

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

**КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА
МОНІТОРИНГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**
(методичні рекомендації)

Київ-2012

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

«УЗГОДЖЕНО»

Директор Департаменту реформ
та розвитку медичної допомоги
МОЗ України

_____ М.К. Хобзей

_____ 2012 р.

**КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА
МОНІТОРИНГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**
(методичні рекомендації)

Київ-2012

Основна установа розробник:

Харківський національний медичний університет, МОЗ України

Установа-співвиконавець:

Харківський обласний центр боротьби та профілактики з ВІЛ/СНІДом

Укладачі:

д.мед.н., професор	Козько В.М.	067-260-86-02
к.мед.н.	Юрко К.В.	057 297-50-18
	Черкасов О.П.	057 297-50-05
к.мед.н.	Бондаренко А.В.	057 297-50-18
к.мед.н.	Соломенник Г.О.	050-203-79-72
к.мед.н.	Краснов М.І.	057 297-50-05
	Кузнєцова А.А.	057 297-50-05

Рецензенти:

д.мед.н., професор Голубовська О.А.

д.мед.н., професор Ходак Л.А.

Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Інфекційні хвороби» МОЗ України, д.мед.н., професор О.А. Голубовська

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	5
Вступ.....	6
1. Загальні відомості про ВІЛ-інфекцію.....	8
1.1. Етіологія.....	8
1.2. Епідеміологічні аспекти ВІЛ-інфекції.....	9
1.3. Сучасна класифікація ВІЛ-інфекції.....	11
1.4. Діагностика ВІЛ-інфекції.....	14
2. Результати власних досліджень.....	19
2.1. Аналіз поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих на парентеральні гепатити.....	19
2.2. Аналіз поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих на мононуклеоз, мононуклеозоподібні стани та інші ВІЛ-індикаторні захворювання.....	21
3. Сучасні принципи терапії ВІЛ-інфекції.....	26
Висновки.....	29
Рекомендації.....	30
Перелік рекомендованої літератури.....	31

Перелік скорочень

АРТ	антиретровірусна терапія;
ВГ	вірусні гепатити;
ВЗВ	ВЗВ-інфекція, оперізуючий лишай;
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини;
ЖКС	жінки комерційного сексу;
ЗПСШ	захворювання, що передаються статевим шляхом;
ІФА	імуно-ферментний аналіз;
КА	коефіцієнт атерогенності;
НІЗТ	нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази;
ННІЗТ	ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази;
ІІ	інгібітори протеази;
ЛТ	лейкопенії, тромбоцитопенії;
ЛПЗ	лімфопроліферативні захворювання
МЛ	мононуклеоз, лімфаденопатії;
МПВ	місця позбавлення волі;
РД	рак/дисплазії шийки матки, анальної області;
СДЕ	себореїчний дерматит, недиференційовані екзантеми;
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків;
СНІД	синдром набутого імунодефіциту;
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція;
АВС	абакавір;
AZT	зидовудин;
CD4	T-хелпери;
D4T	ставудин;
EFV	ефаверенц;
LPV/r	лопіновір/ретоновір;
NVP	нелфіновір;
TDF	тенофовір;
ЗТС	ламівудин;

ВСТУП

За останні роки в Європі спостерігається зростання кількості ВІЛ-інфікованих за рахунок збереження високого темпу епідемії в країнах Східної Європи. На жаль, Україна не є винятком. Станом на липень 2011 року в Україні офіційно зареєстровано 193544 особи з ВІЛ-інфекцією, з яких у 42233 було діагностовано СНІД. Кількість померлих від СНІДу постійно зростає і на даний час нараховує 22895 випадків. Тільки за 6 місяців 2011 року було виявлено 11934 „нових” випадків ВІЛ-інфекції, з яких у 5123 осіб установлений діагноз СНІД. Тому, незважаючи на забезпечення широкого доступу до інформації щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, розробку системи догляду та підтримки, що представлено в деклараціях про партнерство в боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Європейському регіоні (2004, 2006, 2007), та застосування комбінованої антиретровірусної терапії (АРТ) проблема ВІЛ/СНІДу залишається одним з головних питань системи охорони здоров'я в більшості країн Східної Європи.

Одним із перших важливих результатів у розробці цього питання є визначення дефініції „пізньої” діагностики ВІЛ-інфекції або „пізнього презентера”. Це є важливим для визначення масштабу епідемії в Європі. Пізньою діагностикою прийнято вважати факт встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції при рівні CD4+ клітин нижче 350 клт/мкл або клінічну картину СНІДу. Усе це стало основою для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції.

Реальний розмір інфікування населення ВІЛ-інфекцією в Європі у багатьох країнах залишається невизначеним. Більшість хворих на ВІЛ-інфекцію залишаються поза увагою лікарів, що складає (18-80) %. Результати проведених сучасних епідеміологічних досліджень, що були виконані в країнах Західної Європи, довели, що у Великобританії та Франції діагноз ВІЛ-інфекція встановлений у (36-42) % хворих на пізніх стадіях захворювання (CD4 >200 клт/мкл). Причиною встановлення діагнозу була симптоматика СНІДу, дослідження на ВІЛ були виконані за клінічними показниками. Частка таких хворих залишається незмінною в останні 10 років епідемії в багатьох країнах

Європи і складає (25-50) % від загальної кількості нових зареєстрованих випадків. Тому ефективна протидія розповсюдженню ВІЛ-інфекції полягає в її ранньому діагностуванні.

В Україні в останні роки гостро стоїть питання раннього виявлення і реєстрації ВІЛ-позитивних осіб для ефективного клініко-імунологічного і вірусологічного моніторингу та раннього призначення лікування. 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 має менше значення у поширеності захворювання серед населення. З ними проводиться постійна профілактична робота, психологічна підтримка, вони отримують своєчасне противірусне лікування.

В умовах, коли змінюється пріоритет тих чи інших шляхів інфікування, що спостерігається в останні роки в Україні, коли починає домінувати статевий шлях інфікування, епідемія ВІЛ-інфекції набуває інших рис. Тому питання вивчення контингентів ризику серед осіб з ВІЛ-індикаторними захворюваннями і станами з точки зору оцінки їх значення для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції є дуже актуальним і злободенним. Таким чином, у цьому аспекті виникає необхідність розширення показів для обстеження на ВІЛ-інфекцію контингентів ризику.

Методичні рекомендації складено за матеріалами НДР «Комплексна система ранньої діагностики та моніторингу ВІЛ-інфекції» (№ Держреєстрації 0110U001815), термін виконання 2010-2012 рр.

Методичні рекомендації призначені для лікарів сімейної медицини, інфекціоністів, терапевтів, акушерів-гінекологів, дерматовенерологів.

1. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

1.1. Етіологія

ВІЛ-інфекція — повільно прогресуюче інфекційне захворювання з переважно парентеральним шляхом передачі, що характеризується специфічним ураженням імунної системи з розвитком специфічного імунодефіциту, внаслідок чого організм людини стає високо сприйнятливим до опортуністичних інфекцій і пухлин, які призводять до загибелі хворого.

ВІЛ відноситься до родини ретровірусів (*Retroviridae*), підродини лентівірусів (*Lentiviridae*). ВІЛ має вигляд сфери розміром до 100-140 нм. Він укритий двошаровою ліпідною оболонкою, на поверхні якої містяться молекули білків gp (глікопротеїни – glycoprotein). Найбільше значення мають поверхневий gp 120 (забезпечує прикріплення до клітин мішенів) і трансмембранний gp 41 (сприяє проникненню генетичної інформації вірусу в середину клітини за допомогою ендцитозу). Також віріон містить двонитчасту РНК, структурні білки та ферменти.

Геном ВІЛ містить 3 основні структурні гени, які кодують синтез внутрішніх білків (group specific antigen) (gag-p 17/18, 24/26, 55/56), глікопротеїнів оболонки (envelope) (env-gp 41/36, 120/105 160/140) і – ферментативної системи зворотної транскриптази (polymerase) (pol-p 31, 51, 66/68) (вірусна протеаза, полімераза, інтеграза).

Оболонка складається з фосфо- і глікопротеїдів і визначає тропність вірусу до клітин-мішенів. Віруси мають тропність до клітин, які несуть на своїй поверхні рецептор CD4+ (Т-хелпери, моноцити, тканинні макрофаги, клітини нейроглії).

Розрізняють два типи ВІЛ. ВІЛ-1 широко поширений у всьому світі, а ВІЛ-2 циркулює переважно в Західній Африці. Визначається різна чутливість типів ВІЛ до нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази (ННІЗТ). Так, ВІЛ-2 є резистентним до NVP та EFV.

ВІЛ нестійкий у зовнішньому середовищі, швидко інактивується дезінфікуючими розчинами. Вірус інактивується при кип'ятінні – за 1 хвилину.

Вірус відносно стійкий до іонізуючої радіації, ультрафіолетового опромінювання та заморожування до -70°C .

1.2. Епідеміологічні аспекти ВІЛ-інфекції

ВІЛ-інфекція – антропоноз. Джерелом інфекції є інфікована людина в будь-якій стадії інфекційного процесу (хворий на СНІД і ВІЛ-інфікована людина в усі періоди хвороби і носійства). У великій кількості вірус знаходиться в крові, спермі, вагінальному секреті і грудному молоці, у незначній кількості – у слині, сечі, слюзній та цереброспінальній рідині, біоптатах різних тканин, поті, бронхіальній рідині, калі та ін.

Найпоширеніший шлях передавання інфекції є статевий. Особливо інтенсивна передача ВІЛ спостерігається при гомосексуальних статевих контактах. При цьому ризик зараження пасивного гомосексуаліста в 3-4 рази більше, ніж активного, що пов'язано з травматичністю контактів і тим, що епітеліальні клітини прямої кишки мають рецептори CD4.

Таким чином, ризик передачі ВІЛ статевим шляхом підвищується при:

- приймаючому статевому акті, травматичних ушкодженнях при статевому контакті ;
- безладних статевих зв'язках, недостатньому дотриманню правил безпечного сексу;
- будь-якому ерозійно-виразковому захворюванні статевих органів, також наявності супутніх ЗПСШ (герпес, сифіліс, гонорея, кандидоз та ін.);
- високому вірусному навантаженні в партнера, пізній стадії захворювання.

Парентеральний шлях реалізується при переливанні інфікованої крові та її компонентів, ін'єкціях і маніпуляціях з використанням нестерильних шприців і інструментів, трансплантації органів, штучному заплідненні. Найчастіше це відбувається в наркоманів при внутрішньовенному введенні наркотичних речовин, у випадку інфікування наркотиком або за умов не дотримання гігієни при застосуванні шприців. З іншого боку існує загроза передачі ВІЛ-інфекції при проведенні татуажу, косметичних процедур, манікюру та інших маніпуляцій з пошкодженням шкіри або слизових оболонок.

Вертикальний шлях передачі ВІЛ від матері дитині може мати місце під час вагітності, пологів і при грудному вигодовуванні. Необхідно зазначити, що ризик передачі ВІЛ дітям від серопозитивних матерів становить від 15 % до 30 %, а за деякими даними – до 50 %, що залежить від стадії захворювання і збільшується при грудному вигодовуванні, природних пологах. Виявлено випадки зараження матерів від інфікованих грудних дітей при грудному вигодовуванні. Сучасні методи профілактики спрямовані на застосування АРТ вагітною жінкою в останній триместр вагітності, або до початку запланованої вагітності і призначення противірусного лікування дитині після пологів. Побутова передача вірусу не виявлена. На ВІЛ-інфекцію можуть хворіти люди будь-якого віку.

Трансмівна передача ВІЛ практично неможлива, тому що збудник в організмі кровососів не розмножується. Побутова передача вірусу при звичайному спілкуванні людей не виявлена. ВІЛ не передається через повітря, питну воду і харчові продукти.

Визначають декілька етапів розвитку епідемічного процесу під час епідемії ВІЛ-інфекції. Перший етап – це епідемія низького рівня, коли кількість ВІЛ-інфікованих залишається стабільно низькою впродовж багатьох років, а ризик інфікування пов'язаний з групами ураження і поведінкою осіб високого ризику. Поширеність ВІЛ-інфекції в групах ризику не перевищує 5 %. Цей етап спостерігався в країнах СНД з середини 80-х до початку 90-х років минулого століття.

З середини 90-х років спостерігається зростання показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, що обумовлено наступним етапом розвитку епідемії. Він характеризується розвитком концентрованої епідемії, коли спостерігається швидке поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп (споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), осіб, які мають багато статевих партнерів або незахищені сексуальні контакти). Поширеність ВІЛ-інфікованих у цих групах перевищує 5 %. Питома вага ВІЛ-інфікованих серед вагітних не перевищує 1 %.

З 2003 року в Україні змінюються характеристики епідемічного процесу. Це обумовлено формуванням генералізованої епідемії, тобто третім етапом розвитку епідемічного процесу, при якому визначається перехід ВІЛ-інфекції в загальну популяцію.

1.3. Сучасна класифікація ВІЛ-інфекції

В Україні для встановлення клінічної стадії захворювання рекомендовано клінічну класифікацію стадії ВІЛ-інфекції в дорослих і підлітків (ВООЗ, 2006), затверджену Наказом МОЗ України № 658 від 04.10.2006 р. (табл. 1).

Офіційно зареєстровані випадки захворювання на ВІЛ-інфекцію на момент взяття ВІЛ-інфікованих осіб на диспансерний нагляд та випадки смерті ВІЛ-інфікованих хворих кодуються відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (МКХ-10).

Таблиця 1

Клінічна класифікація стадії ВІЛ-інфекції в дорослих і підлітків (ВООЗ, 2006 р.), затверджена Наказом МОЗ України № 658 від 04.10.06р.

Клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції в дорослих та підлітків	Код за МКХ-10
ГОСТРА ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ	
Безсимптомна	Z.21
Гострий ретровірусний синдром	B.23.0
КЛІНІЧНА СТАДІЯ I	
Безсимптомний перебіг	Z. 1
Персистуюча генералізована лімфаденопатія	B.23.1
КЛІНІЧНА СТАДІЯ II	
Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт – 2 або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.20.1
Оперізувальний лишай	B.20.3
Ангулярний хейліт	B.23.8

Рецидивуючий афтозний стоматит (два або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.23.8
Папульозний сверблячий дерматит	B.23.8
Себорейний дерматит	B.23.8
Грибкові ураження нігтів	B.20.5
КЛІНІЧНА СТАДІЯ ІІІ	
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс	B.22.7
Рецидивуючий кандидоз (молочниця) ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.20.4
Волосиста лейкоплакія язика	B.23.8
Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.)	B.20.1
Гострий некортизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або некротизуючий виразковий періодонтит	B.22.7
КЛІНІЧНА СТАДІЯ ІV	
Легеневий туберкульоз	B.20.0
Позалегеневий туберкульоз (у тому числі лімфатичних вузлів)	B.20.0
Нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція або дисемінований нетуберкульозний мікобактеріоз	B.20.0
Пневмоцистна пневмонія	B.20.6
Рецидивуючі бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року)	B.20.1
Рецидивуюча сальмонельозна бактеріємія, викликана нетифоїдними сальмонелами	B.20.1
Цитомегаловірусний ретиніт (\pm коліт)	B.20.2
Хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу тривалістю понад 1 міс.	B.20.3
Прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)	B.20.3

Токсоплазмоз	B.20.8
Вісцеральний лейшманіоз	B.20.8
Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс.)	B.20.8
Хронічний ізоспороз	B.20.8
Дисеміновані мікози (кандидоз, кокцидіомікоз, гістоплазмоз)	B.20.4 B.20.5
Криптококовий менінгіт	B.20.5
Саркома Капоші і ВІЛ-асоційовані злоякісні новоутворення (лімфома головного мозку, інвазивний рак шийки матки, карцинома прямої кишки)	B.21.0 B.21.8
Т-клітинна лімфома Ходжкіна	B.21.3
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	B.22.0
ВІЛ-асоційована кардіоміопатія	B.23.8
ВІЛ-асоційована нефропатія	B.23.8
Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)	B.22.2
Немотивована втрата ваги (понад 10 % протягом 6 місяців)	B.22.2

У 1993 році в США і Західній Європі прийнята класифікація, що передбачає взаємозв'язок клінічних та імунологічних (рівень CD4-клітин) ознак ВІЛ-інфекції. Ця класифікація дозволяє об'єктивно оцінювати стан хворого особливо в умовах протівірусного лікування (табл. 2).

Таблиця 2

Класифікація ВІЛ-інфекції за CDC (1993 рік)

Категорія CD4+ Т клітин	Клінічні категорії		
	А категорія	В категорія	С категорія
< 500 клт/мкл	A1	B1	C1
200-499 клт/мкл	A2	B2	C2
<200 клт/мкл	A3	B3	C3

Категорія А включає безсимптомну ВІЛ-інфекцію, ПГЛ і гостру ВІЛ-інфекцію.

Категорія В включає стани ні А, ні С, а саме:

- бацилярний ангіоматоз;
- орофарингеальний та/або вагінальний кандидоз, персистуючий понад 1 міс;
- цервікальна дисплазія (карцинома);
- лихоманка більше 38,5°C або діарея понад 1 міс;
- лейкоплакія язика;
- рецидивуючий або дисемінований оперізувальний герпес;
- ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура;
- лістеріоз;
- легеневий туберкульоз;
- запальні захворювання таза;
- периферична нейропатія.

Категорія С – клінічні стани з СНІД-індикаторними хворобами.

Відповідно до цієї класифікації, діагноз СНІДу встановлюється всім особам з клінічною категорією С (незалежно від змісту CD4-клітин), а також хворим, які мають рівень Т-хелперів нижче 200 клт/мкл, навіть за наявності клінічних категорій А або В і відсутності СНІД-індикаторних хвороб.

1.4. Діагностика ВІЛ-інфекції

Клінічна діагностика ВІЛ-інфекції проводиться на підставі клініко-анамнестичних даних. Необхідно враховувати анамнестичні дані, які можуть вказувати на можливість інфікування, а саме споживання ін'єкційних наркотиків, захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), „поведінка ризику”, татуаж, перебування в умовах системи виконання покарання, наявність парентеральних гепатитів тощо. Слід брати до уваги той факт, що з моменту інфікування до розвитку клінічних проявів хвороби може минути декілька років.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, діагностика розгорнутого СНІДу можлива і без лабораторного підтвердження діагнозу за умови наявності в пацієнтів надійно підтверджених СНІД-індикаторних хвороб, при відсутності інших причин важкого імунодефіциту (первинний імунодефіцит, тривале систематичне лікування кортикостероїдами або інша імуносупресивна або цитотоксична терапія, бластоматозне захворювання) протягом 3 місяців до появи індикаторного захворювання.

СНІД - індикаторні хвороби:

- кандидоз стравоходу, трахеї, бронхів або легенів;
- позалегеневий криптококоз;
- криптоспоридіоз з діареєю понад 1 місяця;
- цитомегаловірусне ураження різних органів, крім печінки, селезінки чи лімфатичних вузлів у хворого у віці старше 1 місяця (виникнення захворювання до цього віку пов'язують з уродженим інфікуванням);
- інфекція, зумовлена вірусом простого герпесу, що проявляється виразками на шкірі та слизових оболонках, які персистують понад 1 міс, а також бронхітом, пневмонією або езофагітом будь-якої тривалості, які вражають хворого у віці старше 1 місяця;
 - генералізована саркома Капоші у хворих молодше 60 років;
 - лімфома (первинна) головного мозку у хворих молодше 60 років;
 - лімфоцитарна інтерстиціальна пневмонія та легенева лімфоїдна гіперплазія в дітей у віці до 12 років;
- дисемінована інфекція, викликана атиповими мікобактеріями з позалегеневою локалізацією або локалізацією (додатково до легенів) у шкірі, або в шийних, або прикореневих лімфовузлах;
 - пневмоцистна пневмонія; прогресуюча багатоосередкова лейкоенцефалопатія;
 - токсоплазмоз головного мозку у хворого у віці старше 1 місяця.

Іншими захворюваннями, що вказують на велику ймовірність СНІДу, але вимагають обов'язкового лабораторного підтвердження, є:

- бактеріальні інфекції, поєднані або рецидивуючі в дітей до 13 років, більше двох випадків за 2 роки спостереження (септицемія, пневмонія, менінгіт, ураження кісток і суглобів, абсцеси, зумовлені гемофільною паличкою, стрептококами);

- дисемінований позалегеневий кокцидіомікоз;

- ВІЛ-енцефалопатія;

- дисемінований позалегеневий гістоплазмоз;

- ізоспороз з діареєю понад 1 міс;

- саркома Капоші в людей будь-якого віку;

- лімфома (первинна) головного мозку в осіб будь-якого віку;

- інші В-клітинні неходжкінські лімфоми або лімфоми невідомого імунофенотипу;

- дисемінований туберкульоз з ураженням крім легенів, шкіри, шийних або прикореневих лімфатичних вузлів;

- позалегеневий туберкульоз;

- рецидивуюча нетифоїдна сальмонельозна септицемія;

- ВІЛ-кахексія.

Діагноз розгорнутого СНІДу може бути встановлений, якщо є яскраво виражені ознаки ВІЛ-енцефалопатії або ВІЛ-кахексії (значна втрата маси тіла більше 10 % від первісної при наявності хронічної діареї та незрозумілої лихоманки хвилеподібної або постійного типу протягом понад 1 місяць, а також хронічної слабкості). При цьому будь-які опортуністичні інфекції або новоутворення можуть бути відсутні.

При загальноклінічному обстеженні слід враховувати результати клінічного дослідження крові. Зміни залежать від періода хвороби, наявності і характеру ускладнень. У початковому періоді при розвитку опортуністичних хвороб можливий помірний лейкоцитоз або нормоцитоз, зсув формули вліво, високе ШОЕ, у період СНІДу – панцитопенія (лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія). У загальному аналізі сечі можна виявити помірний вміст білка, але при розвитку ВІЛ-асоційованої нефропатії спостерігається типовий нефротичний

синдром. При наявності ко-інфекції ВІЛ з HCV, HBV, HDV у хворих можливі біохімічні ознаки хронічного гепатиту або цирозу печінки.

У відповідності до законодавства України специфічна діагностика ВІЛ-інфекції проводиться тільки після добровільної письмової згоди з боку хворого і проведення передтестового консультування. Для специфічної діагностики застосовують тест-системи імуноферментного аналізу (ІФА, ELISA), який є скринінговим тестом для визначення антитіл до ВІЛ або його антигенів. Традиційним матеріалом для визначення антитіл до ВІЛ продовжує залишатися сироватка або плазма крові, хоча в даний час спектр біологічних матеріалів розширений. При постановці ІФА у випадку одержання позитивного результату аналіз проводять ще 2 рази (з тією ж сироваткою).

Існують так звані RAT (rapid antibody test), які засновані на проточній імунохроматографії з використанням специфічних антигенів, що дозволяють установити наявність антитіл до ВІЛ у крові хворого протягом декілька хвилин в амбулаторних умовах. Ці тести досить чутливі і специфічні, але не завжди точні. У деяких ситуаціях (наявність аутоімунних хвороб, інших вірусних інфекцій, злоякісних хвороб, вагітності) можуть бути отримані помилкові позитивні результати. Таким чином, результати цього тесту слід підтверджувати або іншим RAT і ІФА або Western Blot.

Тест Western Blot визначає конкретні протеїни ВІЛ (білки серцевини p17, p24, p55; білки оболонки gp41, gp120, gp160; ферменти p31, p51, p66). Цей метод є більш чутливим і специфічним, ніж ІФА. Якщо результат невизначений, аналіз із цією ж кров'ю повторюється через 2 тижні.

Слід пам'ятати, що стадія гострого захворювання передуює сероконверсії, тому в даний період ІФА буває негативним. Якщо в стадії гострого захворювання результати продовжують бути невизначеними, рекомендовано повторити аналіз через 6 місяців. Можливе проведення дослідження методом ПЛР. Якщо результат залишається незмінним через 6 місяців, імовірно, пацієнт не інфікований.

Існує два основних методи якісного визначення генетичного матеріалу вірусу, що полягають у виявленні нуклеїнових кислот ВІЛ ПЛР. Перший - дослідження провірусної ДНК у клітинах, другий – дослідження вільної вірусної РНК у плазмі крові. Кількісне визначення РНК ВІЛ дозволяє встановлювати рівень віремії тобто вірусне «навантаження» (ВН).

Діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених від серопозитивних матерів, складна у зв'язку з циркуляцією материнських антитіл до ВІЛ протягом першого року життя. З іншого боку, зараження вірусом у неонатальному періоді може індукувати гіпогамаглобулінемію. При цьому зникнення антитіл не є достатньою підставою для зняття діагнозу й тому, у всіх цих випадках рекомендовано спостереження не менше, ніж протягом 3 років після народження з проведенням ПЛР.

Для імунологічної діагностики ВІЛ-інфекції рекомендовано проводити дослідження абсолютної та відносної кількості Т-хелперів методом імуноцитометрії.

2. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

З метою вивчення поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих з ВІЛ-індикаторними захворюваннями нами було обрано наступні групи патології: парентеральні вірусні гепатити (гострі і хронічні гепатити В, С, Д, вірусні цирози); мононуклеоз і мононуклеозоподібні стани; стани що супроводжуються лейкопенією або тромбоцитопенією; зостер-інфекція в осіб молодше 65 років; себорейний дерматит, різні недиференційовані екзантеми; ЗПСШ; злоякісні лімфоми та інші лімфопроліферативні захворювання; дисплазії та рак шийки матки.

Дослідження крові пацієнтів на ВІЛ-інфекцію проводилося методом ІФА з використанням тест-систем ДІА ВІЛ Діапром Мед м. Київ. Крім того для скринінгу в умовах стаціонару застосовували швидкі тести виробництва Фармаско. Дослідження проводилися в рамках діючих рекомендацій МОЗ України. Верифікація виконувалася в лабораторії Обласного центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом м. Харкова. Обстеження проводилося відповідно до нормативно-правових актів та існуючих інструктивних матеріалів зі збереженням добровільності. Визначення імунологічних показників проводилося за допомогою моноклональних антитіл на проточному цитофлуориметрі.

2.1. Аналіз поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих на парентеральні гепатити

З метою виявлення ВІЛ-інфекції в Обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова та Обласному гепатологічному центрі були обстежені хворі на гострі та хронічні вірусні гепатити В, С, Д, вірусні цирози печінки. За період з 2007 по 2011 роки було обстежено 661 хворих на парентеральні ВГ, вірусні цирози. Діагноз ВІЛ-інфекція встановлений у 22 хворих, що склало 3,33 %.

Як наведено в таблиці 3 частота позитивних результатів дослідження на ВІЛ серед хворих на HBV, HCV, HDV коливається від 1,14 % (2 з 175 хворих) до 5,22 % (7 з 134 хворих) в різні роки дослідження. При аналізі соціально-демографічних показників, було встановлено, що більшість хворих склали

чоловіки – 388 осіб (58,69 %). Домінували пацієнти віком від 18 до 37 років – 498 осіб, що склало 75,34 %. Середній вік хворих з парентеральними вірусними гепатитами становив $28,2 \pm 4,5$ років. З цього контингенту осіб 453 (68,53 %) хворих офіційно не працювали, 165 (24,96 %) – навчалися в різних вищих наукових закладах. У 67 (10,14 %) хворих установлений факт активного ін'єкційного споживання наркотичних речовин, а у 79 (11,95 %) хворих ін'єкційна наркоманія була в анамнезі. Статевий шлях інфікування визначався у 132 (19,97 %) пацієнтів. Слід зазначити, що лише 33 (5,0 %) хворих були раніше обстежені на ВІЛ-інфекцію. Ця група хворих складалася з жінок віком до 32 років, які обстежувалися на ВІЛ-інфекцію з приводу вагітності.

Таблиця 3

Результати обстеження на ВІЛ хворих на парентеральні гепатити

Рік	Парентеральні гепатити		
	Всього обстежено хворих (абс.п.)	З них ВІЛ-позитивних осіб (абс.п.)	Відносний показник (%)
2007	175	2	1,14
2008	134	7	5,22
2009	110	4	3,63
2010	186	8	4,3
2011	56	1	1,78
Всього	661	22	3,33

При проведенні аналізу ВІЛ-позитивних осіб, які були виявлені при скринінгу групи хворих на парентеральні гепатити, було виявлено, що їх середній вік складає $23,4 \pm 5,6$ років. Переважають чоловіки – 12 (54,54 %) осіб, з яких 5 (22,73 %) раніше перебували в місцях позбавлення волі. Крім того, у 6 (27,27 %) хворих було виявлено ко-інфекцію ВІЛ з HBV та HCV. У 1 (4,5 %) випадку діагностовано цироз печінки. Усі ці хворі раніше не обстежувались на ВІЛ-інфекцію.

Аналіз клінічних проявів ВІЛ-інфекції у хворих із вперше встановленим діагнозом показав, що у 13 (59,1 %) хворих на ВІЛ-інфекцію визначалися стадії з рівнем CD4+ клітин більше 350 клт/мм^3 (Рис. 1). Таким чином, дослідження

на ВІЛ у хворих на гепатит С і В дозволяє встановити діагноз на ранній стадії захворювання.

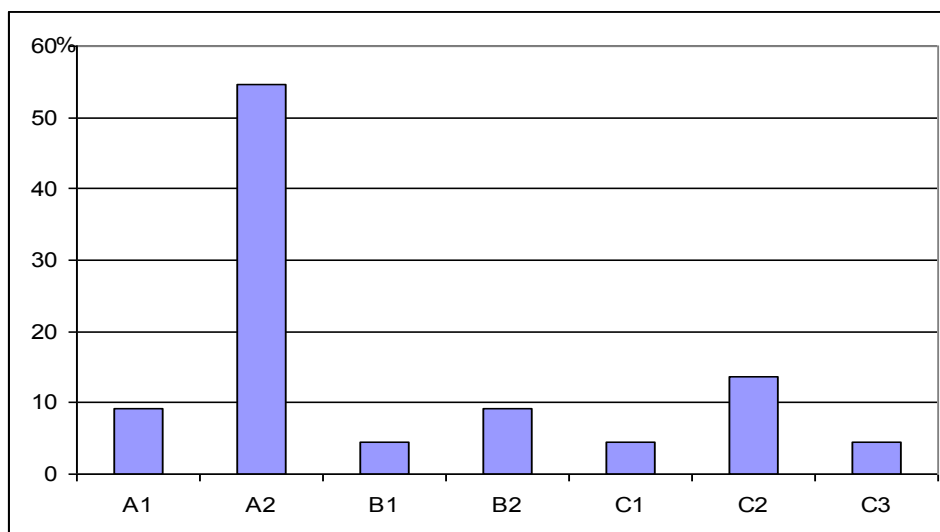


Рис. 1. Розподіл пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом залежно від клінічної стадії (Класифікація CDC, 1992).

За останні три роки у 3 (13,64 %) хворих спостерігалися ЗПСШ. У 19 (86,36 %) випадків в анамнезі були дані про внутрішньовенне споживання наркотичних речовин. При детальному клінічному обстеженні 7 хворих на ко-інфекцією ВІЛ/вірусний гепатит у 6 хворих було встановлено I-II клінічну стадію захворювання. У 1 випадку спостерігалася III клінічна стадія ВІЛ-інфекції. У цього хворого визначався кандидоз ротової порожнини.

2.2. Аналіз поширеності ВІЛ-інфекції серед хворих на мононуклеоз, мононуклеозоподібні стани та інші ВІЛ-індикаторні захворювання

При дослідженні на ВІЛ-інфекцію 253 хворих на мононуклеоз або мононуклеозоподібні стани (синдром генералізованої лимфоаденопатії) у 17 (6,72 %) пацієнтів установлений ВІЛ позитивний статус (табл. 4). Аналіз соціально-демографічних показників установив, що більшість хворих склали чоловіки – 134 (52,96 %) особи, домінували пацієнти віком 18-20 років – 181 (71,54 %) особа. Середній вік хворих на мононуклеоз склав $18,7 \pm 3,1$ роки. З цього контингенту осіб 148 (58,5 %) хворих були студентами або учнями. Серед цієї групи у 11 (4,35 %) хворих був установлений факт ін'єкційного споживання наркотичних речовин. У 6 (2,37 %) пацієнтів визначалися в анамнезі ЗСШП.

Тільки 5 (1,98 %) хворих мали результати дослідження на ВІЛ-інфекцію в минулому. Це були жінки, які обстежувалися раніше на ВІЛ-інфекцію з приводу вагітності.

Таблиця 4

Результати обстеження на ВІЛ хворих на мононуклеоз і лімфаденопатію

Рік	Мононуклеоз, лімфаденопатії		
	Всього обстежено хворих (абс.п.)	З них ВІЛ-позитивних осіб (абс.п.)	Відносний показник (%)
2007	72	2	2,78
2008	28	3	10,71
2009	30	2	6,66
2010	88	9	10,23
2011	35	1	2,86
Всього	253	17	6,72

При обстеженні хворих на мононуклеоз та мононуклеозоподібні стани з ВІЛ-позитивним статусом, діагностовано також інші ВІЛ-індикаторні хвороби. Так, у 3 (17,65 %) хворих визначався хронічний гепатит (НСV, НВV), у 1 (5,88 %) пацієнта – тривала лейкопенія, тромбоцитопенія, у 1 (5,88 %) – анемія. Крім того, слід відзначити, що у 4 (23,53 %) хворих було виявлено антитіла до CMV або EBV. У хворих з активною реплікацією цих вірусів спостерігалися порушення в гемопоезі. У 2 (11,76 %) хворих визначалася тромбоцитопенія, анемія та лейкопенія.

При клініко-імунологічному дослідженні ВІЛ-позитивних хворих із цієї групи було встановлено, що більшість хворих мали 2 та 3 категорію за класифікацією CDC, тобто кількість CD4 клітин менше 399 клт/мм³ (рис. 2). Слід зазначити, що у 2 (11,76 %) вдалося встановити діагноз ВІЛ-інфекції на стадії гострого захворювання, але у 3 (17,65 %) осіб рівень Т-хелперів був нижче 200 клт/мм³ (хворі зі стадіями А3, С3).

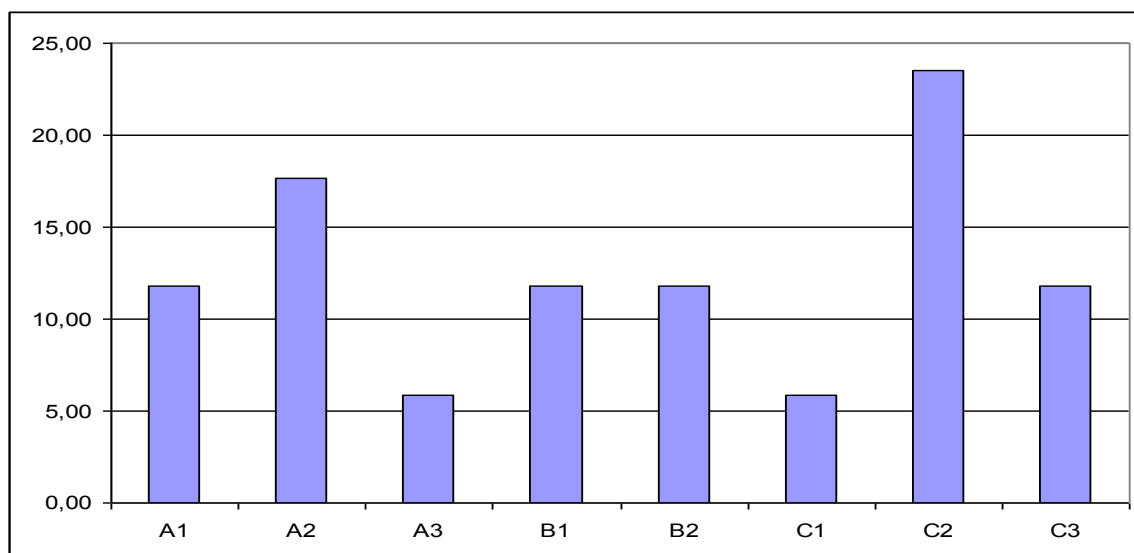


Рис. 2. Клінічна характеристика ВІЛ-позитивних осіб серед досліджених хворих з мононуклеозоподібним синдромом.

З 2010 року в стаціонарах Харківської області розпочато тестування на ВІЛ-інфекцію хворих з лімфопроліферативними захворюваннями (ЛПЗ), раком і дисплазіями шийки матки та анальної ділянки, оперізуючим лишаям, невизначеними дерматитами і себорейним дерматитом, ураженнями крові (лейкопенії, тромбоцитопенії та анемії). З початку 2011 року на ВІЛ-інфекцію обстежуються хворі на менінгіти та менінгоенцефаліти. Результати цих досліджень наведено в таблиці 5.

Таблиця 5

Результати обстеження хворих з ВІЛ-індикаторними захворюваннями

Показник	Разом	Лімфопроліферативні захворювання	Рак/дисплазія шийки матки та анальної ділянки	Оперізуючий лишай	Лейко- та тромбоцитопенія	Себорейний дерматит, недиференційовані екзантеми
Всього: абс., (%)	228 (100)	42 (18,4)	39 (17,1)	50 (21,9)	54 (23,7)	43 (18,9)
Чоловіки: абс., (%)	99 (43,4)	22 (52,4)	-	28 (56,0)	25 (46,3)	24 (55,8)
Гетеросекс: абс., (%)	365 (82,8)	20 (90,9)	-	30 (78,9)	23 (95,8)	22 (95,7)
Гомо/бісекс: абс., (%)	1 (0,4)	-	-	-	-	1 (2,3)

Невідомо: абс., (%)	33 (14,5)	12 (28,6)	7 (17,9)	9 (18,0)	2 (3,7)	3 (6,9)
СІН: абс., (%)	19 (8,3)	2 (4,8)	3 (7,7)	5 (10,0)	2 (3,7)	7 (16,3)
Відмовилися відповідати на питання СІН: абс., (%)	5 (2,2)	2 (4,8)	1 (2,6)	2 (4,0)	-	-
Перебування в МПВ: абс., (%)	2 (0,8)	-	-	1 (2,0)	-	1 (2,3)
Вік	35 (18-66)	50 (40-59)	35 (27-40)	40 (33-50)	45 (30-66)	35 (29-48)
Симптоми ВІЛ за останні 5 років: абс., (%)	3 (1,3)	1 (2,3)	-	-	1 (1,85)	1 (2,3)
Раніше обстежувалися на ВІЛ: абс., (%)	16 (7,0)	4 (9,5)	7 (17,9)	1 (2,0)	1 (1,8)	3 (7,0)
Госпіталізація в останні 5 років: абс., (%)	29 (12,7)	12 (28,5)	4 (10,3)	4 (8,0)	7 (13,0)	2 (4,7)
Діагностовано ВІЛ-інфекцію: абс., (%)	7 (3,1)	1 (2,3)	1 (2,6)	1 (2,0)	2 (3,7)	2 (4,7)

Серед хворих на ЛПЗ та оперізуючий лишай антитіла до ВІЛ знайдено у 2 (2,17 %) пацієнтів. Дещо частіше ВІЛ-інфекцію було діагностовано у хворих на рак/дисплазію шийки матки та у пацієнтів з ураженнями шкіри (3 з 82 осіб, що склало 3,66 %).

При обстеженні 228 (100 %) осіб з ВІЛ-індикаторними захворюваннями встановлено ВІЛ-позитивний статус у 7 пацієнтів (3,1 %). Частіше ВІЛ-інфекцію діагностували у хворих з ураженнями шкіри, такими як себорейний дерматит або інші недиференційовані екзантеми. При дослідженні хворих з лейкопенією, тромбоцитопенією та анемією у 2 (3,7 %) пацієнтів установлений ВІЛ-позитивний статус. Аналіз даних анамнезу встановив, що 66 (28,95 %) хворих з цієї групи отримували стаціонарне лікування, але слід зазначити, що лише 16 (7,0 %) хворих із досліджуваної групи раніше обстежувалися на ВІЛ-інфекцію. Частіше обстежувалися хворі з патологією шийки матки, тому що в

цій групі домінували жінки дітородного віку. Усі ці пацієнтки були обстежені з приводу вагітності.

Таким чином, при загальному аналізі результатів обстеження 1142 осіб із ВІЛ-індикаторними захворюваннями у 46 (4,03 %) пацієнтів вдалося встановити ВІЛ-інфекцію. Результати проведеного аналізу клінічних проявів ВІЛ-інфекції в обстежених хворих наведено в таблиці 6.

Таблиця 6

**Характеристика хворих на ВІЛ-інфекцію за класифікацією CDC
(2007-2011 рр.)**

Стадія захворювання за класифікацією CDC 1992	ВІЛ-індикаторні хвороби						Разом	
	Парентеральні гепатити		Мононуклеоз та ЛАП		Інші захворювання			
A1	2	9,1	2	11,8	-	-	4	8,7
A2	12	54,5	3	17,6	1	14,0	16	34,8
A3	-	-	1	5,9	-	-	1	2,2
B1	1	4,5	2	11,8	-	-	3	6,5
B2	2	9,1	2	11,8	1	14,0	5	10,9
B3	-	-	0	0,0	1	14,0	1	2,2
C1	1	4,5	1	5,9	-	-	2	4,3
C2	3	13,6	4	23,5	2	29,0	9	19,6
C3	1	4,5	2	11,8	2	29,0	5	10,9
Разом	22	100,0	17	100,0	7	100,0	46	100,0

У 9 (19,6 %) ВІЛ-інфікованих хворих рівень CD4+ клітин перевищував 400 клт/мкл. Рівень CD4+ 399-200 клт/мкл визначався у 30 (65,2 %) пацієнтів. СНІД було діагностовано у 7 (15,2 %) випадках. На ранній стадії, тобто при рівні CD4+ клітин вище 350 клт/мм³, діагноз ВІЛ-інфекція було встановлено в 30 (65,2 %) хворих.

Таким чином, скринінгове дослідження обраних груп пацієнтів з ВІЛ-індикаторними захворюваннями дозволяє встановити діагноз на ранніх стадіях у третини хворих. Додатковими критеріями для обстеження на ВІЛ-інфекцію є наявність парентеральних гепатитів, анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії, а також факту перебування в місцях відбування покарання, факти прийому внутрішньовенних наркотиків, наявність ЗПСШ, пневмонії в анамнезі.

3. СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

АРТ є невід'ємним компонентом програми надання комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим поряд із профілактикою та лікуванням опортуністичних інфекцій і паліативними втручаннями. АРТ дає можливість знизити рівень захворюваності та смертності, пов'язаний з ВІЛ-інфекцією.

Завдання АРТ полягають у пригніченні реплікації вірусу та зниження вірусного навантаження (ВН) до рівня, який не визначається (найкраще < 20-50 копій РНК ВІЛ/мл плазми) на максимально тривалий час (роки) та підвищенні кількості лімфоцитів CD4+ щонайменше на 50 клітин/мкл на рік до того рівня, коли цей показник значно перевищить 200 клітин/мкл. Таким чином, метою АРТ є запобігання розвитку опортуністичних інфекцій і прогресії ВІЛ-інфекції, профілактика ВІЛ (зниження захворюваності), зниження смертності та поліпшення якості життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Провідним показником для прийняття рішення про початок проведення АРТ є кількість CD4+, вірусне навантаження має допоміжне значення та є додатковим критерієм.

Згідно з сучасними рекомендаціями, пацієнтам необхідно отримувати АРТ тривалий час, практично протягом усього життя. Досягнення найкращих результатів лікування можливе лише за умови надзвичайно високого рівня дотримання терапії. Доведено, що для досягнення оптимального результату лікування хворий повинен прийняти (90-95) % призначених доз, а нижчий рівень прийому препаратів асоціюється з невдалим результатом лікування.

Відокремлюють такі групи антиретровірусних препаратів:

Нуклеозидні та нуклеотидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ).

Вони були першими противірусними препаратами для лікування ВІЛ-інфекції, але зберігають свою актуальність і на даний час. Дія їх заснована на конкурентному вбудовуванні (замість звичайних нуклеотидів) у синтезуючий ланцюжок вірусного білка, що служить перешкодою для продовження синтезу.

Представники: Зидовудин (AZT), Ставудин (d4T), Ламівудин (3ТС), Абакавір (АВС), Діданозин (ddI), Емтрицитабін (FTC), Тенофовір (TDF).

Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ).

Структурно відрізняються від НІЗТ і діють безпосередньо зв'язуючись з ендонуклеазним сайтом зворотної транскриптази ВІЛ, перешкоджаючи її конформації, необхідної для появи каталітичної активності ферменту.

Представники: Ефавіренц (EFV), Невірапін (NVP).

Інгібітори протеази блокують розривання великої синтезованої молекули вірусного білка на окремі протеїни, які необхідні для складання віріону ВІЛ. На даний час є найбільш активними щодо ВІЛ препаратів, хоча пов'язані з низкою побічних ефектів.

Представники: Фосампренавір (FPV), Лопінавір (LPV), Атазанавір (ATV), Дарунавір (DRV), Нелфінавір (NFV), Саквінавір (SQV), Індінавір (IDV), Ритонавір (RTV).

Інгібітори інтегрази блокують інтегразу ВІЛ, перешкоджають інкорпорації або «інтеграції» провірусної ДНК у ДНК хазяїна.

Представники: Ральтегравір (RAL).

Інгібітори фузії блокують конформацію др41 ВІЛ, перешкоджаючи формуванню трансмембранного каналу для входу вірусу в клітину.

Представники: Енфувіртид (ENF).

CCR5 антагоністи – Маровірок (MVC).

Загальні правила призначення схем АРТ:

- перша схема АРТ повинна включати 3 препарати, два з яких відносяться до класу НІЗТ;

- прийом усіх препаратів схеми АРТ має починатися одночасно; моно- або бітерапія, навіть нетривала, є неприпустимою;

- недоцільним є призначення комбінації НІЗТ: ZDV + d4T, обидва з яких, як аналоги тимідину, вступають у конкурентні відносини, що призводить до зниження ефективності та підвищення токсичності лікування;

- недоцільне призначення комбінації НІЗТ: 3TC + FTC, обидва з яких, як аналоги цитидину, конкурують;

- не слід поєднувати «d-препарати» (ddI, d4T) у зв'язку з підвищенням токсичності терапії, особливо в лікуванні пацієнтів з полінейропатією в анамнезі;

- на сьогодні ІІІ (за винятком NFV) застосовуються разом із малою дозою ритонавіру (/rtv) у ролі фармакокінетичного підсилувача (бустера), що дозволяє забезпечити стійкі концентрації ІІІ та високий індекс інгібування.

Схеми лікування першого ряду, рекомендовані в Україні, ґрунтуються на рекомендаціях експертів ВООЗ і враховують досвід розширення доступу до АРТ в Україні на базі національного клінічного протоколу ВІЛ-інфекції в дорослих і підлітків.

Схеми АРТ першого ряду, рекомендовані в Україні

Тенофовір + Емтрицитабін + Ефавіренц

Тенофовір + Емтрицитабін + Лопінавір/г

Альтернативні схеми АРТ

Зидовудин + Ламівудин + Невірапін (або Фосампренавір + Ритонавір)

Абакавір / Ламівудин + Невірапін (або Фосампренавір + Ритонавір)

Схеми АРТ з обмеженим застосуванням

Диданозин + Ламівудин + ННІЗТ (або ІІІ)

Ставудин + Ламівудин + ННІЗТ (або ІІІ)

При виборі схеми АРТ першого ряду перевагу рекомендовано надавати схемі на основі ННІЗТ: AZT/3ТС+EFV.

Моніторинг проведеної терапії передбачає контроль клінічної картини; ВН (РНК ВІЛ) та рівня CD4+ в сироватці; можливість резистентності ВІЛ до АРТ; комплаєнс пацієнта (дотримання ним режиму терапії).

Найкращим показником терапевтичної ефективності є зниження вірусного навантаження через 8-12 тижнів після початку терапії. Пізніше при успішній АРТ спостерігається зниження ВН до невизначеного рівня, збільшення кількості CD4+ та поліпшення стану і клінічної картини пацієнта.

ВИСНОВКИ

1. Досвід проведення скринінгових обстежень на ВІЛ-інфекцію у хворих на мононуклеоз, у хворих з мононуклеозоподібними станами (синдромом генералізованої лімфаденопатії) виявив ВІЛ позитивний статус у 17 (6,72 %) осіб. Встановлено, що в групі хворих з генералізованою лімфаденопатією у 12 (4,74 %) хворих спостерігалась анемія, тромбоцитопенія або лейкопенія. Серед хворих на гепатит С та В у 22 (3,33 %) випадків виявили позитивні результати на ВІЛ-інфекцію.

2. Обстеження хворих на ЛПЗ, рак та дисплазію шийки матки або анальної ділянки, ВЗВ-інфекцію, СДЕ, ЛТ дозволило виявити ВІЛ-інфекцію у 7 (3,1 %) хворих залежно від основного захворювання.

3. Оцінка клініко-лабораторного статусу у хворих на ВІЛ-інфекцію показала, що такий підхід до діагностики дозволяє встановити діагноз у 19,6 % пацієнтів при рівні CD4+ клітин більше 400 клт/мкл. У 65,2 % хворих кількість CD4+ клітин коливалась у межах 399-200 клт/мкл. СНІД було діагностовано у 15,2 % пацієнтів. Узагальнення цих результатів засвідчило, що у 65,2 % хворих на ВІЛ-інфекцію можна встановити діагноз відповідно до критеріїв ранньої діагностики, тобто при рівні CD4+ клітин вище 350 клт/мкл. У 11,8 % вдалося встановити діагноз ВІЛ-інфекції на стадії гострого захворювання. У 17,7 % хворих з рівнем CD4+ нижче 200 клт/мкл, що відповідає стадіям А3, С3.

4. При скринінговому обстеженні обраних груп хворих з ВІЛ-індикаторними захворюваннями можна встановити діагноз на ранніх стадіях у третини хворих. Додатковими критеріями для обстеження на ВІЛ-інфекцію є наявність у хворого парентерального гепатиту, анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії, а також факту перебування в МВП, факту прийому внутрішньовенних наркотиків, наявність ЗПСШ, пневмонії в анамнезі.

5. У пацієнтів з первинно встановленою ВІЛ-інфекцією кількість CD4+ клітин менш 200 клт/мкл спостерігалась у більшості (58,1 %) випадків. Рівень лімфоцитів більш 400 клт/мкл визначався у 6,4 % пацієнтів.

Застосування АРТ за імунологічними показниками необхідно призначати 87 % хворим з первинно встановленим діагнозом.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження хворих на ВІЛ-асоційовані захворювання дозволяють рекомендувати для постійного скринінгового моніторингу наступні клінічні групи хворих: хворі на парентеральні ВГ (гострі і хронічні гепатити В, С, Д, вірусні цирози); мононуклеоз і мононуклеозоподібні стани; стани що супроводжуються ЛТ; зостер-інфекція в осіб молодше 65 років; себорейний дерматит, недиференційовані екзантеми; злоякісні лімфоми; лімфо-проліферативні захворювання; дисплазії та рак шийки матки.

Доповненням до вищезізначених критеріїв, які підвищують імовірність позитивних результатів є наявність таких даних анамнезу: факт захворювання на пневмонію в останній рік, наявність внутрішньовенного споживання наркотичних речовин, ЗПСШ, перебування в МПВ. Крім того, слід звертати увагу на наявність декількох ВІЛ-асоційованих станів.

Необхідно використовувати при скринінговому дослідженні не тільки тести ІФА, але і швидкі тести (СІТО TEST). Слід зазначити, що при умові зростання обсягу проведеного тестування за клінічними показаннями на ВІЛ-інфекцію, визначається динаміка в кількісному відношенні позитивних результатів.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Характеристика епідемії ВІЧ-інфекції в Україні / В.Н. Козько, Е.В. Юрко, М.И. Краснов, Т.В. Давыдова // Провізор. – 2010. – № 23. – С. 7-12.
2. Бартонельозна інфекція у ВІЛ-інфікованих / А.В. Бондаренко, В.М. Козько, Д.В. Кацапов, О.П. Черкасов // Сучасні інфекції. – 2010. – № 4. – С. 77-84.
3. Бартлетт Д., Галлант Д., Фам П. Клинические аспекты ВІЧ-інфекции. – М.: Р. Валент, 2010. – с. 490.
4. Хоффман К., Роштро Ю.К. Лечение ВІЧ-інфекции. – М.: Р. Валент, 2010. – с. 490.
5. Гудзенко О.А., Шестакова І.В. „Маленькі” проблеми у вирішенні глобальної задачі боротьби з ВІЛ-інфекцією // Сучасні інфекції. – 2007. – № 1. – С. 24-30.
6. Щербінська А.М. Методичні аспекти проблеми ВІЛ/СНІД в Україні / А.М. Щербінська // Мистецтво лікування. – 2006. – № 2. (28). – С. 14-16.
7. Чернявская О.А. Лечение ВІЧ-інфекции / О.А. Чернявская, И.В. Макарова, М.С. Тимонова // Лекарственный вестник. — 2010. — №. 5. — С. 3-9.