

№18 (июнь) 2020

16+

ВИЧ

**ИНФОРМ
ВОЛОГДА**



**ВОЛОГОДСКИЙ
ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
И БОРЬБЕ СО СПИД**



Дорогие друзья, многоуважаемые коллеги!

Выпуск этого номера журнала осуществляется в особый год, который мы уже не забудем. Год мировой эпидемии COVID-19, унесший сотни тысяч жизней. Медицинские работники, в том числе сотрудники центров СПИД, встали на защиту жизней людей. Да, среди нас есть потери. Много медиков заразилось, часть погибла.

Я уверена, что нас многому научила эпидемия ВИЧ/СПИДа. 30 лет назад мы так же боялись и не знали, как нам лечить, как оказывать помощь ВИЧ-инфицированным. Мы так же заходили в палаты в спецодежде, передавали еду через окошки инфекционных боксов. В этой борьбе мы потеряли более 30 млн пациентов. Сейчас мы умеем лечить и успешно это делаем.

Пройдет время, и мы научимся полноценно оказывать помощь нашим пациентам с коронавирусом.

Мы с вами – поколение, которое будет гордиться победой над всемирной эпидемией.

***С уважением, главный врач
БУЗ ВО «Центр по профилактике инфекционных заболеваний»
Т.Н. Мельникова***

СОДЕРЖАНИЕ

- **Петрушина З.С., врач-эпидемиолог**
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 2
- **Деева О.Н., врач-психиатр**
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ 4
- **Мичурин Э.В., врач-нарколог**
АЛКОГОЛИЗМ И ВИЧ 7
- **Туркин А.В., врач-инфекционист**
КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 8
- **Рогова О.Л., врач-педиатр, аллерголог-иммунолог, инфекционист**
ИНФЕКЦИЯ И ИММУНИТЕТ ВЗАИМОСВЯЗЬ, ОСОБЕННОСТИ 12
- **Игнатьева Н.А., врач аллерголог-иммунолог, инфекционист**
ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ
У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 15
- **Аль Каиси Зухиер Джамаль, врач-дерматовенеролог**
КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 16
- **Колесова О.А., врач-гинеколог**
ИППП – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ 19
- **Казачек А.В., заместитель главного врача по лечебной части,
врач акушер-гинеколог**
ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 20



Журнал «ВИЧ-информ-Вологда»

Главный редактор:
Мельникова Т.Н.

**Редактор, ответственный
за выпуск:** Зелянина Н.В.

Редакционный совет:
Курганова Т.Ю., Цыганова В.И.
Мамонова Н.В., Пестова Е.С.,
Поддубная Н.О.

Журнал «ВИЧ-информ-Вологда» основан в 2003 году при поддержке Генерального Консульства Королевства Нидерланды «Программа «MATRA KAP», Департамента здравоохранения Вологодской области и Вологодской региональной общественной организации «Стоп СПИД Север».

Отпечатано по заказу БУЗ ВО «Центр по профилактике инфекционных заболеваний» на средства Государственной программы «Развитие здравоохранения Вологодской области» на 2014–2020 годы

Тираж 2000 шт.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

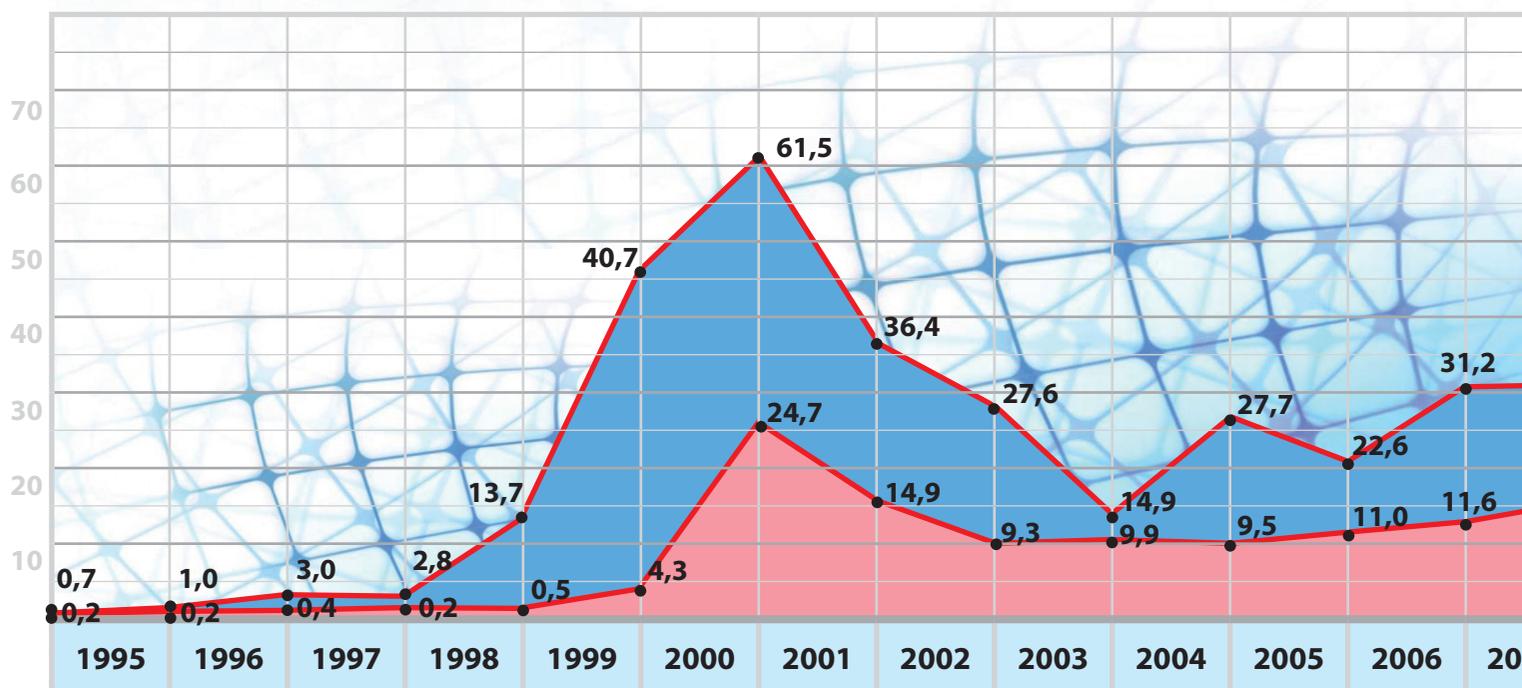
Петрушина З.С., врач-эпидемиолог



Истории ВИЧ-инфекции в Российской Федерации более 30 лет. Первые случаи, как и в большинстве стран мира, были выявлены среди мужчин, практикующих сексуальные отношения с мужчинами. На рубеже столетий вирус иммунодефицита человека попал в среду потребителей инъекционных наркотиков, стал стремительно распространяться в группах риска, а затем перешел в общую популяцию.

В Вологодской области случаи ВИЧ-инфекции регистрируются с 1995 года, пик первой волны заболеваемости пришелся на 2001 год, показатель составил 24,7 на 100 тысяч населения, после снижения этот уровень был достигнут в 2016 году. Суммарно на 01.01.2020 года в области выявлен 4481 пациент, в том числе в 2019 году – 410, показатель заболеваемости составил 35 на 100 тысяч населения, это в 1,8 раза меньше, чем по Российской Федерации. В сравнении с 2018 годом произошло снижение на 10%, новые случаи зарегистрированы на 25 из 28 административных территорий, показатели выше областного уровня в Сямженском, Чагодощенском, Бабаевском, Междуреченском, Сокольском, Нюксенском районах и городах Вологде и Череповце. В области на начало года проживало 2675 инфицированных ВИЧ, пораженность достигла 229 на 100 тысяч населения, самые высокие уровни в Чагодощенском районе, городе Череповце, Шекснинском, Бабаевском и Вытегорском районах.

Эпидемия ВИЧ-инфекции, оставаясь сосредоточенной в уязвимых группах населения: среди



потребителей психоактивных веществ, работников коммерческого секса, мужчин с нетрадиционной сексуальной ориентацией, поражает социально адаптированные слои населения за счет реализации полового пути передачи, который составил в 2019 году среди впервые зарегистрированных 61%. При внутривенном употреблении наркотиков заразились 38%, проблема особо значима для города Череповца, где в прошедшем году 51% выявленных с ВИЧ лиц инфицировались наркотическим путем. В трех случаях произошло заражение ребенка от ВИЧ-инфицированной матери.

В общей структуре среди выявленных в 2019 году пациентов 65% составляют мужчины. Социальный статус ВИЧ-инфицированных разнообразен, работающих в различных сферах деятельности – 55%, безработных – 26%, находящихся в местах лишения свободы – 12%, зарегистрированы среди них пенсионеры, инвалиды, учащиеся.

Последние годы ВИЧ-инфекция постепенно смещается в старшие возрастные группы. Наиболее высокие уровни как заболеваемости среди впервые выявленных пациентов, так и пораженности лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, отмечаются в возрасте 30–39 лет, показатели составляют соответственно 105 и 790 на 100 тысяч населения, что больше общего уровня в 3–3,4 раза. Лиц молодого

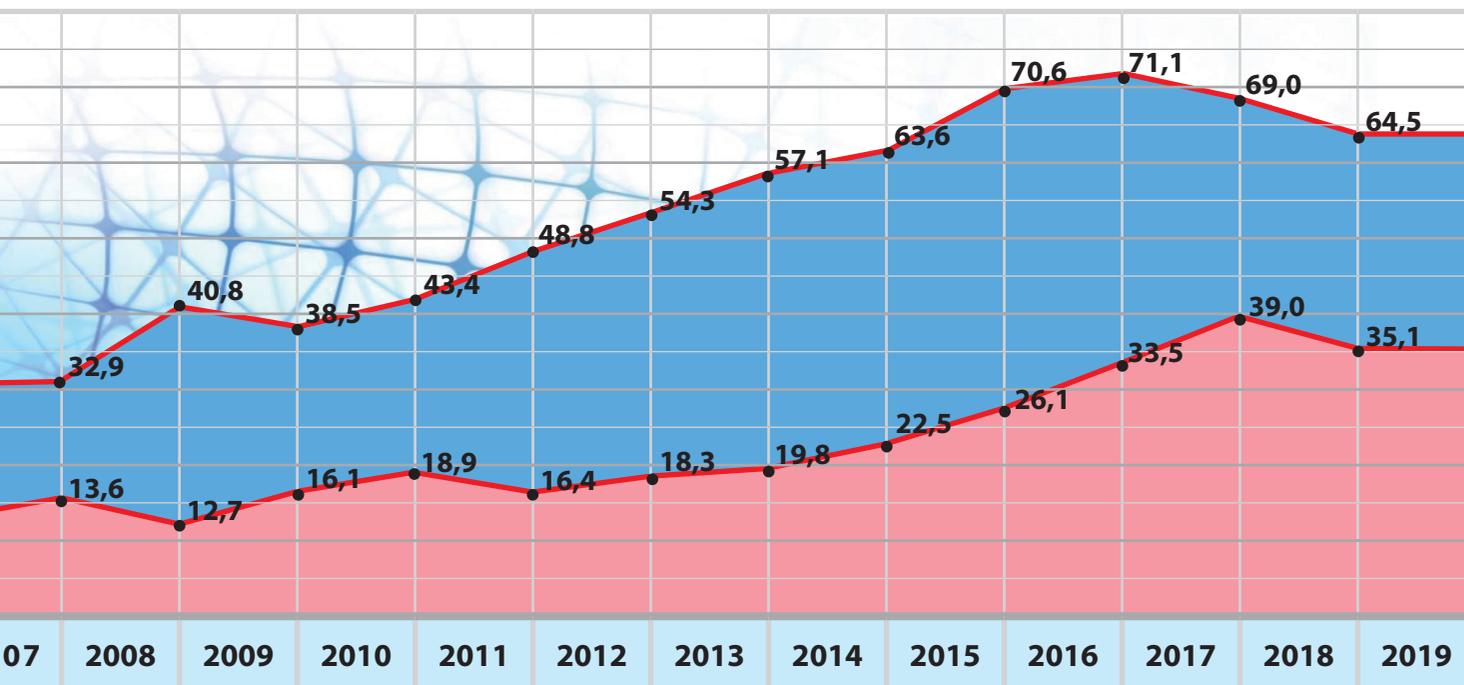
возраста от 18 до 24 лет в 2019 году зарегистрировано 21, удельный вес в общей структуре – 5%.

В области растет смертность ВИЧ-инфицированных пациентов при снижении данного показателя по Российской Федерации на 6,8% в 2019 году. Неблагоприятным признаком эпидемиологической ситуации в области является тот факт, что 44% пациентов умерли в первые 2 года после установления диагноза ВИЧ-инфекции. Количество умерших за весь период – 996 пациентов, из них в 2019 году – 101, показатель смертности – 8,9 на 100 тысяч населения.

Поставленная Государственной стратегией противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации задача по увеличению охвата населения освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию реализуется на территории области. За прошедшие 5 лет количество обследованных увеличилось на 34% и составило в 2019 году 325 535 человек, это 27,9% от численности населения области.

Несмотря на принимаемые меры, ситуация в области остается сложной. Необходимо продолжить практику образования населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции с привлечением средств массовой информации и коммуникации, использованием передовых интернет-технологий и в традиционных форматах. ■

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ с 1995 по 2019 год (показатели на 100 тысяч населения)



ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

Деева О.Н., врач-психиатр



Федеральным законом от 30.03.1995 года №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» предусмотрено обязательное консультирование при медицинском освидетельствовании на ВИЧ-инфекцию.

Консультирование до и после теста на антитела к ВИЧ остается наиважнейшей профилактической мерой в современной медицине и требует этически обоснованного психологического вмешательства, так как большинство людей связывают ВИЧ/СПИД со смертью и бессилием медиков.

Основная задача консультирования – это не только предоставление информации, но и оказание по-

мощи людям, чтобы они осознавали свои риски и в дальнейшем поступали в соответствии со своими знаниями о них.

Практика работы с ВИЧ-инфицированными пациентами свидетельствует о том, что проведенное когда-то тестирование на ВИЧ-инфекцию без должного консультирования может иметь негативные последствия для здоровья и поведения человека, страдающего социально значимым инфекционным заболеванием. ВИЧ-инфицированные больные, недостаточно осведомленные о своем заболевании, не вовлеченные в диспансерное наблюдение, а также не получающие должного лечения, страдают сами и продолжают передавать инфекцию окружающим.

Чаще всего решение пройти обследование на ВИЧ-инфекцию обусловлено:

- ситуацией (травма, операция, планирование семьи, беременность, случайный сексуальный контакт);
- внутренними переживаниями (тревога в связи с изменением самочувствия, страх);
- межличностными отношениями (например, желанием определенности в ВИЧ-статусе партнера или предположением о наличии других сексуальных контактов у своего партнера, «ревизией» здоровья после утраченных отношений).

Сами эти факторы указывают на необходимость повышенной готовности персонала, ответственного за тестирование, своевременно оказывать психосоциальную и подчас – кризисную помощь. Консультирование могут проводить специалист по

психосоциальной поддержке, врач-эпидемиолог, врач-инфекционист или равный консультант, прошедший специальную подготовку по консультированию в вопросах ВИЧ-инфекции. В отдельных случаях при необходимости прибегают к помощи психиатра.

Условиями успешной консультативной работы являются:

- достаточное время для установления контакта, собственно консультирования, а также осознания необходимости в изменении поведения и принятия решения относительно образа жизни;
- доброжелательность консультанта. Недопустимо проявлять какие-либо субъективные эмоции по поводу индивидуальных особенностей обратившихся;
- последовательность любой информации, предоставляемой при консультации;
- конфиденциальность. Все обсуждаемые вопросы носят частный характер.

Дотестовое консультирование проводится на индивидуальной основе и ориентировано на потребности обследуемого. Необходимо выяснить причину, по которой человек решил пройти тест на ВИЧ, его способность к усвоению информации и сохранению самообладания, а также потребность в получении необходимой поддержки.

ДОТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КОНЦЕНТРИРУЕТСЯ ВОКРУГ ДВУХ ОСНОВНЫХ ВОПРОСОВ:

1. Личная история пациента и оценка его персонального риска инфицирования ВИЧ в прошлом и настоящем. В частности, настоящее и прошлое сексуальное поведение и взаимоотношения с партнером; практика безопасного секса; частота незащищенных сексуальных контактов; инъекционное употребление наркотиков; вовлеченность в сексуальный бизнес; истории переливания крови или трансплантации органов; подверженность возможно нестерильным инвазивным процедурам (инъекции, нанесение татуировок, шрамов).

2. Уровень знаний пациента о ВИЧ/СПИДе и его способность справиться с возможным кризисом, в том числе:

- Что знает пациент о тестировании и его пользе?
- Почему он хочет пройти тестирование?
- Какие конкретные виды поведения или симптомы беспокоят пациента?
- Каковы убеждения и знания пациента о путях передачи ВИЧ-инфекции и их связь с рискованным поведением?
- Готов ли человек к определению результатов тестирования?

Эффективное дотестовое консультирование позволяет помочь человеку оценить его персональный риск в отношении ВИЧ/СПИДа, понять значение результатов тестирования, повысить осведомленность человека по вопросам ВИЧ/СПИДа и сформировать у него представление о безопасном поведении. Дотестовое консультирование имеет цель объяснить значение и возможные последствия тестирования. Результатом этого обсуждения будет принятие человеком осознанного решения о прохождении тестирования или отказе от него.

Необходимо предупредить обследуемого, что результаты теста будут сообщены ему лично на послетестовом консультировании.

Во время дотестового консультирования человеку предоставляется необходимая фактическая информация о ВИЧ/СПИДе; рассказывается о процедуре тестирования; с человеком обсуждается значение результатов теста (положительный, неопределенный, отрицательный) в личном, медицинском, социальном, психологическом, юридическом аспектах.

Послетестовое консультирование должно проводиться при любом результате обследования на антитела к ВИЧ. Оно тесно связано с дотестовым консультированием и при предварительном отсутствии такового возлагает на себя задачи и дотестового консультирования. Содержание послетестового консультирования зависит от результатов тестирования.

Послетестовое консультирование – это диалог между пациентом и консультантом (лицом, предоставляющим помощь), с целью обсуждения результата теста на ВИЧ и предоставления необходимой информации и поддержки ВИЧ-инфицированному.

Содержание послетестового консультирования зависит от результата теста, а он может быть отрицательным, неопределенным или положительным.

ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕСТИРОВАНИЯ

Конечно, известие о том, что результат оказался отрицательным, вызывает чувство облегчения и некоторой эйфории, но все же необходимо помнить, что результат тестирования может быть не совсем надежным из-за «периода окна» и ВИЧ ещё просто не определяется. С пациентом необходимо обсудить возможность периода «окна» и предложить повторно обследоваться через три месяца после последнего рискованного «эпизода». Отрицательный тест будет наиболее убедительным, если прошло, по крайней мере, шесть месяцев с момента возможного инфицирования.

Только от самого пациента зависит возможность предотвратить инфицирование ВИЧ. Зная все пути передачи ВИЧ и возможные способы предохранения от заражения, человек сумеет себя защитить. В ходе консультирования обсуждаются все меры предосторожности при половых отношениях (защищенный секс), опасность использования общей иглы и шприца. Консультантом объясняются все вопросы, вызывающие сложности и непонимание. Иногда информация требует многократного повторения и разъяснения. ►

ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ НЕОПРЕДЕЛЕННОМ РЕЗУЛЬТАТЕ АНАЛИЗА

Неопределенный (сомнительный) результат теста на ВИЧ (как правило, при анализе «иммунный блот») может говорить либо о том, что заражение произошло недавно и концентрация антител в крови пока недостаточная, либо есть другие хронические заболевания, которые при тестировании крови имеют реакцию, схожую с белками ВИЧ. В этом случае требуется объяснить необходимость обязательного повторения анализа на ВИЧ для того, чтобы человек получил определенность в отношении своего ВИЧ-статуса. С другой стороны, важно уделить внимание поведенческим рискам и мотивировать человека на безопасное поведение, особенно с учетом того, что в период сероконверсии (на стадии острой ВИЧ) происходит значительный рост вирусной нагрузки и заражение вирусом других людей более вероятно. Чувство неуверенности, которое следует за получением неопределенного результата теста, длится до трех месяцев и больше и может привести к большим и серьезным психологическим трудностям. Консультирование в данном случае призвано помочь пациенту справиться со сложными ситуациями.

ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕСТИРОВАНИЯ,

как правило, представляет собой кризисное консультирование. Его целью является помочь человеку принять свой положительный ВИЧ-статус, определиться, как предупредить риск заражения партнера. Факт обнаружения ВИЧ вызывает эмоциональное потрясение. У одних людей возникают вопросы, связанные с возможной быстрой смер-

тью, у других возникает тревога в отношении разоблачения и стигмы, беспокойство по поводу взаимоотношений и карьеры, неуверенность, смогут ли они позаботиться о своих детях. Сила этого потрясения варьируется от подавленности и горя до суицидных мыслей.

Задача консультанта в этом случае состоит в предоставлении полной и достоверной информации о возможности диспансерного наблюдения, лечении в организациях, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным.

ПОМИМО ЭТОГО, КОНСУЛЬТАНТ ДОЛЖЕН:

- Убедиться, что человек понимает, что означает положительный результат теста.
- Обсудить, что человек чувствует, будучи инфицированным.
- Обеспечить поддержку, чтобы помочь человеку справиться с чувствами.
- Обсудить планы на ближайшее будущее.
- Установить с человеком взаимоотношения в качестве основы для будущего консультирования.
- Запланировать встречи для медицинских осмотров и наблюдающего консультирования.
- Запланировать встречи для консультирования партнера(ов), если это возможно.
- Направить человека в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным.

Оказание психосоциальной и информационной поддержки ВИЧ-инфицированным лицам является одной из важнейших задач консультирования. Профилактика и поддержка – взаимодополняющие процессы: без обеспечения психологической поддержки рекомендации по профилактике могут не достичь цели. ■



АЛКОГОЛИЗМ И ВИЧ

Мичурин Э.В., врач-нарколог

Зачастую человек, узнав, что он инфицирован ВИЧ, испытывает шок, потрясение и не сразу задумывается о том, что чаще всего к этому привело его собственное поведение. Конечно, жизненные ситуации бывают разные, но то, что употребление психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков) вносит огромный процент в инфицированность ВИЧ, это однозначно. Многочисленные исследования о влиянии употребления алкоголя на организм человека доказывают его 100% вред. В теле нет клеток, которые будут лучше себя чувствовать после того, как вместе с кислородом кровь принесет им и молекулы этанола. Вне зависимости от дозировки и частоты употребления, алкогольные напитки (а если говорить точнее – то этиловый спирт, содержащийся в них) негативно влияют на весь организм. Этанол – сильный яд, который убивает внутренние органы и иммунитет человека.

Находясь под влиянием алкоголя или наркотиков, человек не принадлежит себе в полной мере: психоактивные вещества меняют сознание, влияют на поведение, поступки. Хроническое злоупотребление алкоголем неотъемлемо связано с тенденцией к небезопасному сексуальному поведению, в том числе наличию нескольких половых партнеров, незащищенным половым контактам, в том числе с партнерами повышенного риска (например, потребителями инъекционных наркотиков, секс-работниками). Существует много причин для такого поведения. Алкоголь непосредственно воздействует на мозг, уменьшая осознание запретов, тревогу и восприятие риска. Он обостряет эмпатию и заставляет нас видеть окружающих более привлекательными, чем они есть на самом деле. Может быть, в другой ситуации человек не стал бы этого делать, но сейчас подумать он не может – за него «думают» психоактивные вещества. При случайных половых контактах узнать

ВИЧ-статус человека не представляется возможным, как и наличие у него остальных заболеваний, передаваемых половым путем. В любом случае, если случайный половой партнёр будет ВИЧ-позитивным, то это серьезный риск заразиться ВИЧ. Также человек в алкогольном опьянении, не контролируя свое поведение, может начать употреблять инъекционные наркотики, что многократно увеличивает риск заражения ВИЧ. Поэтому человек должен несколько раз подумать, стоит ли терять контроль над своими действиями и какие из-за этого могут быть последствия для жизни.

С данными пациентами встречаются не только врачи-наркологи, но и врачи других специальностей, и наличие рискованного поведения у них несложно предположить, поэтому большое внимание должно уделяться до- и послетестовому консультированию при обследовании на ВИЧ-инфекцию, причем не только в специализированных учреждениях, но и в поликлиниках. Пациент должен не просто узнавать свой ВИЧ-статус, но и получать полную информацию об инфекции, способах инфицирования, оценивать наличие в своей жизни рисков заражения. Пациенты, имеющие наркологические проблемы, не всегда хотят об этом заявлять и пытаются скрывать свою зависимость. Нужно определить наличие или отсутствие факторов риска:

- особенности полового поведения;
- частоту смены половых партнеров;
- использование презервативов;
- наличие ВИЧ-инфицированных среди половых партнеров;
- внутривенное употребление наркотиков;
- наличие среди половых партнеров лиц с гомосексуальными предпочтениями, работников коммерческого секса.

Также нужно оценить, понимает ли пациент предоставляемую информацию, задумывается ли об изменении рискованного поведения. Необходимо также упомянуть о «периоде окна», который длится 3–6 месяцев. Результатом данной работы будет мотивация пациента изменить свое поведение для предотвращения инфицирования в будущем и принятие решения обратиться за специализированной наркологической помощью.

Таким образом, алкоголь, в отличие, например, от инъекционных наркотиков, не имеет прямого отношения к инфицированию ВИЧ. Но нужно учесть широкую распространенность его употребления и понять, что опосредованный вред его велик настолько, что можно поставить его в ряд важнейших факторов распространения ВИЧ-инфекции. ■



КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Туркин А.В., врач-инфекционист

В мире используется три основные классификации ВИЧ-инфекции. В России и странах СНГ используется классификация академика В. В. Покровского, предложенная в 1989 году, переработанная в 2001 году. Остальные страны преимущественно используют классификацию CDC и Клинические стадии ВОЗ для взрослых и подростков старше 15 лет. В данной статье мы рассмотрим данные классификации.

РОССИЙСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (В. В. Покровский, 2001)

Стадия 1 – инкубации – период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений «острой инфекции» и/или выработки антител. Продолжительность от 4 недель до 3 месяцев, крайне редко – до года. В этой стадии происходит активное размножение ВИЧ, но нет клинических проявлений и нет антител. Заражение другого лица возможно, а диагностика – минимальна (только эпиданамнез).

Стадия 2 – первичных проявлений – появление первого ответа организма на внедрение возбудителя в виде клинических симптомов и/или выработки антител на фоне продолжения активной репликации ВИЧ. Продолжается обычно до 12 месяцев после сероконверсии. Протекает в одной из трех форм.

Стадия 2А – бессимптомная – отсутствие клинических проявлений при появлении антител.

Стадия 2Б – острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний. У 50–90% пациентов в первые 3 месяца после заражения может проявляться различными клиническими симптомами: чаще – увеличение лимфатических узлов, лихорадка, фарингит, высыпания на коже и слизистых оболочках (уртикарные, папулезные, петехиальные). Возможны гепатоспленомегалия, диарея, иногда – асептический менингит, изредка – серозный менингит. Схожесть клинической картины определяет названия «мононуклеозоподобный синдром», «краснухоподобный синдром» – у 15–30%. У остальных – 1-2 симптома в любых сочетаниях. Могут возникнуть поражения аутоиммунной природы у отдельных больных. Острый ретровирусный синдром, как правило, опережает сероконверсию. Период полужизни вируса составляет 30 минут, за сутки обрывается около 1010 новых вирионов.

Стадия 2В – острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями (10–15% случаев). Характеризуется развитием иммунодефицита на фоне снижения уровня CD4-клеток и появлением различных вторичных заболеваний: бактериальные пневмонии, ангина, кандидозы и др. (хорошо поддаются терапии), более тяжелые – пневмоцистная пневмония, кандидозный



эзофагит. В редких случаях может наступить летальный исход.

Выявление ВИЧ-инфекции на этой ранней стадии очень важно, поскольку острая ВИЧ-инфекция может протекать с клиническими симптомами, которые не удастся объяснить. Назначение АРВТ на этой стадии способствует уменьшению симптомов и, возможно, замедляет дальнейшее прогрессирование болезни.

Лица с недиагностированной ВИЧ-инфекцией в острой стадии чаще заражают других людей, поскольку продолжают вести образ жизни, связанный с риском передачи ВИЧ, на фоне высокого уровня вирусной нагрузки, характерного для этой стадии заболевания. Вирусная нагрузка определяется через 17 (13–28) дней, антиген p24 – через 22 (18–34), положительный результат (ИФА) – через 25 (22–37).

Продолжительность клинических проявлений острой ВИЧ-инфекции варьирует от нескольких дней до нескольких месяцев (в среднем – 2–3 недели), но увеличение лимфоузлов остается и сохраняется обычно на протяжении всего заболевания. Клинические проявления острой ВИЧ-инфекции могут рецидивировать. Стадия 2 переходит в стадию 3. Крайне редко стадия 2 сразу переходит в стадию 4.

Стадия 3 – субклиническая – медленное прогрессирование иммунодефицита, компенсируемого за счет модификации иммунного ответа и избыточного воспроизводства CD4-лимфоцитов. Единственное клиническое проявление – увеличение лимфатических узлов. Скорость репликации вируса замедляется. Могут отмечаться (чаще у детей) анемия, тромбоцитопения. Продолжительность 3 ста-

дии – от 2–3 до 20 и более лет (в среднем 6–7 лет). Уровень CD4-клеток снижается в среднем на 50–70 кл/мкл/год.

Стадия 4 – стадия вторичных заболеваний. Сопровождается гибелью CD4-клеток и истощение их популяции при продолжении репликации ВИЧ, что приводит к возникновению и развитию вторичных инфекций и/или онкологических заболеваний на фоне иммунодефицита.

Стадия 4А. Потеря массы тела менее 10%, грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

В среднем развивается через 6–7 лет от момента заражения, проявляется бактериальными, грибковыми и вирусными поражениями слизистых оболочек и кожи, воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. Уровень CD4-лимфоцитов около 350 кл/мкл. Фазы:

- Прогрессирование (на фоне отсутствия противовирусной терапии, на фоне противовирусной терапии).
- Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой терапии, на фоне противовирусной терапии).

Стадия 4Б. Потеря массы тела более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца; волосатая лейкоплакия языка, туберкулёз легких; повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши.

Развивается в среднем через 7–10 лет от момента заражения – поражения кожи и слизистых оболочек носят более глубокий и обширный характер, склонны к затяжному течению, развиваются пора-

жения внутренних органов; может отмечаться локализованная саркома Капоши, потеря массы тела, лихорадка, поражение периферической нервной системы, туберкулез. В среднем уровень CD4-клеток составляет 200–350 кл/мкл.

Фазы:

- Прогрессирование (на фоне отсутствия противовирусной терапии, на фоне противовирусной терапии).
- Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой терапии, на фоне противовирусной терапии).

Стадия 4В. Кахексия; генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; кандидоз пищевода, бронхов, легких; внелегочный туберкулез; атипичные микобактериозы; диссеминированная саркома Капоши; поражения центральной нервной системы различной этиологии.

Начинается через 10–12 лет от момента заражения и характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни оппортунистических инфекций, их генерализованным характером, поражением ЦНС. Уровень CD4-лимфоцитов меньше 200 кл/мкл. Характерные для стадии 4 вторичные заболевания могут исчезать на какое-то время.

Стадия 5 – терминальная. Имеющиеся вторичные заболевания приобретают необратимое течение. Может продолжаться без АРВТ до нескольких месяцев. Клиническое течение ВИЧ-инфекции отличается большим разнообразием.

Фазы:

- Прогрессирование (на фоне отсутствия противовирусной терапии, на фоне противовирусной терапии).
- Ремиссия (спонтанная, после ранее проводимой терапии, на фоне противовирусной терапии). ►

Клиническое течение ВИЧ-инфекции без АРВТ (Lancet, 2006)

	Острая инфекция до 6 недель	Хроническая инфекция 1–10 лет	Поздняя стадия более 10 лет
Симптомы	Разные	Бессимптомная	Оппортунистические инфекции
Виремия (коп/мл)	10^6 - 10^7	10^5 - 10^6	10^5 - 10^7
Риск передачи ВИЧ	++++	++	+++
Цитотоксические Т-лимфоциты и антитела	0	++	++
Количество CD4-лимфоцитов/мкл	Более 600	300-500	Менее 200
Истощение лимфоидной ткани ЖКТ	Выраженное	Выраженное	Выраженное
Разнообразие штаммов ВИЧ	Нет	Умеренное	Огромное

ОЖИДАЕМЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА CD4-ЛИМФОЦИТОВ

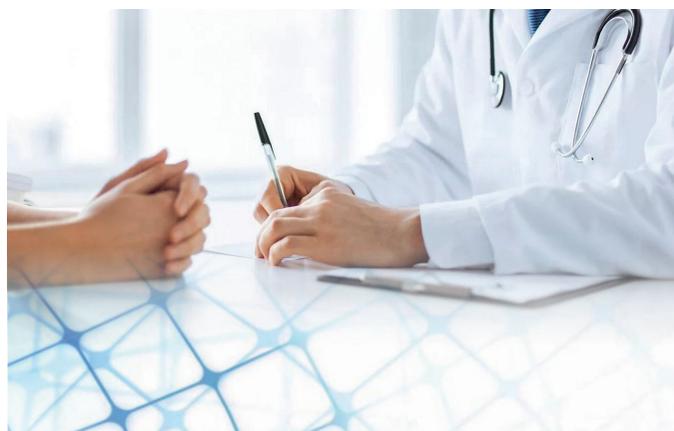
Количество CD4	Инфекционные осложнения	Неинфекционные осложнения
Более 500 /мкл	Острый ретровирусный синдром Кандидозный вагинит	ПГЛ Синдром Гийена-Барре Миопатия-Асептический менингит
200-500/мкл	Бактериальные пневмонии Туберкулез легких Опоясывающий лишай Кандидозный стоматит, фарингит Криптоспоридиоз Саркома Капоши Волосатая лейкоплакия языка	Дисплазия эпителия шейки матки и анального канала Рак шейки матки и анального канала В-клеточная лимфома Анемия Множественный мононеврит Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура Лимфогранулематоз Лимфоидная интерстициальная пневмония
Менее 200/мкл	Пневмоцистная пневмония Диссеминированный гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз Милиарный, внелегочный туберкулез Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия	Истощение, кахексия Периферическая нейропатия ВИЧ-деменция Кардиомиопатия Вакуолярная миелопатия Прогрессирующая полирадикулопатия Неходжкинские лимфомы
Менее 100/мкл	Диссеминация вируса простого герпеса Токсоплазмоз Криптококкоз Криптоспоридиоз хронический Микроспоридиоз Кандидозный эзофагит	
Менее 50/мкл	Диссеминация ЦМВ Диссеминированная МАК-инфекция (<i>Mycobact. avium</i>)	Первичная лимфома ЦНС

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ СПИДА

В США и по рекомендациям ВОЗ случаи СПИДа регистрируют при уровне менее 200 кл/мкл.

В РФ критерии определения случая СПИДа следующие:

- кандидоз трахеи, бронхов, легких, пищевода;
- кокцидиоидомикоз (диссеминированный или внелегочный). Кокцидиоидомикоз – болезнь, относящаяся к группе глубоких системных микозов, клинически характеризуется преимущественным поражением органов дыхания, кожи, подкожной клетчатки с образованием свищей и инфильтратов;
- рак шейки матки инвазивный;
- криптококкоз внелегочный. Криптококкоз – остро или хронически протекающий глубокий микоз, характеризующийся тяжелым течением с преимущественным поражением ЦНС, реже легких, кожи и слизистых оболочек;
- криптоспоридиоз с диареей более 1 месяца. Криптоспоридиоз – протозойное заболевание, протекающее преимущественно с поражением пищеварительного тракта, чаще наблюдается у детей и лиц с иммунодефицитом;
- ЦМВ-инфекция (поражение других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов у больных старше 1 месяца; ЦМВ-ретибит с потерей зрения);
- инфекция ВПГ (хронические язвы, не заживающие более 1 месяца, или бронхит, пневмония, эзофагит);
- энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ;



- прогрессирующая деменция, приводящая к затруднению повседневной деятельности;
- гистоплазмоз (диссеминированный или внелегочный). Гистоплазмоз относится к глубоким микозам, характеризуется полиморфизмом клинических проявлений – от легких и латентных форм до прогрессирующих заболеваний, заканчивающихся смертью больного. Преобладают легочные формы;
- изоспороз кишечника хронический (более 1 месяца);
- лимфома Беркитта;
- саркома Капоши;
- иммунобластная саркома;
- лимфома мозга первичная;
- микобактериозы, вызванные *M. avium-intracellulare*, или *M. kansasii*, или другими атипичными микобактериями (диссеминированные или с внелегоч-

- ными проявлениями, кожи, шейных или воротных лимфатических узлов);
- туберкулез внелегочный;
- сальмонеллезная (но не тифо-паратифозная) возвратная септицемия;
- пневмоцистная пневмония;
- пневмония возвратная (2 и более эпизода в течение одного года);

- прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия;
- токсоплазмоз головного мозга у пациентов старше 1 месяца;
- синдром истощения – потеря массы тела более 10% от исходной, или диарея продолжительностью не менее 1 месяца, или лихорадка более 1 месяца.

Классификация ВИЧ-инфекции и СПИДа неоднократно уточнялась и изменялась. В первой классификации ВОЗ от 1988 года выделяли 4 стадии. Эта классификация стала основой для других, которые уточняют и детализируют стадии болезни.

КЛАССИФИКАЦИЯ CDC была разработана в 1993 году Центром по контролю и профилактике заболевания США.

Число (%) CD4+ Т-лимфоцитов в 1 мкл	Клинические категории		
	А – бессимптомная острая (первичная) или ПГЛП (персистирующая генерализованная лимфаденопатия)	В – Манифестная	С – СПИД-индикаторные заболевания
1. > 500 (> 29 %)	A1	B1	C1
2. 200–499 (> 14–28 %)	A2	B2	C2
3. < 200 (< 14 %)	A3	B3	C3

(Цветом выделены категории A3, B3, C1, C2 и C3, которые подлежат учету как больные СПИД).

СИМПТОМЫ КЛИНИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ CDC:

А: острый ретровирусный синдром: генерализованная лимфаденопатия (ГЛАП), бессимптомное течение.

В: синдромы СПИД-ассоциированного комплекса: кандидоз полости рта, дисплазия шейки матки, органические поражения, опоясывающий герпес, идиопатическая тромбоцитопения, листериоз, лейкоплакия, периферическая нейропатия.

С: СПИД: кандидоз лёгких или пищевода, рак шейки матки, кокцидиоидоз, криптоспоририоз, цитомегаловирусная инфекция, герпетический эзофагит, ВИЧ-энцефалопатия, гистоплазмоз, изоспороз, саркома Капоши, лимфома, микобактериоз, пневмоцистоз, бактериальная пневмония, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия, сальмонеллез.

Клинические стадии ВОЗ для взрослых и подростков старше 15 лет были разработаны в 1990 году Всемирной организацией здравоохранения (дополнены и обновлены в 2006 г.) и опубликованы в «Протоколах ВОЗ по лечению и предупреждению ВИЧ/СПИД».

Острая ВИЧ-инфекция: асимптоматическая, острый ретровирусный синдром.

Клиническая стадия 1: асимптоматическая, персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛП).

Клиническая стадия 2: себорейный дерматит, ангулярный хейлит, рецидивирующие язвы полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев), опоясывающий лишай (распространённый лишай), рецидивирующие инфекции дыхательных путей – синусит, средний отит, фарингит, бронхит, трахеит, (два или бо-

лее эпизода в течение 6 месяцев), грибковые поражения ногтей, папулезный зудящий дерматит.

Клиническая стадия 3: волосатая лейкоплакия полости рта, необъяснимая хроническая диарея продолжительностью более 1 месяца, рецидивирующий кандидоз полости рта (два или более эпизода в течение 6 месяцев), тяжёлая бактериальная инфекция (пневмония, эмпиема, гнойный миозит, инфекции костей или суставов, менингит, бактериемия), острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит.

Клиническая стадия 4: лёгочный туберкулёз, внелегочный туберкулёз (исключая лимфаденопатию), необъяснимая потеря веса (более 10% в течение 6 месяцев), ВИЧ-истощающий синдром, пневмоцистная пневмония, тяжёлая или подтверждённая рентгенологически пневмония (два или более эпизода в течение 6 месяцев), цитомегаловирусный ретинит (с или без колита), вирус простого герпеса (англ. HSV) (хронический или персистирующий более 1 месяца), энцефалопатия, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, саркома Капоши и другие ВИЧ-обусловленные злокачественные новообразования; токсоплазмоз, диссеминированная грибковая инфекция (кандидоз, гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз), криптоспоририоз, криптококковый менингит, инфекция, вызванная нетуберкулёзными микобактериями, диссеминированная микобактериемия (англ. MOTT).

Если подкрепляются достаточными доказательствами, могут быть включены: карцинома заднепроходного отверстия и лимфома (Т-клеточная Ходжкинская лимфома). ■

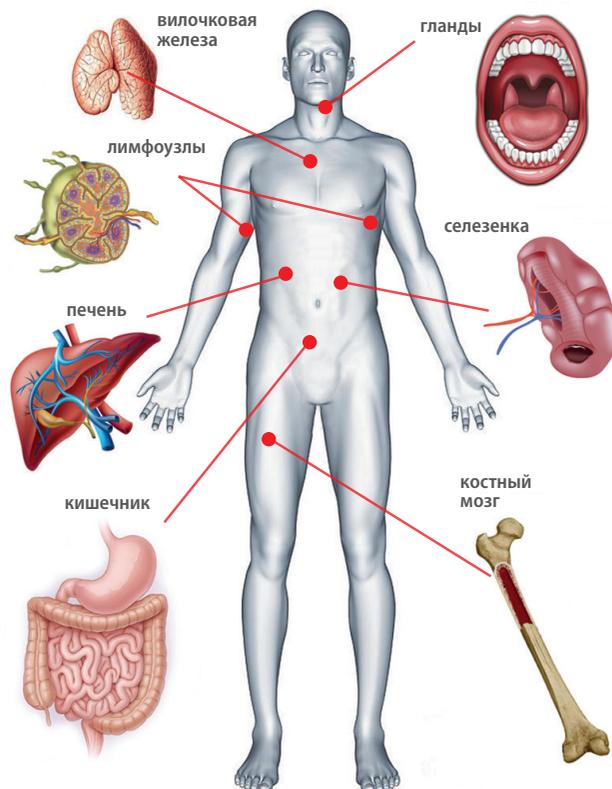
ИНФЕКЦИЯ И ИММУНИТЕТ: ВЗАИМОСВЯЗЬ, ОСОБЕННОСТИ

Рогова О.Л., врач-педиатр, аллерголог-иммунолог, инфекционист

Каждый человек в жизни сталкивается с заболеваниями. Однако одни люди страдают недугами редко, а другие постоянно. Первые относительно легко переносят болезнь, а вторые получают проблемы и даже осложнения. Почему же так происходит? Дело в том, что сила инфекции и вопрос соблюдения личной гигиены играют важную роль, но самое главное заключается в силе иммунной системы. Именно она определяет защиту организма от проникновения и развития болезнетворной микрофлоры. Зная механизм устройства системы и его особенности, можно повышать иммунитет, а в случае болезни выходить с минимальными потерями для здоровья.

Иммунитет – это способ защиты организма от генетически чужеродных веществ-антигенов экзогенного и эндогенного происхождения, направленный на поддержание и сохранение гомеостаза, структурной и функциональной целостности организма, биологической индивидуальности. Иммунная система (ИС) – это система органов и клеток, осуществляющая функцию распознавания и уничтожения чужеродных для организма веществ.

ИС защищает человека от бактерий, вирусов, паразитов. Защита организма его же средствами играет важную роль. Обеспечивает данный процесс иммунная система. Какие же органы входят в ее «состав»? Центральные органы представлены тимусом и костным мозгом. Здесь происходит формирование защитных элементов организма. Периферические органы иммунной системы позволяют элементам защиты обезвреживать вирусы. Сюда относят селезенку, лимфатические узлы, а также ряд других органов и тканей. Только взаимосвязь первой и второй группы органов дает общую систему, способную эффективно выполнять свою функцию. Интересный факт: селезенка является самым большим органом, формирующим иммунную систему.



ОРГАНЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА

От него зависит функционирование организма и, в частности, создание его защитных функций.

Откуда же ИС знает, что свое, а что чужеродное? Эти знания ИС получает по наследству.

На ранних этапах внутриутробного развития, когда начинает функционировать собственная ИС плода, ее клетки знакомятся с тканями и запоминают их на всю жизнь как свои. Все остальное – чужеродное и подлжет уничтожению.

ВИДЫ ИММУНИТЕТА



Так происходит в идеале. Но существуют 2 грубые ошибки иммунитета:

1. Заключается в снижении бдительности. ИС не распознает и вовремя не уничтожает чужеродные субстанции, например – бактерии. Они, попадая в организм, вызывают заболевания, с которыми трудно справиться, даже при помощи антибактериальных препаратов. Это состояние – иммунодефицит.
2. Необоснованное повышение бдительности: ИС слишком бурно реагирует на контакт с чужеродной субстанцией и в результате наносит вред своему собственному организму. Именно это является основой развития atopических заболеваний.

ПРОЦЕСС СОЗРЕВАНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Процесс созревания ИС ребенка характеризуется наличием критических периодов (КП). Знание КП становления ИС делает понятным скачкообразный характер заболеваемости в различные периоды детства.

Первый КП – период новорожденности (до 29 дня жизни). ИС находится в состоянии физиологической депрессии, носит пассивный характер (за счет материнских антител) с неразвитой системой фагоцитоза (клеточного захвата и уничтожения микробной флоры). У ребенка имеется склонность к генерализации микробно-воспалительного процесса, сепсису.

Второй КП (3–6 мес.) – ослабление пассивного гуморального иммунитета в связи с уменьшением материнских антител. На антигены развивается активный первичный иммунный ответ с образованием IgM, не оставляющих иммунологической памяти. Проявляется недостаточность системы местного иммунитета, что выражается в повторных ОРВИ. Проявляются наследственные иммунодефициты, пищевая аллергия.

Третий КП – 2-й год жизни, расширяются контакты с внешним миром. ИС уже полноценно функционирует, активизируется функция лимфоцитов, есть достаточное количество IgG, формируется собственный долговременный иммунитет. Но по-прежнему сохраняется дефицит местного иммунитета, что приводит к частым ОРВИ.

Первые 3 КП характеризуются низкой сопротивляемостью по отношению к инфекциям. Острые тонзиллиты у детей двух лет жизни на 80% связаны с вирусами, а из бактерий преобладает стафилококк. Аденоиды и тонзиллиты носят рецидивирующий характер, что приводит к гиперплазии (разрастанию) миндалин (это к вопросу, откуда берутся часто болеющие дети).

Четвертый КП – 4–6-й годы жизни. Синтез антител, кроме IgA, достигает величин взрослых, повышается уровень IgE. Система местного иммунитета еще до конца не сформирована. Начинают проявляться наследственные дефекты ИС.

Пятый КП – подростковый возраст. Половые гормоны, синтезируемые в этот период, угнетают иммунитет. Развиваются аутоиммунные и лимфопролиферативные заболевания, повышается восприимчивость к микробам. Нарастает воздействие экзогенных факторов (курение).

КАК РАБОТАЕТ ИММУННАЯ СИСТЕМА

ИС включает центральные органы – костный мозг и вилочковую железу (тимус) и периферические – селезенку, лимфатические узлы, лимфатические фолликулы ЖКТ. Эти органы вырабатывают несколько типов клеток, которые и осуществляют надзор за постоянством клеточного и антигенного состава организма. В центральных органах происходит созревание лимфоцитов.

Клеточный иммунный ответ обеспечивают Т-лимфоциты, которые участвуют в иммунных реакциях по двум направлениям: с одной стороны, помогают лимфоцитам опознать чужеродный фактор (антиген) и стимулировать их к выработке сложных молекул антител, а с другой – Т-лимфоциты после антигенной активации способны сами растворять или уничтожать антигены напрямую.

Гуморальный иммунный ответ осуществляется через кровь, лимфу, межклеточную жидкость. Основными факторами гуморального иммунного ответа являются специфические белки – антитела, которые синтезируются В-лимфоцитами. Антитела (они же иммуноглобулины) взаимодействуют с определенными антигенами и связывают их.

Действия иммуноглобулинов:

- IgG – обеспечивает защиту от вирусов и бактериальных инфекций (поздние антитела);
- IgM – защищает от бактерий брюшного тифа, вирусов (ранние антитела);
- IgA, IgD – активизирует местный иммунитет;
- IgE – участвует в аллергических реакциях и противогельминтном иммунитете (если повышен общий IgE и нет никаких проявлений аллергии, то это чаще всего глисты).

Факторы, приводящие к снижению иммунитета

- Долгосрочные тяжелые стрессы (например, угроза смертельной болезни, войны), недоедание (речь идет не о нехватке фруктов зимой, а о самом настоящем дефиците еды), длительный дефицит определенных микроэлементов и витаминов (в виде авитаминоза). Если эти состояния длятся месяцами и годами, они действительно снижают эффективность защитных механизмов иммунной системы.
- Некоторые хронические заболевания, влияющие на иммунную систему (например, сахарный диабет).
- Врожденные и приобретенные (СПИД) иммунодефициты, а также процедуры, разрушающие иммунную систему (химиотерапия, иммуносупрессивная терапия).
- Возраст. У пожилых людей падает эффективность работы всех систем, в том числе и иммунной. Например, количество Т-лимфоцитов, которые должны вырабатываться в ответ на проникновение инфекции в организм, с возрастом заметно снижается, сопротивляемость болезням падает.

В зависимости от способа проникновения и особенностей инфекции, различают виды инфицирования:

- Общий – здесь возбудитель болезни распространяется через кровь ко всем органам. При общем виде▶

инфицирования стоит принимать соответствующие меры (в зависимости от заболевания).

- Локальный – любое повреждение кожных покровов позволяет инфекции проникать в организм. Чем больше разрыв тканей, тем быстрее вирус попадает в организм.
- Генерализованный – вид инфекции, отличающийся наибольшей опасностью. Суть в том, что распространение происходит по двум системам: кровеносной и лимфатической, в этом и заключается коварство данного вида.
- Латентный – опасность в том, что патогенный организм не проявляет определенное время симптоматики.
- Интеркуррентный – здесь инфекции относятся к той группе, что разрушает иммунную систему.
- Манифестный – характеризуется острым течением заболевания.
- Очаговый – здесь поражается конкретный орган.

Как видно, видов инфекций достаточно много. Все зависит от способа их проникновения и особенностей воздействия на организм. Поэтому инфекция и иммунитет должны рассматриваться вместе, когда речь идет о заболевании.

Как только в организм проникает вирус и начинает разрушать клетки, Т-лимфоциты начинают посылаться иммунной системой. Они уничтожают вирус. Успех дела зависит от целого ряда факторов. Так, своевременное лечение, соблюдение режима и хорошее питание – вот основные факторы, влияющие на развитие защитных функций. Особое понятие «постинфекционный иммунитет» – термин, имеющий практическое значение. Так, он возникает после перенесенного заболевания. Как правило, держится от нескольких месяцев и до определенного количества лет. Все зависит от конкретного заболевания. Если человек переболел ветряной оспой, то иммунитет к этому заболеванию сохраняется на протяжении всей жизни человека. В целом же после многих недугов постинфекционный иммунитет может сохраняться до трех лет. Приведем еще один пример. Обычная простуда может быть вызвана инфекцией, которая проявит себя уже на второй день. Повышается температура, иногда першит горло. Если соблюдался режим отдыха и «лежания» при обильном питье, а таблетки и лекарства не принимались до температуры 37,5 градуса, то можно рассчитывать, что иммунная система сформировала временную защиту на конкретную разновидность простуды. Вообще, постинфекционный иммунитет многообразен и требует детального рассмотрения.

Заболевания, поражающие иммунную систему, являются самыми опасными: они разрушают лейкоциты и те вещества, что активно участвуют в борьбе с вирусными инфекциями. Выделяют целый спектр таких заболеваний. Среди них самой печально известной является ВИЧ-инфекция. Коварный вирус не дает знать о себе в течение нескольких месяцев. Происходит внедрение в клетки его вирусных элементов. Поэтому инфекция и иммунитет в данном случае сливаются в одно целое: ведь вирус внедряется в полезные вещества и клетки, постепенно разрушая их. Со времени ВИЧ вызывает СПИД. Люди погибают не от этого заболевания в прямом понимании слова, а от любого недуга: СПИД вы-

зывает снижение и даже полное отсутствие защитных функций организма. В связи с этим даже небольшая простуда может стать смертным приговором. Не всегда ВИЧ-инфекция губит человека. Около 10 процентов белого населения земного шара имеет защиту. Дело в том, что это обуславливается мутацией лейкоцитов. Они просто не позволяют вирусу проникать в клетки. Поэтому данная инфекция гибнет. Также различные разновидности гепатита негативно сказываются на здоровье, поражая иммунную систему. С ними можно бороться. Важно следовать инструкциям и советам лечащего врача. Только при таком подходе можно судить о выздоровлении.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТУ

Если температура не превышает отметку в 37,5 градуса, то желательно не использовать лекарственные препараты. Лучше налегать на фрукты и обильное потребление жидкости: вода, травяной чай. Хорошо кушать куриный бульон. Хорошим способом запустить работу иммунной системы на высшем уровне выступит простое одеяло: стоит закутаться, чтобы пропотеть. Это верный способ быстро прогнать болезнь. Важно не забывать о том, что вызов врача является неотъемлемым шагом на пути к выздоровлению. Ведь важно точно поставить диагноз, чтобы назначить рационально подобранное лечение. Вообще, антибиотики разрушают микрофлору кишечника, что отрицательно сказывается на иммунитете, однако иногда не бывает другого выхода. Поэтому после курса подобных препаратов стоит пропить лекарства, восстанавливающие микрофлору кишечника. Это поможет повысить иммунитет после перенесенной болезни и принятых антибиотиков. Начать стоит с налаживания пищеварения. Известно, что хорошее пищеварение является залогом высокого иммунитета. Разумеется, сразу давать физическую нагрузку на организм нельзя! Нужно постепенно заниматься спортом, осторожно дозируя нагрузку. Важно позаботиться о витаминных и минеральных комплексах, которые стоит употреблять в соответствии с инструкцией. Все это благотворно складывается на здоровье людей. Каждая деталь важна. Стоит понимать: инфекция и иммунитет являются неразрывными понятиями. Иммунная система всегда защищает организм человека. Часто вирусы не способны развиваться, благодаря лимфоцитам. Однако бывает, что вирус начинает размножаться и даже эволюционировать. Важно помочь организму. Для этого принимают лекарства, в число которых входят антибиотики. Немаловажное значение в вопросе исцеления играет режим отдыха и питания. Больше витаминов, меньше вредной пищи. Тогда иммунная система сможет функционировать на должном уровне. В этом смогли убедиться многие люди. Иммунитет можно поднимать, следя за своим рационом и физической нагрузкой. Неплохо пить витаминные комплексы, следуя четким инструкциям и рекомендациям. Иммунная система, работающая на должном уровне, всегда предотвращает возникновение заболеваний. Если же оно появилось, то хороший иммунитет сможет справиться оперативно с болезнью, позволив избежать осложнений. Иммунная система всегда стоит на страже здоровья. После инфекции, с которой она справилась, важно дать определенное время на восстановление организма. После проявится постинфекционный иммунитет. ■

ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Игнатъева Н.А., врач аллерголог-иммунолог, инфекционист

У больных с ВИЧ-инфекцией встречается огромное разнообразие вторичных заболеваний. Это и бактериальные, и вирусные, и грибковые проявления. Появление таких заболеваний на фоне иммунодефицита и выявление на поздних стадиях определяет продолжительность жизни людей и является основной причиной их смертности. Летальные исходы ВИЧ-инфицированных связаны, прежде всего, с поздней диагностикой вторичных заболеваний, а это значит позднюю постановку их на диспансерный учет и позднее назначение ВААРТ.

В последние годы в структуре вторичных проявлений у больных с ВИЧ-инфекцией пневмоцистная пневмония занимает 3 место. Это истинно оппортунистическое СПИД-индикаторное заболевание. Развивается такая пневмония только в условиях иммунодефицита. У ВИЧ-инфицированных больных иммунодефицит зависит от уровня CD4 лимфоцитов. Известно, что при CD4 в крови 500 клеток/мкл и более встречаются бактериальные бронхиты и пневмонии. При содержании CD4 в крови от 500 до 200 клеток/мкл присоединяется туберкулез легких, а при CD4 клеток менее 200 в 1 мкл – туберкулез, ЦМВ-инфекция, пневмоцистная и грибковая пневмония.

Возбудитель пневмоцистной пневмонии – *Pneumocystis jiroveci* – относится к условно-патогенным микроорганизмам, обладает тропизмом к легочной ткани. Весь свой жизненный цикл (трофозоит, прециста, циста, спорозоит) пневмоциста проходит в альвеолярной ткани. В условиях стойкого иммунодефицита, размножаясь, пневмоцисты заполняют всё альвеолярное пространство. Тем самым механически повреждается интерстиций легких.

Характерными клиническими проявлениями пневмоцистной пневмонии являются: постепенное начало, одышка инспираторная в начале при физической нагрузке, а затем и в покое, сухой навязчивый кашель, выраженная и стойкая лихорадка, признаки пневмоторакса.

Диагноз основывается на клинике заболевания, КТ легких и рентгенологических данных, результатах лабораторных исследований. Нередко сочетание пневмоцистной пневмонии с туберкулезом затрудняет диагностику. Рентгенография органов грудной клетки и КТ легких у больных пневмоцистной пневмонией на фоне ВИЧ-инфекции имеет как классические изменения, так и атипичные. Классические изменения проявляются в виде так называемого «лоскутного одеяла»: диффузного увеличения плотности легочной ткани по типу «матового стекла», ретикулярных изменений (утолщение междольковых и внутримальковых перегородок), формирования кист. Атипичные проявления пневмоцистной пневмонии могут быть в виде мозаичного типа распреде-



Клинические проявления – нарастающая дыхательная недостаточность

ления зон «матового стекла», множественных очагов деструкции, асимметричных ретикулярных изменений.

Лабораторное подтверждение данного диагноза – это обнаружение ДНК – *Pneumocystis jiroveci* в бронхоальвеолярном лаваже и биоптатах бронхов, обнаружение цист возбудителя в мокроте и бронхоальвеолярном лаваже. Однако, в связи с высоким риском развития у таких больных пневмоторакса, следует воздержаться от диагностической бронхоскопии и исследовать косвенные лабораторные подтверждения: уровень ЛДГ (повышение), парциальное давление кислорода (понижение), высокое СОЭ, выраженный иммунодефицит (низкие CD4, высокая вирусная нагрузка).

При любом подозрении на пневмоцистную пневмонию больного с выраженным иммунодефицитом необходимо госпитализировать в инфекционный стационар и этиотропное лечение следует начать немедленно. Основным препаратом для лечения всех пациентов является триметоприм/сульфаметоксазол (бисептол). Препарат назначают из расчета по триметоприму 20 мг на кг в сутки – каждые 6–8 часов в течение 21 дня. При неэффективности или непереносимости триметоприма препаратами резерва являются дапсон, клиндамицин. После выписки из стационара больной продолжает прием препарата триметоприм/сульфаметоксазол длительно с профилактической целью до повышения CD4 лимфоцитов до 200 кл в 1 мкл.

В настоящее время в связи с увеличением больных с ВИЧ-инфекцией мы все чаще будем встречаться с заболеванием пневмоцистная пневмония. Диагностика её сложная, т.к. не все лечебно-профилактические учреждения имеют рекомендуемые лабораторно-инструментальные методы. Это и приводит к поздней диагностике и высокой смертности от этого заболевания. ■

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Аль Каиси Зухиер Джамаль, врач-дерматовенеролог



ВИЧ напрямую не влияет на кожу. Однако поскольку ВИЧ влияет на способность организма бороться с инфекцией, у людей с ВИЧ повышается вероятность развития определенных проблем со здоровьем, включая кожные заболевания (приблизительно у 90% пациентов).

Кожные инфекции у людей с ВИЧ часто называют оппортунистическими инфекциями. Некоторые вирусы и бактерии, которые могут не вызывать заболевания у здорового человека, поражают организм с ослабленной иммунной системой. Кожные проявления также могут развиваться как побочный эффект лечения ВИЧ. Тяжесть поражений кожи может варьироваться. В одних случаях поражается только

небольшой участок кожи, в других – десятки и более.

Лимфоциты – это лейкоциты, которые помогают бороться с инфекцией. CD4 – это маркер, который измеряет количество лимфоцитов в организме человека, отвечающий за иммунитет. Чем ниже число CD4, тем больше вероятность того, что у человека появятся определенные поражения кожи. В свою очередь, чем выше уровень CD4 у пациента с ВИЧ, тем лучше он может бороться с инфекциями, включая те, которые поражают кожу. Но важно понимать и то, что наличие определенных поражений кожи не обязательно указывает на наличие ВИЧ у человека. Кожные заболевания у человека возникают на любой из 4 стадий ВИЧ:

- **1 стадия** – острый ВИЧ. Вирус быстро размножается в организме, вызывая симптомы, напоминающие грипп.
- **2 и 3 стадия** – хронический ВИЧ. Вирус размножается медленнее, и человек может вообще не чувствовать никаких симптомов. Эта стадия может длиться 10 лет или дольше.
- **4 стадия и СПИД.** Иммунная система сильно пострадала от ВИЧ. Количество клеток CD4 падает ниже 200 клеток на кубический миллиметр (мм³) крови. Нормальное количество составляет от 500 до 1600 клеток на мм³.

Различают следующие кожные заболевания:

- папулосквамозные дерматозы (себорейный дерматит, псориаз) и аллергодерматозы;
- инфекции, в том числе бактериальные, грибковые, вирусные и паразитарные;
- рак кожи.

Грибковые инфекции особенно распространены, когда иммунная система находится на третьей стадии. Инфекции, которые появляются на этой стадии, часто называют оппортунистическими. Ряд бактериальных, грибковых, вирусных и паразитарных инфекций поражает людей с ВИЧ. Наиболее часто контактные инфекции включают в себя:

Кандидоз. ВИЧ может привести к оральной форме инфекции, вызванной грибом *Candida albicans* (*C. albicans*), и кожным проявлениям. Данная рецидивирующая инфекция вызывает болезненные трещины в уголках рта (так называемый угловой хейлит – заеды) или толстый белый слой на языке. Это происходит при меньшем количестве клеток CD4. Предпочтительным методом лечения является антиретровирусная терапия (ВААРТ) с увеличением количества CD4 и противогрибковые препараты.

Другие грибковые инфекции, наблюдаемые у людей с ВИЧ, включают:

- Эпидерматофитии, встречающиеся во влажных складках кожи, таких как пах или подмышки. Приводят к боли и покраснению;
- Онихомикозы, которые могут вызвать утолщение и деформацию ногтей;
- Микозы стоп, которые могут вызвать боль и отек стоп;
- Вагинальные дрожжевые инфекции. Для их лечения могут быть использованы различные противогрибковые препараты. Другие методы лечения молочницы включают полоскания и оральные таблетки. Влажные инфекции дрожжей также можно лечить с помощью альтернативных средств, таких как борная кислота и масло чайного дерева. Из личного опыта хотелось бы подчеркнуть великолепный эффект масла чайного дерева при лечении различных форм онихомикозов.

Сифилис вызывается бактерией *Treponema pallidum*. Данное заболевание приводит к безболезненным язвам или шанкрам на половых органах или во рту. Вторичная стадия сифилиса также приводит к ангине, увеличенным лимфатическим узлам и сыпи. Сыпь без зуда обычно появляется на ладонях или подошвах.

Человек может заразиться сифилисом только через прямой контакт (сексуальный) с сифилитическими язвами. Сифилис обычно лечат инъекцией пенициллина. В случае аллергии на пенициллин используется другой антибиотик.

Поскольку сифилис и ВИЧ имеют одни и те же факторы риска, пациенты, которым поставлен диагноз сифилиса, должны пройти скрининг-тест на ВИЧ.

Вирус герпеса – опоясывающий лишай. Заболевание вызвано вирусом ветряной оспы, тем же вирусом, что и ветряная оспа. Опоясывающий лишай может привести к болезненной кожной сыпи и появлению волдырей. Это может появиться, когда человек находится на ранней или поздней стадии ВИЧ.

Пациент с данным диагнозом должен пройти скрининг-тест на ВИЧ, если его ВИЧ-статус неизвестен, потому что опоясывающий лишай встречается чаще и протекает тяжелее у людей, живущих с ВИЧ.

Лечение часто включает схемы противовирусных препаратов. Однако боль, связанная с повреждениями, может сохраняться еще долго, поэтому данные пациенты должны наблюдаться у невролога.

Вирус простого герпеса (ВПГ). Хронический и постоянный вирус простого герпеса (ВПГ) является определяющим СПИД состоянием. Его присутствие указывает на то, что человек достиг этой самой продвинутой стадии ВИЧ. ВПГ вызывает герпес на губах и лице, а также генитальные поражения. Поражения от ВПГ являются более тяжелыми и стойкими у людей с прогрессированием заболевания ВИЧ без ВААРТ.

Лечение может проводиться эпизодически, по мере возникновения рецидивов, или ежедневно. Ежедневное лечение известно как супрессивная терапия.

Контагиозный моллюск характеризуется розовыми мелкими узелками на коже. Этот очень заразный вирус кожи часто поражает людей с ВИЧ. Повторные процедуры могут быть необходимы, чтобы полностью избавиться организм от этих нежелательных элементов. Очаги, вызванные контагиозным моллюском, обычно безболезненны. Данное заболевание может присутствовать на любой стадии ВИЧ, но быстрый рост и распространение контагиозного моллюска является маркером прогрессирования заболевания. Это часто наблюдается, когда количество CD4 падает ниже 200 клеток на мм³ (что также является точкой, когда у человека диагностируется СПИД).

Контагиозный моллюск не вызывает каких-либо серьезных медицинских осложнений, поэтому лечение в основном косметическое. Текущие варианты лечения включают замораживание жидким азотом, актуальные мази и лазерное удаление.

Оральная волосатая лейкоплакия – это инфекция, которая связана с вирусом Эпштейна-Барр (EBV). Если человек носитель EBV, он останется в его теле до конца жизни. Вирус обычно находится в состоянии покоя, но его можно реактивировать, когда иммунная система ослаблена (как это происходит при ВИЧ). Проявляется толстым белым наложением на языке. Волосатая лейкоплакия полости рта обычно безболезненна и проходит без лечения. Хотя местного лечения поражений не требуется, люди с ВИЧ продолжают прием антиретровирусной терапии (ВААРТ). Это улучшит иммунную систему организма, что также может помочь EBV бездействовать.

Бородавki представляют собой наросты на верхнем слое кожи или слизистой оболочки. Они вызваны вирусом папилломы человека (ВПЧ). Обычно напоминают неровности с черными точками на них (известные как семена). Эти семена обычно находятся на тыльной стороне рук, носу или нижней части ног. Генитальные бородавki, однако, обычно темного или телесного цвета, с верхушками, похожими на цветную капусту. Они могут появляться на бедрах, во рту и горле, а также на области половых органов.

ВИЧ-позитивные люди подвергаются повышенному риску анального и цервикального ВПЧ, поэтому важно, чтобы они чаще подвергались анальному и

цервикальному мазку Папаниколау. Бородавки можно лечить с помощью нескольких процедур, в том числе замораживания или удаления при небольших операциях. Однако из-за ВИЧ иммунной системе намного труднее избавиться от бородавок и предотвратить их появление в будущем.

ВИЧ увеличивает риск развития некоторых видов рака, в том числе тех, которые поражают кожу.

Карцинома. Люди с ВИЧ могут быть более склонны, чем население в целом, к развитию базальноклеточной карциномы (BCC) и плоскоклеточной карциномы (SCC). BCC и SCC являются наиболее распространенными типами рака кожи в Соединенных Штатах. Однако они редко угрожают жизни. Оба состояния связаны с прошлым пребыванием на солнце и имеют тенденцию затрагивать голову, шею и руки. Датское исследование «Надежный источник людей, живущих с ВИЧ», обнаружило повышенный уровень ОЦК у ВИЧ-позитивных мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ). Повышенные показатели SCC также наблюдались у людей с низким количеством CD4.

Лечение состоит из операции по удалению наростов кожи. Криохирургия также может быть выполнена.

Меланома является редкой, но потенциально смертельной формой рака кожи. Она обычно вызывает родинки, которые являются асимметричными, красочными или относительно большими. Внешний вид этих родинок может меняться со временем. Меланома также может вызывать полосы пигментации под ногтями. Данное заболевание проявляет себя очень агрессивно: быстро прогрессирующая опухоль у людей, живущих с ВИЧ, особенно у людей со светлой кожей.

Как и карциномы, меланому также лечат хирургическим путем, чтобы удалить наросты, или используют криохирургию.

Саркома Капоши (KS) является формой рака, которая влияет на слизистую оболочку кровеносных сосудов. Проявляется как темно-коричневые, фиолетовые или красноватые поражения кожи. Данная форма рака может поражать легкие, пищеварительный тракт и печень, что вызывает одышку, затрудненное дыхание и отек кожи. Эти поражения часто появляются, когда количество лейкоцитов (WBC) резко падает. Появление таких изменений на коже обычно является признаком того, что ВИЧ превратился в СПИД и что иммунная система серьезно скомпрометирована.

Саркома Капоши положительно реагирует на химиотерапию, облучение и хирургию. Антиретровирусные препараты (ВААРТ) значительно сократили число новых случаев KS у людей с ВИЧ, а также серьезность существующих случаев KS.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛЕКАРСТВ ОТ ВИЧ

Некоторые распространенные лекарства от ВИЧ также могут вызывать сыпь, в том числе:

- нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ), такие как эфавиренз или рилпивирин;
- ингибиторы нуклеозидной обратной транскриптазы (НИОТ), такие как абакавир;
- ингибиторы протеаз, такие как ритонавир, атазанавир (реатаз).

ДИАГНОСТИКА

После изучения истории болезни и дерматологического осмотра часто можно поставить диагноз. В некоторых случаях может быть выполнена биопсия кожи. Данная процедура включает в себя соскоб пораженных участков кожи и исследование клеток под микроскопом, для того чтобы можно было определить причину и назначить правильное лечение.

ПРОФИЛАКТИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ

Время, необходимое для заживления кожных повреждений, может варьироваться в зависимости от причины. Кожные инфекции, которые развиваются у людей с ВИЧ, могут заживать дольше или требовать более длительного лечения, но это зависит от того, насколько ослаблена их иммунная система.

Возможно, не удастся предотвратить все кожные поражения, которые могут развиваться у людей с ВИЧ, но можно снизить вероятность их развития. Многие инфекции, вызывающие поражения кожи, являются оппортунистическими, поэтому нужно поддерживать иммунную систему на максимальном уровне.

Прием противовирусных препаратов увеличивает количество клеток CD4, что помогает защитить их от оппортунистических инфекций. Правильное питание, достаточный отдых и регулярные физические упражнения также могут сыграть роль в поддержании здоровья иммунной системы.

Если у человека есть ВИЧ, он, вероятно, испытает на себе одно или несколько из этих кожных заболеваний. Однако постановка диагноза на ранних стадиях ВИЧ, раннее назначение ВААРТ и приверженности к терапии помогут людям избежать более серьезных симптомов. Имейте в виду, что многие кожные заболевания, связанные с ВИЧ, улучшатся с помощью антиретровирусной терапии (ВААРТ). Лечение может потребоваться для их решения индивидуально или все сразу.

Если на коже присутствует сыпь, рассмотрите возможность обсуждения симптомов с врачом-инфекционистом и дерматологом. Они оценят тип сыпи, рассмотрят текущие лекарства и назначат план лечения для облегчения симптомов. ■



ИППП – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

Колесова О.А., врач-гинеколог

В настоящее время насчитывается более 20 возбудителей инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в том числе бактерии, вирусы, дрожжевые грибы, простейшие и членистоногие.

Основные клинические проявления ИППП:

- зуд и жжение в области половых органов;
- очень частое, болезненное мочеиспускание;
- необычные выделения и запах из половых органов;
- покраснение в области половых органов и заднего прохода;
- появление сыпи на теле;
- язвочки, пузырьки, прыщики на половых органах, вокруг анального отверстия, во рту, на губах;
- увеличение лимфатических узлов, особенно в паховой области;
- боль внизу живота, боль во влагалище во время полового акта, кровянистые выделения из влагалища между менструациями (у женщин).

Необходимо помнить о том, что данные проявления могут быть как единичные, так и в комбинации.

ОСНОВНЫЕ ИППП:

ВИЧ – ИППП с преимущественным поражением органов и систем (головной мозг, нервная и лимфатическая системы). Клиническое течение ИППП у ВИЧ-инфицированных пациентов может проходить гораздо тяжелее: инфекции усугубляют течение болезни, приводят к быстрому истощению иммунной системы у ВИЧ-инфицированных больных, существенно снижают качество их жизни, а эффективность традиционной терапии становится значительно ниже. СПИД – это терминальная стадия ВИЧ. Одним из первых клинических симптомов ВИЧ-инфекции является мононуклеозоподобный синдром, который включает в себя увеличение лимфатических узлов, лихорадку, фарингит, высыпания на коже и слизистых оболочках, реже – боли в мышцах и суставах.

Сифилис – это системное заболевание, одна из причин образования язв гениталий (твердый шанкр – проявление первичного сифилиса); врожденный сифилис – сифилис, передавшийся от матери ребенку во время беременности.

Гонорея – типичным проявлением заболевания служат выделения из уретры или влагалища, а также выделения из глаз новорожденного.

Трихомониаз – проявляется характерными желто-зелеными, обильными выделениями из влагалища и раздражением вульвы у женщин и бессимптомным течением у мужчин. У многих женщин симптоматика стерта.

Мягкий шанкр (шанкرويد) – инфекция с образованием язв гениталий и болезненных увеличенных регионарных лимфоузлов, иногда с нагноением; повышает риск инфицирования ВИЧ.

Генитальный герпес – рецидивирующее неизлечимое вирусное заболевание, для которого характерно образование пузырьков на половых органах. Переда-

ется лицами, которые не знают о своей инфекции или не считают нужным предохраняться в периоде ремиссии.

Хламидиоз – одна из возможных причин выделений из влагалища, уретры, а также глаз новорожденных. Одна из причин бесплодия трубного генеза.

Бактериальный вагиноз – клинический синдром, развивающийся в результате замещения представителей нормальной флоры (лактобацилл) влагалища анаэробными бактериями и др. Это наиболее распространенная причина выделений из влагалища и неприятного запаха, однако половина женщин, страдающих бактериальным вагинозом, не предъявляют жалоб. Заболевание редко наблюдается у женщин, не живущих половой жизнью. Лечение половых партнеров не проводится.

Урогенитальный кандидоз – типичными симптомами являются зуд и выделения из влагалища. Также могут отмечаться сухость влагалища, жжение в области вульвы, диспареуния и внешняя дизурия.

Папилломавирусная инфекция (ВПЧ) – клинически проявляется кондиломами на коже или слизистой оболочке половых органов. Определенные типы ВПЧ являются онкогенными.

ПОСЛЕДСТВИЯ

Если ИППП не диагностирована и не пролечена на ранней стадии, то она может привести к таким серьезным осложнениям, как:

- бесплодие (как у мужчин, так и у женщин);
- невынашивание или недонашивание беременности (выкидыши и преждевременные роды);
- гипотрофия плода;
- инфицирование ребенка во время беременности (например, врожденный сифилис, ВИЧ-инфекция), родов (например, гонорейный конъюнктивит новорожденных, ВИЧ-инфекция) и в послеродовом периоде (например, заражение ребенка сифилисом или гонореей контактно-бытовым путем, а также ВИЧ-инфекцией во время грудного вскармливания);
- внематочная беременность;
- злокачественные новообразования половых органов и прямой кишки.

Поэтому беременных и их половых партнеров необходимо консультировать по вопросам ИППП, в том числе рассказывая о риске перинатальных инфекций.

При выявлении ИППП обязательно нужно обследовать женщин, а также их половых партнеров, на ВИЧ-инфекцию.

Как защититься?

На сегодняшний день единственным достаточно эффективным средством, предохраняющим от заражения ИППП (в том числе от ВИЧ) при половых контактах, является презерватив. Презерватив следует применять при всех видах половых контактов (вагинальный, анальный, оральный), при этом необходимо правильно его использовать. Небарьерные контрацептивные методы (вагинальные спермициды, контрацептивные губки и диафрагмы), хирургическая стерилизация и гистерэктомия не обеспечивают защиту от ИППП и ВИЧ. ■

ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Казачек А.В., заместитель главного врача по лечебной части, врач акушер-гинеколог

Беременные относятся к группе риска тяжелого течения вирусных заболеваний, в том числе вызванных другими вирусами из линии BetaCoV, тем не менее имеющиеся на сегодняшний день данные не демонстрируют такого риска при COVID-19. Специфических клинических проявлений COVID-19 у беременных женщин не зарегистрировано.

Группу наиболее высокого риска развития тяжелых форм COVID-19 составляют беременные с соматическими заболеваниями: хронические заболевания легких, в том числе бронхиальная астма средней и тяжелой степени тяжести, значимые заболевания сердца, ослабленный иммунитет, включая лечение онкологических заболеваний, тяжелое ожирение, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, заболевания печени, антифолипидный синдром.

Прогноз для матери и плода зависит от триместра гестации, в котором возникло заболевание, наличия преморбидного фона (курение, ожирение, фоновые заболевания органов дыхательной системы и ЛОР-органов, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция), степени тяжести инфекционного процесса, наличия осложнений и своевременности начала противовирусной терапии.

Тактика ведения беременной с COVID-19 определяется междисциплинарным консилиумом. При легком течении COVID-19 возможно пролонгирование беременности до доношенного срока. При среднетяжелом и тяжелом течении заболевания до 12 недель гестации в связи с высоким риском перинатальных осложнений, связанных как с опосредованным воздействием вирусной инфекции (гипертермия), так и возможным эмбриотоксичным действием некоторых лекарственных препаратов, возможно прерывание беременности после излечения инфекционного процесса. При отказе пациентки от прерывания беременности необходима биопсия ворсин хориона или плаценты до 12–14 недель или амниоцентез с 16 недель гестации для выявления хромосомных аномалий плода.

Беременным с признаками ОРВИ при наличии одного из признаков (лихорадка, кашель, одышка и др.) необходима госпитализация.

Этиотропное лечение COVID-19 женщин в период беременности и кормления грудью в настоящее время не разработано.

Патогенетическое лечение включает в себя регидратацию, симптоматическое лечение, антибактериальную терапию. При лечении новой коронавирусной инфекции необходимо обеспечивать достаточное поступление жидкости в организм. При выраженной интоксикации, а также при дискомфорте в животе, тошноте и/или рвоте показаны энтеросорбенты (диоксид полиметилсилоксанаполигидрат и другие). Жаропонижающим препаратом первого выбора является парацетамол. Во время беременности, в послеродовом и постабортном периоде возможно применение муколитических средств (амброксол) и бронходилататоров (ипратропия бромид + фенотерол, сальбутамол). При осложненных формах инфекции в течение первых 2–3 часов после госпитализации назначается антибактериальная терапия:

цефалоспорины 2 и 3-го поколения, макролиды, защищенные аминопенициллины, а также цефалоспорины 4-го поколения, карбапенемы.

Акушерская тактика определяется междисциплинарным консилиумом (акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог и др. смежные специалисты), проводимым с целью определения методов и сроков стабилизации состояния беременной, оценки функционального состояния плода, а также решения вопроса о методе и сроке родоразрешения.

В настоящее время нет достоверной информации о неблагоприятных исходах беременности у женщин с COVID-19, хотя преждевременные потери плода на ранних сроках и мертворождения наблюдали при заражении SARS-CoV и MERS-CoV во время беременности. Возможны случаи преждевременных родов у матерей с COVID-19 во время беременности, возможно связанные с материнской инфекцией. Вероятно, информация о течении других респираторных вирусных инфекций может предоставить возможность прогнозов. Например, грипп, перенесенный во время беременности, был связан с неблагоприятными неонатальными исходами, включая низкий вес при рождении и преждевременные роды. Кроме того, ОРВИ с фебрильной лихорадкой на ранних сроках беременности может увеличить риск некоторых врожденных дефектов плода. У матерей, перенесших во время беременности SARS и MERS, зарегистрировано рождение недоношенных детей или младенцев с низкой массой тела, не соответствующей гестационному возрасту.

Вертикальный путь передачи SARS-CoV-2 от беременной плоду в настоящее время убедительно не доказан. Анализ околоплодных вод, плаценты и грудного молока беременных женщин с подтвержденной инфекцией COVID-19 не выявили вирусной РНК ни в одном из исследований. При сроке беременности до 12 недель беременная с COVID-19 относится к группе высокого риска развития перинатальных осложнений, связанных как опосредованно с вирусной инфекцией (гипертермией), так и эмбриотоксичным действием лекарственных препаратов. Инфекция COVID-19 может быть ассоциирована с более высокой частотой преждевременных родов, однако на данный момент не описано, являются ли преждевременные роды самопроизвольными или обусловлены выбором более активной тактики вследствие состояния матери.

В послеродовом периоде рекомендовано отдельное пребывание матери с COVID-19 и новорожденного на весь период карантина, новорожденный ребенок передается неонатологу до решения вопроса о дальнейшей тактике. Если у матери подтвержден COVID-19, ребенок должен находиться на искусственном вскармливании. После клинического выздоровления матери при двух отрицательных тестах возможно грудное вскармливание, поэтому допускается сцеживание грудного молока с помощью специального ручного или электрического молокоотсоса с тщательным соблюдением санитарно-гигиенических норм. Ограничений (кроме стандартных) в проведении перинатальной вакцинации нет. ■

КОДЫ КОНТИНГЕНТОВ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

(указываются в направлении)

КОНТИНГЕНТ ОБСЛЕДУЕМЫХ	КОД
В плановом порядке	
Доноры (крови, биологических жидкостей, органов и тканей)	108
Медицинский и иной персонал, работающий с больными ВИЧ-инфекцией или инфицированным материалом	115
Лица при призыве на военную службу, поступающие на военную службу (приравненную службу) по контракту, поступающие в военно-учебные заведения	111
Обследуемые добровольно по инициативе пациента (при отсутствии других причин обследования)	101
Лица, употребляющие психоактивные вещества	102
Мужчины, имеющие секс с мужчинами	103
Лица с подозрением или подтвержденным диагнозом инфекций, передаваемых половым путем	104
Лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг	105
Беременные	109
Мужья, половые партнеры женщин, поставленных на учет по беременности	110
Лица, находящиеся в местах лишения свободы	112
Больные с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, СПИД-индикаторных заболеваний	114
Обследуемые на ВИЧ при обращении за медицинской помощью (в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи), кроме больных гепатитами В, С	116
Лица с подозрением или подтвержденным диагнозом гепатита В или гепатита С	117
Прочие	118
Лица, обследуемые во время прохождения диспансеризации отдельных групп населения	118д
Контактные лица, выявленные при проведении эпидемиологического расследования (кроме детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями)	121
Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями	124
Участники аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые	125
Иностранцы граждане и лица без гражданства	200

КОД 113 «Обследуемые по клиническим показаниям» в направлении не используется, т.к. в форме № 4 является суммой кодов **114, 116, 117**.

КОД 120 «Обследуемые при проведении эпидемиологического расследования» в направлении не используется, т.к. в форме № 4 является суммой кодов **121, 124**.

Адрес нашего сайта:

www.hivlife35.ru

БУЗ ВО «Центр по профилактике инфекционных заболеваний»

Адрес: г. Вологда, ул. Щетинина, 17А

Регистратура: 8 (8172) 53-48-44

Телефон доверия: 8 (8172) 53-52-09

БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница №2»

Центр профилактики и борьбы со СПИДом

Адрес: г. Череповец, ул. Данилова, 15

Телефон: 8 (8202) 57-36-64