

Дослідження «Антиретровірусна терапія, коморбідність і якість життя ВІЛ-інфікованих людей старшого віку: оптимізація лікування і попередження ускладнень»

Розширення масштабів антиретровірусної (АРТ) терапії до більше ніж 8 млн осіб (Об'єднана програма ООН з ВІЛ / СНІДу і ВООЗ, 2012 р.) перевело ВІЛ з невиліковної смертельної хвороби в хронічну контрольовану інфекцію. Фокус уваги поступово зміщується на необхідність забезпечення належної якості життя людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Вік 10% ВІЛ-інфікованих людей перевищує 50 років. Такі фактори, як множина супутня патологія (коморбідність), вікові та поведінкові зміни, патологічні зміни внаслідок тривалого перебігу ВІЛ-інфекції, побічна дія на організм антиретровірусних препаратів та інших ліків, що використовуються для лікування супутньої патології, соціальні фактори – загалом можуть мати негативний вплив на якість життя ЛЖВ віком старше 50 років, а також знижувати прихильність до лікування (АРТ).

За темпами розвитку епідемії ВІЛ / СНІД Україна посідає одне з перших місць у Східній Європі. Оціночна кількість ЛЖВ в Україні на кінець 2018 року становила 240 000 осіб. Станом на 01.01.2019 року на диспансерному обліку у закладах охорони здоров'я на підконтрольній уряду України території перебували 137 176 ВІЛ-інфікованих (71% від оціночної кількості ЛЖВ), у тому числі 46 380 хворих на СНІД.

За останні 10 років у віковій структурі вперше зареєстрованих ВІЛ-позитивних людей частка осіб вікової групи старше 50 років зросла у 3,5 рази – з 3,8% до 13,2%, відповідно.

ВІЛ-інфекція, крім імунної, вражає центральну нервову систему, що може призвести до розвитку енцефалопатії, ураження психіки і прогресуючої деменції, які є типовою вік-залежною патологією. В свою чергу такі зміни у ЛЖВ старшого віку часто призводять до зниження рівня прихильності до АРТ. А висока прихильність є важливим компонентом успішного лікування. Деякі антиретровірусні препарати, що використовуються у лікуванні ВІЛ/СНІДу, при приєднанні соматичних або неврологічних хвороб, обумовлених віковими змінами, можуть мати негативний вплив на якість життя таких людей. Досліджено, що за наявності коморбідності пацієнти з ВІЛ мають значно більший ризик неуспішного лікування та ранньої смерті (Leserman, 2008).

Таким чином, розробка та подальше удосконалення профілактичних та медико-соціальних програм у сфері ВІЛ/СНІДу, мають враховувати особливості підходів до ЛЖВ віком 50+, а саме: поширеність серед них когнітивних порушень та соматичних захворювань, депресивних та тривожних розладів, побічні ефекти АРТ, часто соціальні труднощі, стигматизацію у суспільстві, зменшення адаптаційних можливостей, пов'язаних із процесом старіння.

За результатами дослідження, згідно з медичною документацією, найпоширенішим супутнім діагнозом серед пацієнтів групи старше 50 років є вірусний гепатит С, що зафіксований у 25,6% пацієнтів; також у 1% зафіксовано гепатит В. Опортуністичні захворювання зафіксовані у 23,4%, а інші неопортуністичні супутні захворювання – у 10,1%. На думку експертів, останнє може бути пов'язане з недообстеженням пацієнтів старшого віку лікарями-інфекціоністами, які здебільшого зосереджені на лікуванні ВІЛ-інфекції та опортуністичних захворювань, або з відсутністю даної інформації в медичних картках центрів СНІДу через те, що вона фіксується закладами ПМСД та ВМД.

Серед опортуністичних захворювань, найпоширеніші є легеневий туберкульоз (6,3%), оперізувальний лишай (5,1%), рецидивуючий кандидоз (молочниця) ротової порожнини (4,9%), позалегеновий туберкульоз, у тому числі туберкульоз лімфатичних вузлів (3,1%), ВІЛ-асоційована енцефалопатія (2,5%). Поширеність опортуністичних захворювань може бути переоцінена у випадках, якщо пацієнт вилікувався, але це не зафіксовано в медичній документації.

Загалом частка пацієнтів з одним супутнім діагнозом і більше, складає 42,4%. Найбільше таких пацієнтів в Одесі (59,0%), найменше – в Дніпрі та Запоріжжі (32,8%). На думку експертів, це може бути пов'язано з тим, що в Одесі впроваджено більш ретельний підхід до фіксації даних про супутні діагнози пацієнтів, ніж в інших регіонах,

У 12,2% пацієнтів спостерігається два супутні діагнози, а у 5,9% – три.

За даними дослідження було встановлено, що найчастіше поєднуються вірусний гепатит С та ВІЛ-асоційована енцефалопатія (1,3% пацієнтів).

Коефіцієнт контингенції ϕ між тривалістю прийому АРТ та наявністю опортуністичних інфекцій становить -0,234, тобто що більша тривалість прийому АРТ, то менша ймовірність виникнення опортуністичних інфекцій. Даний показник є статистично значущим (Approx. Sig. = 0,00). Коефіцієнт кореляції між тривалістю прийому АРТ та іншими супутніми захворюваннями статистично незначущий.

За результатами самооцінки пацієнтами дотримання ними режиму прийому АРТ та кількістю пропусків прийому антиретровірусних препаратів за останній тиждень, а також за наявністю перерв у прийомі поточної схеми АРТ за даними медичних карт за останні 6 місяців, було розраховано загальний показник дотримання режиму АРТ. Частка пацієнтів, які порушували режим або робили перерви у прийомі АРТ, складає 15,9%, у 84,1% порушень не виявлено. У Києві таких пацієнтів найменше – 7,3%. В інших регіонах не дотримується режиму прийому АРТ приблизно кожен п'ятий пацієнт.

Серед тих, хто дотримується режиму прийому АРТ, опортуністичні інфекції, супутні хвороби та вік-залежні коморбідні стани спостерігаються у 36,4% респондентів, а серед тих, хто мав порушення режиму прийому АРТ, – 73,3%.

Коефіцієнт контингенції ϕ між дотриманням режиму АРТ та наявністю опортуністичних інфекцій, супутніх хвороб та вік-залежних коморбідних станів становить -0,230, тобто у тих, хто дотримується режиму прийому АРТ, менша ймовірність мати опортуністичні інфекції, супутні хвороби та вік-залежні коморбідні стани. Даний показник є статистично значущим (Approx. Sig. = 0,00).

За всіма оцінюваними аспектами життя (фізичне самопочуття, сприйняття себе і своїх можливостей, повсякденна активність, взаємодія з близькими, соціальне самопочуття, сприйняття майбутнього), частка позитивних та нейтральних оцінок переважає частку негативних. Єдиним винятком є оцінка достатності грошей, що в середньому оцінюються на 2,25 за 5-бальною шкалою. За сферами життя ЛЖВ найбільшою мірою задоволені взаємодією з близькими (3,9), а відносно найменше – сферами повсякденної активності (3,41) і соціального самопочуття (3,44).

Пацієнти з опортуністичними інфекціями, супутніми захворюваннями та вік-залежними коморбідними станами нижче оцінюють усі сфери свого життя, ніж пацієнти без супутніх діагнозів. Найбільший розрив спостерігається за сферою взаємодії з близькими: середня оцінка пацієнтів з супутніми діагнозами становить 3,62, а без супутніх діагнозів – 4,16.

Пацієнти, які не завжди дотримуються режиму прийому АРТ, нижче оцінюють свою задоволеність взаємодією з близькими, соціальне самопочуття та сприйняття майбутнього, ніж пацієнти, які дотримуються режиму. Найбільший розрив спостерігається за сферою сприйняття майбутнього (3,84 у тих, хто дотримується режиму, і 3,41 у тих, хто не дотримується) та соціальним самопочуттям (3,51 проти 3,09, відповідно).