

ქრონიკული დიარეის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა აივ-ინფექციის მქონე ავადმყოფებში

ი. ვესტიგნევი

მედ. მეცნ. კანდიდატი, დნებროპეტროვსკის სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია, უკრაინა

I. Evstigneev

ბოლო წლების განმავლობაში, აღინიშნა იმ ავადმყოფების რაოდენობის მნიშვნელოვანი ზრდა, რომლებიც ინფიცირებულნი არიან ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (აივ), დაავადების ბოლო სტადიაში, როდესაც გამოხატულია იმუნოდეფიციტი და მძიმე ოპორტუნისტული ინფექციები [2, 4, 7]. აივ-ინფიცირებულებში დიარეის განვითარება, რომელიც გამოწვეულია ოპორტუნისტული გამომწვევებით, წარმოადგენს გენერალიზირებული პათოლოგიური პროცესის კრიტერიუმს და მონშობს აივ-ინფექციის გვიან სტადიაზე. აივ-ინფექციის გამოვლენა, ძირითადი სინდრომის - ქრონიკული დიარეის არსებობისას, საჭიროებს ექიმის დაკვირვებულობას, ვინაიდან პათოგენომიური კლინიკური სიმპტომები და კვლევების საინფორმაციო რუტინული ლაბორატორიული მეთოდები პრაქტიკულად არ არსებობს [6, 11, 13]. ამასთან, ლეტალური გამოსავალი აივ-ინფიცირებულებში მეორეული დაავადებების, მათ შორის, დიარეისას, განპირობებულია არა მხოლოდ მძიმე მიმდინარეობით, ხშირი რეციდივებით, ასევე, გვიანი დიაგნოსტიკითა და არადროული ჰოსპიტალიზაციით [3, 10, 12].

დიარეა მიეკუთვნება შექნილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის (შიდსი) ხშირ კლინიკურ გამოვლინებას და როგორც წესი, ვლინდება CD4 ლიმფოციტების რიცხვის შემცირებით (100 უჯრედზე ნაკლები, პერიფერიული სისხლის 1 მკლ-ში).

დიარეა — ნაწლავების გახშირებული (დღე-ღამეში 2-3 ჯერზე ხშირად) მოქმედებაა, თხევადი ან ფაფისებური განავლის გამოყოფით. დიარეის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ნორმაზე უფრო მაღალი შემცველობა განავალში, რომელიც იზრდება 60–70%-დან (მყარი ან ფორმირებული განავლის შემთხვევაში) 85–95%-მდე. ამასთან, განავლის მასა დღე-ღამეში 200 გრ-ს აღემატება. დიარეა ქრონიკულად ითვლება, თუკი მისი ხანგრძლივობა აღემატება 4 კვირა. შიდს-ის მქონე პაციენტებში იგი შეიძლება განპირობებული იყოს ინფექციით, პრეპარატების გვერდითი მოქმედებით, რომლებსაც ანტირეტროვირუსული თერაპიის, ოპორტუნისტული ინფექციების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისას დროს იყენებენ, ასევე, საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ნეოპლასტიკური დაზიანების და სხვა მიზეზების გამო [14, 16, 17].

ხშირად დგინდება დიარეის ინფექციური მიზეზები. დი-

არეის განვითარება შიდს-ის დროს შეიძლება უკავშირდებოდეს აივ-ის უშუალო ზემოქმედებას ნაწლავებზე, ვითარდება რა აივ-ასოცირებული ენტეროპათია, ეპითელური უჯრედების ატროფიით, მალაბსორბციის სინდრომის პროგრესირება და სხეულის მასის შემცირება [1, 15].

შიდს-ის მქონე პაციენტებში დიარეის განვითარების განმაპირობებელი მიზეზები, მრავალფეროვანია.

I. ინფექციური მიზეზები:

1. გამომწვევები, რომლებიც იწვევენ დიარეის განვითარებას, სისხლში CD4 ლიმფოციტების ნებისმიერი რაოდენობისას:
 - ა) ბაქტერიები: Shigella spp., Salmonella spp., Escherichia coli-ის ენტეროპათოგენური შტამები, Campylobacter spp., Yersinia enterocolica; ასევე, Clostridium difficile, რომელიც წარმოქმნის A და B ენტეროტოქსინებს;
 - ბ) უმარტივესები (Giardia lamblia).
2. ოპორტუნისტული ინფექციების გამომწვევები (იწვევენ დიარეას გამოხატული იმუნოდეფიციტური მდგომარეობისას, რომლის დროსაც, სისხლში CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა შეადგენს 100 უჯრედზე ნაკლებს 1 მკლ-ში):
 - ა) უმარტივესები: Cryptosporidium parvum; მიკროსპორიდიები (Enterocytozoon bienersi); Isospora belli;
 - ბ) ბაქტერიები (M. avium-intracellulare);
 - გ) ვირუსები (Cytomegalovirus).

II. საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ნეოპლასტიკური დაზიანება:

- ა) კაპოშის სარკომა;
- ბ) აივ-ასოცირებული არაჰოჯკინის ლიმფომები.

III. სხვა მიზეზები:

- ა) გარესეკრეციული ფუნქციის დაქვეითება ქრონიკული პანკრეატიტის დროს;
- ბ) ლაქტამის უკმარისობა;
- გ) დიარეა, რომელიც უკავშირდება იმ პრეპარატების მიღებას, რომლებსაც იყენებენ ანტირეტროვირუსული თერაპიის, ოპორტუნისტული ინფექციების პროფილაქტიკის ან მკურნალობისას.

ინფექციური მიზეზებით გამოწვეული დიარეა

დიარეა, რომელიც გამოწვეულია ტრადიციული გამოწვევებით (შიგელეზი, სალმონელეზი, იერსინიეზი, კამპილობაქტერიეზი), აივ-ინფექციის მქონე ავადმყოფებში მიმდინარეობს უფრო მძიმედ და უფრო ცუდად ექვემდებარება მკურნალობას, ვიდრე ოპორტუნისტული ინფექციებით გამოწვეული. შიდს-ის კლინიკური სურათის მქონე პაციენტებში სალმონელოზი იწვევს მძიმე ენტეროკოლიტის განვითარებას, მძიმე გამომფიტველი დიარეით, მორეციდივირე ან მუდმივი ბაქტერიემიით. ქრონიკული ოპორტუნისტული ინფექციებისთვის, გამოხატული იმუნოდეფიციტის მდგომარეობისას, დამახასიათებელია გამოწვევების სახეობრივი და ვარიანტული შემადგენლობის ცვლილებები [5, 9, 19]. ოპორტუნისტული ინფექციების გამოწვევებს არ გააჩნია მკაცრი ორგანული ტროპიზმი, ერთსა და იმავე სახეობას შეუძლია გამოიწვიოს სხვადასხვა ორგანოს დაზიანება. თავის მხრივ, ნებისმიერი პირობით პათოგენური გამოწვევი შეიძლება გახდეს დაავადების ერთი და იმავე ნობოლოგიური ფორმის მიზეზი. ოპორტუნისტული ინფექციები ხასიათდებიან გენერალიზაციითა და სეპტიკოემიით. პირობით პათოგენური გამოწვევის კულტურის გამოწვევა აივ ინფექციის დაავადებულისგან არ ადასტურებს მის მონაწილეობას პათოლოგიური პროცესის განვითარებაში, ვინაიდან პირობით პათოგენური მიკროორგანიზმის უმრავლესობა შეიძლება აღმოჩნდეს ჯანმრთელ ადამიანებშიც. ამიტომ, ოპორტუნისტული ინფექციების დიაგნოსტიკისას გასათვალისწინებელია რაოდენობრივი კრიტერიუმის გათვალისწინება - მიკროორგანიზმის გამოყოფილი სახეობის მაკოლონიზირებელი უჯრედების რაოდენობა 1 მლ გამოსაკვლევ მასალაში [19].

თუკი სისხლში CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა აჭარბებს 100 უჯრედს 1 მკლ-ში, ოპორტუნისტული ინფექციის ეტიოლოგიური როლი ქრონიკული დიარეის განვითარებაში ნაკლებად სავარაუდოა. გამოწვევის წარმოადგენს კრიპტოსპორიდიოზი, რომლის განვითარებაც შესაძლებელია, თუკი CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა შეადგენს 150 უჯრედზე ნაკლებს 1 მკლ-ში. მათი გამოხატული შემცირების არასებობისას, საჭიროა განავლის გამოკვლევის ჩატარება უფრო ვირულენტური გამოწვევების არსებობაზე, რომლებიც იწვევენ დიარეის განვითარებას CD4-ის ნებისმიერი რაოდენობისას: *Shigella* spp., *Salmonella* spp., ენტეროპათოგენური შტამები *Escherichia coli*, *Campylobacter* spp., *Yersinia enterocolica*. სისხლის დათესვა სალმონელოზის გამოსარიცხად, დიაგნოსტიკურად მნიშვნელოვან კვლევას წარმოადგენს, ზომიერად გამოხატული ქრონიკული დიარეის, ცხელებისა და კოლიტის თანმხლები კლინიკური გამოხატულებისას.

Clostridium difficile-ის ენტეროტოქსინები A და B იწვევს კოლონოციტების უშუალო დაზიანებას, ფსევდომემბრანული კოლიტის ფორმირებით, რომელიც, როგორც წესი, მიმდინარეობს მუცელში შეტევითი ტკივილით, კუჭის ხშირი თხიერი მოქმედებით (დღეში 20–30-ჯერ) და ცხელებით (38–39 °C). განავლის მიკროსკოპიული გამოკვლევისას აღმოაჩენენ ლეიკოციტების დიდ რაოდენობას. სწორი და სიგმიდური ნაწლავის

ლორწოვანი გარსის ენდოსკოპიური გამოკვლევისას განსაზღვრავენ კრემისფერ ნადებს, დიამეტრით 3–8 მმ, რომლებიც შედგება ფიბრინის, ლეიკოციტების, ნეკროზული ეპითელიუმისა და ლორწოსგან. *Clostridium difficile*-ით ინფექციის დასადასტურებლად იყენებენ იმუნოფერმენტულ ანალიზს (იფა), A და B ტოქსინების განსასაზღვრად.

აივ-ინფიცირებულებში ლამბლიოზის კლინიკური სურათი ჰგავს ამ პარაზიტოზის გამოვლინებას აივ-ით არაინფიცირებულ პირებში. კოლიკური ტკივილი მუცელში, მეტეორიზმი, ქრონიკული დიარეა, სხეულის მასის შემცირება - წარმოადგენს ამ დაავადების ძირითად კლინიკურ სიმპტომებს. განავალში უმარტივესების არსებობას ადასტურებენ პრეპარატების სამფერი შეღების მეთოდით, ასევე, იფა-ის და პირდაპირი იმუნოფლურესცენციის (პიფ) გამო. *Giardia lamblia* შეიძლება აღმოჩნდეს თორმეტგოჯა ნაწლავის დისტალური ნაწილის ბიოპტატში.

კრიპტოსპორიდიოზი აივ-ინფიცირებულებში ვითარდება სისხლში CD4-ის რაოდენობის შემცირებისას 1 მკლ-ში 150-ზე ნაკლებ დონეზე. *Cryptosporidium parvum* მრავლდება წვრილი ნაწლავის ეპითელიუმში, იწვევს რა ქრონიკულ თხიერ დიარეას, ცხელების გარეშე. განავალში გამოწვევის არსებობას ადასტურებს მრგვალი, მჟავის მიმართ მდგრადი ოციტების აღმოჩენით, ზომით 4–6 მკმ, ცილ-ნილსონის მოდიფიცირებული შეღების მეთოდის გამოყენებით. განავლის გამოკვლევისთვის, ასევე, იყენებენ იფა და პიფ მეთოდებს. *Cryptosporidium parvum*-ის გამოვლენა შესაძლებელია თორმეტგოჯა ნაწლავის დისტალური ნაწილის ბიოპტატებში, ცილ-ნილსონის მოდიფიცირებული შეღების მეთოდის გამოყენებით.

უმარტივესებს, რომლებიც აივ-ინფიცირებულებში ქრონიკულ დიარეას ხშირად იწვევენ, *Cryptosporidium parvum*-ის გარდა, მიეკუთვნებიან მიკროსპორიდიები (*Enterocytozoon bieneusi*) - უჯრედშიდა პარაზიტი, რმელიც ხშირად აზიანებს წვრილ ნაწლავს. მიკროსპორიდიოზი ვითარდება, თუკი CD4-ის რაოდენობა სისხლში შეადგენს 1 მკლ-ში 50-ზე ნაკლებს და თანახლავს ჭარბი დიარეა ცხელების გარეშე, სხეულის მასის შემცირება და დეჰიდრატაცია. მიკროსპორიდიოზის დიაგნოზს ადასტურებენ განავალში *Enterocytozoon bieneusi*-ის წვრილი სპორების აღმოჩენით, შეღების სამფერი მეთოდის გამოყენების გზით. პრეპარატებს ასევე ღებავენ ფლუორესცენტული საღებავით კალკოფლუორი.

თუკი *Cryptosporidium parvum* წარმოადგენს დიარეის მიზეზს 10–30%-ში, *Enterocytozoon bieneusi* — აივ-ინფიცირებულების 15–30%-ში, მაშინ *Isospora belli* (იზოსპოროზის გამოწვევი) — 1–3%-ში. *I. belli* მიეკუთვნება *Coccidia*-ს ოჯახის უმარტივესებს, რომელთა სასიცოცხლო ციკლი მიმდინარეობს წვრილი ნაწლავის ეპითელიუმში. გამოწვევი გადაეცემა დაბინძურებული საკვები პროდუქტებისა და წყლის მეშვეობით. აივ-ინფიცირებულებში დიარეა იზოსპოროზის დროს განგრძობითი და პროფუზულია, თანახლავს შეტევითი ტკივილი მუცელში და ცხელება. იზოსპორებს აღმოაჩენენ ფეკალურ მასებში, ცილ-ნილსონის მოდიფიცირებული შეღების მეთოდით, უმჯობესია, წინასწარი

დაგროვების (ფლოტაციის) პირობებში. ატიპური მიკობაქტერიული ინფექცია ვითარდება CD4 ლიმფოციტების რაოდენობის შემცირებისას 1 მკლ-ში 50 უჯრედამდე და ნაკლები, და ახასიათებს გაშლილი კლინიკური სურათი ქრონიკული დიარეით, ცხელებით, მუცელში ტკივილით, ღამის ოფლიანობით, ღვიძლის, ელენთის, ლიმფური კვანძებისა და ძვლის ტვინის დაზიანებით. *M. avium-intracellulare*-ით გამოწვეული ინფექციების დადასტურება ხდება შიდსთან ასოცირებული ქრონიკული დიარეის მქონე ავადმყოფების 10–20%-ში. გამოკვლევისას ხშირად გამოავლენენ მკერდისშიდა და მუცლის ღრუს ლიმფური კვანძების გადიდებას, ჰეპატოსპლენომეგალიას, ასევე, ვინაიდან ზიანდება ძვლის ტვინი, პერიფერიულ სისხლში განსაზღვრავენ ანემიასა და პანციტოპენიას. დიაგნოზის დადასტურება ხდება სისხლის დათესვით თხიერ ნიადაგებზე მიკობაქტერიებისთვის, კოლონიის აღმოჩენით 7-14 დღის შემდეგ. ასევე, თესავენ ძვლის ტვინსაც. განავლის დათესვა დიაგნოზის დასადასტურებლად არ ხდება. გამოყოფილი კულტურების იდენტიფიცირება სისხლის ან ძვლის ტვინის დათესვის შემდეგ, ხდება კულტურული და ბიოქიმიური ტესტების და სხვადასხვა ტემპერატურულ დიაპაზონებში (22-დან 52 °C-მდე) ზრდის მონაცემების საფუძველზე.

შიდსის მქონე ავადმყოფების 20–40%-ში, რომლებიც არ იღებენ ანტირეტროვირუსულ თერაპიას, ადასტურებენ კლინიკურად გამოხატულ ციტომეგალოვირუსულ ინფექციას (ცმვი), რომელიც სიკვდილის უშუალო მიზეზს წარმოადგენს შემთხვევათა 10–15%-ში [18]. ცმვი — ვირუსული დიარეის უფრო ხშირი მიზეზია შიდს-ის მქონე პაციენტებში. დაავადება ვითარდება სისხლში CD4 ლიმფოციტების რაოდენობის შემცირებისას 1 მკლ-ში 50 უჯრედამდე. აივ-ინფიცირებულებში ცმვის მანიფესტაციისას, საჭმლის მომწელებელი სისტემის ორგანოების გარდა, ზიანდება ფილტვები და თვალის ბადურა. ხშირად ხდება მსხვილი ნაწლავის ჩათრევა. ქრონიკულ დიარეას, განავლის მცირე რაოდენობით, თან ახლავს ხანგრძლივი რემისიული ცხელება, გამოხატული შეტევითი ტკივილი მუცელში, შებერილობა და ტენემები. მსხვილი ნაწლავის დაზიანებას აქვს ეროზიული-წყლულოვანი ან მკვეთრად ნეკროზული ხასიათი, საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის სისხლძარღვების ეპითელიუმის დაზიანების თავისებური მორფოლოგიური ნიშნებით. ინფექციის პროგრესირებისას ჩნდება ნაწლავის დაზიანებული უბნის ოკლუზიები, სტენოზები და ქრონიკული იშემია [18]. დამახასიათებელია ცმვის მიერ საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის დაზიანების შემდეგი დინამიკა: ვასკულიტი → მიკროცირკულაციური ქსელის ეტაპობრივი დაზიანება → სემინტური იშემია, ნეკროზი ანთებითი ინფილტრაციით და უჯრედების ციტომეგალოვირუსული ტრანსფორმაცია → ფიბროზირება → დაზიანებული ორგანოს კედლის ნაწიბუროვანი ტრანსფორმაცია.

კოლონოსკოპია წარმოადგენს დიაგნოზის ვერიფიკაციის ძირითად მეთოდს. გამოავლენენ ჰიპერემიულ ლორწოვან გარსს წყლულებით. ბიოფსიურ მასალაში ციტომეგალოვირუსის (ცმვ) უჯრედების ნახვა იშვიათად ხდება, რაც უკავშირდება ბიოპატებში ნეკროზული

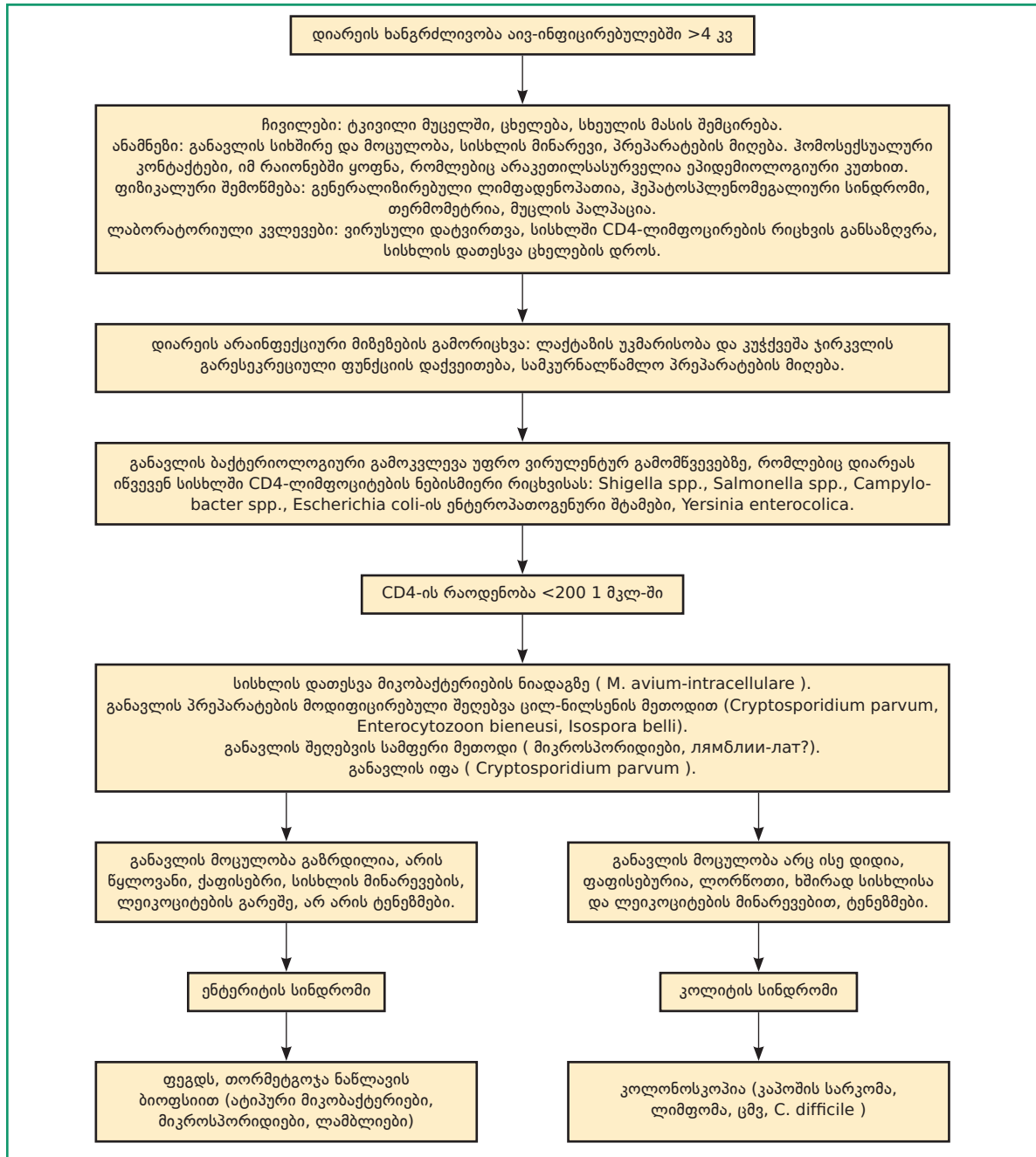
დეტრიტის, მრავალფენოვანი ბრტყელი ეპითელიუმის უპირატესი არსებობით, ქვედა ქსოვილების გარეშე, მაშინ, როცა ცმვ-ის უჯრედები (გიგანტური უჯრედები, რომლებიც ბუს თვალს ჰგავს, ციტოპლაზმური და ბირთვული ჩანართებით) ხშირად ვლინდება ნაწლავების ლორწოვანქვეშა და კუნთოვანი შრეების სისხლძარღვების ენდოთელიუმში.

შიდს-ის მქონე პაციენტებში სისხლის მინარევის მქონე დიარეისას აუცილებლად უნდა გამოირიცხოს კოლიტი, რომელიც გამოწვეულია ინვაზიური ბაქტერიებით (*Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*). პროქტიტის განვითარებას, რომელსაც თან ახლავს განავალთან ერთად სისხლის გამოყოფა, იწვევს სწორი ნაწლავის დაზიანება *N. Gonorrhoeae*-ით და *Chlamydia trachomatis*-ით. ასევე, უნდა გამოირიცხოს სწორი ნაწლავის დაზიანება *Herpes simplex type 2*-ით (HSV-2) და ანორექტალური სიფილისით.

აივ-ინფექციის მქონე პაციენტში დიარეული სინდრომის არსებობისას, ტენემებითა და გამოხატული პროქტალგიით, აუცილებლად უნდა გამოირიცხოს ვირუსული პროქტიტი, რომელიც გამოწვეულია HSV-2-ით. ვირუსული პროქტიტის ფორმა უფრო ხშირად გვხვდება ჰომოსექსუალ მამაკაცებში. HSV-პროქტიტის კლინიკურ სიმპტომებს წარმოადგენს ტკივილი ანორექტალურ არეში, ტენემები, ცხელება, გამონადენი სწორი ნაწლავიდან სისხლის მინარევებით, საზარდულის ლიმფადენიტი და შარდის გამოყოფის გაძნელება [8, 20]. დათვალიერებისას, პერიანალურ უბანში შეიძლება გამოვლინდეს ვეზიკულური გამონაყარი, რექტომანოსკოპიის დროს გახსნილ ბუშტუკებში ვეზიკულები და ეროზიები განისაზღვრება სწორი ნაწლავის დისტალური ნაწილის ლორწოვან გარსზე, მოშორებით, როგორც წესი, ანუსიდან 10 სმ-მდე მანძილზე. სწორი ნაწლავის უფრო პროქსიმალური ნაწილები ზიანდება, ძირითადად, *Campylobacter jejuni*-ის, *Chlamydia trachomatis*-ის, *Clostridium difficile*-ის გამო, უფრო ხშირად, სიგმოიდური ნაწლავის ლორწოვან გარსთან ერთად.

HSV-2-ით გამოწვეული ინფექციის დიაგნოსტიკის ძირითად მეთოდებად გამოიყენება პოლიმერულ ჯაჭვური რეაქცია (PCR), პიფ, ციტოლოგიური მეთოდი, კომპლემენტის შებოჭვის რეაქცია (კმრ) და ელექტრონული მიკროსკოპია.

პიფ მარტივი მეთოდია, რომელსაც საკმარისი სპეციფიკურობა ახასიათებს, მაშინ, როდესაც ციტოლოგიური მეთოდი მართალია ნაკლებად სპეციფიკურია, მაგრამ უფრო სწრაფი და ხელმისაწვდომია. PCR-ს, უჯრედების კულტურაში ვირუსის გამოყოფასა და ელექტრონულ მიკროსკოპიას გააჩნიათ მაღალი სპეციფიკურობა. კმრ ითვლება HSV-2-ით გამოწვეული ინფექციის დიაგნოსტიკის სტანდარტულ მეთოდად. ქრონიკული დიარეის სინდრომისა და სწორი ნაწლავიდან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენის მქონე პროქტიტის კლინიკური გამოვლინებისას, აივ-ინფიცირებულ ჰომოსექსუალ მამაკაცებში უნდა გამოირიცხოს ასევე გონორეული ინფექცია. გრამ-უარყოფითი დიპლოკოკები კარგად გამოვლინდება ლეიკოციტებში, რომლებიც აღებულია ანალური არხიდან, რექტომანოსკოპიის ჩატარების დროს.



ნახატი: აივ-ინფიცირებულებში ქრონიკული დიარეის დიაგნოსტიკური ალგორითმი

საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ნეოპლასტიკური დაზიანება

კაპოშის სარკომით საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის დაზიანების კლინიკურ გამოვლინებას შეიძლება წარმოადგენდეს დიარეა, სხეულის მასის შემცირება და სწორი ნაწლავიდან ლორწოს მუდმივი გამოყოფა. კაპოშის სარკომა საჭმლის მომწელებელ ტრაქტში ისევე ხშირად ლოკალიზდება, როგორც კანში. ნაწლავის ლონგოვანის ქვეშა შრეში კვანძების დიაგნოსტიკა, ენდოსკოპიის გამოყენებით, გართულებულია. ნაწლავის კედლის ლიმფური კვანძების ზრდის გამო, შესაძლებელი ხდება მათი ვიზუალიზაცია კომპიუტერული ტომოგრაფიის (კტ) მეშვეობით. თუკი შესაძლებელია ბიოპტატის მიღება, მაშინ ჰისტოლოგიური კვლევით

განისაზღვრება თითისტარისებრი უჯრედების პროლიფერაცია, რომლებშიც, იმუნოჰისტოქიმიური მეთოდით კვლევისას ნახულობენ CD34 და CD31 ანტიგენებს. PCR მეთოდის მეშვეობით, ენდოთელიურ უჯრედებში შეიძლება გამოვლინდეს Herpesvirus type 8 (HSV-8). დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს ჰემანგიომასთან, ანგიომასთან, ანგიოსარკომასთან და ლიმფომასთან. კაპოშის სარკომის პროგნოზი დამოკიდებულია კლინიკურ გამოვლინებებზე, იმუნოსუპრესიის დონესა და ავადმყოფში ოპორტუნისტული ინფექციების არსებობაზე. აივ-ასოცირებული არაჰოჯკინის ლიმფომები მიეკუთვნება აივ-ინფექციის გვიანდელ გამოვლინებას. უფრო ხშირად გვხვდება დიფუზური B-უჯრედოვანი ლიმფომა,

ბერკიტის ლიმფომა და ცენტრალური ნერვული სისტემის პირველადი ლიმფომა.

გამოყოფენ აივ-ასოცირებული ლიმფომების 3 მორფოლოგიურ ქვეტიპს:

- 1) მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის მქონე ბერკიტისმაგვარი სიმსივნეები მცირე უჯრედებისგან, დაუზიანებელი ბირთვებით;
- 2) მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის მქონე იმუნობლასტური სარკომები;
- 3) ზომიერად ავთვისებიანი დიფუზური სიმსივნეები დიდი ზომის უჯრედებისგან.

პირველი მორფოლოგიური ქვეტიპი, რომელიც დამახასიათებელია ბერკიტის ლიმფომისთვის, გვხვდება დაავადების ადრეულ სტადიებზე (სისხლში CD4-ის რაოდენობა >200 უჯრედი 1 მკლ-ში). ლიმფომის მეორე და მესამე მორფოლოგიური ქვეტიპი ვლინდება აივ-ინფექციის გვიანდელ სტადიებზე (1 მკლ-ში 100-ზე ნაკლები CD4). საჭმლის მომწელებელი სისტემის დაზიანებისას, ავადმყოფები უჩვიან ტკივილს მუცელში, ხშირად გვხვდება ქრონიკული დიარეის სინდრომი.

ლიმფომის მქონე ავადმყოფების გამოკვლევა ხდება გულ-მკერდისა და მუცლის, მენჯის ღრუს ორგანოების კტ-კვლევით და ძვლის ტვინის ბიოპსიით. დიაგნოზი დასტურდება კტ ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის შედეგებით. ლიმფომის მქონე პაციენტებში მნიშვნელოვან საპროგნოზო კრიტერიუმებს წარმოადგენს სისხლში CD4 ლიმფოციტების რაოდენობა, ლიმფომის მორფოლოგიური ქვეტიპი და ოპორტუნისტული ინფექციის არსებობა ან არარსებობა. იმუნოფერმენტების ჩატარება საშუალებას იძლევა, მოხდეს ლიმფომის და დაბალი დიფერენციაციის მქონე კარცინომის დიფერენციაცია, ასევე, განისაზღვროს ავთვისებიანი ლიმფური პროლიფერაცია.

აივ-ინფიცირებულებში დიარეა შეიძლება განვითარდეს

იმ პრეპარატების დანიშნისას, რომლებსაც იყენებენ ოპორტუნისტული ინფექციის მკურნალობის ან პროფილაქტიკისთვის, უკუტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორების ან აივ-ის პროტეაზას ინჰიბიტორების დანიშნისას.

აივ-ინფიცირებულებში დიარეის სხვა მიზეზებს შორის, აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ კუჭქვეშა ჯირკვლის გარესეკრეციული ფუნქციის უნარის დაქვეითება ქრონიკული პანკრეატიტის დროს და ლაქტაზის უკმარისობა.

ამგვარად, ქრონიკული დიარეის სინდრომი აივ-ინფიცირებულებში ადასტურებს დაავადების გვიან სტადიებს და როგორც წესი, ვითარდება CD4-ის რაოდენობის შემცირებისას 100 უჯრედი 1 მკლ-ში დონემდე. მისი უშუალო მიზეზის გამოვლენა (ოპორტუნისტული ინფექციები, საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ნეოპლასტიკური დაზიანება და სხვ.) შეიძლება რთული იყოს, პათოგნომური კლინიკური სიმპტომების არარსებობის, ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემის დაზიანების თანხვედრის სიხშირის და ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული დადასტურების სირთულეების გამო. აივ-ინფიცირებულ პაციენტში ქრონიკული დიარეის არსებობისას შეიძლება დიაგნოსტიკური ალგორითმის გამოყენება, რომელიც წარმოდგენილია სურათზე. ასევე, უნდა აღინიშნოს როგორც ექიმის, ისე ავადმყოფის ყურადღებიანი დამოკიდებულება აივ-ინფექციის მიმართ, თუკი დიარეის ხანგრძლივობა აჭარბებს 4 თვეს. ამ შემთხვევებში, დიარეის უშუალო მიზეზის გარკვევის გარდა, უნდა გამოირიცხოს აივ-ინფექცია, როგორც ოპორტუნისტული ინფექციების, საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ნეოპლასტური დაზიანების ან სხვა ფაქტორების გამოწვევი, ვინაიდან აივ-ინფექციის მხოლოდ ადრეულმა დიაგნოსტიკამ და პროფილაქტიკური ღონისძიებების დროულმა დაწყებამ შეიძლება გააუმჯობესოს ამ სოციალურად მნიშვნელოვანი დაავადების პროგნოზი.

ტყვიის მსოფლიო კვირეულისადმი მიძღვნილი სამეცნიერო კონფერენცია

2019 წლის 24 ოქტომბერს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ორგანიზებით და გაეროს ბავშვთა ფონდის მხარდაჭერით გაიმართა.

ტყვიის მსოფლიო კვირეულისადმი მიძღვნილი სამეცნიერო კონფერენცია

კონფერენციას დაესწრნენ ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, გარემოსა და დაცვისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროს, საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის, ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნული ცენტრის ხელმძღვანელი პირები, გაეროს ბავშვთა ფონდის საქართველოს ოფისის ხელმძღვანელი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების, სამედიცინო საზოგადოების და სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები. ასევე, დარგის ექსპერტები.

კონფერენციაზე განიხილეს შემდეგი საკითხები: MICS კვლევის შედეგები, ტყვიის წყაროების კვლევა, ბავშვებში ტყვიის ტოქსიკური ზემოქმედების ადრეული გამოვლენისა და მართვის სახელმწიფო პროგრამის პირველადი შედეგები, ტყვიის კვირეული და ბავშვების ტყვიისადმი ექსპოზიციისა და ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედების შემცირების მულტისექტორული სამოქმედო გეგმა. ღონისძიების ბოლოს გაიმართა დისკუსია