

В. С. Гойдик², В. В. Шухтін¹, Н. С. Гойдик², А. І. Гоженко¹

ЗМІНИ У СТРУКТУРІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ/СНІДОМ НА ТЛІ ПОШИРЕННЯ ВИСОКОАКТИВНОЇ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ

¹ ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту»,
Одеса, Україна,

² Одеський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, Одеса, Україна

УДК 616.98:578.828.6:616-085

В. С. Гойдик², В. В. Шухтін¹, Н. С. Гойдик², А. І. Гоженко¹

ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ/СПИДОМ НА ФОНЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

¹ ГП «Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта», Одесса,
Украина,

² Одесский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Одесса, Украина

Авторами проведен анализ распространенности среди пациентов стационарного отделения Одесского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом отдельных групп заболеваний, выполнено сравнение показателей в группах выписанных и умерших пациентов, сделаны выводы о наличии позитивных результатов внедрения высокоактивной антиретровирусной терапии.

Ключевые слова: СПИД, ВИЧ-инфекция, высокоактивная антиретровирусная терапия.

UDC 616.98:578.828.6:616-085

V. S. Goidyk², V. V. Shukhtin¹, N. S. Goidyk², A. I. Gozhenko¹

CHANGES IN STRUCTURE OF MORBIDITY OF PATIENTS WITH HIV-INFECTION/AIDS ON THE BACKGROUND OF SPREADING HIGH-ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY

¹ SI "The Ukrainian Research Institute of Transport Medicine", Odessa, Ukraine,

² The Odessa Regional Center for AIDS Prevention and Control, Odessa, Ukraine

Analysing data, it is possible to underline that in our region the research concerning HIV-infection and AIDS, will remain actual for a long time, taking into account that the tempos of HIV-infection spread in the Odessa region due to its geographical and economic position is still the highest. Number of people with the first diagnosed AIDS in the Odessa region by the end of 2012 year was 48.9 in 100 thousand of population.

One should notice that as compared with 2000 year when 201,914 observations were conducted in the Odessa region there were revealed 2,703 (1.34%) positive results, in 2012 positive results were 3,202 (2.07%) of 154,672 conducted observations. On average in Ukraine from 3,246,537 conducted observations there were revealed 31,921 (0.98%) positive ones. The above-mentioned facts explain importance of one more problem — to cover the greater number of HIV-positive patients with deep immune suppression with high-active antiretroviral therapy (HAAT).

Results:

1. HIV-infection morbidity in the Odessa region remains at the high level.
2. To cover all the patients who need HAAT by medical treatment results means to decline lethality among patients at the in-patients stage of medical treatment.
3. Introduction of antiretroviral therapy results in decrease in complicated forms of candidiasis, pneumonia, pleurisy, CNS defeats, exhaustion, anaemia in discharged patients.
4. Group of lethality are patients who were not indicated HAAT, which reflects the high level of spread in this group of candidiasis, tuberculosis, anaemia, exhaustion.

Key words: AIDS, HIV-infection, high-active antiretroviral therapy.

Від початку вивчення проблеми ВІЛ-інфекції минуло більше тридцяти років і за цей час питання перейшло з розряду малодосліджених і нових в розряд актуальних проблем, вивчення яких триває, незважаючи на великий обсяг накопиченої інформації [1; 2; 9]. Аналізуючи дані, можна відзначити, що для нашого регіо-

ну дослідження, пов'язані з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, залишатимуться актуальними тривалий час, враховуючи те, що темпи поширення ВІЛ-інфекції в Одеській області в зв'язку з її географічним та економічним положенням тривалий час є одними із найвищих [3–5; 8; 10]. Перший випадок ВІЛ-інфекції в нашому регіоні зафіксо-

вано в 1987 р., і з того часу захворюваність постійно зростала, сягнувши на кінець 2012 р. 96,2 вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення. Кількість хворих з вперше встановленим діагнозом СНІДу в Одеській області на кінець 2012 р. становила 48,9 на 100 тис. населення (табл. 1).



**Динаміка показників ВІЛ-інфекції/СНІДу
в Одеській області та в Україні**

Показник	Одеська область		Україна	
	2007	2012	2007	2012
ВІЛ-позитивні, які знаходяться на обліку, чол.	9905 (414,2)	14 583 (609,8)	81 741 (176,2)	129 136 (283,4)
Уперше виявлені випадки ВІЛ-інфекції, чол.	1704 (71,5)	2300 (96,2)	17 687 (38,0)	20 743 (45,5)
Хворі з уперше встановленим діагнозом СНІДу, чол.	1088 (45,49)	1168 (48,9)	8544 (19,3)	10 073 (22,1)
Померлі від СНІДу, чол.	110 (4,6)	315 (13,2)	2508 (5,4)	3870 (8,5)

Примітка. У дужках указано показник на 100 тис. населення.

Як випливає з даних табл. 1, Одеська область належить до регіонів, де кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів є однією з найвищих. Так, станом на 1 січня 2013 р. в Одеській області показник поширеності ВІЛ-інфекції сягав 609,8 на 100 тис. населення. Для порівняння, у Дніпропетровській області цей показник дорівнював 651,7 на 100 тис. населення, у Миколаївській — 579,0 на 100 тис., Донецькій — 604,8 на 100 тис., у Севастополі — 445,2 на 100 тис., у Закарпатській області — 23,0 на 100 тис.

Крім того, слід зауважити, що якщо у 2000 р. з 201 914 проведених в Одеській області обстежень було виявлено 2703 (1,34 %) позитивних результати, то в 2012 р. позитивними були вже 3202 (2,07 %) із 154 672 проведених досліджень. У середньому по Україні з 3 246 537 проведених досліджень позитивними виявилися 31 921 (0,98 %). Зростання даного показника можна розцінювати як наслідок підвищення поширеності ВІЛ-інфекції в регіоні, а водночас — як показник ефективного визначення контингенту, що потребує обстеження.

Вищезгадані факти зумовлюють важливість ще однієї проблеми — охоплення максимальної кількості ВІЛ-позитивних пацієнтів з глибокою імуносупресією високоактивною антиретровірусною терапією (ВААРТ) [6; 7]. Деякою мірою покращанню ситуації сприяє зміна ставлен-

ня суспільства до проблеми ВІЛ-інфекції, розуміння самими пацієнтами, інфікованими вірусом ВІЛ, необхідності прийому антиретровірусних препаратів.

За даними зарубіжної літератури, впровадження дво-, а надалі трикомпонентної антиретровірусної терапії дозволило знизити захворюваність на СНІД у країнах Європи за чотири роки — з 1994 по 1998 рр. — майже у десять разів, перетворивши таким чином ВІЛ-інфекцію з захворювання, що неминуче призводить до загибелі пацієнта, на хронічну хворобу з постійною підтримувальною терапією [11; 12].

Головними завданнями що досягаються впровадженням ВААРТ, є зниження вірусного навантаження до рівня, що не визначається сучасними методами (це одночасно значно зменшує ризик подальшої передачі вірусу), а також захист та відновлення функції імунної системи, що запобігає клінічному прогресуванню хвороби, переважно за рахунок зниження захворюваності на опортуністичні інфекції. Усе це разом приводить до покращання якості та збільшення тривалості життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Необхідність початку антиретровірусної терапії визначається за зниженням рівня CD4⁺ менше 350 кл/мкл та (або) проявами у хворого будь-якого опортуністичного захворювання. Призначати ВААРТ потрібно завжди, без урахування рівня імуносупре-

сії, пацієнтам з гепатитом В, вагітним жінкам, хворим з ВІЛ-асоційованою нефропатією, хворим на конфекцію ВІЛ/ТБ. Загалом по Україні станом на 01.01.2013 р. ВААРТ приймають 40 350 осіб (потребують прийому 44 614 осіб).

На нашу думку, більш широкое впровадження антиретровірусної терапії має привести до змін у спектрі захворюваності пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Для вивчення даного питання нами було проведено дослідження поширеності окремих захворювань серед пацієнтів, що проходили лікування у стаціонарному відділенні Одеського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом. Для порівняння було взято дані 2006 та 2012 рр. За цей проміжок часу відбулося значне зростання кількості пацієнтів, що приймають ВААРТ (на кінець 2012 р. — 4000 пацієнтів).

Перше, що звертає на себе увагу, — це зниження летальності (табл. 2).

Таблиця 2

Кількість пролікованих хворих і летальність у стаціонарному відділенні Одеського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом у 2006 та 2012 рр.

Показник	Роки	
	2006	2012
Проліковані хворі	387	744
Летальність, абс. (%)	89 (23,2)	42 (5,6)



**Захворюваність серед виписаних пацієнтів,
що проходили лікування в стаціонарному відділенні
Одеського обласного центру з профілактики
та боротьби зі СНІДом в 2006 та 2012 рр.**

Нозологія	2006		2012	
	Кількість	Від загальної кількості, %	Кількість	Від загальної кількості, %
Усього хворих	295	100	703	100
Хронічний гепатит	256	86,8	381	54,2
Цироз печінки, асцит + анасарка	33	11,2	41	5,8
Хронічний пієлонефрит	86	29,2	435	61,9
Мікоз гладкої шкіри	11	3,7	26	3,7
Алергічний дерматит	5	1,7	19	3,7
Кандидоз слизової оболонки рота	86	29,2	537	76,4
Розповсюджений кандидоз	212	71,8	144	20,5
Пневмонія	148	50,2	44	6,3
Екссудативний плеврит	32	10,8	8	1,1
Туберкульоз легенів	44	14,9	85	12,1
Дисемінований туберкульоз	15	5,1	36	5,1
Туберкульоз лімфовузлів	26	8,8	49	7,0
Виснаження	84	28,5	124	17,6
Анемія	120	40,7	214	30,4
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	242	82,0	333	47,4
Менінгіт/менінгоенцефаліт	6	2,0	27	3,8
Менінгіт/менінгоенцефаліт криптококовий	1	0,3	4	0,6
Менінгіт/менінгоенцефаліт грибовий	1	0,3	2	0,3
Менінгіт/менінгоенцефаліт туберкульозний	—	—	6	0,8
Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія	6	2,03	6	0,8
Периферична полінейропатія	11	3,7	39	5,6
CMV-інфекція	54	18,3	432	61,5
EBV-інфекція	191	64,7	135	19,2
Набутий токсоплазмоз	95	32,2	247	35,1
Токсоплазмоз головного мозку	3	1,0	21	3,0
Герпетична інфекція	41	13,9	401	57,0
Оперізувальний герпес	4	1,4	11	1,6
ЗСВІС	—	—	12	1,7
Тривала, понад 1 міс., лихоманка	23	7,8	22	3,2
Сепсис	2	0,7	—	—
Венозна недостатність нижніх кінцівок + трофічні виразки	8	2,7	63	9,0
Лімфома Беркітта	1	0,3	—	—
Лімфома Ходжкіна	1	0,3	2	0,3
Неходжкінська лімфома	—	—	1	0,1
Саркома Капоші	—	—	1	0,1
AZT-анемія	—	—	5	0,7

Наведені дані свідчать про покращання рівня надання допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам, краще охоплення контингенту амбулаторною допомогою, більш раннім виявленням хворих, що потребують лікування в стаціонарному відділенні, а також є одним із показників, що певним чином свідчать про позитивний ефект від впровадження ВААРТ.

Нами проаналізовано показники виписаних пацієнтів, що стосуються захворюваності за окремими нозоформами (табл. 3).

Аналізуючи дані, наведені у табл. 3, можна відмітити значне зниження розповсюджених форм кандидозу, переважання локальних форм з ураженням слизової оболонки рота, що свідчить про зменшення масової частки хворих з глибокою імуносупресією. Також про позитивний вплив ВААРТ за минулі 6 років свідчать зменшення захворюваності на пневмонію, екссудативний плеврит, зниження кількості хворих з виснаженням, анемією, ВІЛ-асоційованою енцефалопатією та прогресуючою мультифокальною лейкоенцефалопатією, відсутність зростання і, деякою мірою, зниження захворюваності на туберкульоз, незважаючи на спалах цього захворювання в нашій країні. Однак слід відзначити, що з'явилась і поширюється категорія захворювань, пов'язаних з призначенням ВААРТ, які потребують прискіпливої уваги: AZT-анемія, периферична полінейропатія, запальний синдром відновлення імунної системи (ЗСВІС). Їх розвиток пов'язаний з побічною дією препаратів ВААРТ, а у разі ЗСВІС — з призначенням терапії пацієнтам з глибокою імуносупресією та (або) недиагностованою чи недостатньо пролікованою опортуністичною інфекцією.

Наступним кроком нашого дослідження став аналіз ана-



**Захворюваність серед померлих пацієнтів,
що проходили лікування в стаціонарному відділенні
Одеського обласного центру з профілактики
та боротьби зі СНІДом в 2006 та 2012 рр.**

Нозологія	2006		2012	
	Кількість, чол.	Від загальної кількості, %	Кількість, чол.	Від загальної кількості, %
Усього померли	89	100	42	100
Хронічний гепатит	87	97,8	40	95,2
Цироз печінки, асцит + анасарка	62	69,7	3	7,1
Хронічний пієлонефрит + гломерулонефрит	69	77,5	37	88,1
Панкреатит	—	—	—	—
Розповсюджений кандидоз	85	95,5	41	97,6
Пневмонія	88	98,9	36	85,7
Пнеumoцистна пневмонія	1	1,1	2	4,8
Ексудативний плеврит	21	23,6	1	2,4
Туберкульоз легенів	5	5,6	12	28,6
Дисемінований туберкульоз	6	6,7	5	11,9
Туберкульоз лімфовузлів	1	1,1	8	19,0
Інші форми позалегенового туберкульозу	—	—	1	2,4
Виснаження	65	73	34	81,0
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	68	76,4	15	35,7
Менінгіт/менінгоенцефаліт	44	49,4	15	35,7
Менінгіт/менінгоенцефаліт криптококовий	9	10,1	4	9,5
Менінгіт/менінгоенцефаліт грибковий	1	1,1	1	2,4
Менінгіт/менінгоенцефаліт туберкульозний	2	2,2	3	7,1
Пухлина мозку	2	2,2	—	—
Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія	4	4,5	2	4,8
Анемія	44	49,4	33	78,6
Сепсис	8	9,0	—	—
CMV-інфекція	11	12,6	28	66,7
EBV-інфекція	35	39,3	7	16,7
Набутий токсоплазмоз	21	23,6	17	40,5
Токсоплазмоз головного мозку	3	3,4	2	4,8
Герпетична інфекція	8	9,0	15	35,7
Оперізувальний герпес	3	3,4	1	2,4
ЗСВІС	—	—	5	11,9
Тривала, понад 1 міс., лихоманка	3	3,4	5	11,9
В-великоклітинна лімфома	2	2,2	—	—

логічних даних стосовно пацієнтів, що померли (табл. 4).

У першу чергу слід зазначити, що серед померлих пацієнтів лише 2 (4,8 %) із 42 отримували ВААРТ, чим і пояснюється розбіжність між показниками порівняно з групою виписаних хворих. Крім того, при зменшенні абсолютного показника у деяких випадках відзначається збільшення відносного показника за рахунок зменшення в 2,1 разу загальної кількості померлих хворих. Однак навіть з урахуванням усіх цих факторів слід зазначити, що серед померлих пацієнтів залишилася на високому рівні захворюваність на розповсюджений кандидоз, пневмонію, а захворюваність на різні форми туберкульозу навіть зростає, чим можна пояснити і велику кількість хворих з анемією, тривалою, більше 1 міс., лихоманкою та синдромом виснаження — станами, що майже завжди супроводжують туберкульозний процес у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. У групі померлих, як і в групі виписаних пацієнтів, з'явилася категорія хворих, у яких перебіг хвороби ускладнився ЗСВІС, отже, синдром відновлення імунної системи не завжди має сприятливий перебіг.

Висновки

1. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Одеській області залишається на високому рівні.

2. Охоплення лікуванням усіх пацієнтів, що потребують високоактивної антиретровірусної терапії, приводить до зниження летальності на стаціонарному етапі допомоги.

3. Упровадження антиретровірусної терапії сприяє зменшенню кількості серед виписаних хворих із розповсюдженими формами кандидозу, пневмонією, плевритом, ураженнями ЦНС, виснаженням, анемією.

4. До групи померлих переважно належать хворі, яким із різних причин не було призначено ВААРТ, що свідчить про високий рівень поширеності в даній групі пневмонії, розповсю-

дженого кандидозу, туберкульозу, анемії, виснаження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бартлетт Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Д. Бартлетт.



– Балтимор : Мериленд (США), 2005. – 2006. – 463 с.

2. Белозеров Е. С. ВИЧ-инфекция / Е. С. Белозеров, Ю. И. Буланьков. – Элиста : АПП «Джонгар», 2006. – 224 с.

3. Бочкова Л. В. Развитие эпидемии ВИЛ-инфекции/СНІДу в Одесской области / Л. В. Бочкова, А. В. Немцов // Инфекционный контроль. – 2007. – № 4. – С. 3–10.

4. Гойдик В. С. Порівняльний аналіз показників захворюваності ВИЛ-позитивних пацієнтів та хворих на СНІД на прикладі стаціонарного відділення ОЦПБ СНІД за 2006–2008 роки / В. С. Гойдик, Н. С. Гойдик, А. І. Гоженко // Буковинський медичний вісник. – 2010. – № 2 (54). – С. 117–121.

5. Аналіз захворюваності ВИЛ-інфікованих пацієнтів / В. С. Гойдик, Н. С. Гойдик, В. В. Шухтін, А. І. Гоженко // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВИЛ-інфекція. – 2011. – № 3 (06). – С. 74–79.

6. Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека / под ред. В. В. Покровского, Н. С. Потеева. – М. : Медицинская книга, 2006. – 73 с.

7. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В. В. Покровского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с.

8. Лісецька В. І. Епідемічна ситуація з ВИЛ-інфекції/СНІДу та здійснення держсанепіднагляду в Одеській об-

ласті / В. І. Лісецька // Инфекционный контроль. – 2007. – № 2. – С. 18–19.

9. Онищенко Г. Г. Противостояние эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии / Г. Г. Онищенко // Микробиология, эпидемиология и иммунобиология. – 2009. – № 1. – С. 16–21.

10. Стан епідемії ВИЛ/СНІДу в Одеській області та аналіз заходів протидії. Ситуаційний аналіз / О. Балакірева, О. Семерик, А. Гук [та ін.]. – К. : Вид-во Раєвського, 2006. – 128 с.

11. Burruano L. HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe: recent developments in the Russian Federation and Ukraine among women / L. Burruano, Y. Kruglov // Gend. Med. – 2009. – N 6 (1). – P. 277–289.

12. Kilmarx P. H. Global epidemiology of HIV / P. H. Kilmarx // Current Opinion HIV/AIDS. – 2009, Jul. – N 4 (4). – P. 240–246.

REFERENCES

1. Bartlett D. Clinical aspects of HIV-infection. Baltimore, Maryland, United States, 2005–2006, 463 p.

2. Belozyorov E.S., Bulankov Yu.I. HIV infection. Elista, APP “Dzhongar” 2006, 224 p.

3. Bochkova L.V., Nemtsov A.V. Spread of HIV infection/AIDS epidemic in the Odessa region. *Infektsionnyy control* 2007; 4: 3-10.

4. Goidyk V.S., Goidyk N.S., Gozhenko A.I. Comparative analysis of morbidity indices of HIV-positive patients and

AIDS patients at the example of in-patient department of the Odessa Center of Prophylaxis and Fight against AIDS during 2006–2008 years. *Bukovynskyi medichnyi visnyk* 2010; 2 (54): 117-121.

5. Goidyk V.S., Goidyk N.S., Shukhtin V.V., Gozhenko A.I. Analysis of HIV-patients morbidity. *Tuberkulyoz. Legenevi khvorobi. VIL-infektsiya*. 2011; 3 (06): 74-79.

6. Pokrovsky V.V., Potekaeva N.S. (eds.) Infection caused by human immunodeficiency virus. Moscow, Medical book, 2006, 73 p.

7. Clinical guidelines. HIV and AIDS. Ed. by V.V. Pokrovsky. Moscow, GEOTAR Media, 2006. 128 p.

8. Lisetska V.I. Epidemic situation with HIV-infektsion/AIDS and state supervision in the Odessa region. *Infektsionnyy Control* 2007; 2: 18-19.

9. Onishchenko G.G. Opposition to HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia. *Microbiologia, epidemiologia i immunobiologia* 2009; 1: 16-21.

10. Balakireva O., Semerik O., Guk A. et al. State of HIV/AIDS epidemic in the Odessa region and analysis of counteraction measures. Situational analysis. K. Vydavnytstvo Rayevskogo, 2006, 128 p.

11. Burruano L., Kruglov Y. HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe: recent developments in the Russian Federation and Ukraine among women. *Gend. Med* 2009; 6 (1): 277-289.

12. Kilmarx P.H. Global epidemiology of HIV. *Current Opinion HIV/AIDS*. 2009, Jul; 4 (4): 240-246.

Надійшла 15.04.2013

UDC 616.381-007.43-089:616.381-072.1

V. V. Grubnik, N. D. Parfentyeva, K. O. Vorotyntseva

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS WITH NEW TYPE OF MESHES

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

УДК 616.381-007.43-089:616.381-072.1

В. В. Грубник, Н. Д. Парфентьева, К. О. Воротынцева

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С НОВЫМ ТИПОМ СЕТКИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Послеоперационные вентральные грыжи являются серьезной проблемой здравоохранения, частота рецидивов составляет от 3–20 %. Применение лапароскопических методов операции позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и рецидивов грыж, а также уменьшить период госпитализации по сравнению с открытыми операциями. Актуальными остаются вопросы выбора идеального материала сетчатого трансплантата, размер сетчатого трансплантата, а также вопрос выбора адекватного метода фиксации сетки к мышцам передней брюшной стенки. Частота рецидивов напрямую зависит от метода фиксации, а также размера сетчатого трансплантата.

Ключевые слова: лапароскопическая герниопластика вентральных грыж, сетчатые трансплантаты, такепы.

