

И.М. Улюкин¹, А.А. Мурачёв², В.Н. Болехан¹, Е.С. Орлова¹,
В.А. Горичный¹, Ю.И. Буланьков¹, П.Г. Николаев³

Диагностика, диспансерное наблюдение и специфическое лечение коморбидных и тяжелых форм заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²1586-й Клинический военный госпиталь, Подольск

³736-й Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Москва

Резюме. В настоящее время тенденция по заболеванию, вызванному вирусом иммунодефицита человека, неблагоприятна, в нашей стране продолжает ухудшаться эпидемическая ситуация по данной болезни. Начальная коморбидность «заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека + наркомания» дополнилась новыми для эпидемии контингентами, формирующими большую группу больных с полиморбидностью (заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека + туберкулез + вирусные гепатиты + вторичные и сопутствующие инфекции на фоне имевшихся ранее либо впервые появившихся соматических и психоневрологических болезней). На сегодняшний день имеет место этап массового возникновения коморбидных и тяжелых форм этой патологии, который сопровождается сохраняющейся высокой летальностью и низкой продолжительностью жизни этих больных, даже несмотря на применение высокоактивной антиретровирусной терапии. Показатель летальности в отделениях интенсивной терапии составляет более 60%, что обусловлено рядом неблагоприятных прогностических факторов, основными из которых являются поздняя диагностика заболевания (по причине позднего обращения больных за медицинской помощью), длительные сроки пребывания в отделениях интенсивной терапии. Проведен анализ научной литературы по проблеме коморбидных и тяжелых форм заболевания. Показано, что проблема своевременного выявления и лечения пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, сложна, что зачастую объясняется особенностями её лабораторной диагностики, отсутствием по тем или иным причинам мотивации больного к обследованию и лечению. Рассмотрен клинический случай больного NN, инфицированного вирусом иммунодефицита человека, который подчёркивает необходимость регулярного и тщательного диспансерно-динамического наблюдения больных с коморбидной основной болезнью патологией в соответствии с существующими нормативными документами. Важным также является своевременное назначение индивидуально подобранной схемы антивирусной терапии, для предупреждения развития ассоциированных с вирусом иммунодефицита человека заболеваний.

Ключевые слова: заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, коморбидные и тяжелые формы заболевания, диагностика, диспансерное наблюдение, специфическое лечение, комплаентность проводимой терапии, адекватная социальная адаптация больных.

Введение. В настоящее время высокая пораженность населения нашей страны (более 0,5% от всей популяции) заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), зарегистрирована в 30 наиболее крупных и преимущественно экономически успешных регионах, где проживает 45,3% населения страны [1, 7, 10]. И сегодня, спустя многие годы от начала первой волны эпидемии, значимо изменились клинические проявления болезни у лиц, живущих с этой патологией. Начальная коморбидность (одновременная встречаемость у больного разных болезней или патологических состояний) «ВИЧ-инфекция + наркомания» дополнилась новыми для эпидемии контингентами, формирующими большую группу больных с полиморбидностью (ВИЧ-инфекция + туберкулез + вирусные гепатиты + вторичные и сопутствующие инфекции, на фоне имевшихся ранее либо впервые появившихся соматических и психоневрологических болезней), причём инфицирование вирусами гепатита С и ВИЧ может происходить независимыми путями [5]. То есть на сегодняшний день имеет место новый знаменательный момент – этап эпидемии коморбидных и тяжелых форм ВИЧ-инфекции, который сопровождается сохраняющейся высокой летальностью и низкой продолжительностью жизни таких

больных, несмотря на применение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) [2, 8, 9, 16].

Показано, что в возрастной группе «20–40 лет» летальный исход у ВИЧ-инфицированных пациентов наступал в 79,4% случаев; в 54,7% случаев – на стадии вторичных заболеваний; в 73,1% случаев – при сроке наблюдения в специализированном медицинском учреждении до 40 месяцев; в 59,1% случаев регистрация пациентов имела место уже на стадии вторичных заболеваний; в 58,7% случаев, несмотря на доступность необходимой терапии, больные умирали по причине прогрессирования ВИЧ-инфекции, туберкулеза, бактериальных инфекций различной этиологии (при этом основной причиной смерти у 51,2% пациентов явилось прогрессирование ВИЧ-инфекции); кроме того, более 10% ВИЧ-инфицированных больных ежегодно умирают недообследованными, поэтому их постановка на учет осуществляется посмертно [11]. Показатель летальности в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) превышает 60%, что обусловлено такими неблагоприятными прогностическими факторами, как поздняя диагностика заболевания (по причине его позднего обращения за медицинской помощью), длительные сроки пребывания в ОИТ и в ряде случаев – отсутствие специфической те-

рапии [4]. Но даже в случаях ее назначения ВААРТ была вирусологически эффективна в 97,5% случаев, иммунологически – в 95,5%, клинически – у 90,9% больных, приверженных специфической терапии. Тем не менее у 4,5% пациентов к концу наблюдения сохранялись признаки глубокого иммунодефицита, у 9,1% отмечались признаки прогрессирования основного заболевания, у 2,5% развилась устойчивость ВИЧ к препаратам ВААРТ [6]. Однако проблема коморбидности ВИЧ-инфекции в настоящее время изучена недостаточно.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности развития коморбидных заболеваний при ВИЧ-инфекции, продолжительность жизни и причины смерти больных, определить факторы, влияющие на выживаемость и препятствующие адекватному медико-психологическому сопровождению пациентов.

Материалы и методы. Анализ истории болезни пациента NN, страдавшего ВИЧ-инфекцией, которая при длительном сроке заболевания в отсутствие динамического врачебного наблюдения и медикаментозного лечения осложнилась обострением коморбидной патологии. Проведен анализ научной литературы по проблеме коморбидных состояний, содержащейся в отечественных и зарубежных базах данных. Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [12].

Результаты и их обсуждение. Больной NN, 36 лет, состоял на медицинском учете по месту службы в связи с заболеванием ВИЧ-инфекцией с 2008 г., длительность и причины инфицирования установить не удалось. Последнее стационарное обследование и военно-врачебная экспертиза проведены по месту службы в августе 2014 г. Пациент признан годным к военной службе с незначительными ограничениями. В дальнейшем по месту службы в связи с основным заболеванием стационарно не обследовался, от контрольных амбулаторных осмотров, проведения необходимых лабораторных исследований уклонялся. На учете в региональном центре по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) и инфекционными заболеваниями не состоял.

Ухудшение самочувствия пациент отмечал с конца апреля 2016 г., когда начали беспокоить выраженная слабость, кашель, повышение температуры до фебрильных цифр, одышка при минимальной физической нагрузке. Лечился самостоятельно антибиотиками без клинического эффекта. 11 мая 2016 г. самостоятельно прибыл в территориальный стационар, госпитализирован в инфекционное отделение. Проведено обследование, установлен основной диагноз – ВИЧ-инфекция, стадия 4Б (стадия вторичных заболеваний, фаза прогрессирования на фоне отсутствия антиретровирусной терапии). Правосторонняя очаговая пневмония. Распространенный кандидоз. Вторичная кардиомиопатия. Сопутствующие заболевания: хронический вирусный гепатит С, межпозвоночный остеохондроз, состояние после удаления секвестрированной грыжи (L5–S1).

21 мая 2016 г. в отсутствие клинического улучшения на фоне проводимой терапии для дальнейшего лечения и обследования больной авиатранспортом доставлен в инфекционный центр 1586-го клинического военного госпиталя в состоянии средней тяжести с жалобами на слабость, головокружение, шаткость походки, боли в грудной клетке, кашель с мокротой, неустойчивый стул. После клинического обследования специалистами госпиталя, выполнения комплекса лабораторных, инструментальных и рентгенологических исследований больному был установлен основной диагноз: ВИЧ-инфекция в стадии синдрома приобретенного иммунодефицита (стадия 4В, стадия вторичных заболеваний на фоне отсутствия антиретровирусной терапии); цитомегаловирусная инфекция, генерализованная форма (энцефаловентрикулит, ретинит, пневмония, колит); кандидоз, распространенная форма; себорейный дерматит. Сопутствующие заболевания: миокардитический кардиосклероз с сердечной недостаточностью 2-го функционального класса; хронический вирусный гепатит С в стадии нестойкой ремиссии; хроническая дискогенная двухсторонняя радикулопатия, рецидивирующее течение с умеренным нарушением функций нижних конечностей.

В инфекционном центре проводилась комплексная интенсивная терапия, направленная на купирование воспалительных процессов, стабилизацию состояния (общеукрепляющая, симптоматическая, инфузионно-детоксикационная, антибактериальная, противовирусная, противотуберкулезная, противогрибковая). Были назначены флуконазол, цефтриаксон, амикацин, мерексид, цимивен, интраконазол, флуконазол, бисептол, полиглобулин, антиретровирусная терапия (ламивудин, абакавир, калетра), проведены переливание эритроцитарной массы, оксигенотерапия. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, снижалась масса тела, сохранялись боли в животе, появились неустойчивый стул, нарушения зрения, волнообразная лихорадка, тошнота, неустойчивость гемодинамики. 13.08.2016 г. (94-й день нахождения в стационаре) в 19 ч появилась одышка, выросла слабость, снизилось артериальное давление. Дополнительно назначены гормонотерапия, ингаляции кислорода. В отсутствие положительной клинической динамики в 22 ч 40 мин произошла остановка дыхания, сердечной деятельности. Начаты реанимационные мероприятия в палате, которые не принесли положительного эффекта. В 23 ч 10 мин. наступила биологическая смерть, причиной которой явилась полиорганная недостаточность.

Заключение. Проблема своевременного выявления и лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией сложна, что зачастую объясняется особенностями её лабораторной диагностики [13], отсутствием по тем или иным причинам мотивации больного к обследованию и лечению [15, 17]. Рассмотренный клинический случай подчёркивает значимость регулярного и тщательного диспансерно-динамического наблюдения таких больных в соответствии с существующими нормативными документами

и важность своевременного назначения индивидуально подобранной схемы ВААРТ для предупреждения развития ВИЧ-ассоциированной патологии при выработке у пациента комплаентности лечению. Искоренение поздней диагностики заболевания, обусловленной поздней обращаемостью людей за медицинской помощью, при полноценном медико-психологическом сопровождении пациентов может улучшить выживаемость больных ВИЧ-инфекцией. Это требует расширения среды лекарственного обеспечения больных (в том числе ведомственного) в амбулаторных и стационарных условиях для лечения коморбидных состояний, качественно новой подготовки и вовлечения в лечебный процесс, помимо врачей-инфекционистов, других специалистов [3, 14].

Литература

1. Беляков, Н.А. Опасность или реальность распространения новой волны эпидемии ВИЧ-инфекции на Северо-Западе РФ / Н.А. Беляков [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 8, № 1. – С. 73–82.
2. Беляков, Н.А. Коморбидные и тяжелые формы ВИЧ-инфекции в России / Н.А. Беляков [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 8, № 3. – С. 9–25.
3. Буланьков, Ю.И. Нерешенные вопросы диагностики и диспансеризации призывников и военнослужащих силовых ведомств Российской Федерации при ВИЧ-инфекции / Ю.И. Буланьков, И.М. Улюкин, Е.С. Орлова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – Т. 5, № 2. – С. 127–131.
4. Вознесенский, С.Л. Прединдикторы выживания тяжелых больных ВИЧ-инфекцией в отделениях интенсивной терапии / С.Л. Вознесенский [и др.] // Журнал инфектологии. – 2017. – Т. 9, № 2. – Прилож. – С. 36.
5. Еремин, В.Ф. Расшифровка вспышки ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные психотропные препараты, с использованием методов молекулярной эпидемиологии / В.Ф. Еремин [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 8, № 4. – С. 66–74.
6. Конов, В.В. Факторы, влияющие на эффективность антиретровирусной терапии у больных ВИЧ-инфекцией, приверженных к лечению / В.В. Конов [и др.] // Журнал инфектологии. – 2017. – Т. 9, № 2. – Прилож. – С. 51–52.
7. Ладная, Н.Н. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2016 г. / Н.Н. Ладная [и др.] // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ: Мат. Междунар. научн.-практ. конф., 05–06.06.2017 г., Санкт-Петербург. – СПб.: Человек и его здоровье, 2017. – С. 3–9.
8. Мазус, А.И. Анализ смертности и выживаемости среди ВИЧ-инфицированных на территории Московского мегаполиса / А.И. Мазус [и др.] // Здоровье населения и среда обитания. – 2011. – № 6. – С. 9–13.
9. Мордык, А.В. Опыт применения противотуберкулезной и антиретровирусной терапии у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией / А.В. Мордык, Л.В. Пузырёва, С.В. Ситникова // Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 6, № 3. – С. 51–55.
10. Нешумаев, Д.А. Моделирование динамики эпидемии ВИЧ-инфекции с использованием частоты встречаемости ранних случаев заражения / Д.А. Нешумаев [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 8, № 2. – С. 53–60.
11. Пузырёва, Л.В. Основные клинические причины летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных в Омской области в 2012–2015 годах / Л.В. Пузырёва [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2016. – Т. 8, № 3. – С. 59–64.
12. Совет Европы. Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных. – 2-е изд., доп. – СПб.: Гражданский контроль, 2002. – 36 с.
13. Улюкин, И.М. Проблемы лабораторного определения гемоконтактных инфекций / И.М. Улюкин [и др.] // Вестн. Росс. Воен.-мед. акад. – 2013. – № 3 (43). – С. 182–189.
14. Улюкин, И.М. Проблемы раннего выявления ВИЧ-инфекции и медико-психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных военнослужащих / И.М. Улюкин [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2015. – Т. 336, № 1. – С. 45–49.
15. Barroso, J. It's Not Just the Pills: A Qualitative Meta-Synthesis of HIV Antiretroviral Adherence Research / J. Barroso, N.M. Leblanc, D. Flores // J. Assoc. Nurses AIDS Care. – 2017. – Vol. 28, № 4. – P. 462–478.
16. Chen, M.F. Neuropathogenesis of HIV-associated neurocognitive disorders: roles for immune activation, HIV blipping and viral tropism / M.F. Chen, A.J. Gill, D.L. Kolson // Curr. Opin. HIV AIDS. – 2014. – Vol. 9, № 6. – P. 559–564.
17. Nolan, S. HIV-infected individuals who use alcohol and other drugs, and virologic suppression / S. Nolan [et al.] // AIDS Care. – 2017. – № 17. – P. 1–8.

I.M. Ulyukin, A.A. Murachev, V.N. Bolekhan, E.S. Orlova, V.A. Gorichny, Yu.I. Bulankov, P.G. Nikolaev

To the question about the diagnosis, medical observation and specific treatment of comorbid and severe forms of disease caused by the human immunodeficiency virus

Abstract. Currently, the trend of a disease caused by the human immunodeficiency virus is unfavorable, the epidemic situation in our country on this disease continues to worsen. Starting comorbidity «disease caused by the human immunodeficiency virus + drug addiction» was added by new epidemic contingents which forms a large group of patients with polymorbidity (disease caused by the human immunodeficiency virus + tuberculosis + viral hepatitis, and related secondary infections, against previously existing or firstly appeared and somatic and neuropsychiatric diseases). To date, there is a mass emergence of comorbid and severe forms of this pathology, which is accompanied by high mortality and low life expectancy of these patients, even despite the use of highly active antiretroviral therapy. The fatality rate in intensive care units is high (more than 60%), which is due to a number of unfavorable prognostic factors, the main of which are late diagnosis of the disease (due to late health encounters of patients), long periods of staying in intensive care units. The clinical case of the person named NN who was affected by a disease caused by the human immunodeficiency virus is discussed. This clinical case underscores the regular and thorough clinical follow-up of patients with a comorbid to the main disease pathology in accordance with existing regulatory documents and the importance of the timely appointment of an individually selected antiretroviral therapy regimen, without waiting for the development of a disease caused by the human immunodeficiency virus associated illnesses.

Key words: disease caused by the human immunodeficiency virus, comorbid and severe forms of the disease, diagnosis, dispensary observation, specific treatment, compliance of the therapy, adequate social adaptation of patients.

Контактный телефон: +7-921-926-16 21; e mail: igor_ulyukin@mail.ru