

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

УДК 616.98:578.828-036-047.44:614.217(477.54)

**В.М. Козько, А.В. Гаврилов, А.В. Сохань, К.В. Юрко,
Я.І. Копійченко, А.А. Гойденко***

*Харківський національний медичний університет
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків

**АНАЛІЗ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ХВОРИМИ В ОБЛАСНІЙ
КЛІНІЧНІЙ ІНФЕКЦІЙНІЙ ЛІКАРНІ М. ХАРКОВА**

У статті аналізуються результати роботи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова за 2008–2012 роки. Клінічні дані проаналізовані в залежності від стадії ВІЛ-інфекції. Описана етіологічна структура основних опортуністичних інфекцій, у тому числі з ураженням центральної нервової системи в залежності від стадії ВІЛ.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, опортуністичні інфекції, інфекційні ураження ЦНС.

Пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу є однією з глобальних проблем нашого часу й важливішою проблемою світової системи охорони здоров'я. Щорічно близько 2,7 млн осіб стають інфікованими й близько 2,5 млн помирають від цього захворювання [1–5]. На сьогодні епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні не має тенденції до послаблення й досягла найнебезпечніших у Європі масштабів. У списку Європейських країн Україна є лідером за кількістю вперше виявлених ВІЛ-інфікованих, осіб, хворих на СНІД, та померлих від СНІДу [3–8]. В Україні гостро стоїть питання раннього виявлення і реєстрації ВІЛ-позитивних осіб для ефективного клініко-імунологічного і вірусологічного моніторингу та раннього призначення лікування [8, 9]. Проблема ранньої діагностики ВІЛ-інфекції має не тільки клінічні, але й епідеміологічні, соціальні та економічні аспекти. Практика країн ЄС показує, що особа, яка усвідомлює можливість інфікування ВІЛ, частіше звертається за медичною допомогою і менше впливає на поширеність захворювання серед населення. Особи, які не усвідомлюють свій ВІЛ-статус, швидше розповсюджують захворювання [4–7, 10].

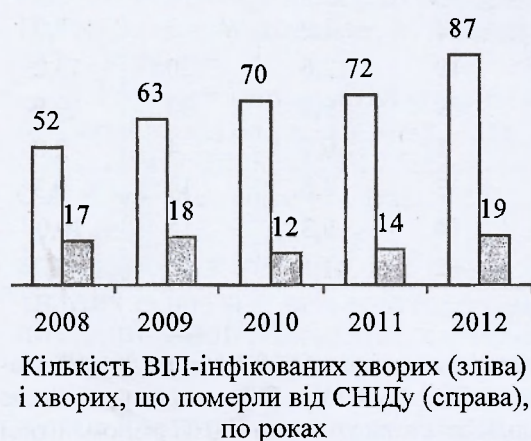
За офіційною статистикою, яка ведеться з 1987 р., на 1 вересня 2012 р. в Україні офіційно

zareєстровано 218023 випадків ВІЛ-інфекції (182279 – у дорослих), 53918 випадків захворювання на СНІД (52725 – у дорослих), 27547 померлих від СНІДу (27229 – у дорослих). У Харківській області станом на листопад 2012 р. zareєстровано 5572 ВІЛ-інфіковані особи (інтенсивний показник 203,4 випадку на 100 тис. населення). Тільки за 10 місяців 2012 р. в області zareєстровано 473 «нових» випадки ВІЛ-інфекції, 235 особам встановлено діагноз СНІДу та 73 особи померли від СНІДу [2, 8]. Ці цифри значно менші, ніж фактичний розмах епідемії, оскільки відображають лише випадки, zareєстровані серед людей, які вже отримали позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію та яким встановлено діагноз ВІЛ. У більшості ВІЛ-інфікованих хворих діагноз вперше встановлюється запізно – після тривалого перебігу хвороби за наявності опортуністичних захворювань, які є основною причиною летальних наслідків у ВІЛ-інфікованих. Своєчасна діагностика опортуністичних інфекцій і вірно підібрана схема лікування дозволяють подовжити життя цим хворим [8, 9, 11, 12].

В Харкові поліклінічна допомога надається ВІЛ-інфікованим хворим у Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Згідно з нака-

зом головного управління охорони здоров'я м. Харкова від 25 лютого 2009 р. «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» в Обласній клінічній інфекційній лікарні (ОКІЛ) лікуються хворі на ВІЛ-інфекцію/СНІД з бактеріальними та вірусними інфекціями, опортуністичними інфекційними захворюваннями, які потребують лікування в умовах стаціонара.

Проведено аналіз структури захворюваності і смертності серед ВІЛ-інфікованих хворих, які знаходились на обстеженні і лікуванні в ОКІЛ м. Харкова в період 2008–2012 рр. Усього ВІЛ-інфікованих хворих на різних стадіях хвороби було 344, із них 80 померло від СНІДу (рисунок).



Серед ВІЛ-інфікованих 11 (3 %) мали II клінічну стадію, 110 (32,2 %) – III, 223 (64,8 %) – IV. Отже, значно переважали особи з пізніми стадіями захворювання. У 49 (14 %) хворих, що лікувалися в ОКІЛ з інших причин, в ході обсте-

ження було вперше виявлено ВІЛ-інфекцію. Привертає увагу той факт, що у жодного хворого не було діагностовано I або II стадії ВІЛ-інфекції, натомість у 13 (26,6 %) хворих було діагностовано III стадію та у 36 (73,4 %) – термінальну IV стадію ВІЛ-інфекції. Це, безумовно, свідчить про пізню діагностику захворювання. Такий результат може бути пов'язаний з тим, що хворі намагаються не звертатись за медичною допомогою, відмовляються від обстеження на ВІЛ, а також відсутністю настороженості щодо ВІЛ у медичного персоналу.

Середній вік хворих з II стадією становив (30,13±1,45) року, з III – (34,50±0,62) року, з IV стадією – (34,73±0,45) року. Загалом середній вік хворих на ВІЛ-інфекцію склав (34,51±0,35) року. Слід відмітити, що з 344 хворих високоактивну антиретровірусну терапію отримували лише 15 (4,4 %). Тому відсутність різниці середнього віку у хворих з III та IV стадіями, скоріш за все, пов'язана з різним віком інфікування людини.

Найчастіше у хворих на ВІЛ спостерігались такі захворювання, як кандидоз слизових оболонок, пневмонія, хронічний вірусний гепатит С. Туберкульоз різної локалізації був вперше встановлений у 15,1 % хворих. В залежності від стадії хвороби спостерігається підвищення кількості інфекційних захворювань: кандидозу з 40 % у II стадії до 73,6 % у IV стадії, туберкульозу з 7,69 % у III стадії до 19,8 % у IV стадії (табл. 1). Привертає увагу переважання кількості пневмоній у хворих з III стадією – 44,4 % проти 16,7 % у хворих з IV стадією, у той час як відбувається значне підвищення кількості інфекційних уражень ЦНС з 13,7 % у

Таблиця 1. Діагностовані захворювання в залежності від стадії ВІЛ-інфекції

| Захворювання | Клінічна стадія (ВООЗ 2006), % | | | |
|---|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | II | III | IV | Усього |
| Кандидоз слизових оболонок | 40,00 | 58,10 | 73,60 | 51,70 |
| Пневмонія | 26,67 | 44,40 | 16,70 | 26,54 |
| Туберкульоз | 0 | 7,69 | 19,80 | 15,10 |
| ХГВ | 0 | 8,60 | 6,80 | 7,00 |
| ХГС | 13,30 | 34,20 | 20,30 | 24,58 |
| Цироз печінки | 0 | 4,30 | 8,60 | 6,70 |
| Пілонефрит | 0 | 9,40 | 4,50 | 5,90 |
| Менінгоенцефаліт | 0 | 13,70 | 60,50 | 42,50 |
| Усього кількість патологій у одного хворого | 1,00±0,17 | 2,61±0,12 | 3,39±0,10 | 2,63±0,07 |

хворих з III стадією до 60,5 % у хворих з IV. Це може бути пов'язано з остаточною декомпенсацією імунної відповіді і розвитком генералізованого інфекційного процесу на термінальних стадіях ВІЛ. Також спостерігається збільшення кількості мікст-інфекцій – у хворих з II стадією діагностовано (1,00±0,17) нозологій, у той час як у хворих з IV – (3,39±0,10) нозологій (табл. 2).

діагностики, дуже часто встановити етіологію захворювання не вдається. Це, безумовно, знижує ефективність лікування, підвищує ризик ускладнень і летальних випадків.

В лікуванні в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії мали потребу 34,4 % хворих, що становить 34,6 % від усіх хворих, які знаходились на лікуванні у цей проміжок часу (22,2 % хворих з III стадією і 49,6 % – з IV).

Таблиця 2. Етіологічна структура інфекційних уражень ЦНС в залежності від стадії ВІЛ-інфекції

| Захворювання | III стадія ВІЛ | | СНІД | | Усього | |
|---------------------------|----------------|------|---------|------|---------|------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Інфекційні ураження ЦНС | 16 | 13,7 | 135 | 60,5 | 151 | 42,5 |
| Токсоплазмоз | 3 | 2,1 | 25 | 16,6 | 28 | 18,5 |
| ВПГ 1-го і 2-го типів | 0 | 0 | 3 | 2,0 | 3 | 2,0 |
| ЦМВ | 1 | 0,7 | 19 | 12,6 | 20 | 13,2 |
| ВЕБ | 1 | 0,7 | 29 | 19,2 | 30 | 19,9 |
| Герпес-зостер | 3 | 2,1 | 1 | 0,7 | 4 | 2,8 |
| Мікобактерія туберкульозу | 1 | 0,7 | 13 | 8,6 | 14 | 9,3 |
| Мікст-інфекція | 1 | 0,7 | 14 | 9,3 | 15 | 10,0 |
| Етіологію не визначено | 7 | 4,6 | 62 | 41,1 | 69 | 45,7 |

Примітка. Випадків захворювань III стадії не було.

Ураження ЦНС спостерігалось у 151 (43,9%) хворого. При обстеженні ліквору цих хворих методом ПЛР була встановлена етіологія ураження ЦНС: токсоплазмоз у 28 (18,5 %) хворих, вірус простого герпесу у 3 (2,0 %), цитомегаловірус у 20 (13,2 %), вірус Епштейна-Барр у 30 (19,9 %), герпес-зостер-вірус у 4 (2,8 %) та мікобактерія туберкульозу у 14 (9,3 %). У 15 (10,0 %) хворих спостерігалась мікст-нейроінфекція. Етіологія ураження ЦНС залишилася нез'ясованою у 69 (45,7 %) хворих (табл. 2). Відмічається значне переважання кількості інфекційних уражень ЦНС у хворих з термінальною стадією ВІЛ-інфекції. Також, незважаючи на використання сучасних методів

Летальність становила 18,6 % (5,1 % з III стадією та 25,1 % з IV). Основною причиною летальності стали ураження ЦНС різноманітної етіології, туберкульоз легень та пневмонія.

Таким чином, в лікарні знаходились хворі переважно з III – IV стадіями ВІЛ-інфекції, у яких спостерігались мікст-інфекції з важким генералізованим перебігом, у зв'язку з чим ефект від лікування був незначним, у переважній кількості випадків удалося досягти лише короточасного покращення стану хворого. Лікування таких пацієнтів тривале і коштовне, супроводжується значною кількістю лабораторних і інструментальних досліджень і потребує значної уваги медичного персоналу.

Список літератури

1. Гудзенко О.А. «Маленькі» проблеми у вирішенні глобальної задачі боротьби з ВІЛ-інфекцією / О.А. Гудзенко, І.В. Шестакова // Сучасні інфекції. – 2007. – № 1. – С. 24–30.
2. МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» – Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции/СПИД в Украине. – Режим доступа: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/statistics/index.htm>
3. The HIV in Europe 2007 initiative: Issues, challenges and opportunities for addressing optimal testing and earlier care // J. Lazarus, T. Coenen, B. Gazzard [et al.] // HIV Med. – 2008. – № 9 (Suppl. 2). – S. 1–40.

4. Щербінська А.М. Методичні аспекти проблеми ВІЛ/СНІД в Україні / А.М. Щербінська // Мистецтво лікування. – 2006. – № 2 (28). – С. 14–16.
5. ВИЧ-інфекція: Інформаційний бюллетень № 30 ФНМЦ ПБ СПИД Роспотребнадзора / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова [и др.]. – М., 2007. – 31 с.
6. Testing times: unmet need in testing, treatment and care for HIV/AIDS in Europe // S. Mounier-Jack, A. Adler, J. de Sa [et al.]. – London School Hyg. Trop Med. – 2008. – P. 1–77.
7. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків / Розробники: С.Н. Антоняк, А.О. Боброва, В.І. Курпіта. Затверджено МОЗ України – К., 2010. – 164 с.
8. Результати моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу в Харківській області / О.П. Черкасов, І.М. Кожевнікова, Е.В. Югай [и др.] // Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми клініки, профілактики ВІЛ-інфекції і захворювань з парентеральних шляхом передачі». – Харків, 2011. – С. 107–111.
9. Willemot P. Prevention of HIV-associated opportunistic infections and diseases in the age of highly active antiretroviral therapy / P. Willemot, M.B. Klein // Expert Rev. Antiinfect. Ther. – 2004. – Vol. 2, № 4. – P. 521–532.
10. The EuroSIDA study: Regional differences in the HIV-1 epidemic and treatment response to antiretroviral therapy among HIV-infected patients across Europe – a review of published results / D. Podlekareva, W. Bannister, A. Mocroft [et al.] // Cent. Europ. J. Public Health. – 2008. – Vol. 16, № 3. – P. 99–105.
11. Female prostitutes: a risk group for infection with HTLV-III/LAV / P. Van de Perre, N. Clumeck, M. Garael [et al.] // Lancet. – 1985. – Vol. 2. – P. 62–65.
12. Newly diagnosed HIV infections: review in UK and Ireland // A.K. Sullivan, H. Curtis, C.A. Sabin, M.A. Johnson // BMJ. – 2005; Jun 4. – Vol. 330 (7503). – P. 1301–1302.

В.Н. Козько, А.В. Гаврилов, А.В. Сохань, Е.В. Юрко, Я.И. Копейченко, А.А. Гойденко

АНАЛИЗ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ В ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ г. ХАРЬКОВА

В статье анализируются результаты работы с ВИЧ-инфицированными пациентами областной клинической инфекционной больницы г. Харькова за 2008–2012 годы. Проанализированы клинические данные в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Описана этиологическая структура основных оппортунистических инфекций, в том числе с поражением центральной нервной системы, в зависимости от стадии ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, оппортунистические инфекции, инфекционные поражения ЦНС.

V.N. Kozko, A.V. Gavrylov, A.V. Sokhan, K.V. Yurko, Ya.I. Kopyuchenko, A.A. Goydenko

ANALYSIS OF THE WORK WITH HIV-INFECTED PATIENTS IN KHARKIV REGIONAL INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL

The article analyzes the results of the HIV-infected patients in Kharkiv Regional Infectious Diseases Hospital for 2008–2012. Clinical data were analyzed according to the stage of HIV infection. Describes the structure of the main etiological opportunistic infections, including central nervous system, depending on the stage of HIV.

Key words: HIV-infection, opportunistic infections, infections of the CNS.

Поступила 17.04.13