



Т.В. Святенко¹, М.С. Суремко¹, О.П. Шевченко¹, М.А. Ніколайчук¹, Е.В. Мульченко², О.А. Даниліна³

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ ДЕРМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

¹Дніпропетровська державна медична академія,

²Дніпропетровський обласний центр з боротьби і профілактики СНІДу,

³МКЛ №16, м. Дніпропетровськ

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, СНІД, опортуністичні інфекції.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, оппортунистические инфекции.

Key words: HIV-infection, AIDS, opportunistic infections.

Здійснено аналіз захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД та місце дерматовенерологічної групи захворювань у складі опортуністичних інфекцій. Наведено клінічні приклади маніфестації дерматовенерологічної патології у ВІЛ-інфікованих хворих як перші прояви ВІЛ-інфекції.

Осуществлен анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией/СПИДом и место дерматовенерологической группы заболеваний в составе оппортунистических инфекций. Приведены клинические примеры манифестации дерматовенерологической патологии у ВИЧ-инфицированных больных как первые проявления ВИЧ-инфекции.

In article the analysis of HIV-infection / AIDS morbidity is done and the place of dermatovenereologic diseases as a part of opportunistic infections is defined. Clinical cases of manifestations of dermatovenereologic pathologies in HIV-infected patients as the first signs of a HIV-infection are given.

Як відомо, Україна посідає 1 місце в Європі за темпами росту ВІЛ/СНІДу. Середній показник розповсюдження в Україні складає ~ 231,4 на 100 тис. населення. Відомо, що інфікування ВІЛ не є ризиком, властивим окремим категоріям населення, як вважалось спочатку. Хвороба не обирає, тому найпершим завданням у подоланні епідемії залишається запобігання та профілактика [1,2].

Існує «Годинник зі СНІДу», який іде з 1997 року. Спочатку він був встановлений в Нью-Йорку, а звітти його відправлено у Ванкувер, Гаагу та інші міста світу. Поки годинник іде, він служить нагадуванням того, що час спливає, а з ним все більше людей стають ВІЛ-позитивними, а це вимагає якнайскоріше зробити все необхідне, щоб загальмувати розвиток епідемії СНІДу. Зараз годинник зі СНІДу показує, що у світі з ВІЛ живуть 36 694 345 осіб. У Росії – 940 000 осіб, на Україні – 440 000 [3].

Згідно зі статистикою, щодня в нашій країні від СНІДу помирає 8 осіб. Експерти відзначають, що, навіть всупереч серйозній міжнародній підтримці, епідемію зупинити не вдається. Для багатьох людей в невеликих містах і районах недоступними залишаються профілактика, доступ до лікування і підтримка хворих. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, найбільші показники розповсюдження спостерігають у Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Одеській областях, АР Крим, м. Києві – від 260,3 до 536,2 на 100 тис. населення [4,5].

Досить часто дерматовенерологічна патологія стає дебютом ВІЛ-інфекції, виступає у якості опортуністичних інфекцій і потребує уваги лікаря у виявленні ВІЛ-інфекції і подальшій тактиці лікування хворих [6–9].

Продовжуючи попередні дослідження [10], проаналізовано рівень інфікованості ВІЛ/СНІДом у Дніпропетровській області й захворюваність ВІЛ-інфікованих хворих дерматологічною патологією за даними госпіталізованих

у Дніпропетровський обласний центр з боротьби і профілактики СНІДу у 2009 році.

Згідно даних Дніпропетровського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, з 1987 до 01.01.2009 р. у Дніпропетровську офіційно зареєстровано 10 364 ВІЛ-позитивних громадян. Інтенсивний показник (ІП) на 100 тис. населення складає 1014,40, остаточний діагноз ВІЛ-інфекція встановлено 5754 особам (ІП – 563,1 на 100 тис. населення), діагноз СНІД встановлено 1789 ВІЛ-інфікованим особам (ІП – 175,1 на 100 тис. населення). Епідемія ВІЛ/СНІД в місті не має тенденції зникнення серед дорослого та дитячого населення. Показники смертності ВІЛ-інфекції/СНІД за останні 3 роки має тенденцію до зниження.

На 01.01.2009 р. під диспансерним наглядом у Дніпропетровську перебувало 3709 ВІЛ-інфікованих осіб, серед яких 821 хворий на СНІД. Показники поширеності ВІЛ-інфекції та СНІД становлять 363,0 та 80,3 на 100 тис. населення відповідно.

Кількість уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щорічно зростає (1992–1995 – 2 випадки; 1996 – 47; 1997 – 235; 1998 – 397; 1999 – 408; 2000 – 282; 2001 – 318; 2002 – 406; 2003 – 429; 2004 – 410; 2005 – 559; 2006 – 627; 2007 – 738; 2008 – 895 осіб).

За період 2006–2008 рр. спостережено зростання темпів приросту цього показника у двічі – з +12,5% до +22,5% (2006 – 12,5%; 2007 – 18,5%; 2008 – 22,5%) (рис. 1).

При аналізі даних госпіталізованих в 2009 році у Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом виявилось, що превалюють молоді працездатні хворі віком до 40 років, які склали 74,4% (рис. 2).

Серед хворих на ВІЛ-інфекцію чоловіки склали 56,7% (221 хворий), жінки – 43,3% (168 хворих). Переважні шляхи інфікування – парентеральний (60%) і статевий (33,1%), проте деякі хворі не могли визначити шлях інфікування

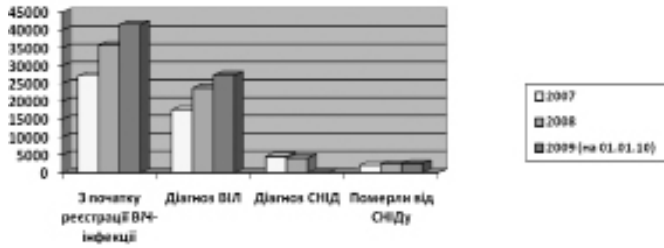


Рис. 1. Епідемічна ситуація ВІЛ-інфекції/СНІДу у Дніпропетровському регіоні.

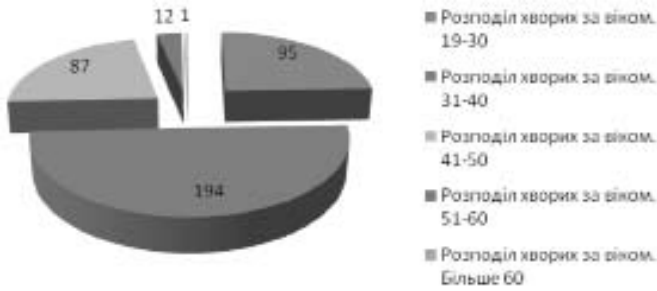


Рис. 2. Розподіл хворих за віком.

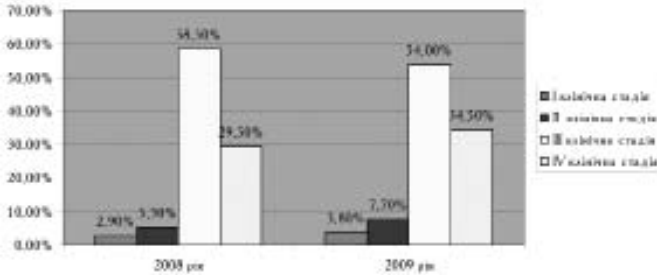


Рис. 3. Розподіл хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД за клінічними стадіями.

(6,9%). Розподіл хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД за клінічними стадіями хвороби наведено на рис. 3.

Незважаючи на те, що більшість хворих виявлено останніми роками, бачимо, що превалюють хворі з важкою імуносупресією, що впливає на стадії захворювання – більшість складають пацієнти з III та IV клінічними стадіями (88,5%). Відзначено збільшення тяжких форм з важкою імуносупресією на 4,8% (стадія СНІДу).

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції включають ураження органів і систем, пов'язані з прогресуванням ВІЛ-інфекції і розвитком опортуністичних інфекцій. Ураження органів і систем виявляються лімфаденопатією, дерматитами, гепатоспленомегалією, зниженням маси тіла, паротитом, енцефалопатією, діареєю, гематологічними змінами. З опортуністичних інфекцій частіше виявляються кандидозна інфекція, рецидивуючі бактерійні інфекції, контагіозний моллюск, герпетична й цитомегаловірусна інфекції.

З дерматологічної групи у при ВІЛ-інфікованих відзначено поєднані ураження декількох нозологічних форм і мікст-інфекцій. Найбільш вагомими серед зареєстрованих нозологічних форм наведено на рис. 4.

Дуже часто ВІЛ-інфекція/СНІД маніфестує з дерматовенерологічних захворювань. Як приклад, наведемо деякі клінічні випадки.

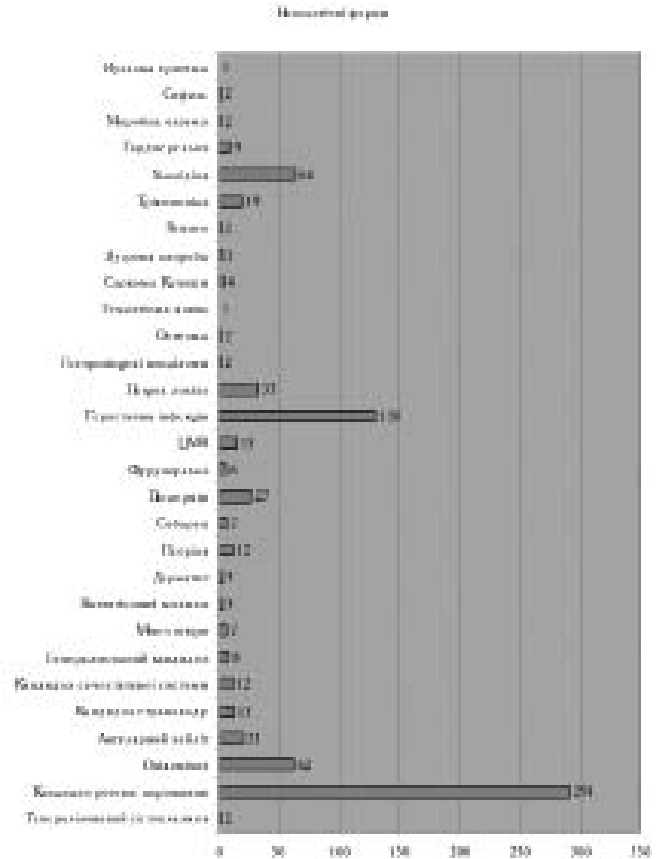


Рис. 4. Зареєстровані дерматовенерологічні нозологічні форми у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Хворий М., 42 роки. Діагноз – ВІЛ-інфекція. В анамнезі – споживач ін'єкційних наркотиків. Спостерігається у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом з 2005 року. Оніхомікоз встановлений з 2000 року. За останній рік стан погіршився, з'явилися прояви мікозу шкіри. Імунограма: CD 4 – 10% (164 кл/мкл).

Хворий П., 46 років. Звернувся до дерматолога зі скаргами на появу елементів на шкірі обличчя. При обстеженні виявлено ВІЛ-інфекцію з проявами контагіозного моллюску. В анамнезі – не захищені статеві зв'язки. Імунограма CD 4 – 12% (156 кл/мкл). Призначена антиретровірусна терапія (АРТ-терапія). Через 4 місяця елементи зменшилися і потім зовсім зникли.

Хворий Б., 34 роки. Звернувся до дерматолога зі скаргами на висипання з лущенням в області ліктів, кистей, ступнів. Встановлено діагноз псоріаз, призначено сорбенти, місцево – мазі з кортикостероїдами. У динаміці за 2 місяці елементи висипу поширилися по всьому тулубу, кінцівкам, місцями стали зливні, додалися болі в суглобах. Пацієнт обстежений на ВІЛ-інфекцію, отримано позитивний результат. В анамнезі – внутрішньовенне вживання наркотичних речовин впродовж 8 років. Імунограма: CD 4 – 7% (102 кл/мкл). На фоні призначеної антиретровірусної терапії висип поступово почав згасати й через 5 місяців спостерігали поодинокі елементи на кистях і ліктях.

Хворий Н., 24 років. Звернувся до дерматолога зі скаргами на висипання з лущенням в області ліктів, кистей, ступнів.



гами на появу утворень на статевому члені. Встановлено діагноз папіломатоз, проведено кріотерапію. Через 3 місяці відзначено суттєве зростання папілом на статевому члені. Обстежений на ВІЛ-інфекцію, результат – позитивний. У анамнезі – незахищені статеві зв'язки. Діагноз – ВІЛ-інфекція з проявами папіломатозу статевих органів. Імунограма: CD 4 – 16% (236 кл/мкл). Призначена АРТ-терапія. Через 7 місяців папіломи зникли.

Хвора К., 54 роки. Діагноз – ВІЛ-інфекція з проявом дисемінованого туберкульозу легенів, туберкульозу внутрішньогрудних лімфовузлів, орофорінгеального кандидозу, IV клінічна стадія. Шлях інфікування не встановлений. Імунограма CD 4 – 3%, 24 клітин. На фоні протитуберкульозної терапії, що проводиться, з'явилися утворення в області промежини і внутрішніх поверхонь стегон. Діагноз – контагіозний моллюск.

ВИСНОВКИ

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні триває вже 10 років й останнім часом характеризується стрімким ростом захворюваності на СНІД. ВІЛ-інфекція/СНІД – соціальна проблема, що має поведінковий характер і залежить, перш за все, від запобіжних заходів, але не можна відкидати й інший чинник впливу на епідемію – лікування, від якого залежить тривалість і якість життя ВІЛ-інфікованої людини. Майже половина хворих на СНІД помирає від туберкульозу, епідемія якого розвивається в країні на фоні поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших приєднаних до нього опортуністичних інфекцій, у тому числі, з ураженнями шкіри.

ЛІТЕРАТУРА

1. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу і заходи профілактики в Україні / Л.С. Некрасова, В.М. Світа, Ю.О. Новохатній, Л.П. Нестеренко // Інфекционный контроль. – 2005. – №1. – С. 21.
2. Гудзенко О.А. «Маленькі» проблеми у вирішенні глобальної задачі боротьби з ВІЛ-інфекцією / О.А. Гудзенко, І.В. Шестакова // Сучасні інфекції. – 2007. – №1. – С. 24–29.
3. http://www.unfpa.org/aids_clock/
4. Структура шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Україні у 2001–2003 рр. / О.М. Кислик, О.В. Максименко, Т.А. Сергеева, Ю.В. Круглов // Інфекционный контроль. – 2005. – №1. – С. 22.
5. Бабій Н.О. Ко-інфекції вірусного генезу у хворих на ВІЛ-інфекцію / Н.О. Бабій, А.М. Щербінська // Інфекційні хвороби. – 2007. – №2. – С. 23–26.
6. Проценко О.А. Особенности клиники и течения поверхностных микозов у ВИЧ-позитивных больных / О.А. Проценко // Дерматология та венерология. – 2007. – №1 (35). – С. 49–52.
7. Арифов С.С. Дерматологические знаки у больного СПИДом / С.С. Арифов, У.Ю. Сабиров, Т.А. Набиев // Клиническая дерматология и венерология. – 2005. – №3. – С. 14–15.
8. Шевченко О.П. Высыпания на коже и слизистых оболочках полости рта у больного 59 лет / О.П. Шевченко, Т.В. Святенко, Н.С. Сурменко [и др.] // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2006. – №3–4 (9). – С. 245–247.
9. Святенко Т.В. Клинические случаи саркомы Капоши у пациентов с ВИЧ-инфекцией / Т.В. Святенко, О.П. Шевченко // Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри. – 2007. – №5. – С. 11–13.
10. Святенко Т.В. Захворюваність ВІЛ-інфікованих хворих на дерматовенерологічну патологію у Дніпропетровському регіоні / Т.В. Святенко, О.П. Шевченко, М.С. Сурменко [и др.] // Дерматология та венерология. – 2008. – №3 (41). – С. 56–61.

Відомості про авторів:

Святенко Т.В., професор каф. дерматовенерології ДДМА.

Сурменко М.С., доцент каф. інфекційних хвороб ДДМА.

Шевченко О.П., асистент каф. інфекційних хвороб ДДМА.

Ніколайчук М.А., лікар-інфекціоніст КЗ Миська клінічна лікарня №7, клінічний ординатор каф. інфекційних хвороб ДДМА.

Мульченко О.В., лікар-інфекціоніст Дніпропетровського обласного центру з боротьби і профілактики СНІДу.

Даниліна О.С., лікар-інфекціоніст кабінету довіри миського центру з боротьби і профілактики СНІДу при КЗ Миська клінічна лікарня №16, м. Дніпропетровськ.

Адреса для листування:

Святенко Тетяна Вікторівна. 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.