

В. Д. Москалюк, Х. І. Возна
**МОНІТОРИНГ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ХВОРОБ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Стрімке поширення ВІЛ-інфекції перетворило її на одну з самих згубних хвороб, з якою будь-коли стикалось людство, адже за свою коротку історію вірус уразив понад 60 млн чоловік. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності незалежних держав і знаходиться на стадії концентрації в уразливих групах. Що ж до Буковини, то епідемічний процес ВІЛ-інфекції/СНІДу тут продовжує характеризуватись високою інтенсивністю. ВІЛ поширюється переважно серед молоді, яка веде найактивніше життя – трудове, громадське, сексуальне. Викликають стурбованість також високі темпи поширення цієї інфекції не тільки у групах ризику, але й серед так званих благополучних верств населення. З кожним роком зростає і кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які через прояви опортуністичних інфекцій потребують висококваліфікованої стаціонарної допомоги.

Високі темпи росту інфікованості населення без будь-яких ознак щодо стабілізації епідемічного процесу, швидка клінічна маніфестація безсимптомних форм ВІЛ-інфекції за рахунок розвитку опортуністичних інфекцій обґрунтовують необхідність вивчення перебігу даного захворювання.

Проведено аналіз медичних карт стаціонарного хворого 82 пацієнтів (з них 2 – повторно звертались за медичною допомогою), які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні з блоком СНІД Чернівецької обласної клінічної лікарні протягом 2010-2011 років та перебували на диспансерному обліку у Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Середній вік пацієнтів становив $36,7 \pm 9,8$ років (від 21 року до 60 років). Серед обстежуваних переважали особи вікової групи 25-49 років – 65 (81,25 %) осіб. За гендерною характеристикою – переважали особи чоловічої статі, які склали 66,25 %. За анамнестичними даними серед хворих переважав статевий шлях інфікування – у 42 (52,5 %) осіб, парентеральний шлях (при ін'єкційному вживанні наркотиків) спостерігався дещо рідше – у 38 (47,5 %) хворих. 18 (22,0 %) осіб було госпіталізовано за терміновими показаннями, з них 6 (33,3 %) осіб померли у термінальній стадії хвороби. Середній термін перебування хворих у стаціонарі склав $(12,4 \pm 5,3)$ днів.

За клінічними стадіями ВІЛ-інфекції пацієнти розподілились наступним чином: I стадія захворювання – у 38 (47,5 %) хворих, II стадія – у 10 (12,5 %), III стадія – у 13 (16,25 %) та IV стадія – у 19 (23,75 %).

У госпіталізованих до інфекційного відділення ОКЛ ВІЛ-інфікованих клінічні прояви ураження нервової системи виявлені у 29,3 % (24 особи) пацієнтів: менінгоенцефаліт – в 1-го хворого (туберкульозної етіології), енцефаліт – також в 1-го (герпетичної етіології), енцефалопатія – у 2, полінейропатія – у 2 випадках, астено-вегетативний синдром – у 13 осіб і нейро-циркуляторна дистонія – у 2-х пацієнтів. У двох хворих діагностовано психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіатів, ще в одного – алкогольний делірій.

Ураження шкіри і слизових оболонок проявлялися орофарингеальним кандидозом у 15 (18,3 %) осіб, в тому числі у двох пацієнтів спостерігався ще й кандидоз слизової оболонки стравоходу. Відмічалися прояви герпетичної інфекції у 5 осіб (6,1 %), викликані HSV 1 та 2 типу та VZV; стрептококової інфекції – у 9 (11,0 %); ангулярного хейліту – у 3 (3,7 %); себорейного дерматиту – у 1 особи; алергічного дерматиту та волосистої лейкоплакії язика – по 1-й особі.

Серед захворювань органів дихання, як причини звернення за медичною допомогою, переважали ГРВІ – 38 (46,3 %) випадків; також частою причиною були ураження легень бактеріальної етіології (бактеріальна пневмонія – у 9 (11 %) і туберкульоз – діагностований у 6 (7,3 %)). Позалегеневі форми туберкульозу мали місце у 3 (3,6 %) госпіталізованих у вигляді ексудативного плевриту.

Аналіз медичних карт стаціонарних хворих показав значну частоту ураження печінки – у 17 ВІЛ-інфікованих (20,7 %). Маркери гепатиту В виявлені у 3 (3,7 %) хворих і частіше в осіб зі статевим шляхом інфікування; гепатиту С – у 8 (9,8 %) обстежених, 4 (4,9 %) пацієнтів мали маркери гепатиту В і С і виявлялись частіше в осіб з парентеральним шляхом інфікування. Токсичне ураження печінки діагностовано у 2 (2,4%) пацієнтів.

Зменшення маси тіла відмічалось у 23 (28 %) хворих: втрата до 10% маси тіла – у 5 хворих, понад 10 % – в 11 осіб, у 7 випадках діагностовано ВІЛ-обумовлену кахексію.

У 18 (22 %) пацієнтів, госпіталізованих до ЧОКЛ з діагнозом ВІЛ-інфекція на фоні підвищення температури тіла спостерігалась лімфаденопатія.

Отже, у більшості випадків клінічна картина ВІЛ-інфекції та тяжкість захворювання визначається поєднанням декількох опортуністичних інфекцій. Патологія органів дихання стала основною причиною звернення за медичною допомогою. Також у хворих з ВІЛ-інфекцією відмічається висока частота ураження шкіри і слизових оболонок (42,7 %), клінічних варіантів з ураженням ЦНС (29,3 %). Привертає увагу значна частота ко-інфекції вірусних гепатитів і ВІЛ, що діагностовано у 18,4 % пацієнтів.

Ситуація, яка склалася, вимагає проведення пошуку надійних прогностичних маркерів прогресування ВІЛ-інфекції та їх зв'язку із клінічними проявами захворювання, наявністю опортуністичних інфекцій, ефективністю антиретровірусної терапії.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 19-20 червня 2013 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, К.І. Бодня, Н.І. Ільїна, В.В. Захлебаєва. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 70-72.