

Москалюк Василь Деонізієвич, Меленко Світлана Романівна,
Баланюк Ірина Володимирівна

ПРОБЛЕМА ЛІКУВАННЯ КРІОПАТІЙ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Відома схема лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, яка передбачає використання комбінації антиретровірусних і патогенетичних препаратів. Патогенетична терапія передбачає зміцнення імунної системи, особливо тих її ланок, які уражені вірусом.

Недоліком відомої лікувальної схеми є недостатня терапевтична ефективність при супутній кріоглобулінемії, оскільки вірус у складі імунних кріопреципітатів недосяжний для етіотропних препаратів, а імуностимулювальна терапія нерідко активізує інфекційний процес. До того ж така схема не передбачає впливу на термолабільні білки – кріоглобуліни, частою причиною формування яких є сам вірус імунодефіциту. Разом з тим, у складі кріопреципітатів блокується значна частина CD4+-лімфоцитів, які вибірково уражаються вірусом імунодефіциту людини, а різке зниження їх рівня є провідним фактором у патогенезі ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Мета роботи: вдосконалити відому схему лікування, в якій шляхом доповнення стандартної антиретровірусної терапії антиагрегаційним препаратом досягають зниження рівня кріоглобулінів, а отже – й підвищення лікувальної ефективності.

Основна частина. Обстежено 127 хворих на ВІЛ-інфекцію, які перебували на амбулаторному спостереженні протягом 2007-2011 рр. в Обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом м. Чернівці. Серед обстежених було 35 (27,6 %) хворих І клінічною стадією, 60 (47,2 %) – з II, 22 (17,3 %) – з III, 10 (7,9 %) – з IV.

Серед 127 обстежених у 96 (75,6 %) виявлені різні концентрації кріоглобулінів у сироватці крові. При цьому у 4

(4,2 %) з них виявили кріоглобуліни 1-го типу (усі хворі перебували в I або II клінічній стадії ВІЛ-інфекції), у 59 (61,4 %) – 2-го і у решти 33 (34,4 %) – 3-го.

Виявили, що за супутньої кріоглобулінемії 2-го типу 3-місячна АРТ дає змогу суттєво підвищити рівень CD4+лімфоцитів. Натомість, група хворих з кількістю CD4+лімфоцитів 200-499 в 1 мм³ крові збільшилася з (5,6±5,4) до (50,0±11,8) % (p<0,01). У 2 осіб ефективність лікування можна було оцінити як відмінну. Доповнення АРТ дипіридамолом не забезпечило суттєвих переваг стосовно кількості CD4+лімфоцитів. Вивчення динаміки кількості хворих на ВІЛ-інфекцію з КГЕ під впливом різних методів лікування показало, що тільки симптоматична терапія не мала жодного впливу на феномен КГЕ. Доповнення симптоматичної терапії дипіридамолом в 1 пацієнта з 2-м типом кріоглобулінів через 3 міс. дало змогу досягти зникнення феномену кріопреципітації.

Разом з цим, під впливом АРТ кількість хворих з КГЕ зменшилася з 8 (72,7±13,4 %) до 5 (45,5±15,0 %) пацієнтів (p>0,05). Важливо відзначити, що кріопреципітація перестала виявлятися тільки при II клінічній стадії ВІЛ-інфекції із супутньою КГЕ 2-го типу.

Доповнення АРТ антиагрегантом дипіридамолом дозволило уникнути феномену кріопреципітації у кожного четвертого пацієнта: до лікування КГЕ виявлялася у (70,0±14,5) % пацієнтів у II клінічній стадії ВІЛ-інфекції, а через 3 міс. АРТ з дипіридамолом – тільки у (30,0±14,5) % (p<0,05). При цьому кріоглобуліни зникли ще й у 1 пацієнта у III клінічній стадії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Висновки. Отже, вдосконалена схема лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД із супутньою кріоглобулінемією з використанням антиагреганту дипіридамолу забезпечує високу лікувальну ефективність і може знайти застосування в широкій медичній практиці.