

Теоретична медицина

УДК 616.98:578.828.6:614.446.1(477.74)

В.С.Гойдик, Н.С.Гойдик, А.І.Гоженко

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ ТА ХВОРИХ НА СНІД НА ПРИКЛАДІ СТАЦІОНАРНОГО ВІДДІЛЕННЯ ОЦПБ СНІД ЗА 2006-2008 РОКИ

ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту», м. Одеса
Одеський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом

Резюме. У роботі вивчено структуру захворюваності пацієнтів із ВІЛ-інфекцією/СНІДом, їх віковий склад, проведено порівняння відповідних параметрів серед виписаних та померлих пацієнтів. За результатами досліджень виділено чотири групи захворювань залежно від динаміки їх поширення за період дослідження, висловлені припущення щодо можливих причин частоти реєстрації захворювань, виокремлено категорії, що потребують подальшого дослідження.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, СНІД, імунітет, структура захворюваності.

Вступ. З кожним роком зростає інформаційне навантаження на лікарів всіх спеціальностей, все вище піднімається професійна планка, вимагаючи від кожного ретельної праці над своїм професійним рівнем. Одним із напрямків, без знання якого неможливо уявити компетентного спеціаліста будь-якої галузі медицини, є проблема ВІЛ/СНІДу, особливо якщо врахувати темпи поширення епідемії і тенденцію до її генералізації [5]. Загальновідомо, що хворі на СНІД страждають і вмирають від супутніх захворювань, спектр яких досить широкий: від таких, що часто трапляються, до досить рідкісних [4, 6]. Прояви цих захворювань змінні і можуть траплятися в роботі лікарів різного профілю [2, 7].

Мета дослідження. Вивчити можливості прогнозування закономірностей захворюваності на певні групи хвороб, розвиток яких пов'язаний з імуносупресією і, відповідно, можливість зменшити або запобігти негативному розвитку подій.

Матеріал і методи. Проведено аналіз медичних карт стаціонарних пацієнтів, що проходили лікування в Одеському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом (ОЦПБС) у 2006-2008 роках. Всього проаналізовано 1204 карти: 949 виписаних пацієнтів та 255 осіб, що померли. Для аналізу вибрано всі основні захворювання, що траплялися як серед опортуністичних інфекцій, так і серед супутніх захворювань.

Віковий склад пацієнтів наведено в таблиці 1.

Як ми бачимо, найбільшу частину становлять люди працездатного віку, що загалом збігається із загальносвітовими тенденціями [9]. Так, масова частка вікової групи з 30 до 39 років становить 48,8 %, а включаючи групу до 49 років – 77,7 %.

Наступна таблиця відображає віковий склад осіб, що померли в стаціонарному відділенні ОЦПБ СНІД за період з 2006 по 2008 рік (табл. 2).

Найбільша масова частка, як і випадку з виписаними хворими, належить віковій категорії з 30 до 39 років – 54,9 % (разом з групою до 49

років 77,3 %), що зайвий раз підкреслює соціальну значущість проблеми.

Результати дослідження та їх обговорення.

Результати аналізу медичних карт пацієнтів, яких виписано зі стаціонару або переведено в інші лікувальні заклади (табл. 3) свідчать, що найпоширенішим захворюванням є патологія печінки, особливо гепатити, частка яких становить у середньому 82,3 %. Деяке зниження частки хворих на хронічний гепатит пояснюється збільшенням кількості пацієнтів зі статевим шляхом передачі захворювання, при якому рідше, ніж при парентеральному, відбувається коінфікування вірусом гепатиту.

Зростання більше як на 20 % рівня хронічного піелонефриту найбільш вірогідно пов'язане з покращанням діагностики даної патології, а також із зростанням кількості стійких до лікування бактерій, що призводить до збільшення частоти таких варіантів захворювання, які важко піддаються терапії [3].

На третьому місці за поширеністю стоїть кандидоз слизової оболонки рота, але разом з поширеним кандидозом група кандидамікозів посідає перше місце і виявляється практично в ста відсотків хворих.

Також можна помітити значний рівень зростання туберкульозу як легеневого, так і позалегового. Загалом ця тенденція відображає збільшення масової частки даного захворювання серед всього населення країни з поправкою на більшу сприйнятливості ВІЛ-позитивних пацієнтів внаслідок зниження імунітету [1]. Збільшення майже в три рази дисемінованих форм туберкульозу спричиняється низкою чинників, у числі яких низький рівень охоплення населення профілактичними оглядами, збільшення кількості резистентних штамів мікобактерій тощо, що має стати матеріалом для окремого дослідження.

До захворювань, зростання кількості яких є наслідком покращання діагностики, відносяться

Таблиця 1

Віковий склад пацієнтів, що проходили лікування в ОЦПБС за 2006-2008 роки

Вік пацієнтів	Чоловіки	Жінки
До 20 років	0	0
20-29 років	106	73
30-39 років	303	160
40-49 років	187	87
50 років та старші	24	9
Всього	620	329

Таблиця 2

Віковий склад померлих, що проходили лікування в ОЦПБС за 2006-2008 роки

Вік хворих	Чоловіки	Жінки
До 20 років	2	0
20-29 років	29	14
30-39 років	93	47
40-49 років	40	17
50 років та старші	10	3
Всього	174	81

Таблиця 3

Захворюваність серед виписаних пацієнтів у період за 2006-2008 роки

Нозологія	2006		2007		2008	
	кількість	% від загального числа	кількість	% від загального числа	кількість	% від загального числа
всього пацієнтів	295	100	324	100	330	100
хронічний гепатит	256	86,8	264	81,5	260	78,8
цироз печінки, асцит + анасарка	33	11,2	24	7,4	26	7,9
хронічний пієлонефрит	86	29,2	167	51,5	244	74,0
мікоз шкіри	11	3,7	13	4,0	19	5,8
алергічний дерматит	5	1,7	6	1,9	11	3,3
кандидоз слизової оболонки рота	86	29,2	127	39,2	169	51,2
розповсюджений кандидоз	212	71,8	197	60,8	149	45,2
бронхіт			31	9,6	34	10,3
пневмонія	148	50,2	139	42,9	98	29,7
у т.ч. повторні	34	11,5	7	2,2	4	1,2
ексудативний плеврит	32	10,8	17	5,2	10	3,03
туберкульоз легенів	44	14,9	58	17,9	111	33,6
позалегеневий туберкульоз					25	7,6
дисемінований туберкульоз	15	5,1	25	7,7	49	14,8
туберкульоз лімфовузлів	26	8,8	35	10,8	53	16,0
виснаження	84	28,5	47	14,5	49	14,8
анемія	120	40,7	135	41,7	129	39,0
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	242	82,0	206	63,6	111	33,6
менінгіт/ менінгоенцефаліт	6	2,03	18	5,6	12	3,6
у т.ч. криптококовий	1	0,34	4	1,2	4	1,2
грибковий	1	0,34	5	1,5	1	0,3
туберкульозний	-	-	4	1,2	4	1,2
пухлина мозку	1	0,34	1	0,3	3	0,9

Продовження таблиці 3

Нозологія	2006		2007		2008	
	кількість	% від загального числа	кількість	% від загального числа	кількість	% від загального числа
прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія	6	2,03	4	1,2	31	9,4
периферична полінейропатія	11	3,7	5	1,5	17	5,2
CMV - інфекція	54	18,3	44	13,6	203	61,5
EBV - інфекція	191	64,7	45	13,9	31	9,4
набутий токсоплазмоз	95	32,2	50	15,4	131	69,7
у т.ч. головного мозку			5	1,5	14	4,2
герпесінфекція	41	13,9	28	8,6	177	53,6
у т.ч. оперізувальний герпес	4	1,4	2	0,6	7	2,1
тривала, більше 1 місяця, лихоманка	23	7,8	25	7,7	41	12,4
сепсис	2	0,7	-	-	-	-
гострий живіт + перитоніт	5	1,7	-	-	-	-
венозна недостатність н/ кінцівок	8	2,7	17	5,2	10	3,03
лімфома Беркітта	1	0,34	-	-	-	-
лімфома Ходжкіна	1	0,34	1	0,3	1	0,3
неходжкінська лімфома	-	-	-	-	1	0,3
саркома Капоші	-	-	-	-	1	0,3
пухлина кореня язика	-	-	1	0,3	-	-
рак шкіри	-	-	2	0,6	-	-
бластома шлунка	-	-	1	0,3	-	-
криптоспоридіоз	-	-	-	-	1	0,3

Таблиця 4

Показники роботи стаціонарного відділення Одеського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом за 2006-2008 роки

Показник	Роки		
	2006	2007	2008
проліковані пацієнти	387	399	410
летальність	23,2	20,8	19,7

також опортуністичні інфекції. На жаль, на сьогоднішній день неможливо скласти повної картини розповсюдженості серед ВІЛ-позитивних пацієнтів інфекцій, викликаних такими збудниками, як цитомегаловірус, вірус простого герпесу, токсоплазма, вірус Епштейн-Барра. У першу чергу це спричинено тим, що значна кількість ВІЛ-позитивних людей не бажають ставати на облік у відповідних закладах, а значить, і не проходять обстеження, а з іншого боку, висока вартість цих досліджень не дозволяє проводити скринінгові обстеження. Зважаючи на покращення матеріально-діагностичної бази ОЦПБ СНІД у 2008 році, можна думати, що дані саме за цей рік найбільш близькі до істинних.

Привертає увагу деяке зменшення таких груп захворювань, як ВІЛ-асоційована енцефалопатія та хвороба виснаження, що, найімовірніше, слід пов'язувати зі збільшенням кількості хворих, які отримують високоактивну антиретровірусну терапію і, відповідно, деяким зменшенням масової частки занедбаних випадків хвороби. Ще однією ілюстрацією даного положення може слугувати зменшення частки поширених кандидозів з ура-

женням стравоходу і внутрішніх органів та збільшення кількості локальної форми кандидамікозів із поширенням процесу лише на ротоглотку.

Крім того, діагноз ВІЛ-асоційована енцефалопатія ставиться при виключенні інших можливих причин ураження головного мозку, а постійне зростання діагностичних можливостей, цілком імовірно, і надалі буде призводити до зниження масової частки даної патології [8].

Водночас слід відзначити, що певна група захворювань, серед яких анемія, менінгіти, онкопатологія, трапляється приблизно з однаковою частотою.

Відсутність у наступні за 2006 роки непрофільної (хірургічної) патології свідчить про покращення розподілу хворих на догоспітальному етапі. Про покращення лікувально-діагностичного процесу свідчить також і зменшення кількості померлих пацієнтів порівняно з кількістю пролікованих (табл. 4).

Наступна таблиця відображає поширеність різних груп захворювань серед померлих пацієнтів (табл. 5).

При порівнянні структури захворюваності виписаних та померлих пацієнтів ми звернули увагу, що

Таблиця 5

Захворюваність серед померлих пацієнтів

Нозологія	2006		2007		2008	
	Кількість	% від загального числа	Кількість	% від загального числа	Кількість	% від загального числа
Всього померлих пацієнтів	89	30,2	85	20,8	81	19,7
хронічний гепатит	87	97,8	83	97,6	79	97,5
цироз печінки, асцит + анасарка	62	69,7	31	69,4	19	44,4
хронічний пієлонефрит	69	77,5	74	87,0	71	87,7
мікоз шкіри	2	2,2	1	1,2	1	1,2
розповсюджений кандидоз	85	95,5	85	100,0	80	98,8
пневмонія	88	98,9	76	89,4	65	80,2
пневмоцистна пневмонія	1	1,1	1	1,2	1	1,2
ексудативний плеврит	21	23,6	14	16,5	5	6,2
туберкульоз легень	5	5,6	14	16,5	8	9,9
дисемінований туберкульоз	6	6,7	10	11,8	9	11,1
туберкульоз лімфовузлів	1	1,1	5	5,9	3	3,7
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	68	76,4	56	65,9	36	44,4
менінгіт/ менінгоенцефаліт	44	49,4	31	36,5	30	37,0
у т.ч. криптококовий	9	10,1	4	4,7	2	2,4
грибковий	1	1,1	1	1,2	1	1,2
туберкульозний	2	2,2	2	2,4	3	3,7
пухлина мозку	2	2,2	2	2,4	-	-
прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія	4	4,5	5	5,9	3	3,7
периферична полінейропатія	2	2,2	1	1,2	-	-
анемія	44	49,4	53	62,4	43	53,0
сепсис	8	9,0	5	5,9	-	-
CMV - інфекція	11	12,6	8	9,4	48	59,3
EBV - інфекція	35	39,3	7	8,2	9	11,1
набутий токсоплазмоз	21	23,6	14	16,4	35	43,2
у т.ч. головного мозку	3	3,4	4	4,7	6	7,4
герпесінфекція	8	9,0	5	5,9	30	37,0
у т.ч. оперізувальний герпес	3	3,4	-	-	1	1,2
хламідійна інфекція	-	-	-	-	4	4,9
тривала, більше місяця, лихоманка	3	3,4	4	4,7	6	7,4
В-великоклітинна лімфома	2	2,2	1	1,2	-	-
гострий лейкоз	-	-	-	-	1	1,2
лімфосаркома	-	-	1	1,2	-	-
карцинома	-	-	1	1,2	1	1,1
саркома Капоші	-	-	-	-	1	1,2
злоякісна пухлина неуточної локалізації	-	-	1	1,2	-	-
мієломна хвороба	-	-	-	-	1	1,2
гострий гнійний отит	-	-	-	-	1	1,2
вади серця	-	-	-	-	1	1,2

відмічені нами тенденції, характерні для виписаних пацієнтів, у цілому збігаються з даними, отриманими в другій частині дослідження, хоча в середньому роз-

тин проводився лише в 60,5 % випадків. У випадках, коли проведено патолого-анатомічне дослідження, розбіжностей діагнозів не відзначено.

Висновок

Всі захворювання можна умовно розподілити на кілька груп: захворювання, що трапляються на незмінно високому рівні – розповсюджений кандидоз, хронічний гепатит, захворювання, кількість яких збільшилася в динаміці, приміром, токсоплазмоз головного мозку, захворювання, що стали траплятися рідше, та захворювання з невисоким рівнем поширеності. Це може бути корисним при проведенні диференційної діагностики, виборі емпіричної терапії і дозволить покращити якість надання необхідної профільної допомоги саме ВІЛ-позитивним пацієнтам.

Перспективи подальших досліджень. Виокремлення чотирьох груп захворювань, залежно від їх динаміки, за період досліджень при подальшому вивченні цього питання може слугувати для розробки зручних алгоритмів проведення диференційної діагностики і виборі тактики лікування, у тому числі при умовах обмеженого фінансування і/або недостатньої матеріально-технічної бази.

Література

1. Авербух Л.Г. Туберкулез: этапы борьбы, обретения и потери / Авербух Л.Г. – Одесса: Оптимум, 2005. – 350 с.
2. Бартлет Джон. Клинический подход к лечению ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлет, Дж. Галлант. – Балтимор, 2003. – 394 с.

3. Піелонефрит у ВІЛ-інфікованих хворих у стадії СНІДу / А.І.Гоженко, О.П.Горобець, В.С.Гойдик [та ін.] // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2008. – № 1-2 (11). – С. 233-236.
4. Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека / Под ред. В.В.Покровского, Н.С.Потекаева. – М.: Медицинская книга, 2006. – 73 с.
5. Лісецька В.І. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу та здійснення держсанепіднагляду в Одеській області / В.І.Лісецька // Інфекційний контроль. – 2007. – № 2. – С. 18-21.
6. Онищенко Г.Г. Противостояние эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии / Г.Г.Онищенко // Микробиология, эпидемиология и иммунология. – 2009. – № 1. – С. 16-21.
7. ВИЧ-инфекция (эпидемиология, патогенез, клиника) / [Сервецкий К.Л., Усыченко Н.Ю., Напханюк В.К., Гоженко А.И.] – Одесса, 1999. – 121 с.
8. Яковлев Н.А. Нейроспид / Яковлев Н.А., Жулев Н.М., Слюсарь Т.А. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 276 с.
9. Kilmarx P.H. Global epidemiology of HIV / P.H.Kilmarx // Current Opinion HIV/AIDS. – 2009. – № 4 (4). – P. 240-246.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ И ПАЦИЕНТОВ СО СПИДОМ НА ПРИМЕРЕ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОЦПБ СПИД ЗА 2006-2008 ГОДЫ

В.С.Гойдык, Н.С.Гойдык, А.И.Гоженко

Резюме. В работе изучена структура заболеваемости пациентов с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, их возрастной состав, проведено сравнение соответствующих параметров среди выписанных и умерших пациентов. По результатам исследований выделены четыре группы заболеваний в зависимости от динамики их распространения за период исследования, высказаны предположения о возможных причинах частоты регистрации заболеваний, выделены категории, требующие дальнейшего исследования.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, иммунитет, структура заболеваемости.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MORBIDITY INDICES OF HIV-POSITIVE PATIENTS AND AIDS PATIENTS AS EXEMPLIFIED BY THE IMPATIENT DEPARTMENT OF THE ODESA REGIONAL CENTRE OF PROPHYLAXIS AND STRUGGLE WITH AIDS (ORCPS) DURING THE PERIOD FROM 2006 THROUGH 2008

V.S.Hoidyk, N.S.Hoidyk, A.I.Gozhenko

Abstract. The paper has studied the pattern of patients' morbidity with HIV-infection and AIDS, their age composition, comparison of the corresponding parameters has been carried out among the discharged and deceased patients. Four groups of diseases have been identified on the basis of the results of the studies, depending on the dynamics of their spread over the period of the research, suppositions of possible causes, the rate of registering diseases have been suggested, categories requiring further research have been singled out.

Key words: HIV-infection, AIDS, immunity, pattern of morbidity.

SE "Ukrainian Scientific Research Institute of Transport Medicine" (Odesa)
Regional Center of Prophylaxis and Struggle against AIDS (Odesa)

Рецензент – д.мед.н. В.Л.Таралло

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 2 (54). – P. 117-121

Надійшла до редакції 11.01.2010 року