

*Досягнення
і проблеми
клінічної
інфектології*

Матеріали
науково-
практичної
конференції
і пленуму
Асоціації
інфекціоністів
України

*21-22 травня
2008 року,
м. Тернопіль*

А.М. Печінка, О.А. Гудзенко, І.В. Шестакова

ПРОБЛЕМИ ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

За даними UNAIDS, на грудень 2007 р. у світі 33,2 млн людей живуть з ВІЛ, з них 2,5 млн дітей. 2,1 млн хворих на СНІД померли у 2007 р. Щоденно інфікується 6800 людей і понад 5700 помирає від СНІДу. В Україні поширення ВІЛ-інфекції серед дорослого населення оцінюється міжнародними експертами на рівні 1,5 %. Щорічна кількість вперше встановлених діагнозів зросла з 2001 р. більше ніж удвічі, у 2006 р. склала 16094, за 10 міс. 2007 р. – 14500.

Впродовж 2006-2007 рр. було обстежено 28 пацієнтів віком від 19 до 39 років із вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, у тому числі 24 чоловіки і 4 жінки, 1 з яких була вагітною. У 2007 р. порівняно із 2006 р. кількість пацієнтів із вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції зменшилась на 21,4 %. Це пов'язано зі значним зниженням загальної кількості обстежених внаслідок відмови хворих від специфічної діагностики.

Діагноз ВІЛ-інфекції було верифіковано стандартними методами ІФА, у 5 хворих – ІФА і методом імунного блотингу. За клінічною класифікацією ВООЗ, у 16 хворих з найбільшою вірогідністю було діагностовано II, у 9 – III і у 3 – IV стадії ВІЛ-інфекції. 3 хворих на СНІД у термінальній стадії померли у відділеннях інфекційної або загальної реанімації.

Пацієнтів направляли у стаціонар з діагнозами: грип, ГРВІ, кір, краснуха, фолікулярна ангіна, інфекційний мононуклеоз, гострий менінгіт, менінгоенцефаліт, гарячка нез'ясованого генезу, гіпертермічний синдром, малярія, харчова токсикоінфекція, гострий гастроентероколіт, дизентерія. Такий об'ємний перелік первинних діагнозів має об'єктивні підстави і лише підкреслює розмаїття клінічних проявів ВІЛ-інфекції і складність диференційної діагностики. Переважна більшість пацієнтів були

госпіталізовані з клінічними проявами вторинних захворювань, що свідчить про тривалий термін хвороби. За нашими спостереженнями, нерідко у хворих на ВІЛ-інфекцію симптомів багато для однієї нозологічної форми, часто поєднуються ознаки декількох вторинних інфекцій.

У 13 (46,3 %) пацієнтів з 28 виявлено патологію з боку нервової системи. Найчастіше (у 7 хворих) було встановлено діагноз серозного менінгоенцефаліту. Зустрічались також бактерійний менінгоенцефаліт, енцефаломієліт, поліневрит з переважним ураженням лицевого нерва, пухлина головного мозку, множинні абсцеси головного мозку, СНІД-асоційований дементний синдром. У померлих хворих безпосередньою причиною смерті були ураження центральної нервової системи.

У групі спостереження лише 9 хворих зазначили, що вживали наркотики доведено або мали безладні статеві стосунки. Більшість пацієнтів заперечувала будь-які фактори ризику щодо зараження ВІЛ в анамнезі.

Таким чином, у більшості хворих діагноз ВІЛ-інфекції вперше встановлювався після тривалого перебігу хвороби, про що свідчать клінічні прояви, наявність ознак кількох вторинних захворювань. Майже у половини хворих спостерігали розлади нервової системи: серозний або бактерійний менінгоенцефаліт, енцефаломієліт, поліневрит, пухлина головного мозку, множинні абсцеси головного мозку, СНІД-дементний синдром. Наявність ознак серозного менінгіту або менінгоенцефаліту є підставою для призначення специфічного обстеження на ВІЛ-інфекцію навіть за відсутності в анамнезі епідеміологічних передумов. З метою поліпшення ситуації щодо ранньої діагностики ВІЛ-інфекції необхідно надати право лікарю призначати специфічне обстеження за клінічними та/або епідеміологічними показаннями стаціонарним хворим незалежно від їх на це згоди.