



ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

4(82)2015

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ



ISSN 1681-2727



9 771681 272000

- Гнійно-запальні захворювання
- ВІЛ-інфекція
- ГРВІ
- Гострі кишкові інфекції
- Туберкульоз
- Герпетичні інфекції

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Головний редактор М.А. Андрейчин

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Н.А. Васильєва,
Ж.І. Возіанова,
К.С. Волков,
О.П. Волосовець,
В. Гальота,
В.І. Задорожна,
О.Л. Івахів,
С.І. Климнюк (заступник головного редактора),
І.М. Кліщ,
В.С. Копча (відповідальний секретар),
М.М. Корда,
Л.Т. Котляренко,
С.О. Крамарьов,
Ю.І. Кундієв,
В.Ф. Марієвський,
М.Д. Чемич,
Ю.І. Феценко.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

І.В. Богадєльніков (Сімферополь),
Н.О. Виноград (Львів),
Б.А. Герасун (Львів),
О.А. Голубовська (Київ),
О.В. Деміховська (Росток, Німеччина),
Б.М. Дикий (Івано-Франківськ),
Г.М. Дубинська (Полтава),
О.К. Дуда (Київ),
О.М. Зінчук (Львів),
І.З. Карімов (Сімферополь),
І.О. Карпов (Мінськ, Білорусь),
В.М. Козько (Харків),
І.П. Колеснікова (Київ),
А. Лайшконіс (Каунас, Литва),
В.П. Малий (Харків),
С. Маріна (Софія, Болгарія),
Л.В. Мороз (Вінниця),
В.Д. Москалюк (Чернівці),
Е.І. Мусабаєв (Ташкент, Узбекистан),
І.І. Незгода (Вінниця),
К.С. Плочев (Софія, Болгарія),
А.О. Руденко (Київ),
О.В. Рябоконе (Запоріжжя),
М.С. Суремченко (Дніпропетровськ),
Л.А. Ходак (Харків),
В.Р. Шагінян (Київ),
В.П. Широбоков (Київ),
А.М. Щербінська (Київ),
О.О. Ярош (Київ).

Всеукраїнський науково-практичний
медичний журнал

Заснований у листопаді 1994 року
Виходить з 1995 року щоквартально

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 16795-5367 Р, видане Міністерством юстиції України 10.06.2010 р.

Відповідно до постанови президії ВАК України від 26.05.2010 р. № 1-05/4 журнал «Інфекційні хвороби» повторно внесений до переліку наукових фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук у галузі медицини

Журнал включено до міжнародних наукометричних баз Google Scholar та Index Copernicus

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал «Інфекційні хвороби».
Медуніверситет.
Майдан Волі, 1
м. Тернопіль, 46001, УКРАЇНА
Тел.: (0352) 52-47-25.
E-mail: infecdis@ukr.net

Розповсюдження журналу
за передплатою.

Одержувач платежу Тернопільський державний медичний університет;
код 02010830;
р/р 31251266204491
в ДКСУ м. Київ;
МФО 820172.

Видання журналу рекомендоване вченою радою Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (протокол № 5 від 24.11.2015 р.).

Дизайн, верстка Ярослава Теслюк

Підписано до друку 25.11.2015 р.

Видавець і виготовник:
ТДМУ імені І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1
м. Тернопіль, 46001, УКРАЇНА

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2215 від 16.06.2005 р.

За зміст рекламних матеріалів відповідальність несе рекламодавець. При передруці або відтворенні повністю чи частково матеріалів журналу «ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ» посилання на журнал обов'язкове.

ПЕРЕДОВА СТАТТЯ*Деркач С.А. (Харків)*

Мікробіологічні аспекти лікування гнійно-запальних захворювань

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ*Москалюк В.Д., Соколенко М.О., Лесюк Ю.М., Соколенко А.А., Кривецька С.С., Андрущак М.О. (Чернівці)*

Епідеміологічна характеристика ВІЛ-інфекції на Буковині

Возна Х.І. (Чернівці)

Поширеність і фактори ризику синдрому тривалого QTc інтервалу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Трихліб В.І., Задорожна В.І., Шагінян В.Р., Ткачук С.І., Гайда І.М., Майданюк В.П., Оперчук Н.І. (Київ, Львів, Одеса, Кіровоград)

Захворюваність на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації серед цивільного населення України

Поляк М.А. (Ужгород)

Особливості біохімічних та імунологічних маркерів у дітей з коровою інфекцією та в асоціації з глистяною інвазією

Чемич О.М., Полов'ян К.С., Ільїна Н.І., Малиш Н.Г. (Суми)

Особливості перебігу гострих кишкових інфекцій, спричинених умовно-патогенними мікроорганізмами та вірусами, в сучасних умовах

Шевченко-Макаренко О.П. (Дніпропетровськ)

Видовий склад патогенної та умовно-патогенної мікрофлори у хворих на гострі кишкові інфекції у Дніпропетровському регіоні

Бутов Д.О., Шевченко О.С., Степаненко Г.Л. (Харків)

Асоціація поліморфізмів генів гострофазових показників у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень

Корнага С.І., П'ятночка І.Т., Тхорик Н.В. (Тернопіль)

Санітарно-освітня грамотність людей – один із важливих чинників зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ*Панченко Л.О., Васіна С.І., Звягольська І.Н., Попова Н.Г., Копча Ю.В. (Харків, Полтава, Тернопіль)*

Емерджентні і ре-емерджентні вірусні інфекції: глобальна проблема XXI століття

Москалюк В.Д., Андрущак М.О. (Чернівці)

Поліморфізм генів при ВІЛ-інфекції

Матейко Г.Б., Антонюк Л.В., Ігнатовська С.П. (Івано-Франківськ)

Сучасні уявлення про материнсько-плодову варицела-зостер вірусну інфекцію

EDITORIAL*Derkach S.A. (Kharkiv)*

5 Microbiological Aspects of Festering-Inflammatory Diseases Treatment

ORIGINAL INVESTIGATIONS*Moskaliuk V.D., Sokolenko M.O., Lesiuk Yu.M., Sokolenko A.A., Kryvetska S.S., Andrushchak M.O. (Chernivtsi)*

16 Epidemiology Management of HIV-Infection on Bukovyna

Vozna Kh.I. (Chernivtsi)

21 Prevalence and Risk Factors of Prolonged QTc Interval in HIV-Infected Patients

Trykhlіb V.I., Zadorozhna V.I., Shahinyan V.R., Tkachuk S.I., Hayda I.M., Maydanyuk V.P., Operchuk N.I. (Kyiv, Lviv, Odesa, Kirovograd)

27 Incidence of Acute Respiratory Infections with Multiple or Uncertainties Localization Among the Civilian Population of Ukraine

Polyak M.A. (Uzhgorod)

36 Biochemical and Immunological Features in Measles Children with Helminthiasis Association

Chemych O.M., Polovian K.S., Ilyina N.I., Malys N.H. (Sumy)

40 Peculiarities of Acute Intestinal Infections Caused by Opportunistic Microorganisms and Viruses in Modern Conditions

Shevchenko-Makarenko O.P. (Dnipropetrovsk)

46 Pathogenic and Opportunistic Microflora Composition in Patients with Acute Intestinal Infections in Dnipropetrovsk Region

Butov D.O., Shevchenko O.S., Stepanenko H.L. (Kharkiv)

51 Association of Polymorphisms of Genes Acute Phases Parameters in Patients With Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis

Kornaha S.I., Pyatnochka I.T., Tkoryk N.V. (Ternopil)

54 Sanitary-Education of People – Reduce the Spread of Multi-Resistant Tuberculosis as Important Factors

REVIEWS AND LECTURES*Panchenko L.O., Vasina S.I., Zvyagolska I.N., Popova N.H., Kopcha Yu.V. (Kharkiv, Poltava, Ternopil)*59 The Emergent and Re-Emergent Viral Infections: Global Challenge of 21st Century*Moskaliuk V.D., Andrushchak M.O. (Chernivtsi)*

67 Gene Polymorphism of HIV-Infection

Mateyko H.B., Antoniuk L.V., Ihnatovska S.P. (Ivano-Frankivsk)

74 Modern Ideas about Maternal-Fetal Varicella-Zoster Viral Infection

В.Д. Москалюк, М.О. Соколенко, Ю.М. Лесюк, А.А. Соколенко, С.С. Кривецька,
М.О. Андрущак

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА БУКОВИНІ

Буковинський державний медичний університет

Проаналізували поширеність ВІЛ-інфекції у Чернівецькій області, де розвиток епідемічного процесу протягом багатьох років залишається повільним. На Буковині, як і в сусідніх областях, до 2010 р. поширення ВІЛ-інфекції було доволі «активним», в 2010 р. намітилося помірне зниження захворюваності. Основним шляхом передачі ВІЛ в області, з 1995 до 2005 рр. включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Після 2005 р. відбулася зміна шляхів передачі з перевагою статевого.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, епідемічний процес, шляхи передачі ВІЛ.

На сьогодні у світі з ВІЛ-інфекцією живуть більше 33 млн людей. Згідно з даними, оприлюдненими ВООЗ до Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом, який щороку проходить першого грудня, за останні п'ять років ситуація в ділянці боротьби з ВІЛ дещо покращилася. На 15 % знизилась кількість нових випадків зараження ВІЛ, а кількість смертей зменшилася більш ніж на 20 % [1, 2].

За даними ЮНЕЙДС, в 111 державах світу домінуючим шляхом ВІЛ-інфікування протягом останнього десятиріччя залишається статевий шлях передачі (70-80 %). На другому місці зберігається парентеральний шлях (10-15 %), але намітилась тенденція до збільшення вертикального шляху інфікування (з 5 до 10 %).

За рейтинговою оцінкою UNAIDS, у 2013 р. Україна посідала 22 місце серед 123 країн світу за кількістю людей, які живуть із ВІЛ [3]. На сьогодні щорічно у світі 400 тис. осіб заражаються ВІЛом [4-6].

Щоденно у світі інфікується ВІЛом близько 7 тис. осіб, 9 осіб із 10 не знали про зараження до обстеження [7-10]. Щодня в Україні офіційно реєструється 52 нові випадки інфікування. Вісім людей щоденно помирає в Україні через СНІД [11].

Вразливість до ВІЛ-інфекції осіб віком 15-19 років у Західній Європі в сучасних умовах не займає домінуючих

позицій (0,5-0,7 % ВІЛ-інфікованих) на відміну від України, де ця вразливість у віковій групі 15-17 років значно більша (2,2-4,4 %). Крім того, ураження молоді (20-28 років) у Західній Європі значно менше (20-30 %), ніж в Україні (45-50 %), що є відображенням незадовільної профілактичної роботи з підлітками та молоддю в нашій країні [12].

Найбільш ураженими в Україні є Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Миколаївська, Київська області, Автономна Республіка Крим та м. Київ. У сучасних умовах в Україні спостерігається збереження значної розбіжності між кількістю ВІЛ-інфікованих осіб, які офіційно зареєстровані МОЗ України, та кількістю осіб, що прогнозує UNAIDS.

Мета роботи – оцінити епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернівецькій області та ефективність здійснюваних протиепідемічних заходів.

Матеріали і методи

У роботі були використані офіційні статистичні дані щодо захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД в регіонах України та проведені протиепідемічні заходи у 2012-2014 рр.

Результати досліджень та їх обговорення

Час, що минув з моменту реєстрації перших ВІЛ-інфікованих у Чернівецькій області, дозволяє об'єктивно оцінити епідемічну ситуацію зі СНІДу.

Чернівецька область належить до регіонів з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції і розвиток епідемічного процесу протягом багатьох років залишається повільним, про що свідчать підсумкові рангові місця територіальної рейтингової оцінки останніх років, які посідала ця область (перші рангові місця присвоюються територіям з найменшими значеннями), а саме в 2009, 2010, 2011, 2012 рр. – 2-е, 1-е, 2-е та 5-е відповідно. Тут необхідно підкреслити, що рейтингова оцінка територій проводилася за статистичними показниками, які характеризують інтегральну оцінку епідемічного процесу (крім показника охоплення диспансеризацією).

Аналіз показав, що відповідні для епідпроцесу умови створювалися поволі. Одна з них – щорічне зростання кількості осіб, які вживали наркотичні речовини. Достатньо було «випадкового» занесення в середовище молодих споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) контамінованого матеріалу, як ланцюгова реакція стала безконтрольною. Дуже скоро на тлі парентерального механізму інфікування став помітно зростати і статевий.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до 01.07.14 р. включно, в Чернівецькій області офіційно зареєстровано 1 260 випадків ВІЛ-інфекції (всього в Україні – 255 975), у тому числі 292 випадки за-

хворювання на СНІД (в Україні – 71 221), 223 дитини народилися від ВІЛ-інфікованих жінок (в Україні – 42 655). 141 людина померла від СНІДу (в Україні – 33 672).

Станом на 01.07.14 р. під медичним наглядом в обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом перебуває 734 ВІЛ-інфікованих особи, з них 185 хворих на СНІД (з них 53 дитини).

В першому півріччі 2014 р. зафіксовано зростання кількості осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції – 63 (6,9 на 100 тис. населення, темп приросту становить 26 %, табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Чернівецькій області й Україні в цілому протягом 2012-2014 рр.

Регіон	2012 рік (6 міс.)			2013 рік (6 міс.)			2014 рік (6 міс.)		
	абс. число	на 100 тис.	темپ приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %
Чернівецька область	51	5,7	-1,9	50	5,5	-2,0	63	6,9	+26
Україна	10 051	22,0	-2,9	10 727	23,0	+6,7	10 759	23,4	+0,2

Виявлену епідемічну ситуацію порівняли з поширеністю ВІЛ-інфекції в сусідніх областях: Івано-Франківській, Тернопільській, Хмельницькій. Помічена наступна схожість епідемічної ситуації: до 2010 р. поширення ВІЛ-інфекції було доволі «активним», в 2010 р. намітилося помірне зниження захворюваності.

Впровадження широкомасштабної високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) вплинуло на зниження показника «кількість осіб, які зняті з диспансерного обліку за причиною – смерть від СНІДу». Це є першим вагомим доказом позитивного впливу впровадження ВААРТ. В області, порівняно з Україною, реєструються низькі показники смерті від СНІДу (табл. 2). Серед померлих від СНІДу високий відсоток займають ті випадки, коли ВІЛ-інфекцію діагностовано вже в III та IV клінічних стадіях. У першому півріччі 2014 р. в IV клінічній стадії діагностовано 10 осіб. Відповідно, ці люди не встигли вчасно отримати ВААРТ, що, без сумніву, пов'язано з песимістичним прогнозом. Серед 8 померлих від СНІДу основною причиною смерті був легеневий туберкульоз (5 випадків).

У результаті аналізу причин смертності виявлено таке: 20 % ВІЛ-інфікованих осіб отримували ВААРТ, 20 % – «терапію відчаю» (до 1 місяця), 60 % – не отримували жодного лікування. За рекомендаціями

ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України» в області постійно проводиться звірка даних з управлінням статистики Чернівецької обласної держадміністрації щодо кількості осіб, які померли від захворювань, зумовлених СНІДом, та комісійний розбір кожного випадку смерті, зареєстрованого у центрі СНІДу.

Станом на 01.07.14 р. ВААРТ отримує 346 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, з них 256 дорослих осіб та 90 дітей (0-14 років). Смертність серед людей, які отримують ВААРТ, в 5-6 разів нижча, порівняно з пацієнтами, які її не отримують.

На сьогодні в області 70 споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) перебувають на замісній підтримуючій терапії (ЗПТ) в обласному наркологічному диспансері, з них 17 зі статусом ВІЛ, та 15 СІН – які отримують ЗПТ/ВААРТ. Із 70 СІН 40 мають хронічний гепатит С, 6 – хронічний гепатит В, 14 – легеневий туберкульоз. Інфікування ВІЛ серед вагітних за кодом 109.1 (обстежені первинно) становить 0,10 %. Цей показник достатньо точно відображає інфікування загального населення. А показник «інфікування ВІЛ серед вагітних» за кодом 109.2 (обстежені повторно) становить 0,0 %. Це свідчить про повільні темпи поширення інфекції серед населення області.

Смертність від СНІДу у Чернівецькій області й Україні в цілому протягом 2012-2014 рр.

Регіон	2012 рік (6 міс.)			2013 рік (6 міс.)			2014 рік (6 міс.)		
	абс. число	на 100 тис.	темپ приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %
Чернівецька область	8	0,9	-33,3	9	0,9	+12,5	8	0,9	-11,1
Україна	2 039	4,5	+18,8	1 802	3,9	-11,6	1 673	3,6	-7,1

Цей факт дає можливість наблизитись до загальнодержавного показника – 2 % рівня передачі ВІЛ від матері до дитини.

У першому півріччі 2014 р. охоплено консультуванням у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію 33 670 осіб. 20 366 обстежених осіб – без донорів та вагітних (інфікованість серед даної категорії становить 0,38 %) та 13 304 – донори і вагітні (інфікованість серед яких становить 0,08 %). З цього зрозуміло, що інфікованість серед групи донорів та вагітних у 5 разів нижча, ніж серед категорії «інші».

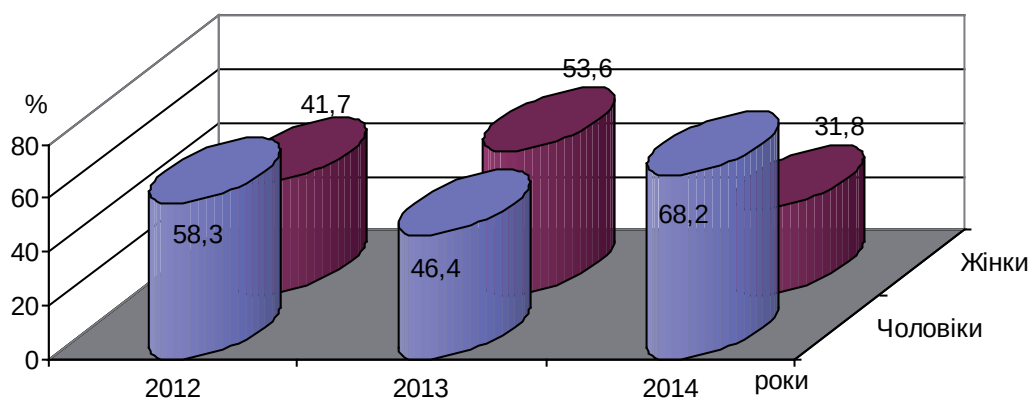
Світовий досвід свідчить, що СІН найбільш уразливі до ВІЛ, і поширення інфекції серед них відбувається з найбільшою швидкістю. Треба визнати, що в умовах концентрованої стадії епідемії вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні відіграють масштаби та якість заходів з профілактики серед осіб із груп населення високого ризику інфікування ВІЛ та серед їхніх статевих партнерів.

Задля реалізації заходів, спрямованих на запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції серед осіб із груп

високого ризику інфікування, за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні в місті працюють такі неурядові організації: Чернівецький міський благодійний фонд «Нова сім'я», Чернівецька обласна громадська організація «Люди Буковини», НУО «ЛЖВ». Ці організації втілюють профілактичні проекти серед споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, залучених до секс-бізнесу, чоловіків, які мають секс з чоловіками, дітей вулиці, людей, які живуть з ВІЛ.

З 2007 р., згідно з Указом Президента України від 30.11.2005 р. № 1674 «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні», відкриті та функціонують кабінети анонімного безкоштовного обстеження на ВІЛ-інфекцію в 11 районних центрах області, поліклініках міста Чернівці, а також на базі обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

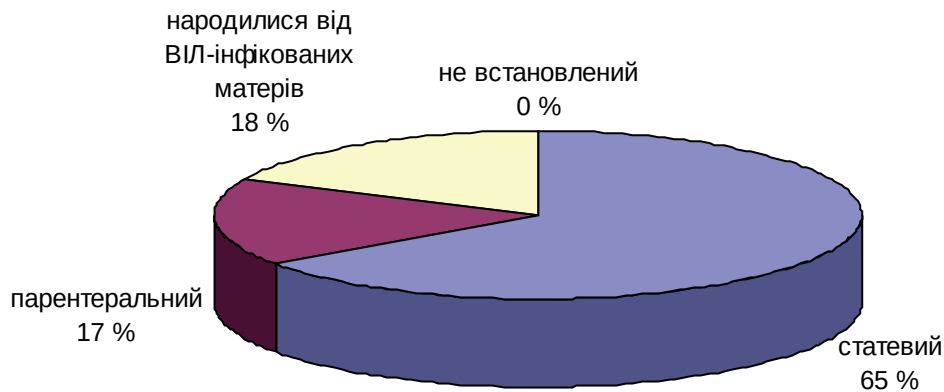
Як і в усьому світі, в загальній структурі ВІЛ-інфікованих у 2014 р. у Чернівецькій області переважають чоловіки – 68,2 % (мал. 1). Чоловіки були і є рушійною силою споживачів ін'єкційних наркотиків.



Мал. 1. Співвідношення ВІЛ-інфікованих у Чернівецькій області за статтю.

Основним шляхом передачі ВІЛ в області, з 1995 р. до 2005 р. включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Після 2005 р. відбулася зміна шляхів передачі

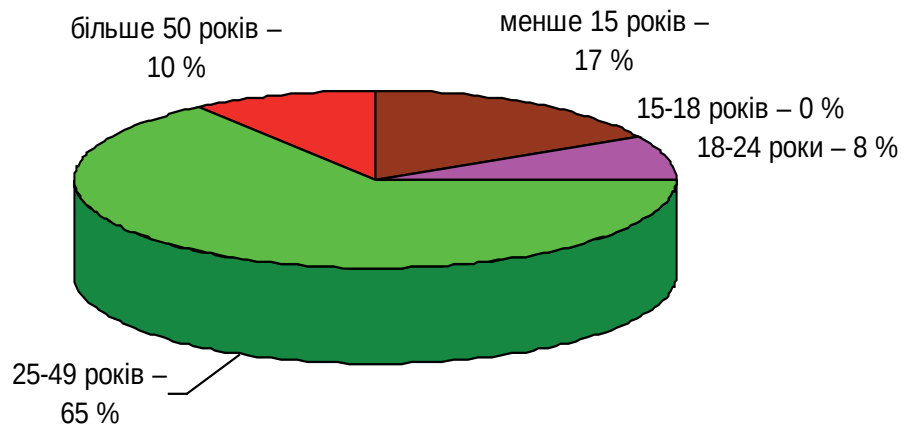
з перевагою статевому. На сьогодні відсоток осіб, які були інфіковані ВІЛ статевим шляхом, зріс до 65 %. Частка СІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції становить 17 % (мал. 2).



Мал. 2. Розподіл ВІЛ-інфікованих за шляхами зараження у 2014 р.

При аналізі динаміки вікового розподілу ВІЛ-інфекції встановили, що переважає вікова група 25-49 років – 41 особа (65 %), з них 26 – чоловіки і 15 – жінки. Слід відзначити, що протягом останнього часу реєструються нові випадки ВІЛ-інфікування й серед осіб після 50 років – 6 випадків (10 %) (мал. 3). Це говорить про те, що в епідемічний процес залучені люди найбільш працездатного і репродуктивного віку, що дуже скоро може

привести до посилення і загострення негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій. З 2010 р. став реєструватися вертикальний шлях зараження, а, отже, новою групою ризику стають діти, народжені ВІЛ-інфікованими наркозалежними матерями, оскільки в цій групі дуже важко здійснювати профілактику вертикального шляху передачі.



Мал. 3. Розподіл нових випадків ВІЛ-інфікування в першому півріччі 2014 р. за віком.

Проведений аналіз епідемічної ситуації в Чернівецькій області дозволяє констатувати її високу напруженість. Про це, передусім, свідчать лабораторні дані про рівень ураженості багатьох соціально-демографічних груп населення вірусом імунодефіциту людини. Відсутність надійних засобів профілактики, недоступність ефективних засобів лікування сприяють швидкому накопиченню джерел інфекції і концентрації їх в різних верствах населення (особливо серед осіб, віднесених до так званих «груп ризику»). Зростання пристрасті молодого покоління до наркотичних препаратів, зни-

ження морально-етичних норм у сексуальному житті ще більше обтяжують песимістичний прогноз, оскільки обидва ці фактори здатні різко посилити природний хід епідемічного процесу.

Таким чином, розвиток епідемії ВІЛ-інфекції випереджає темпи заходів, спрямованих на її запобігання. З огляду на вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу як політико-соціальної проблеми, Чернівецькій області вдалося домогтися суттєвого успіху у стабілізації епідемії. Та кількість нових випадків ВІЛ-інфекції все ж таки зростає. В області на сьогодні є невирішені питання, зокрема

наявність окремих (самостійних) кабінетів «Довіра», а також недостатня кількість кваліфікованих працівників з надання перед- та післятестового консультування.

Висновки

1. Розвиток епідемічного процесу в Чернівецькій області протягом багатьох років залишається повільним. На Буковині, як і в сусідніх областях, до 2010 р. поширення ВІЛ-інфекції було доволі «активним», в 2010 р. намітилося помірне зниження захворюваності.

2. Основним шляхом передачі ВІЛ в області, з 1995 до 2005 рр. включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Після 2005 р. відбулася зміна шляхів передачі з перевагою статевого.

Література

1. Всесвітній день пам'яті людей, померлих від СНІДу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: medical.city.kharkov.ua/19-travnya-2013-roku.
2. UNAIDS Report on the global AIDS [Електронний ресурс]. – Режим доступу: epidemic.www.unaids.org/en/.../unaids/.../UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
3. Рейтингова оцінка (UNAIDS), 2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: news.finance.ua/ua/~1/0/all/2013/.../313768
4. «Обама Ends U.S. Travel Ban On Visitors, Immigrants With HIV-AIDS». – ABC News. – 2009. – October 30. – P. 2.
5. День ВІЧ/СПІД – Голос Америки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.golos-ameriki.ru/content/article/1556153.html
6. Карт-Бланш. Число умерших от СПИДа в России непрерывно растёт... [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.ng.ru/health/2013-05-17/3_kartblansh.html
7. СНІД: шляхи зараження, розвиток, профілактика [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.line-life.info/hiv/st.html>

8. СНІД: шляхи зараження, розвиток, профілактика [Електронний ресурс]. – Режим доступу: knowledge.allbest.ru/.../c-3c0b65625a2ad78a4...

9. Загальне поняття про захворювання. Етіологія та епідеміологія СНІДу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://uk.ua/vorobisnid.html>

10. ВІЛ/СНІД: боротьба з поширенням епідемії триває [Електронний ресурс]. – Режим доступу: uoz.dp.ua

11. Молодь – найбільш вразлива до ВІЛ група населення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.unfpa.org.ua/news/210.html

12. Жизненный цикл ВИЧ-инфекции Johns Hopkins AIDS Service [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.thebody.com/content/art12096.html

EPIDEMIOLOGY MANAGEMENT OF HIV-INFECTION ON BUKOVYNA

V.D. Moskaliuk, M.O. Sokolenko, Yu.M. Lesiuk, A.A. Sokolenko, S.S. Kryvetska, M.O. Andrushchak

SUMMARY. Analysed prevalence of HIV-infection in the Chernivtsi region, where development of epidemic process during many years remains slow. On Bukovyna, as well as in nearby areas, 2010 to distribution of HIV-infection was sufficiently „active”, in 2010 the moderate decline of morbidity was set. By the basic way of transmission of HIV in region of from 1995-2005 to inclusive, was parenterally, mainly through introduction of narcotic matters by an injection way. After 2005 the change of ways of transmission took place with advantage sexual.

Key words: HIV-infection, epidemic process, ways of HIV transmission.

Отримано 12.11.2015 р.

© Возна Х.І., 2015
 УДК 616.12-073.97:616-008.6:[616.98:578.828ВІЛ
 DOI 10.11603/1681-2727.2015.4.5513

Х.І. Возна

ПОШИРЕНІСТЬ І ФАКТОРИ РИЗИКУ СИНДРОМУ ТРИВАЛОГО QTc ІНТЕРВАЛУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Буковинський державний медичний університет

Обстежено 136 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Внаслідок прогресування ВІЛ-інфекції, на фоні високого вірусного навантаження та низького рівня імунного захисту проявлялась кардіотропна дія вірусу імунодефіциту людини, і, відповідно, достовірно частіше реєструвалися різноманітні прояви порушення біоелектричної активності серця.

Ризик аномального інтервалу QTc статистично вищий серед ВІЛ-інфікованих жінок, він зростає у міру поглиблення імунодефіциту та тривалості ВІЛ-інфекції (понад 5 років). Збільшення тривалості електричної систоли шлуночків також достовірно частіше реєстрували у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з блокадою правої ніжки пучка Гіса та у хворих з ішемічними змінами міокарда. Пацієнти з пролонгацією інтервалу QTc порівняно з хворими із нормальною тривалістю цього інтервалу мали значно вищу частоту ко-інфекції з гепатитом С.

ВІЛ-інфіковані пацієнти мають значний ризик розвитку медикаментозної пролонгації QT, проте зв'язок між застосуванням інгібіторів протеаз і пролонгацією QTc все ж незначний.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, серцево-судинні захворювання, інтервал QT, пролонгація QTc.

ВІЛ-інфіковані хворі належать до групи підвищеного ризику серцево-судинних захворювань, особливо розвитку безсимптомної ішемічної хвороби серця [1, 2]. Як відомо, несприятливі кардіоваскулярні події становлять аж 6-15 % всіх випадків смерті ВІЛ-інфікованих пацієнтів [3-5].

Етіологія кардіоваскулярних уражень у ВІЛ-інфікованих пацієнтів багатофакторна і включає складну взаємодію між самою ВІЛ-інфекцією, лікуванням, імунними, вірусологічними особливостями і традиційними факторами ризику. Розуміння цих взаємозв'язків складне, адже типова схема ВААРТ містить не менше трьох препаратів з двох класів, а багато пацієнтів мають декілька схем.

Для верифікації уражень серцево-судинної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на ранньому етапі важливим є знаходження простих прогностичних маркерів, як от дослідження біоелектричної активності серця. ЕКГ є корисним інструментом скринінгу у хворих на ВІЛ-інфекцію, оскільки електрокардіографічні зміни можуть передувати ехокардіографічним порушенням. Особливу увагу слід приділити аналізу шлуночкового комплексу, а саме тривалості електричної систоли шлуночків.

Інтервал QT, що відображає проміжок між початком деполаризації і завершенням реполаризації міокарда шлуночків, є одним з клінічно важливих параметрів ЕКГ. Вимірювання цього інтервалу має важливе клінічне значення, головним чином тому, що його подовження може асоціюватися з підвищеним ризиком смерті, у тому числі – раптової серцевої смерті [6-11] внаслідок розвитку фатальних шлуночкових аритмій, зокрема, поліморфної шлуночкової тахікардії «torsade de pointes». Пролонгації інтервалу QT сприяє безліч факторів, серед яких особливої уваги заслуговує нераціональне використання медикаментів, здатних його подовжувати [12, 13]. Деякі препарати здатні блокувати калієві канали або взаємодіяти з іншими лікарськими засобами. Ця взаємодія може бути фармакодинамічною (коли обидва препарати блокують калієві канали) або фармакокінетичною (коли один препарат впливає на виведення іншого, наприклад, сповільнюючи метаболізм у печінці через дефект гена, що кодує цитохром Р-450, що можна вважати варіантом спадкової схильності до шлуночкових порушень ритму), або змішаною фармакодинамічною/фармакокінетичною [14-17].

ВІЛ-інфіковані пацієнти мають значний ризик розвитку медикаментозної QT пролонгації з кількох причин. По-перше, цим пацієнтам призначають більшу кількість препаратів (АРВ препарати, антибіотики, протигрибкові, психотропні, антигістамінні та інші) відносно більшості неінфікованих осіб і, відповідно, поширеність фармакокінетичних/фармакодинамічних медикаментозних взаємодій, пов'язаних з пролонгацією QTc, у таких