



Л.Р. Шостакович-Корецька, О.В. Шевельова,
О.П. Шевченко-Макаренко
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вживання призначених первинних схем антиретровірусної терапії у хворих на ВІЛ-інфекцію

Мета роботи — вивчити вживання первинно призначених схем антиретровірусної терапії (АРТ), а також чинники, які впливають на ефективність терапії та прихильність хворих до неї.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 450 (256 — жінок та 194 чоловіки) амбулаторних хворих з діагнозом «ВІЛ-інфекція» різних клінічних стадій, причому III стадія спостерігалася у 117 (26,00 %), IV — у 239 (53,11 %) пацієнтів. Хворим уперше було призначено АРТ, яку вони продовжують приймати й до сьогодні. Проаналізовано схеми терапії та визначено, на якому терміні її було перервано і з яких причин.

Результати та обговорення. Під час вивчення вживання первинно призначених схем АРТ виявлено, що із хворих, яким уперше призначено АРТ у 2009 р., на 2010 р. залишилося лише 373, а на 2013 р. — 354. За перше півріччя терапії кількість пацієнтів зменшилася приблизно на 8,4 %. Уже через рік цей показник виріс до 17 %. Протягом наступного періоду спостереження спостерігалася відносно «плато», та у 2013 р. воно становило 21 %. Серед причин припинення прийому АРТ — відмова хворих від терапії або смерть.

Висновки. Більше втрачених схем припадає на перший рік АРТ ($n = 77$), через загальновтрачені схеми — 96 за період спостереження, з власної волі хворого — 65 випадків. Несвоєчасне звернення хворих до центрів з боротьби та профілактики СНІДу призводить до летальних наслідків на перших місяцях АРТ. Рекомендовано збільшити доступ населення до інформації шляхом збільшення кількості кабінетів «Довіри» та центрів допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, де вони зможуть отримувати не тільки медичну допомогу, а й психологічну підтримку.

Ключові слова

ВІЛ-інфекція, антиретровірусна терапія.

Лікування хворих з ВІЛ-інфекцією — актуальна проблема інфектології. Систематично застосовувати антиретровірусну терапію (АРТ) за розробленим терапевтичним алгоритмом почали в Україні в 1996 р. [3]. Для успішного використання АРТ обов'язковим є раціональний вибір алгоритму лікування та максимальне дотримання призначеної схеми. На сьогодні терапія ВІЛ-інфекції у різні її періоди залишається найскладнішою проблемою, але певних успіхів, безумовно, вже досягнуто.

Терапія хворих з ВІЛ-інфекцією передбачає максимальне і тривале пригнічення реплікації

вірусу для відновлення та/або збереження функції імунної системи і як наслідок — поліпшення якості життя хворих та зменшення летальності.

Важливим чинником ефективності АРТ є своєчасність призначення, а також прихильність хворого до терапії, що загалом поліпшує якість життя ВІЛ-інфікованих [1, 2, 6].

Мета роботи — вивчити вживання первинно призначених схем антиретровірусної терапії, а також чинники, які впливають на ефективність терапії та прихильність хворих до неї.

Матеріали та методи

Ми спостерігали за 450 хворими з діагнозом «ВІЛ-інфекція», які перебували на амбулаторному диспансерному нагляді в обласному центрі

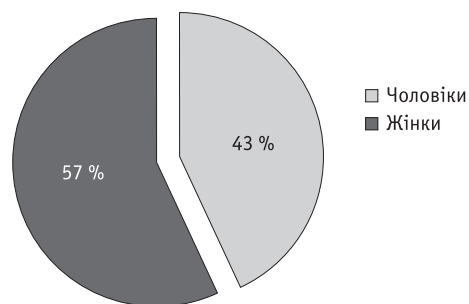


Рис. 1. Гендерний розподіл хворих з ВІЛ-інфекцією

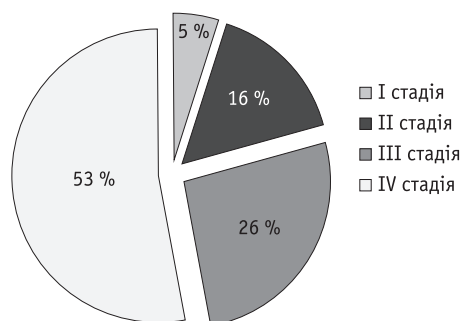


Рис. 2. Розподіл хворих за клінічними стадіями ВІЛ-інфекції

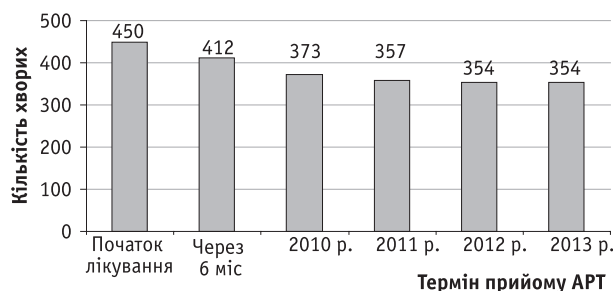


Рис. 3. Кількість хворих, яким уперше призначено АРТ, та її динаміка

з боротьби та профілактики СНІДу Дніпропетровська. Усім їм було призначено АРТ у 2009 р., і на сьогодні вони продовжують лікуватися за цією методикою. Проаналізовано, які схеми призначено та коли було перервано терапію і з яких причин.

Клінічний діагноз ВІЛ-інфекції встановлювали за класифікацією ВООЗ [5]. Перевагу надавали схемам «Комбівудин» «Ефервенон», «Комбівудин» з «Алувією» та «Трувада» з «Ефервенон».

Серед хворих із ВІЛ-інфекцією було 256 жінок та 194 чоловіки. Співвідношення 1 : 1,5 відповідно (рис. 1).

Переважали пацієнти середнього віку. Медіана для чоловіків становила 42,3 року, для жінок — 37,4 року [9].

Розподіляли хворих за клінічними формами (рис. 2), а саме: I стадія спостерігалася у 23

(5,11 %), II — у 71 (15,78 %), III — у 117 (26,0 %) і IV — у 239 (53,11 %). Отже, у більшості з них була IV клінічна стадія.

Серед опортуністичних хвороб ($n = 450$) частіше виявляли орофарингеальний кандидоз (54 %), ко-інфекцію на хронічні вірусні гепатити В і С (17 %) і ко-інфекцію туберкульозу (29 %).

Результати та обговорення

Із загальної кількості хворих, яким уперше було призначено АРТ у 2009 р. ($n = 450$), на 2010 р. залишилося лише 373, а на 2013 р. — 354 (рис. 3).

Отже, найбільш критичним періодом застосування АРТ був перший рік. Так, за перше півріччя кількість пацієнтів зменшилася на 8,4 %. Уже через рік від початку прийому терапії цей показник виріс до 17 %. У наступний період спостереження спостерігалася відносно «плато»: хворі стабільно продовжували приймати АРТ (втрата первинно призначених схем антиретровірусної терапії на 2013 р. становила 21 %).

Серед причин припинення прийому АРТ виділено дві основні: відмова від прийому терапії або смерть хворих.

Відмова хворих від прийому АРТ своєю чергою впливає на загальний стан пацієнта та зумовлює резистентність до подальшого лікування.

У 48 % хворих діагноз «ВІЛ-інфекція. IV клінічна стадія» було встановлено вперше, що вказує на пізні звернення хворих по медичну допомогу та брак планового диспансерного нагляду. Це важливий соціальний чинник, насамперед для хворих: брак планового диспансерного нагляду не тільки впливає на можливість приєднання опортуністичних хвороб, а й зумовлює пізню терапію опортуністичних хвороб та несвоєчасне призначення АРТ, а це негативно позначається на ефективності терапії. В епідеміологічному плані такі хворі залишаються осередком інфекції.

Припинення прийому АРТ з власного бажання хворого відбувається з різних причин. До соціальних належать втрата мотивації до терапії, депресивний стан, застосування наркотиків, небажання лікуватися через зневіру в стабілізації хвороби і відразу до власного життя та ін. Медичні показання — алергійні реакції, прийом АРТ разом із протитуберкульозною терапією, що своєю чергою призвело до розвитку СВІС-синдрому (синдром відновлення імунної системи). Частка хворих самостійно припиняла лікування з причини «значного поліпшення стану і самопочуття», мотивуючи це тим, ніби препарати мають безліч несприятливих ефектів, і належить застосовувати терапію курсами, тобто тільки в разі загострення ВІЛ-інфекції. У цієї групи

пацієнтів можуть формуватися резистентні штами ВІЛ до різних схем АРТ.

Серед тих, кому призначали АРТ, найбільше ($n = 12$) померли протягом першого року терапії. Смерть від ВІЛ-інфекції та ко-інфекції туберкульозу настала у 67 %, від ВІЛ-інфекції та множинних бактеріальних інфекцій — у 33 %. Це саме та група ВІЛ-інфікованих, які вперше звернулися до лікаря у ІV стадію хвороби [4, 7, 8].

Вже через 2 роки простежується певний позитивний вплив АРТ, що відображено у значному зменшенні кількості померлих ВІЛ-інфікованих ($n = 4$).

Висновки

Із 96 загально втрачених схем за період спостереження найбільша кількість (77) припадає

на перший рік прийому антиретровірусної терапії.

Припинили прийом антиретровірусної терапії з власного бажання 65 хворих, з них 59,5 % через соціальні причини та 18 % за медичними показаннями. 22,5 % пацієнтів самостійно припинили лікування начебто через значне поліпшення загального стану і самопочуття.

Несвоєчасне звернення хворими до центрів з боротьби та профілактики СНІДу, а також пізня діагностика ВІЛ-інфекції призводять до летальних наслідків на перших місяцях прийому антиретровірусної терапії. Для поліпшення ситуації рекомендують поліпшити доступ населення до інформації шляхом збільшення кількості кабінетів «Довіри» та центрів допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, де вони зможуть отримувати не тільки медичну допомогу, а й психологічну підтримку.

Список літератури

1. Беляева В.В. Повышение приверженности к антиретровирусной терапии и предупреждение лекарственной устойчивости. — М., 2009. — 52 с.
2. Беляева В.В., Кравченко А.В. Приверженность высокоактивной противовирусной терапии при ВИЧ-инфекции // ШАГИ профессионал. — 2010 — № 6. — С. 12–21.
3. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. — К., 2015. — № 43. — 112 с.
4. Любаева Е.В., Ениколопов С.Н., Кравченко А.В. Качество жизни и индивидуальные психологические особенности личности пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2008. — № 3. — С. 38–42.
5. Наказ МОЗ України від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».
6. Airoldi M., Zaccarelli M., Bisi L. et al. One-pill once-a-day HAART: a simplification strategy that improves adherence and quality of life of HIV-infected subjects // Patient Preference and Adherence. — 2010. — Vol. 13 (4). — P. 115–125.
7. Carrico A.W., Bangsberg D.R., Weiser S.D. et al. Psychiatric correlates of HAART utilization and viral load among HIV-positive impoverished persons // AIDS. — 2011. — Vol. 25 (8). — P. 1113–1118.
8. Gilchrist G., Blazquez A., Torrens M. Psychiatric, behavioural and social risk factors for HIV infection among female drug users // AIDS and behavior. — 2011. — Vol. 15 (8). — P. 1834–1843.
9. Lazo M., Gange S.J., Wilson T.E. et al. Patterns and predictors of changes in adherence to highly active antiretroviral therapy: longitudinal study of men and women // Clin. Infect. Dis. — 2007. — Vol. 45 (10). — P. 1377–1385.

Л.Р. Шостакович-Корецька, А.В. Шевелева, А.П. Шевченко-Макаренко
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Выживание назначенных первичных схем антиретровирусной терапии у больных с ВИЧ-инфекцией

Цель работы — изучить выживание первично предназначенных схем антиретровирусной терапии (АРТ), а также факторы, влияющие на эффективность терапии и приверженность больных к ней.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 450 (256 — женщин и 194 мужчины) амбулаторных больных с диагнозом «ВИЧ-инфекция» с различными клиническими стадиями, причем III стадия наблюдалась у 117 (26,00 %), IV — у 239 (53, 11 %) пациентов. Больным впервые было назначено АРТ, которую они продолжают принимать по настоящее время. Проанализировано схемы терапии и определено, на каком сроке ее прервали и по каким причинам.

Результаты и обсуждение. Во время изучения выживания первично назначенных схем АРТ выявлено, что из больных, которым впервые была назначена АРТ в 2009 г., на 2010 г. осталось лишь 373, а в 2013 г. — 354. В течение первого полугодия терапии количество пациентов уменьшилось приблизительно на 8,4 %. Уже через год этот показатель вырос до 17 %. В течение следующего периода наблюдения отмечалось относительное «плато», и в 2013 г. оно составило 21 %. Среди причин прекращения приема АРТ — отказ больных от терапии или смерть.

Выводы. Большинство утраченных схем приходится на первый год АРТ ($n = 77$), через общеутраченные схемы — 96 за период наблюдения, по собственному желанию больного — 65 слу-

чаев. Несвоевременное обращение больных в центры по борьбе и профилактике СПИДа приводит к летальному исходу на первых месяцах приема АРТ. Рекомендуют облегчить доступ населения к информации путем увеличения количества кабинетов «Доверия» и центров помощи больным ВИЧ/СПИДом, где они смогут получать не только медицинскую помощь, но и психологическую поддержку.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия.

L.R. Shostakovych-Koretska, O.V. Sheveleva, O.P. Shevchenko-Makarenko
SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine» Dnipropetrovsk, Ukraine

Survival intended primary circuits antiretroviral therapy in patients with HIV infection

Objective — to investigate survival patterns of originally intended antiretroviral therapy (ART) and the factors that influence the effectiveness of therapy and commitment to her patients.

Materials and methods. Under investigation were 450 outpatients m. Dnepropetrovsk with a diagnosis of «HIV» (256 — women and 194 men) with different clinical stages, with stage III observed in 117 (26.00 %), IV — 239 (53.11 %) patients. The patient was first appointed antiretroviral therapy and they continue to take the therapy to date. The schemes of the therapy were analyzed and defined in what period therapy was interrupted and for what reasons.

Results and discussion. During the study of survival originally intended antiretroviral treatment schemes, the total number of patients in whom ART was first appointed in 2009, in 2010 there were only 373 patients, and in 2013 — 354 patients. A detailed analysis revealed that during the first half of the number of patients receiving therapy decreased approximately 8.4 %. Within 1 year from initiation of therapy, this figure rose to 17 %. During the followup period was marked relative «plateau» and in 2013 — was 21 % of the originally intended schemes). The reasons for discontinuation of ART during the designated observation stood out — the refusal of patients receiving therapy or death of patients.

Conclusions. A higher number of lost patterns account for the first year of taking ART (n = 77), with generally lost circuits (n = 96) during observation of the patient's own desire — 65 cases. Delays patients to treatment centers to fight and prevent AIDS leads to lethal during the first months of receiving ART. It is recommended to increase public access to information by increasing the number of surgeries, «Trust» and centers for people with HIV/AIDS where patients can receive not only medical care but also psychological support.

Key words: HIV infection, antiretroviral therapy.

Контактна інформація:

Шостакович-Корецька Людмила Романівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри інфекційних хвороб
49000, м. Дніпропетровськ, вул. Канатна, 17
Тел. (056) 726-44-71
E-mail: dsmainfect@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 11 листопада 2015 р.