

**СУТОЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СОВМЕЩНОГО ТЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА***И.В. Малишевская*

**Резюме.** С целью изучения суточных колебаний артериального давления у пациентов со стабильной стенокардией и метаболическим синдромом обследовано 60 пациентов с использованием суточного мониторинга артериального давления. Установлены особенности суточных изменений артериального давления у больных со стабильной стенокардией и метаболическим синдромом.

**Ключевые слова:** стабильная стенокардия, метаболический синдром, артериальное давление, суточный профиль артериального давления.

**THE DIURNAL CHANGES OF BLOOD PRESSURE IN THE COMBINED COURSE OF STABLE ANGINA PECTORIS AND METABOLIC SYNDROME***I.V. Malyshevskaya*

**Abstract.** With the purpose of investigating the diurnal blood pressure fluctuations in patients with stable angina pectoris and metabolic syndrome 60 patients have been examined by using diurnal blood pressure monitoring. The specific characteristics of 24-hour blood pressure changes in patients with stable angina pectoris and metabolic syndrome have been established.

**Key words:** stable angina pectoris, metabolic syndrome, blood pressure, diurnal blood pressure profile.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. І.А. Плеш

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 3 (67), part 2. – P. 53-57

Надійшла до редакції 31.07.2013 року

© І.В. Малишевська, 2013

УДК 616.12-008.33+616.72-002]-071+08-039.73

*А.В. Мороз***ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЖИРІННЯ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ОСТЕОАРТРОЗУ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

**Резюме.** Для оцінки впливу артеріальної гіпертензії (АГ) та ожиріння, як основних параметрів метаболічного синдрому, на клінічні прояви остеоартрозу (ОА) обстежено три групи пацієнтів з ОА, які відрізнялися за наявністю АГ і ожиріння. Аналіз отриманих результатів дозволив зробити висновок про маловиражений вплив м'якої АГ на клінічні характеристики ОА. Більш небезпечним є поєднання АГ з ожирінням, яке мало характерний вплив не лише на антропометричні дані,

параметри внутрішньосерцевого кровотоку, порушення вуглеводного та ліпідного обміну, але також на тяжкість клінічних проявів ОА, підсилюючи вираженість болювого синдрому та ступінь функціональної недостатності суглобів.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, ожиріння, остеоартроз.

**Вступ.** Остеоартроз (ОА) колінних суглобів привертає особливу увагу через значну поширеність, прогресуючий перебіг та ранню інвалідизацію, постійність болювого синдрому, порушення рухової активності та якості життя [1, 4, 7]. Не викликає сумніву роль ожиріння у розвитку та прогресуванні ОА. У повідомленні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ожиріння в сучасному світі порівнюється з епідемією [2, 5]. Результати вибіркового дослідження, проведеного в Україні, дозволяють припустити, що сьогодні не менше 30 % працездатного населення нашої країни має надлишкову масу тіла і 25 % – ожиріння [2]. Неухильне зростання поширеності ожиріння відзначається

практично у всіх країнах світу. За останні 10 років вона у світі зросла в середньому на 75 %. Ожиріння призводить до розвитку інсулінорезистентності (ІР) периферійних тканин, що відіграє ключову роль у розвитку цукрового діабету [5, 6]. Інсулін має судинно-протективний ефект, сприяючи вивільненню оксиду азоту ендотеліальними клітинами та інсулін-обумовленій вазодилатації [6]. При наявності ІР відбувається зниження продукції оксиду азоту, внаслідок чого формується підвищена чутливість судинної стінки до дії судинозвужувальних речовин, порушуються процеси ендотелій-залежної вазодилатації. Вільні жирні кислоти пригнічують активність NO-синтетази [5, 9].

© А.В. Мороз, 2013

У ряді популяційних досліджень було показано зв'язок між ожирінням, особливо абдомінальним, і частотою розвитку артеріальної гіпертензії (АГ). Величина артеріального тиску зростає пропорційно надлишковій масі тіла [5, 6]. Певний внесок у генез і становлення АГ вносить дисфункція ендотелію судин. Разом з тим, вплив АГ та поєднання її з ожирінням на клінічні прояви і перебіг ОА вивчено недостатньо.

**Мета дослідження.** Вивчити характер впливу АГ та її поєднання з ожирінням на клінічні і функціональні прояви ОА колінних суглобів.

**Матеріал і методи.** Об'єктом дослідження стали 89 пацієнтів на ОА віком від 50 до 60 років. Згідно з метою та завданням дослідження, за наявністю АГ і ожиріння було виділено три групи хворих, які були рандомізовані за віком, статтю та супутніми захворюваннями.

У першу групу були включені 18 пацієнтів, які мали клінічно виражений і рентгенологічно підтверджений ОА колінних суглобів без АГ та ожиріння. Середній вік хворих становив  $53,3 \pm 1,3$  року. До 2-ї групи увійшли 21 пацієнт (середній вік –  $54,3 \pm 1,5$  р.), які мали поєднання ОА і АГ I-II стадії без наявності ожиріння. До 3-ї групи увійшли 50 пацієнтів із клінічно маніфестним ОА колінних суглобів, у яких АГ I-II стадії поєднувалася з ожирінням. Вік хворих становив  $53,5 \pm 0,7$  року.

Обстеження включало антропометричні вимірювання: зріст, маса тіла, окружність талії та стегон, вимірювання сагітального діаметра (СД) у см – у положенні лежачи на спині визначали умовний перпендикуляр від верхнього краю тубула на рівні клубового гребеня до поверхні, на якій лежить обстежуваний; обчислення індексу маси тіла (ІМТ), співвідношення окружності талії до окружності стегон. За результатами антропометричних вимірювань розраховувалися показники об'ємів та маси жирової тканини в організмі.

Об'єм загальної жирової тканини (ОЗЖТ), л =  $1,36 \times \text{маса тіла (кг)} : \text{зріст (м)} - 42,0$ ;

Об'єм вісцеральної жирової тканини (ОВЖТ), л =  $0,731 \times \text{СД} - 11,5$ ;

Об'єм підшкірної жирової тканини (ОПЖТ), л =  $\text{ОЗЖТ} - \text{ОВЖТ}$ ;

Маса загальної жирової тканини (МЗЖТ), кг =  $\text{ОЗЖТ} \times 0,923$ ;

Маса безжирової тканини (МБЖТ), кг =  $\text{маса тіла (кг)} - \text{МЗЖТ (кг)}$ .

У всіх хворих визначалися показники внутрішньосерцевої гемодинаміки: кінцевий діастолічний розмір лівого шлуночка (КДРЛШ), кінцевий систолічний розмір лівого шлуночка (КСРЛШ), товщина задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ), товщина міжшлуночкової перегородки (МШП), маса лівого шлуночка (ЛШ), діаметр лівого передсердя (ЛП).

Всім пацієнтам визначали ліпідний спектр сироватки крові: загальний холестерин (ХС), тригліцериди (ТГ), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ензиматичним колориметричним методом і розраховували ХС ліпопротеїдів низь-

кої щільності (ЛПНЩ) за формулою Friedwald et al.:  $\text{ХС ЛПНЩ (ммоль/л)} = 3\text{ХС} - (\text{ТГ} : 2,2 + \text{ХС ЛПВЩ})$ , та індекс атерогенності (ІА) за формулою:  $\text{ІА} = (\text{ХС} - \text{ХС ЛПВЩ}) / \text{ХС ЛПВЩ}$ . Вміст глюкози в капілярній крові визначали глюкозооксидазним методом натще, проводили тест на толерантність до глюкози. Наявність гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), стан систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка визначали за допомогою двомірної ЕхоКГ. Клінічні прояви ОА оцінювали за тестом Womac, візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) у спокої і при русі, індексом Лекена, загальною оцінкою болю за 3-бальною шкалою, сходовою пробою. Статистична обробка отриманих результатів проведена з використанням t-критерію Стьюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз даних обстеження виявив відсутність значущих відмінностей за антропометричними показниками і ліпідним спектром крові між 1-ю та 2-ю групами хворих, але приєднання абдомінального ожиріння зумовило констатацію високодостовірних відмінностей ( $p < 0,001$ ) за масою тіла, окружністю талії (ОТ), окружністю стегон (ОС), співвідношенням ОТ до ОС (ОТ/ОС), рівнем загального холестерину, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ТГ, ІА (табл. 1).

Аналогічні закономірності виявлені серед груп хворих при зіставленні параметрів внутрішньосерцевої гемодинаміки. Наявність м'якої АГ у хворих на ОА не спричинила змін внутрішньосерцевої гемодинаміки, але приєднання абдомінального ожиріння змінювало картину в бік збільшення функціональних розмірів ЛШ та ЛП, потовщення стінок відділів серця (табл. 2).

Рівні глюкози крові, залишаючись у межах статистичної норми, зазнавали аналогічних змін, зростаючи в групі хворих, які мають абдомінальне ожиріння (табл. 3).

Вивчення клінічних і функціональних характеристик ОА дозволило виявити такі особливості: суттєво не впливаючи на антропометричні параметри і показники внутрішньосерцевої гемодинаміки, АГ вносить свій внесок у прояви ОА, обтяжуючи його перебіг. У групі хворих на АГ клінічними особливостями ОА виявився більш виражений рівень сумарного болю за тестом Womac: хворі відчувають велику вираженість болю при ходьбі по рівній поверхні, підйомі сходами, нічний біль, біль у положенні стоячи. За рівнем скутості достовірних відмінностей не виявлено. Достовірно більш важким виявився ОА за тестом Лекена у цій же групі хворих на ОА з супутньою АГ (табл. 4).

Порівнюючи труднощі при виконанні повсякденної діяльності (між 1-ю і 2-ю групами) за тестом Womac, виявлено переважання вираженості таких критеріїв (труднощі при ходьбі, при вставанні з положення лежачи та ті, що відчувалися лежачи і сидячи в ліжку).

При порівнянні сходової проби відмінності між групами хворих достовірні ( $p < 0,01$  – при під-

Таблиця 1

**Антропометричні параметри, ліпідний профіль сироватки крові та рівень артеріального тиску в хворих на остеоартроз**

Показники	1-ша група (ОА)	2-га група (ОА+АГ)	3-тя група (ОА+АГ+ожиріння)
Маса, кг	73,23±2,07	76,06±1,97	97,16±1,90*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ОТ, см	90,12±1,60	92,39±1,92	110,24±1,70*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ОС, см	108,56±2,10	109,41±1,91	118,0±1,5*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
Коефіцієнт ОТ/ОС	0,838±0,012	0,842±0,011	0,93±0,01*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	29,67±0,85	29,77±0,78	37,91±0,75*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ХС, ммоль/л	5,04±0,22	5,91±0,19	6,42±0,15*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ХС ЛПНЦ, ммоль/л	2,85±0,23	2,87±0,84	3,86±0,16*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ХС ЛПВЦ, ммоль/л	1,40±0,12	1,42±0,09	1,44±0,05*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ТГ, ммоль/л	1,83±0,16	1,95±0,13	2,78±0,19*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ІА	3,19±0,35	3,7±0,2	5,16±0,19*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
САТ, мм рт.ст.	133,28±3,56	151,0±4,1*** <sup>1-2</sup>	159,5±0,5*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ДАТ, мм рт.ст.	88,33±2,02	91,9±2,2	100,22±0,96*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>

Примітка. р – рівень значимості різниці середніх при порівнянні груп хворих; \* – р < 0,05, \*\* р < 0,01, \*\*\*р < 0,001

Таблиця 2

**Показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на остеоартроз**

Показники	1-ша група (ОА), n=18	2-га група (ОА+АГ), n=21	3-тя група (ОА+АГ+ожиріння), n=50
КДРЛШ, мм	46,98±0,38	48,1±0,33	51,87±0,36*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
КСРЛШ, мм	29,84±0,30	32,81±0,23	38,36±0,35*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
Товщина ЗСЛШ, мм	9,0±0,17	11,9±0,12	15,6±0,08* <sup>2-3</sup>
Товщина МШП, мм	9,4±0,13	12,0±0,08	14,0±0,08*** <sup>2-3</sup>
Діаметр ЛП, мм	31,89±0,73	33,48±0,78	38,66±0,58*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
Маса ЛШ, г	171,43±4,54	178,20±2,38	203,36±3,76*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>

Примітка. р – рівень значимості різниці середніх при порівнянні груп хворих; \* – р < 0,05, \*\* р < 0,01, \*\*\*р < 0,001

Таблиця 3

**Показники вуглеводного обміну і рівень сечової кислоти у хворих на остеоартроз**

Показники	1-ша група (ОА), n=18	2-га група (ОА+АГ), n=21	3-тя група (ОА+АГ+ожиріння), n=50
Глюкоза натще, ммоль/л	4,35±0,20	4,44±0,18	5,61±0,31*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
Глюкоза через 2 год після навантаження, ммоль/л	5,93±0,23	6,41±0,25*** <sup>1-2</sup>	7,43±0,39*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
Сечова кислота, ммоль/л	327,37±20,50	329,95±25,60	430,11±15,00*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>

Примітка. р – рівень значимості різниці середніх при порівнянні груп хворих; \* – р < 0,05, \*\* р < 0,01, \*\*\*р < 0,001

Таблиця 4

**Клінічні особливості остеоартрозу в обстежених осіб різних груп**

Показники	1-ша група (ОА), n=18	2-га група (ОА+АГ), n=21	3-тя група (ОА+АГ+ожиріння), n=50
Тест Лекена, бал	8,60±0,75	10,91±0,80*** <sup>1-2</sup>	13,52±0,62* <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ВАШ, спокій, мм	1,22±0,55	2,16±0,52	2,26±0,30
ВАШ, рухи, мм	1,50±0,34	2,22±0,37	4,03±0,38*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>

Примітка. р – рівень значимості різниці середніх при порівнянні груп хворих; \* – р < 0,05, \*\* р < 0,01, \*\*\*р < 0,001

Таблиця 5

## Показники об'єму та маси жирової тканини у хворих на остеоартроз

Показники об'єму та маси жирової тканини	1-ша група (ОА), n=18	2-га група (ОА+АГ), n=21	3-тя група (ОА+АГ+ожиріння), n=50
ОЗЖТ, л	22,82±2,01	28,35±1,87	41,24±1,49*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ОВЖТ, л	0,76±0,15	0,89±0,20	2,38±0,11*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
ОПЖТ, л	22,06±1,93	27,46±1,77	38,39±1,37*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
МЖТ, кг	24,95±3,67	29,71±1,73	38,15±1,37*** <sup>2-3</sup> , *** <sup>1-3</sup>
МБЖТ, кг	54,36±0,97	56,47±0,77	59,03±0,73* <sup>2-3</sup> , ** <sup>1-3</sup>

Примітка. p – рівень значимості різниці середніх при порівнянні груп хворих; \* – p<0,05, \*\* p<0,01, \*\*\*p<0,001

йомі, p<0,05 – при спуску зі сходів). У пацієнтів з АГ відзначено більш високий рівень болю при пальпації по ходу суглобової щілини.

Таким чином, можна підсумувати, що навіть м'яка АГ суттєво змінює маніфестацію ОА і посилює функціональну недостатність суглобів.

Наявність ожиріння вносить ще більш істотний внесок у вираженість проявів ОА, погіршуючи всі його клінічні та функціональні характеристики. Значно зростає вираженість болю, що оцінювалася за 3-бальною шкалою і болочість по ходу суглобової щілини. Пацієнти відзначають посилення больового синдрому, порівняно з хворими 2-ї групи, а відмінності їх з 1-ю групою за всіма показниками є високодостовірними (p<0,001).

У пацієнтів з ожирінням достовірно зросла кількість жирової тканини як підшкірної, так і вісцеральної; тоді як у групі хворих на АГ+ОА об'єм і маса жирової тканини не відрізнялися від пацієнтів 1-ї групи (табл. 5).

### Висновки

1. Аналіз отриманих результатів показує, що навіть м'яка артеріальна гіпертензія негативно впливає на перебіг остеоартрозу, поглиблюючи його прояви, особливо посилюючи вираженість больового синдрому.

2. Поєднання артеріальної гіпертензії з ожирінням істотно впливає на антропометричні показники, рівень артеріального тиску, параметри внутрішньосерцевої гемодинаміки і посилює порушення вуглеводного обміну.

3. У разі поєднання артеріальної гіпертензії та ожиріння в результаті судинних, метаболічних і гормональних зрушень, останнє ще більш виражено впливає на тяжкість клінічних проявів і функціональну недостатність суглобів у хворих на остеоартроз, ніж артеріальна гіпертензія.

## ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОЖИРЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА

А.В. Мороз

**Резюме.** Для оценки влияния артериальной гипертензии (АГ) и ожирения на клинические проявления остеоартроза (ОА) обследовано три группы пациентов с ОА, отличающиеся наличием АГ и ожирения. Анализ полученных результатов позволил сделать вывод о влиянии даже мягкой АГ на клинические характеристики ОА. Более опасным является сочетание АГ с ожирением, которое оказывает характерное влияние не только на антропометри-

**Перспективи подальших досліджень** полягає в у вивченні механізмів впливу АГ та ожиріння на клінічний перебіг ОА з метою раннього виявлення цих явищ та своєчасної їх корекції.

### Література

1. Алексеева Л.И. Остеоартроз – есть надежда на улучшение качества жизни / Л.И. Алексеева, Л.И. Беневоленская // В мире лекарств. – 1999. – № 2. – С. 40-42.
2. Аметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века / А.С. Аметов // Терапевт. арх. – 2002. – № 10. – С. 5-7.
3. Белоусов Ю.Б. Артериальная гипертензия и ожирение: принципы рациональной терапии / Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, № 9. – С.528-534.
4. Основные задачи международной декады (The bone and joint decade 2000-2010) в усовершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России / А.И. Вялков, Е.И. Гусев, А.Б. Зборовский [и др.] // Научно-практ. ревматол. – 2003. – № 2. – С. 4-8.
5. Гинзбург М.М. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение / М.М. Гинзбург, Г.С. Козупица, М.М. Крюков // Самара: Изд-во «Парус», 2010. – 159 с.
6. Кобалава Ж.Д. Артериальная гипертензия и ожирение: случайная ассоциация или причинно-следственная связь? / Ж.Д. Кобалава // Клини. фармакология и терапия. – 2010. – Т. 9, № 3. – С. 35-39.
7. Насонова В.А. Остеоартроз в пожилом возрасте – растущая медицинская проблема в XXI веке / В.А. Насонова // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, № 12. – С. 700-705.
8. Bullough P. The pathology of osteoarthritis / P. Bullough. – Philadelphia, 2002. – P. 39-70.
9. Body mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults / E. Calle, M. Thun, J. Petrelli [et al.] // N. Engl. Med. – 2009. – Vol. 341. – P. 1097-1105.
10. Felson D. Osteoarthritis: new insight. Part II / D. Felson, R. Lawrence // Ann. Intern. Med. – 2000. – Vol. 133. – P. 726-737.
11. Garnero P. Biomarkers in osteoarthritis / P. Garnero, P.D. Delmas // Curr. Opin. Rheumatol. – 2003. – Vol. 15. – P. 641-646.

ческие данные, параметры внутрисердечного кровотока, усугубление нарушений углеводного и липидного обмена, но также на тяжесть клинических проявлений ОА, усиливая выраженность болевого синдрома и степень функциональной недостаточности суставов.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ожирение, остеоартроз.

## THE INFLUENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND OBESITY ON THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF OSTEOARTHRISIS

*A.V. Moroz*

**Abstract.** In order to evaluate the effect of arterial hypertension (AH) and obesity on the clinical manifestations of osteoarthritis (OA) three groups of patients with OA have been examined distinguished by the presence of AH and obesity. An analysis of the findings obtained has made it possible to arrive at a conclusion about a slightly evident influence of a mild AH on the clinical characteristics of OA. A more dangerous one is a combination of AH with obesity which exerts a characteristic effect not only on the anthropometric findings, the parameters of the intracardial blood flow, an aggravation of the carbohydrate and lipid disorders, but also on the severity of the clinical manifestations of OA, enhancing the marked character of the pain syndrome and the degree of the functional insufficiency of the joints.

**Key words:** arterial hypertension, obesity, osteoarthritis.

O.O. Bogomolets National Medical University (Kyiv)

Рецензент – проф. О.І. Федів

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 3 (67), part 2. – P. 57-61

Надійшла до редакції 10.06.2013 року

© А.В. Мороз, 2013

УДК 616.98:578.828-07-08-053.2(477.85)

*В.Д. Москалюк, М.О. Соколенко, А.А. Соколенко, А.С. Сидорчук, О.І.Голяк*

## АНАЛІЗ КЛІНІЧНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** Проаналізовано сучасний стан поширення захворюваності, клініку, рівень та тактику застосування високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) для лікування ВІЛ-інфекції в дитячого населення Чернівецької області.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, захворюваність, високоактивна антиретровірусна терапія, вірусне навантаження.

**Вступ.** Поширення епідемії ВІЛ-інфекції продовжує залишатися об'єктивною загрозою національного масштабу та негативно впливати на репродуктивний потенціал населення багатьох країн світу, у тому числі й України [1, 5, 11]. Особливістю сучасного етапу пандемії ВІЛ-інфекції є суттєве збільшення кількості випадків інфікування ВІЛ жінок репродуктивного віку і вагітних, що викликає цілий комплекс проблем, які пов'язані зі здоров'ям дітей, яких вони народили. Наслідком активного залучення до епідемічного процесу жінок стало збільшення кількості дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями [5, 6, 9, 11, 12].

Останнім часом у світі намітилися позитивні результати глобальних зусиль щодо боротьби зі СНІДом, а саме зростаючий доступ до ефективних програм лікування та профілактики цієї недуги [1, 4, 5, 8,]. Суттєве зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини – із 27,8 % у 2000 р., 6,3 % у 2008 р. до 3,4 % у 2012 р. – експерти на-

зивають найбільш вагомим здобутком України в боротьбі з ВІЛ/СНІДом. Незважаючи на це, кількість дітей, які живуть із ВІЛ, продовжує збільшуватися, зростає і смертність від хвороб, пов'язаних зі СНІДом [5]. Оскільки ВІЛ-інфіковані діти потребують особливого медичного нагляду, додаткових обстежень, профілактики різних інфекцій та адекватної специфічної терапії, вивчення даної проблеми є особливо актуальним.

**Мета дослідження.** Вивчити та проаналізувати сучасний стан захворюваності, клінічну симптоматику та рівень застосування ВААРТ для лікування ВІЛ-інфекції в дитячого населення Чернівецької області.

**Матеріал і методи.** У дослідженні використані статистичні дані Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» та дані Чернівецького обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом.