



О.В. Вінницька, Г.З. Мамедова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

## Клінічні випадки ВІЛ-інфекції з поліетіологічними опортуністичними ураженнями

Представлено власне спостереження пацієнтів із пізніми стадіями ВІЛ-інфекції, в яких діагностовано поєднання кількох опортуністичних інфекцій (енцефаліт змішаного генезу (герпесвірусний і токсоплазмозний), гострий CMV-хоріоретиніт, орофарингеальний кандидоз) та пневмоцистна пневмонія, гострий CMV-хоріоретиніт, саркома Капоші, орофарингеальний кандидоз. Обидва пацієнти первинно були госпіталізовані в непрофільні медичні заклади, потім переведені в інфекційне відділення Київського міського центру синдрому набутого імунodefіциту. Обидва знали про свій ВІЛ-статус вже протягом кількох років і перебували на диспансерному обліку, але відмовилися від лікування та регулярних обстежень і спостереження. Обидва пацієнти перебували в тяжкому стані. Комплексно обстежені. Виявлено множинні опортуністичні інфекції. Пацієнтів лікували за протоколом ведення опортуністичних інфекцій. У стаціонарі була розпочата антиретровірусна терапія (АРТ). За даними катамнестичного спостереження, мають прихильність до лікування, регулярно приймають АРТ, мають невизначене вірусне навантаження (< 20 копій/мл) і збільшення кількості Т-хелперів.

Наведені випадки діагностики та лікування пацієнтів із пізніми стадіями ВІЛ-інфекції та множинними опортуністичними інфекціями демонструють, що, попри значний імунodefіцит та пізні звернення по медичну допомогу, правильно проведене комплексне лікування зберігає життя пацієнта. Формування прихильності та регулярний прийом АРТ сприяють зниженню вірусного навантаження до невизначеного рівня та збільшенню кількості Т-хелперів, що збільшує тривалість життя пацієнтів та поліпшує якість їхнього життя, а також забезпечує досягнення цілей глобальної стратегії.

### Ключові слова

ВІЛ-інфекція, діагностика, антиретровірусна терапія, прихильність, глобальна стратегія.

Інфекція, спричинена вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), залишається однією з актуальних глобальних проблем охорони здоров'я. За даними ВООЗ, у 2023 р. у світі було 39,9 млн осіб із ВІЛ [1]. Кількість нових випадків інфікування ВІЛ у 2023 р. становила 1,3 млн, смертей, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, — 630 тис. [2]. Більшість випадків ВІЛ-інфекції виявляють і реєструють в Африканському регіоні (65 %) [1].

Регіон Східної Європи та Центральної Азії, до якого входить Україна, демонструє зростання щорічної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції [3]. Так, у 2023 р. кількість зареєстрованих нових

випадків ВІЛ-інфекції становила 140 тис. (120—160 тис.), що на 20 % більше, ніж у 2010 р., кількість смертей, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, — 44 тис. (35—54 тис.), що на 34 % більше, ніж у 2010 р. [4]. При цьому 92 % від усіх нових зареєстрованих випадків в регіоні Східної Європи та Центральної Азії припадає на 4 країни — Україну, Казахстан, Узбекистан, російську федерацію [3].

ВООЗ, Глобальний фонд і UNAIDS розробили глобальні стратегії щодо припинення епідемії ВІЛ до 2030 р., згідно з ними до 2025 р. 95 % людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), мають знати свій статус та мати встановлений діагноз, 95 % із них мають при-

ймати антиретровірусну терапію (АРТ), а 95 % ЛЖВ, які проходять лікування, мають досягти пригніченого вірусного навантаження [1].

Станом на 2023 р. із ЛЖВ 86 % знали свій статус, 77 % отримували АРТ, у 72 % було знижене вірусне навантаження [2].

Аналіз ступеня досягнення глобальної стратегії в 2023 р. у регіоні Східної Європи та Центральної Азії виявив, що менше двох третин — 59 % (48–67 %) ЛЖВ знали, що вони ВІЛ-позитивні, лише 50 % (41–57 %) ЛЖВ отримували АРТ, 42 % (39–46 %) ЛЖВ, які отримували АРТ, мали нульове вірусне навантаження, що є найнижчим показником у світі [3].

Ми проаналізували деякі показники летальності за 2024 р. у роботі стаціонарного відділення Київського міського центру синдрому набутого імунodefіциту (КМЦ СНІД). Загалом на стаціонарному лікуванні перебувало 659 хворих, із них померло 94 (14,2 %). Серед померлих 18 (19 %) пацієнтів, тобто кожен п'ятий, був госпіталізований за участі бригад екстреної медичної допомоги, минаючи лікаря-інфекціоніста, в якого пацієнти мають перебувати під постійним спостереженням. Вартий уваги той факт, що серед померлих в 2024 р. 30 (31 %) пацієнтів уперше дізнались про свій ВІЛ-статус та були взяті на диспансерний облік, із них 8 — в умовах стаціонару. Серед померлих 69 (73,4 %) осіб отримували АРТ, із них 48 % демонстрували низьку прихильність до лікування, 25 (26,6 %) АРТ не отримували.

Отже, у програмах тестування та лікування була відсутня велика кількість пацієнтів. Це зумовлено пізнім зверненням по медичну допомогу (через відсутність специфічних симптомів протягом тривалого часу та недооцінку пацієнтом ВІЛ-позитивного статусу), пізнім виявленям ВІЛ-інфекції (унаслідок відсутності настороженості лікарів первинної ланки медичної допомоги), низькою прихильністю до АРТ. Це створює хибне коло, що значно ускладнює ефективне ведення пацієнтів і досягнення цілей глобальної стратегії.

#### Клінічний випадок № 1

*Пацієнт Н.*, 33 роки, 09.02.2024 р. переведений до КМЦ СНІД із відділення пульмонології КНП «КМКЛ № 17», куди був госпіталізований з підозрою на двобічну пневмонію, але після проведеного обстеження (комп'ютерна томографія (КТ) органів грудної клітки (ОГК) (18.01.2024): КТ-ознаки двобічної полісегментарної плевропневмонії, гідроперикард, ехокардіографія (04.02.2024): помірний ексудативний перикардит) і виявлення антитіл до ВІЛ із погіршенням стану переведений у КМЦ СНІД.



Рис. 1. Дані фарингоскопії пацієнта Н. від 09.02.2024 р. На твердому піднебінні елементи саркоми Капоші.

На момент госпіталізації скарги на виразну загальну слабкість, кашель сухий, ломути в тілі, підвищення температури тіла до 40 °С, задишку в стані спокою.

Анамнез хвороби: вважає себе хворим протягом 2 міс. Перші симптоми — виразна загальна слабкість, що прогресувала, гарячка до 38–39 °С, надсадний сухий кашель, задишка спочатку при фізичному навантаженні, потім у стані спокою. Самостійно приймав жарознижувальні, по медичну допомогу не звертався.

Епідеміологічний анамнез. З 2016 р. пацієнт перебуває на диспансерному обліку в КМЦ СНІД, але регулярно огляди та обстеження не проходить, за власним бажанням АРТ не приймає. Останні задокументовані показники імунної системи від 19.02.2016 — кількість CD4-клітин — 311.

Анамнез життя без особливостей. Хронічні захворювання не відзначав, алкогольний та наркологічний анамнез не обтяжений. Гомосексуальної орієнтації.

Об'єктивно: на момент госпіталізації загальний стан оцінено як тяжкий, що зумовлено основним захворюванням, виразним інтоксикаційним синдромом і дихальною недостатністю. Температура тіла — 37,2 °С. Тілобудова нормостенічна. Свідомість ясна, орієнтованість всебічна. Менінгеальні знаки та вогнищеві неврологічні симптоми відсутні. Шкіра блідо-рожева, висипка відсутня, склери та видимі слизові — звичайного кольору, на твердому піднебінні та яснах поодинокі щільні утворення синьо-фіолетового кольору (рис. 1).

Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, еластичні, рухомі, безболісні, шкіра над ними без

ознак запалення. Тони серця приглушені, ритмічні, відзначено тахікардію до 120/хв, артеріальний тиск — 120/70 мм рт. ст. Аускультативно над легеньми — жорстке дихання з обох боків, розсіяні сухі хрипи, частота дихання — 21 на хвилину, SpO<sub>2</sub> — 86 % на атмосферному повітрі. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт бере участь в акті дихання, симетричний. При пальпації м'який, безболісний. Нижній край печінки виступає з-під реберної дуги на 3 см, край еластичний. Селезінка не пальпується. Відрізки кишки не спазмовані, перистальтика збережена. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферичних набряків немає. Сечовиділення вільне, безболісне. Діурез достатній, сеча світло-жовта. Випорожнення оформлене, 1 раз на добу, без патологічних домішок.

Установлено клінічний діагноз: ВІЛ-інфекція, 4-та клінічна стадія. Пневмоцистна пневмонія. Легенева недостатність I—II ступеня. Орофарингеальний кандидоз. Туберкульоз? Аспергілез? Саркома Капоші?

#### Результати загальнолабораторних методів обстеження

*Загальний аналіз крові* (13.02.2024): лейкоцити —  $7,74 \cdot 10^9$ /л (норма — 4,0–9,0), еритроцити —  $3,96 \cdot 10^{12}$ /л (норма — 3,5–5,0), гемоглобін — 114 г/л (норма — 110–160), тромбоцити —  $207 \cdot 10^9$ /л (норма — 140–350), лейкоцитарна формула: паличкоядерні нейтрофіли — 8 %, сегментоядерні нейтрофіли — 83 %, лімфоцити — 5 %, моноцити — 4 %, ШОЕ — 43 мм/год (норма для чоловіків < 10 мм/год).

*Загальний аналіз сечі* (12.02.2024): без відхилень.

*Біохімічний аналіз крові* (13.02.2024): загальний білок — 56,4 г/л (норма — 66–83), загальний білірубін — 3,5 мкмоль/л (норма — 5,1–19,0), білірубін прямий — 2,1 мкмоль/л (норма — 1,7–6,8), білірубін непрямий — 1,4 мкмоль/л (норма — 3,4–12,2), креатинін — 60 мкмоль/л (норма — 44–115), сечовина 5,1 ммоль/л (норма — 2,8–7,2), глюкоза — 5,72 мкмоль/л (норма — 3,9–6,4), аланінамінотрансфераза — 19,4 Од/л (норма — 0–45), аспаратамінотрансфераза — 26,0 Од/л (норма — 0–35).

Також обстежений методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на коронавірусну хворобу (12.02.2024) — результат негативний, на маркери вірусних гепатитів (19.02.24): HBsAg — результат негативний, антитіла до HCV — результат негативний.

#### Результати імуно-вірусологічного обстеження

*ПЛР-дослідження плазми крові* (13.02.2024): вірусне навантаження HIV 1/2 — 188 000 РНК копій/мл.

*Імунограма* (13.02.2024): CD3+ — 333 (690–2540) клітин/мл, 43 (55–84) %, CD4+ — 6 (410–1590) клітин/мл, 0,7 (33–46) %, CD3+/CD8+ — 316 (190–1140) клітин/мл, 40,72 (13–41) %, CD4/CD8 — 0,02 (1,2–2,1).

#### Обстеження на опортуністичні інфекції

Дослідження на опортуністичні інфекції (16.02.2024) методом ПЛР: виявлено ДНК CMV; ДНК EBV, ДНК HSV1/2 і ДНК мікобактерії туберкульозу (МБТ) не виявлено. Дослідження мокротиння на мікобактерії GeneXpert MTB/RIF: (09.02.2024) — є сліди, (16.02.2024) — не виявлено. Бактеріоскопія мокротиння на кислотостійкі бактерії (09.02.2024) — не виявлено. Аналіз крові на криптококовий антиген швидким тестом (13.02.24) — негативний. Результат мікробіологічного дослідження мокротиння (16.02.2024) — виявлено ріст *Enterococcus faecalis* (105 КУО/мл). Результат мікроскопічного дослідження мокротиння (20.02.2024) — *Pneumocystis* не виявлено.

#### Результати інструментального обстеження

*ЕКГ* (09.02.24): ритм синусовий, регулярний. Електрична вісь серця відхилена полувертикально. Блокада правої ніжки пучка Гіса. Гіпертрофія лівого шлуночка.

*Рентгенографія ОГК* (13.02.24): пневмоцистна пневмонія?

*КТ ОГК і органів черевної порожнини із заочеревинним простором, органів малого таза* (20.02.24): пневмоцистна пневмонія. Даних на користь туберкульозу не отримано.

Повторна рентгенографія ОГК (01.03.24): динаміка позитивна. Рентгенологічні ознаки залишкових післязапальних змін легеневої тканини лівої легені як наслідок двобічної полісегментарної пневмонії.

#### Висновки консультантів

*Офтальмолог* (20.02.24): гострий CMV-хоріоретиніт (клінічно) обох очей. *Дерматолог* (22.02.24): саркома Капоші (клінічно). *Кардіолог* (21.02.24): ексудативний перикардит помірний за даними ехокардіографії (04.02.24), синусова тахікардія, блокада передньої ніжки пучка Гіса. *Фтизіатр* (26.02.24): рентгенологічні дані відповідають різним фазам одного інфекційного процесу (пневмоцистна пневмонія), не виключено в подальшому розвиток синдрому відновлення імунної системи (СВІС). На момент консультації даних про наявність активних туберкульозних змін немає.

На підставі клініко-лабораторних даних встановлено остаточний діагноз: ВІЛ-інфекція, 4-та клінічна стадія, пневмоцистна пневмонія, клінічна група 3, легенева недостатність I ступеня. Гострий CMV-хоріоретиніт обох очей. Ексуда-

тивний перикардит помірний за даними ехокардіографії. Синусова тахікардія, блокада передньої ніжки пучка Гіса. Саркома Капоші (клінічно), шкірна форма. Орофарингеальний кандидоз.

Отримував лікування: інсуфляція зволеним киснем, внутрішньовенно призначено: «Бісептол®» у дозі 20 мл тричі на добу впродовж 18 днів, ганцикловір у дозі 250 мг упродовж 6 днів, дексаметазон; перорально призначено: флуконазол у дозі 100 мг 1 раз на добу упродовж 18 днів, «Далацин» у дозі 0,6 г тричі на добу впродовж днів, а також муколітики, діуретики та підтримувальну терапію. З 13.02.2024 р. розпочато АРТ за схемою DTG/ЗТС/TDF (долутегравір, ламівудин, тенофовіру дизопроксилу fumarat).

За період стаціонарного лікування загальний стан поліпшився — регресував інтоксикаційний синдром, нормалізувалася температура тіла, зменшилися явища дихальної недостатності, з 25.02.2024 р. перебував без кисневої підтримки, сатурація становила 97 % на атмосферному повітрі, на твердому піднебінні та яснах зберігаються елементи саркоми Капоші. 01.03.2024 р. пацієнт у стабільному стані з поліпшенням виписаний зі стаціонару для продовження лікування в амбулаторних умовах під наглядом інфекціоніста амбулаторно-поліклінічного відділення КМЦ СНІД.

У березні 2024 р. пацієнт повторно був госпіталізований із тяжкою назальною кровотечею, спричиненою прогресуванням саркоми Капоші, але низка вчасно вжитих комплексних заходів (тривала тампонада, переливання крові тощо) стабілізували стан пацієнта.

Катамнез: станом на лютий 2025 р. пацієнт регулярно приймає АРТ, має високу прихильність, вірусне навантаження HIV 1/2 — < 20 копій/мл, кількість CD4 — 119 клітин/мл, 7,6 %.

## Клінічний випадок № 2

*Пацієнтка Г., 45 років, 14.05.2024 р. переведена з відділення нейрохірургії лікарні швидкої медичної допомоги, куди була госпіталізована зі скаргами на порушення мови та головний біль, що тривали 2 тиж, та після нападу судом (06.05.2024) за типом епісіндрому. Після клініко-лабораторно-інструментального обстеження встановлено діагноз: об'ємне утворення лівої лобної ділянки головного мозку, стан після судомного нападу. 09.05.2024 р. під час проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку виявлені множинні ураження головного мозку. Для верифікації діагнозу направлена на стаціонарне лікування до інфекційного відділення КМЦ СНІД. На момент госпіталізації скарги на виразну загальну слабкість, порушення*

*пам'яті, головний біль, запаморочення, похитування при ходьбі, судомні напади.*

Епідеміологічний анамнез. З 2016 р. пацієнтка перебувала на диспансерному обліку в КМЦ СНІД, було призначено АРТ, яку пацієнтка не приймала, регулярно на огляди та обстеження не з'являлася. Останні задокументовані показники імунної системи від 19.05.2022 — кількість CD4-клітин — 89.

Анамнез життя без особливостей. Хронічні захворювання не відзначає, алкогольний та наркологічний анамнез не обтяжений. У місцях позбавлення волі не перебувала. Сімейний стан: не одружена, має 2 дітей.

Об'єктивно: на момент госпіталізації загальний стан оцінено як середнього ступеня тяжкості, ближче до важкого. Температура тіла — 36,6 °С. Тілобудова астенична, підшкірна жирова клітковина різко зменшена. У свідомості, загальмована, дезорієнтована. Наявна ригідність потиличних м'язів. Парезів/паралічів немає. Афазія/дизартрія відсутні. Координаційні проби не виконує. Шкіра блідо-рожева, склери — звичайного кольору, висипки немає. При огляді ротоглотки — слизова оболонка рожева, на щоках та яснах кандидозні елементи. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, еластичні, рухомі, безболісні, шкіра над ними без ознак запалення. Тони серця гучні, ритмічні, артеріальний тиск — 100/70 мм рт. ст. Аускультативно над легеньми — везикулярне дихання з жорстким відтінком з обох боків, частота дихання — 17 на хвилину, SpO<sub>2</sub> — 96 % на атмосферному повітрі. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт бере участь в акті дихання, симетричний. При пальпації м'який, безболісний. Нижній край печінки виступає з-під реберної дуги на 2,5 см, край ущільнений, безболісний. Пальпується збільшена селезінка. Відрізки кишки неспазмовані, перистальтика збережена. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферичних набряків немає. Сечовиділення вільне, безболісне. Діурез достатній, сеча світло-жовта. Випорожнення оформлені, 1 раз на добу, без патологічних домішок.

Установлено клінічний діагноз: ВІЛ-інфекція, 4-та клінічна стадія. Токсоплазмозний енцефаліт із церебростенічним, когнітивно-мнестичним зниженням, судомним синдромом. Орофарингеальний кандидоз. Кахексія, IV стадія.

## Результати загальнолабораторних методів обстеження

*Загальний аналіз крові (15.05.2024): лейкоцити — 4,79 · 10<sup>9</sup>/л (норма — 4,0–9,0), еритроцити — 3,75 · 10<sup>12</sup>/л (норма — 3,5–5,0), гемоглобін — 136 г/л (норма — 110–160), тромбоцити — 231 · 10<sup>9</sup>/л (норма — 140–350); лейкоцитарна*

формула: паличкаоядерні нейтрофіли — 2 %, сегментоядерні нейтрофіли — 62 %, лімфоцити — 12 %, моноцити — 10 %, ШОЕ — 24 мм/год (норма для жінок < 15 мм/год).

**Загальний аналіз крові** (27.05.2024): еритроцити —  $2,96 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити —  $2,5 \cdot 10^9$ /л, гемоглобін — 108 г/л.

**Загальний аналіз сечі** (15.05.2024): без відхилень від норми.

**Біохімічний аналіз крові** (14.05.2024): загальний білок — 72,6 (норма — 66–83) г/л, загальний білірубін — 10 (норма — 5,1–19,0) мкмоль/л, білірубін прямий — 2,0 (норма — 1,7–6,8) мкмоль/л, білірубін непрямої — 8 (норма — 3,4–12,2) мкмоль/л, креатинін — 89 (норма — 44–115) мкмоль/л, сечовина — 7,5 (норма — 2,8–7,2) ммоль/л, глюкоза — 6,2 (норма — 3,9–6,4) мкмоль/л, аланінамінотрансфераза — 14 (норма — 0–45) Од/л, аспартатамінотрансфераза — 37 (норма — 0–35) Од/л.

Також обстежена методом ПЛР на коронавірусну хворобу (15.02.24) — результат негативний.

#### **Результати імунно-вірусологічного обстеження**

**Вірусне навантаження HIV 1/2:** в плазмі крові (15.05.2024) — 303 000 РНК копій/мл, у лікворі (17.05.2024) — 374 000 РНК копій/мл.

**Імунограма** (15.05.2024): CD3<sup>+</sup> — 437 (690–2540) клітин/мл, 84,22 (55–84) %, CD4<sup>+</sup> — 10 (410–1590) клітин/мл, 1,85 (33–46) %, CD3<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> — 380 (190–1140) клітин/мл, 73,32 (13–41) %, CD4/CD8 — 0,03 (1,2–2,1).

#### **Обстеження на опортуністичні інфекції**

При дослідженні (16.05.2024) методом ПЛР на опортуністичні інфекції (CMV, EBV, HSV1/2 та МБТ) у крові та лікворі виявлено лише ДНК EBV у лікворі.

Дослідження на мікобактерії GeneXpert MTB/RIF (17.05.2024): мокротиння — МБТ не виявлено, ліквор — МБТ не виявлено.

Бактеріоскопія мокротиння на кислотостійкі бактерії (07.05.2024) — не виявлено.

Аналіз на криптококовий антиген швидким тестом у крові та лікворі (15.05.2024) — негативний.

**Клінічний аналіз ліквору** (15.05.2024): прозорий (прозорий), білок — 1,3 г/л (норма — 0,12–0,2), глюкоза — 3,3 ммоль/л (норма — 2,8–3,9), цитоз 4 клітини (норма < 10), лімфоцити — 100 %, кислотостійкі палички не виявлено.

Результат мікробіологічного дослідження мокротиння (20.05.2024) — ріст патогенної флори не виявлено.

#### **Результати інструментального обстеження**

**ЕКГ** (15.05.2024): ритм синусовий, регулярний. Блокада передньої ніжки пучка Гіса.

**Рентгенографія ОГК** (15.05.2024) — легені та серце незмінені.

**МРТ головного мозку без контрастування** (13.05.2024): картина багатовогнищевого ураження обох півкуль головного мозку та мозочка, імовірно, зумовлена виявами нейроінфекції.

#### **Висновки консультантів**

**Невролог** (14.05.2024): енцефаліт із судомним синдромом, вестибулоатаксією та когнітивно-мнестичним зниженням. **Офтальмолог** (23.05.2024): центральна ретинальна артеріальна оклюзія. Пресбіопія. Ангіопатія сітківки обох очей. Гострий CMV-хоріоретиніт (клінічно) обох очей.

На підставі клініко-лабораторних даних встановлено остаточний діагноз: ВІЛ-інфекція, 4-та клінічна стадія. Енцефаліт змішаного генезу (герпесвірусний і токсоплазмозний ПЛР(+), EBV+ *Toxoplasma gondii* у лікворі від 16.05.2024 р.) із судомним синдромом, вестибулоатаксією та когнітивно-мнестичним зниженням. Гострий CMV-хоріоретиніт (клінічно) обох очей. Орофарингеальний кандидоз. Кахексія III ступеня залишкови зміни після вилікування туберкульозу у вигляді фіброзних змін. Вторинна анемія легкого ступеня.

Отримувала лікування: внутрішньовенно призначено: «Бісептол®» у дозі 2 мл тричі на добу впродовж 3 днів, у подальшому переведено на пероральний прийом впродовж 14 днів, дексаметазон, «Далацин» у дозі 0,6 г тричі на добу впродовж 18 днів; перорально призначено: флуконазол у дозі 100 мг упродовж 8 днів, карбамазепін у дозі 200 мг двічі на добу впродовж 18 днів, «Нейралгін» у дозі 300 мг на ніч упродовж 18 днів, а також протинабрякову, дезінтоксикаційну, підтримувальну терапію. З 22.05.2024 р. розпочато АРТ за схемою AZT/3ТС/DTG (зидовудин, ламівудин, долутегравір).

За період стаціонарного лікування загальний стан поступово поліпшився — регресували запаморочення, судомні напади, явища кандидозу в ротоглотці, значно зменшилась інтенсивність головного болю, хиткість при ходьбі, майже повністю відновилась орієнтованість і критичність щодо власного стану, але зберігалася часткова дезорієнтація. Пацієнтка в стабільному стані 31.05.2024 р. виписана зі стаціонару для продовження лікування в амбулаторних умовах під наглядом інфекціоніста амбулаторно-поліклінічного відділення КМЦ СНІД.

Катамнез: станом на лютий 2025 р. пацієнтка приймає АРТ, триває робота над формуванням високої прихильності, вірусне навантаження HIV 1/2 — < 20 копій/мл, кількість CD4 — 84 клітини/мл, 5,7 %.

#### **Висновки**

Наведені випадки діагностики та лікування пацієнтів із пізніми стадіями ВІЛ-інфекції та мно-

жинними опортуністичними інфекціями свідчать, що, попри значний імунodefіцит та пізнє звернення по медичну допомогу, правильно проведене комплексне лікування зберігає життя пацієнта. Формування прихильності та регулярний прийом

АРТ сприяють зниженню вірусного навантаження до невизначеного рівня та збільшенню кількості Т-хелперів, що збільшує тривалість життя пацієнта та якість його життя, а також забезпечує реалізацію та досягнення цілей глобальної стратегії.

**Конфлікту інтересів немає.**

**Участь авторів:** концепція і дизайн дослідження — О.В. Вінницька; написання та редагування тексту — О.В. Вінницька, Г.З. Мамедова.  
**Етичні аспекти.** Всі процедури, які виконувались в дослідженнях із залученням пацієнтів, були у відповідності з Гельсінською декларацією 1964 р. з поправками. Дослідження пройшло розгляд та схвалено Комітетом з етики. Пацієнти, які брали участь у дослідженнях, були проінформовані та підписали відповідну форму Інформаційної згоди пацієнта.

## Список літератури

1. World Health Organization. Fact sheet. HIV and AIDS. 22 July 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
3. UNAIDS. Eastern Europe and Central Asia regional profile — 2024 global AIDS update. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2024-unaids-global-aids-update-eeca\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-eeca_en.pdf).
4. UNAIDS DATA 2024. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/data-book-2024\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2024_en.pdf).

O.V. Vinnytska, G.Z. Mamedova  
Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

## Clinical Cases of HIV Infection with Polyetiologiсal Opportunistic Infections

Our own observation of patients with advanced HIV infection, who were diagnosed with a combination of several opportunistic infections (encephalitis of mixed genesis (herpesvirus and toxoplasmosis), acute CMV chorioretinitis, oropharyngeal candidiasis) and pneumocystis pneumonia, acute CMV chorioretinitis, Kaposi's sarcoma, oropharyngeal candidiasis, is presented. Both patients were initially hospitalised in nonspecialised medical centres, then were transferred to the infectious diseases department of the Kyiv City AIDS Centre. Both had known about their HIV status for several years and were on dispensary registration, but refused treatment and regular examinations and monitoring. Both patients were in severe condition, comprehensively examined, multiple opportunistic infections were detected. The patients were treated according to the protocol for managing opportunistic infections. Antiretroviral therapy (ART) was started in the hospital. According to the follow-up data, they are adherent to treatment, regularly take ART, have an undetectable viral load (less than 20 copies/ml) and an increased number of T-helpers.

The presented cases of diagnosis and treatment of patients with late stages of HIV infection and multiple opportunistic infections clearly show that, despite significant immunodeficiency and late seeking medical care, correctly managed comprehensive treatment saves the patient's life. The formation of adherence to ART leads to the reduction of viral load to undetectable level and to T-helpers number increase, which, on the one hand, will contribute to the duration and quality of life in specific patients, and on the other hand, ensures the implementation and achievement of the goals of the global strategy.

**Keywords:** HIV infection, diagnostics, antiretroviral therapy, adherence, global strategy.

### Контактна інформація / Corresponding author

Вінницька Олена Володимирівна, к. мед. н., доцент закладу вищої освіти кафедри інфекційних хвороб  
<https://orcid.org/0009-0003-4100-1309>  
E-mail: o.vinnytska@nmu.ua  
Г.З. Мамедова, <https://orcid.org/0009-0009-6941-5427>

Стаття надійшла до редакції/Received 04.12.2025.  
Стаття рекомендована до опублікування/Accepted 13.02.2026.  
Стаття опублікована / Published 26.03.2026.

### ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- Вінницька ОВ, Мамедова ГЗ. Клінічні випадки ВІЛ-інфекції з поліетиологічними опортуністичними ураженнями. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2026;1:64-69. doi: 10.30978/TB2026-1-64.
- Vinnytska OV, Mamedova GZ. [Clinical Cases of HIV Infection with Polyetiologiсal Opportunistic Infections]. Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection (Ukraine). 2026;1:64-69. <http://doi.org/10.30978/TB2026-1-64>. Ukrainian.