые незащищенные половые контакты, групповое употребление внутривенных наркотиков). Не указаны в динамике дата вирусной нагрузки (в ПЦР) по годам, начало ВААРТ. Не во всех случаях проведен осмотр глазного дна с целью исключения цитомегаловирусного ретинита.

Диагностика лимфом у ВИЧ-инфицированных больных вызывает большие трудности, которые связаны, как с поздним обращением пациента, так и с несоблюдением стандартов диагностики.

По результатам проведенных исследований 7 пациентам (22%) с НХЛ типа-ДВККЛ, в зависимости от количества CD4 клеток (от <100 до >200) и 3 пациентам в сочетании с гепатитами В и С проведены 4-6 курсов ПХТ в стандартном режиме соответственно по схеме СНОР, R-СНОР и СНОЕР. На таблице 1 приведены результаты терапии - полная ремиссия от 43%- 45% до 55% случаев соответственно.

Применение 4-6 курсов ПХТ в режиме СНОЕР 6-больным при фолликулярных типах лимфом позволило достичь полной ремиссии у 70% больных. Больные лимфомой Ходжкина получили курсы ПХТ по схеме ABVD и BEACOPP, в ходе лечения полная ремиссия достигнута у 75%. 3 пациентам с ЛБ также проведены 4-6 курсов ПХТ в стандартном режиме СНОР, полная ремиссия наблюдалась у 35%.

Эффективность стандартного режима СНОР и R-СНОР, ABVD и BEACOPP оказалась сопоставимой, частота полных ремиссий в группе больных, получивших ПХТ по схеме R-СНОР, была незначительно выше (43 и 55%). ВИЧ - ассоциированные лимфомы типа (фолликулярный вариант НХЛ и ЛХ) имеют более благоприятное течение.

Прогностическое значение у ВИЧ-инфицированных пациентов имеет количество CD4-положительных лимфоцитов, пациенты с уровнем CD4 <100 клеток/мкл, по данным многих авторов, подвержены повышенному риску развития серьезных оппортунистических инфекций и летальному исходу. Результаты лечения зависят от наличия таких прогностических факторов, как количество CD4 менее 100/мкл, возраст больного старше 40 лет, III-IV стадия заболевания, показатели иммунного статуса, общего состояния больного. При сочетании трех-четырех указанных факторов медиана выживаемости не превышала 1,5 года. У больных с наличием только одного фактора риска медиана выживаемости достигала более 2 лет.

До внедрения высокоактивных антиретровирусных препаратов у пациентов с ВИЧ-ассоциированными НХЛ часто развивались оппортунистические инфекции, которые на фоне угнетения кроветворения усугубляли прогноз при высокодозной терапии. Назначение антиретровирусной терапии позволило проводить у пациентов стандартную высокодозную химиотерапию, что повышает эффективность лечения ВИЧ-ассоциированных НХЛ и улучшает показатели выживаемости. При одновременном сочетании высокоактивной антиретровирусной терапии с химиотерапией из-за влияния ингибиторов протеаз на выведение препаратов, подвскачивающих метаболизм в печени увеличивается токсичность лечения и вероятность развития побочных эффектов [4], в связи с чем ВААРТ рекомендуется проводить после ПХТ [9].

Таким образом, пациентам с ВИЧ-ассоциированными лимфомами целесообразно назначать стандартные режимы СНОЕР, СНОР, в комбинации с ритуксимабом, ABVD и BEACOPP в зависимости от гистологического типа лимфом [1,3,10]. В большинстве случаев (76%) показано применение КСФ (колониестимулирующий фактор). Необходимо также активная профилактика оппортунистических инфекций. На фоне лечения лимфом высокой степени злокачественности всем больным, независимо от количества CD4⁺ Т-лимфоцитов, необходимо проводить профилактику пневмоний.

Лимфомы, обусловленные ВИЧ-инфекцией, диагностируются в 60% случаях на поздних стадиях заболевания. Назначение антиретровирусной терапии повышает эффективность лечения ВИЧ-ассоциированных НХЛ и улучшает показатели выживаемости.

Тактика ведения больных с ВИЧ-ассоциированными лимфомами должна быть индивидуальной в зависимости от типа лимфом, иммунного статуса, общего психо-эмоционального состояния, наличия прогностических факторов и сопутствующего заболевания пациента.

Основываясь на полученных результатах, мы пришли к выводу, что для определения стадии заболевания и тактики дальнейшего лечения необходимо проведение базовых диагностических исследований:

1. При сборе анамнеза необходимо знать, как долго пациент пребывал в группе риска (беспорядочные частые незащищенные половые контакты, групповое употребление внутривенных наркотиков). Уточняется дата первого положительного анализа на анти-ВИЧ-антитела с подтверждением в иммуноблоте, содержание CD4 и вирусной нагрузки в ПЦР, динамика этих показателей по годам, начало ВААРТ, препараты, эффективность терапии, дата последнего анализа на CD4 и вирусную нагрузку.
2. Оценка степени расстройств в когнитивно-мнестической (речь, память, гнозис, праксис, зрительное и психическое) сфере.
3. Осмотр всех кожных покровов и слизистых, признаков имеющегося или перенесенного герпеса, гнойно-воспалительных поражений кожи и мягких тканей в местах инъекции наркотических препаратов, включая локтевые сгибы, кисти рук, паховые области, шею, ягодицы и бедра. Осмотр полости рта, позволяющий выявить кандидоз, элементы саркомы Капоши, сифилитический шанкр, волосатую лейкоплакию, признаки лимфомы полости рта и

пазух носа. Осмотр слизистой оболочки гортаноглотки и ануса, перинальной области с целью выявления остроконечных кондилом, вызываемых вирусом папилломы человека, первичных проявлений сифилиса. Осмотр и пальпация яичка. Осмотр глазного дна с целью исключения цитомегаловирусного ретинита. Выявления во время осмотра иктеричности склер свидетельствует о текущем гепатите, циррозе печени.

4. Определение количества CD4 и CD8 в крови методом проточной цитометрии, вирусной нагрузки методом ПЦР: РНК ВИЧ в сыворотке крови, ДНК ВИЧ в мононуклеарах крови; ДНК гепатита С с определением генотипа, ДНК гепатита В, ДНК парвовируса В19, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр и HHV8 при саркоме Капоши, а-фетопротеина и б-хорионического гормона человека для исключения внегонадных герминогенных опухолей средостения и головного мозга.

6. Всем пациентам в зависимости от пола по показаниям рекомендуются консультации со стороны гинеколога, уролога и проктолога, офтальмолога, невролога, психиатра и нарколога.

7. Для исключения системного заболевания крови консультации гематолога и миелограмма.

8. Во время проведения курсов ПХТ для исключения возможного туберкулеза большим проводится обзорная рентгенография грудной клетки.

9. КТ головного мозга, шеи, органов грудной полости, брюшной полости и малого таза.

10. УЗИ органов брюшной полости и малого таза в динамике.

11. Биопсия ЛУ с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.

12. Костномозговая пункция, трепанобиопсия.

13. Общий анализ крови с подсчетом лейкоформулы, тромбоцитов, ретикулоцитов, ЛДГ, креатинина, АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин.

14. Иммунофенотипирование клеток периферической крови.

15. ЭКГ, ЭХО (необходимость применения в лечении антрациклинов!).

16. Функция легких (применение блеомицина).

17. При НХЛ III-IV стадии по Анн-Арборской классификации, когда затронуты ЛОР-органы, перед началом химиотерапии следует провести люмбальную пункцию, МРТ головного мозга для исключения поражения ЦНС.

Выводы.

1. Выбор ПХТ зависит от иммуногистохимического варианта лимфомы и иммунологического состояния больного. В большинстве случаев предопределяющие режимы от стандартных режимов, рекомендуемых для данного варианта лимфомы.

2. Применение ритуксимаба у ВИЧ-инфицированных больных не сопровождается увеличением риска развития нежелательных явлений. Однако наличие маркеров гепатита В (антигенов и ПЦР) является противопоказанием для назначения ритуксимаба.

3. В дальнейшем больные данной группы должны наблюдаться врачом-инфекционистом, для получения ВААРТ после завершения всех циклов ПХТ и другой сопроводительной терапии между курсами. Развитие лимфом у больных ВИЧ-инфекцией наблюдалось преимущественно на стадии 3-4 Б, несколько реже на стадии 2-Б и в виде единичных случаев на стадиях 1-2.

4. Соблюдение протоколов и проведение сопроводительной терапии у больных данной группы может продлить жизнь и улучшить качество их жизни.

5. Формулировка диагноза, кроме стандартного развернутого диагноза лимфомы, должна включать в себя стадию ВИЧ-инфекции с указанием количества CD4, вирусной нагрузки, наличие сопутствующего гепатита В и/или С (с определением вирусной нагрузки и генотипа), информацию о ВААРТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Antinori A, Cingolani A, Alba L, et al. Better response to chemotherapy and prolonged survival in AIDS-related lymphomas responding to HAART// AIDS.- 2001.-v. 15.-p.1483-1491. <http://amedeo.com/lit.php?id=11504980>
2. Lewden C, Hénipret L, Bonnet F, et al. Causes of death in HIV-infected adults in the era of HAART, the French Survey "Mortalité 2000". Abstract 753, 9th CROI 2002, Seattle, USA. <http://www.retroconference.org/2002/Abstract/13298.htm>
3. Boue F, Gabarre J, Gisselbrecht C, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab in HIV patients with high grade lymphoma - results of an ANRS trial. Abstract 1824, 44th ASH 2002, Philadelphia, USA.
4. Clarke CA, Glaser SL. Epidemiologic trends in HIV-associated lymphomas// Curr. Opin. Oncol.- 2001.-v. 13.-p.354-359. <http://amedeo.com/lit.php?id=11932904>
5. Hoffmann C, Wolf E, Finkenheuer G, et al. Response to highly active antiretroviral therapy strongly predicts outcome in patients with AIDS-related lymphoma// AIDS.- 2003.-v. 17.-p.1521-1529. <http://amedeo.com/lit.php?id=12824790>
6. Levine AM. AIDS-related lymphoma: clinical aspects// Semin. Oncol.- 2000.-v. 27.-p.442-453. <http://amedeo.com/lit.php?id=10950371>
7. Levine AM, Seneviratne L, Espina BM, et al. Evolving characteristics of AIDS-related lymphoma// Blood.- 2000.-v. 96.-p. 4084-4090. <http://amedeo.com/lit.php?id=11110677>
8. Little RF, Gutierrez M, Jaffe ES, et al. HIV-Associated non-Hodgkin lymphoma: incidence, presentation, and prognosis// JAMA.- 2001.-v. 285.-p.1880-1885. <http://amedeo.com/lit.php?id=11308402>
9. Mocroft A, Katlama C, Johnson AM, et al. AIDS across Europe, 1994-1998: the EuroSIDA study// Lancet.- 2000.-v. 356.-p.291-296. <http://amedeo.com/lit.php?id=11071184>
10. Navarro JT, Ribera JM, Oriol A, et al. Influence of HAART on response to treatment and survival in patients with AIDS-related non-Hodgkin's lymphoma treated with cyclophosphamide, hydroxydoxorubicin, vincristine and prednisone// Br. J. Haematol.- 2001.-v. 112.-p.909-915. <http://amedeo.com/lit.php?id=11298585>
11. Ziegler JL, Drew WL, Miner RC, et al. Outbreak of Burkitt's-like lymphoma in homosexual men// Lancet.- 1982.-v. 2.-p.631-633. <http://amedeo.com/lit.php?id=6125777>
12. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика, лечение. М.: ГЭОТАР-Мед.- 2003.
13. Пивник А.В. и др. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий при ВИЧ/СПИД// Тер. архив. -2006.-N 4.-с.28-32.
14. Мун Е.Р., Гильманов Т.У. Антиретровирусная терапия в Республике Узбекистан. Материал из научно-практической конференции «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ» Ташкент 1-2 декабря 2010. - с. 108.
15. Байжанова А.К. О побочных эффектах антиретровирусной терапии у больных ВИЧ-инфекцией. Материал из научно-практической конференции «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ» Ташкент 1-2 декабря 2010.- с. 93.

ХУЛОСА

Маколада келтирилган текширишлар ОИВ га боғлиқ хавфли лимфомаларда текшириш ва даволаш протоколини оптимизациялаш максатида ўрганилган. РОИМ клиникасида 2009-2014 йилларда ОИВ га боғлиқ лимфома билан даволанган ва кузатилган бўлган 31 касаллик тарихи устида ретроспектив анализ ўтказилди. Охириги 5 йил ичида ўтказилган текширувлар хулосасига кўра лимфома билан касалланган 96та беморда ОИВ анкиланган. Шундан ноходжик лимфомаси билан 26та бемор улардан Беркит лимфомаси билан 3та ва ходжик лимфомаси билан 5та бемор.

Такдим этилган текширув ва даволаш протоколи ўз вақтида қўлланилса беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга ва яшовчанлигини оширишига ёрдам беради.

SUMMARY

The purpose for the article served optimization of methods diagnosis and treatment protocol of lymphomas in HIV-associated it. Was conducted a retrospective analysis of case histories of 31 patients with lymphomas in HIV-associated were observed and treated in the clinic from 2009 to 2014 years. According to the results of studies in the clinic according to the lab logged 96 cases with HIV infection. The share non-Hodgkin's lymphoma had 26 patients, including Burkitt's lymphoma was diagnosed in 3 patients and Hodgkin's lymphoma was detected in 5 patients. Proposed that the standardization of methods diagnosis and treatment protocol, will allow the timely controls of disease, prolong and improve the quality life of patients.

О СОВРЕМЕННОЙ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ

Ражабов Г.Х.

Республиканский центр по борьбе со СПИДом МЗРУз

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, распространение, тенденции.

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в снижении и ликвидации многих инфекционных заболеваний в республике, проблема ВИЧ-инфекции остается одной из актуальных проблем для практического здравоохранения и медицинской науки. Обобщая, что ВИЧ-инфекция является одним из опаснейших инфекционных заболеваний человека и представляет в настоящее время одну из самых главных угроз безопасности человечества.

По данным Всемирной организации здравоохранения, всего в мире на конец 2013 года проживало примерно 35,3 млн. человек с ВИЧ/СПИДом. С начала эпидемии ВИЧ (1981 год) заразились примерно 78 млн. человек и более 40 млн. человек умерли от болезни, связанных со СПИДом. В 2013 году происходило около 6000 новых заражений в день: 700 из них – это дети младше 15 лет, 33% молодежи в возрасте 15-24 лет. ВИЧ-инфекция занимает 5-е место среди причин смертности в мире. По уровню распространенности постсоветское пространство занимает 3-е место после стран субсахарной Африки (4,7%) и стран Карибского бассейна (1,0%). (1,2).

Короткая вспышка ВИЧ-инфекций в начале 90-х годов отличалась чрезвычайно низким уровнем инфицированности населения, короткими эпидемическими цепочками от заражающего к зараженному, спорадическими заносами ВИЧ-инфекции и вследствие этого странах эпидемия уже являлась значимой причиной смертности в возрастной группе от 20 до 40 лет. Данная благополучная эпидемическая обстановка привела к свертыванию некоторых широких противозидемических программ в странах СНГ, как несоответствующих моменту и чрезвычайно дорогих. В 1993-1995 годах эпидемиологическая служба Украины оказалась неспособна вовремя локализовать две вспышки ВИЧ-инфекции, произошедшие среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Николаеве и Одессе. Как оказалось впоследствии, эти вспышки были независимо вызваны разными вирусами относящимися к разным субтипам ВИЧ-1. Только за два года (1994-1995) в Одессе и Николаеве было выявлено несколько тысяч ВИЧ-инфицированных, в 90 % случаев – ПИН. С этого момента на территории бывшего СССР начинается следующая стадия эпидемии ВИЧ-инфекции, так называемая концентрированная стадия, которая продолжается по настоящее время. Данная стадия характеризуется уровнем ВИЧ-инфекции 5 и более процентов в определенной группе риска. Распространение ВИЧ-инфекции значительно увеличивает расходы статьи национальных бюджетов, приводит к возникновению бюджетного дефицита и усиливает зависимость пострадавших стран от дополнительной донорской помощи на цели развития,

что свидетельствует о значительном негативном воздействии на темпы экономического роста (3,4). В глобальном масштабе на женщин приходится половина всех случаев ВИЧ-инфекции.

Необходимо отметить, что Республика Узбекистан столкнулась с проблемой ВИЧ-инфекции несколько позже, чем другие страны. На первое января 2015 года лиц, живущих с ВИЧ составило 30 315, из которых 57,8% составляют мужчины, 42,2% – женщины. География эпидемии ВИЧ-инфекции неоднородна, около 70% от абсолютного числа всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции сконцентрированы в 5 субъектах республики, большая часть которых – промышленно развитые районы – в г. Ташкенте – 30,8%, Андижанской области – 15,1%, Ташкентской области – 15,1%, Самаркандской области – 8,6%, Ферганской области – 7,3%. Среди ЛЖВ преобладают лица в возрасте 25-49 лет (67,6%).

Наблюдается рост ВИЧ-инфицированных женщин. Женщины, в силу анатомо-физиологических особенностей являются наиболее уязвимой группой в заражении ВИЧ-инфекцией. Зафиксирован рост заболеваемости женщин и сельских жителей, происходит повышение возраста вовлекаемого в эпидемический процесс населения. (Даминов Г.А. с соавт., 2011, Шарапов с соавт.).

Цель работы

С учетом вышенного целью настоящей работы явилось изучение выявляемости ВИЧ-инфекции в республике в 2008-2012 гг. и оценка заболеваемости ВИЧ-инфекцией в многолетней динамике среди мужчин и женщин в разрезе областей.

Материалы и методы

Материалом для настоящей работы явились отчетные данные республиканского, региональных центров по борьбе со СПИДом и межрайонных лабораторий СПИД о выявляемости ВИЧ-инфекции среди различных слоев населения. Диагноз ВИЧ-инфекция подтверждался согласно действующим в республике нормативным документам, получением 2-х кратного положительного результата исследования образца крови на ИФА с последующим подтверждением полученного результата на иммуноблотинге (ИБ). Проанализированы данные журналов учета ВИЧ инфицированных лиц, карт эпидемиологического расследования случаев выявления ВИЧ-инфекции. Проведен статистический анализ показателей выявляемости ВИЧ-инфекции среди различных слоев населения в зависимости от их пола с вычислением средних значений на 10 тыс. обследуемых. В работе были использованы лабораторные, эпидемиологические и статистические методы исследований.

Результаты и обсуждение

Первый случай ВИЧ инфицирования в республике был зарегистрирован в 1987 году и за 13 лет (1987-1999 гг.) в республике были выявлены всего 76 ВИЧ инфицированных лиц. В динамике выявляемости ВИЧ инфекции с 1999 года наблюдается рост. Однако, этот рост, с одной стороны носит статистический характер, так как был связан с увеличением количества тестируемых на ВИЧ инфицировано лиц. Так, например, в 2000 г. тестированием на ВИЧ инфицировано были охвачены 527,0 тыс. лиц, а в 2014 г. их количество составило 2,8 млн. (рост в 5,3 раза). С другой стороны увеличение количества выявляемых ВИЧ инфицированных больных, связано с улучшением материально-технической базы службы СПИДа, организация и внедрение в практику службы ВИЧ-инфекции кабинетов анонимного тестирования и консультирования на предмет ВИЧ-инфекции. С целью дальнейшего развития системы охраны здоровья в области борьбы с ВИЧ/СПИДом и достижения стабилизации ситуации по ВИЧ-инфекции, Правительством осуществляется ряд мер по укреплению материально-технической и правовой базы. Все это привело к улучшению выявляемости ВИЧ инфекции. Следует отметить, также усиление межгосударственной и внутрисоударственной миграции населения, поведенческие изменения среди отдельных слоев населения и повышение осведомленности населения по профилактике ВИЧ инфекции не могли не отразиться в интенсивности эпидемического процесса по ВИЧ инфекции в республике. В настоящее время ВИЧ инфекция выявляется во