

# **АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**

## **Ревматикалық аурулардың маскасы.**

**Дайындаған: Бейсенов Н.А.**

**Тобы: 625топ.**

***ВИЧ-инфекцияның ревматикалық маскасы-  
Әр түрлі перифериялық буындар және  
омыртқаның зақымдалуымен бірге жүретін  
сонымен қатар инфекцияның дамуымен бірге  
және имитирлеуші ревматикалық ауру және  
синдром ( синоним ревматикалық синдром  
ВИЧ инфекциясы кезінде)***

Табиғи жолмен жұққанда АИВті кіру қақпасы болып саналады – тік ішек пен гениталий шырышты қбаттары, тік ішектің бір қабатты эпителийінен вирустың ену жолы өте жеңіл, қынаптың көп қабатты эпителийіне қарағанда. Лимфатикалық жүйе арқылы АИВ қанға өтеді де, көптеген мүшелер мен тіндерге таралады. Егер жұғу жолы парэнтеральды болса, онда АИВ бірден қанға түседі.

АИВ тінге өткеннен соң ревертаза (немесе кері транскриптаза) ферментінің көмегімен өзінің РНҚ үлгісін салып ДНҚ түзеді, ол ДНҚ сау тін ДНҚ-сын ауыстыруы қажет, сау тін ДНҚ-сының орнына енгеннен кейін сол тінде провирус жағдайында өмір бойы қалады. АИВ тіндерге таңдамалы адсорбцияланады, АИВ тек мембрана құрамында СД 4+ белогі бар тіндерге жабысады. Ол белок вирусына рецептор болып саналады gr 120. Ондай клеткаларға жатады: Т лимфоциттер – хелперлер, макрофагтар, В лимфоциттер, нейроглиялар, шырышты қабаттар. Әсіресе, Т-хелперлерге тропизмі жоғары (СД 4+).

Бірақ Т хелперлер санының төмендеуінің себебі тек қана цитопатиялық әсердің салдарынан Т-хелперлердің бұзылуы ғана емес, сонымен қатар, инфицирленген тіндердің инфицирленбеген тіндермен қосылуы салдарынан болуы мүмкін. Сонымен қатар, В-+лимфоциттердің де қызметі бұзылады, нәтижесінде организмде иммуноглобулиндер мен айналымдағы иммундық комплекстер түзіледі, бұл өзгеріс оның санының одан әрі төмендеуіне, аутоиммундық процесстің дамуына әкеледі. Жұқпалы процесстің дамуының алғашқы фазаларында организм тініндегі өзгерістерді компенсирлейді., бірақ бірітіндеп қорғаныс қызметі төмендегенде, вирус өте өп көбейгенде нағыз ЖПИЖС дамиды.

**ВИЧ-инфекцияның жіктелуі.** Біздің мемлекеттімізде клиникалық дәрежесі бойынша АИВ/ЖИТС-тың (дәрежесі I–IV), ВОЗдың 2002жылғы ұсынысы бойынша . («Scaling up Antiretroviral therapy in resource limited setting. Guidelines for a public health approach», WHO June 2002) (табл. 1).

**Таблица 1. Классификация клинических стадий ВИЧ/СПИДа (ВОЗ, 2002)**

I клиническая стадия	1. Асимптомная 2. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛП)
II клиническая стадия	1. Потеря веса менее 10 % от исходной 2. Минимальные кожно-слизистые проявления (себорейный дерматит, пруриго, онихомикоз, рецидивирующие язвы ротовой полости, хейлит) 3. Herpes zoster в течение последних 5 лет 4. Повторные инфекции верхних дыхательных путей (в том числе бактериальные синуситы)
III клиническая стадия	1. Потеря веса более 10 % от исходной 2. Хроническая диарея неясного генеза длительностью более 1 месяца 3. Лихорадка неясного генеза (интермиттирующая или постоянная), длящаяся более 1 месяца 4. Кандидоз ротовой полости 5. Волосатая лейкоплакия 6. Туберкулез легких в течение последнего года 7. Тяжелые бактериальные инфекции (пневмонии, гнойные миозиты)
IV клиническая стадия	1. Синдром истощения, ассоциированный с ВИЧ (по определению CDC) 2. Пневмония, вызванная <i>P. carinii</i> 3. Токсоплазмоз мозга 4. Криптоспоридиоз с диареей длительностью более 1 месяца 5. Внелегочный криптококкоз 6. Цитомегаловирусная инфекция (за исключением поражения печени, селезенки или лимфоузлов) 7. HCV-инфекция: поражения кожно-слизистых оболочек, наблюдающиеся более 1 месяца, или висцеральные поражения любой длительности 8. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия 9. Любой диссеминированный эндемический микоз (гистоплазмоз, кокцидиомикоз) 10. Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких 11. Атипичный микобактериоз распространенный 12. Сальмонеллезный сепсис (кроме вызванного <i>S.typhimurium</i> ) 13. Внелегочный туберкулез 14. Лимфома 15. Саркома Капоши 16. ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия (по определению CDC)



Таблица 2. Классификация стадий ВИЧ-инфекции и расширенное определение случая СПИДа у взрослых и подростков (CDC, США, 1993 г.)

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

Примечание: симптомы в подгруппах: А – острый ретровирусный синдром: генерализованная лимфаденопатия (ГЛАП); асимптомное течение; В – синдромы СПИД-ассоциированного комплекса: кандидоз ротовой полости; дисплазия шейки матки; органические поражения; опоясывающий герпес; идиопатическая тромбоцитопения; листериоз; лейкоплакия; периферическая нейропатия; С – собственно СПИД ( $CD4 < 200$ ): кандидоз легких или пищевода; рак шейки матки; кокцидиоидоз; криптоспоридиоз; цитомегаловирусная инфекция; герпетический эзофагит; ВИЧ-энцефалопатия; гистоплазмоз; изоспороз; саркома Капоши; лимфома; микобактериоз; пневмоцистоз; бактериальная пневмония; прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалоплакия; сальмонеллез.

**Суставные синдромы** возникают не менее чем у 60 % ВИЧ-инфицированных (табл. 3).

**Таблица 3. Суставной синдром при ВИЧ-инфекции**

Вариант суставного синдрома	Частота встречаемости, %
Артралгии	40
Асимметричные олиго- и полиартриты	30
Синдром Рейтера	2-8 (по другим данным, 0,5-3)
Псориатический артрит	2
Прочие артриты	10

Псориатикалық артрит – Псориаз көбінесе ЖИТСтың диагностикасында байқалады. Болжамы қолайсыз. ВИЧ инфицирленген жиі Псориатикалық артриттың қатерлі түрінде дамиды, эритродермия және жайылған пустулезді псориаз полиартрит кезінде, клиникалық көрінісінің алғашқы белгілері ауыру сезімі дамыған және қабыну процесі жоғары, жалпы жағдайы ауыр, арықтау, лимфаденопатия, алопеция, бұлшықеттердың атрофиясы, жүрек және бүйрек жеткіліксіздігі, энцефало және полинейропатия, жиі көздің зақымдалуы (ирит, иридоциклит) Анемия, гипергаммаглобуленемия, СОЭ-60мм/сағ болуы мүмкін.

## Диагностикасы.

Диагноз эпидемиологиялық, клиникалық және лабораториялық мәліметтерге сүйеніп қойылады. Лабораториялық тәсілдерден – ИФА-мен арнайы антиденелерді анықтау. Егер нәтижесі оң болса, оны дәлелдеу үшін басқа сериялы тест – системе қолданылады, егер екінші анализ теріс болса, онда анализді үшінші рет қайталайды. Үшінші рет анализ теріс болса, онда иммуноблогта дәлелдейді, ол тәсіл сенімді, себебі суммарлы антиденелерді емес, ол вирустың жеке белоктарына антиденелерді іздейді. Егер нәтиже күмәнді болса, онда ол адамдар қадағалауға алынады және анализ 3-6 айдан соң қайта жасалынады. Осындай жағдайларда АИВ антигендерін ПТР – диагностикасы арқылы анықтауға болады.



## Ем принциптері:

1. Қорғау – психомоторлық режиммен қамтамасыз ету;
2. Вирусқа қарсы емді өз уақытында бастау;
3. Екіншілік ауруларды мүмкіншілігінше ерте анықтау және емдеу;
4. Дезинтоксикациялық терапия контрикал, гемодез, декстранды қосумен және т. б.;
5. Симптоматикалық ем;
6. Имуниттеті көтеретін ем (лейкомасса, эритромуасса, сары су құю, тимоген, тималин, интерферондар, интерферон индукторын қолдану).  
Иммуномодуляторлар тек қана бастапқы немесе аралық кезеңде егер екіншілік аурулар болса тағайындалады, себебі осы кезеңде ғана иммундық жүйені күшейтуге болады. ЖПИЖС кезеңінде - иммуноалмастырушы терапия жүргізіледі. Егер аутоиммунды процесс айқын болса, онда иммунодепрессанттар қолданылады;
7. Витаминдер барлығына. Вирусқа қарсы дәрілерден тек вирустың ерментін бұзатын дәрілерді қолдану керек (кері транскриптаза және вирус протеазасын).  
Кері транскриптазаның ингибиторлары: Ретровир (Зидовудин), ddс (дидеоксицитозин, зальцитабин), ЗТС (ламивудин, эпивир), DLV (делавиридин), NP (невирамин), Фосфотиазид (Азидотимидин).

Зидовудин (ретровир, тимозид) тек қана кері транскриптазаны ғана төмендетіп қоймай, сонымен қатар, вирус ДНҚ-синтезін басады. Оны алғашқы белгілер кезеңінен бастап қолданылады үздіксіз немесе үздікті. Бір курстың ұзақтығы 3 айдан кем емес, тәуліктік мөлшері 0,01 г немесе 12 жасқа дейін – 180 мг/м<sup>2</sup>, әрбір 6 сағат сайын, 12 жастан соң 100 мг/м<sup>2</sup> x 5 рет тәулігіне.

Зидовудинді басқа да вирусқа қарсы дәрілермен бірге қолдануға болады (ганцикловир, фоскарнет және т.б.).

Қазіргі таңда АИВ-тың терапиясын алғашқы білінулер кезінде бастау керек, себебі ол кезде ауру белгілері жоқ (вирустық жүктеме).

Протеазаның ингибиторлары клеткада вирус протеазасының белсенділігін тежеп отырады, осыған байланысты ересек вирусты дамитын түзуді алдын алады.

Оған жататындар: нидинавар, (криксиван), саквинавир (инвираза), ритонавир, нелфинавир (вирасепт).

Этиотропты емнен басқа ЖПИЖС – индикаторлы ауруларды да емдеу керек. Пневмоцисті пневмонияда - бактрим, бисептол; токсоплазмозда – пириметамин+бисептол; септикалық жағдайларда – қан тамырға иммуноглобулин.

Кандидозды инфекцияларда – дифлюкан, нистатин, флюконазол, низорал, амфотерицин, микосепт.

Туберкулезде – кларитримицин, этамбутол, римфапицин, амикацин.