

ВИЧ-инфекция у пациентов пожилого возраста: клинические случаи

Резюме. В статье представлены клинические случаи ВИЧ-инфекции, диагностированной у пациентов пожилого возраста: мужчины в возрасте 70 лет и женщины 68 лет, длительно совместно проживавших. Несмотря на приблизительно одинаковый возраст пациентов на момент постановки диагноза, у женщины имели место более «продвинутой», 3-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции, более выраженный иммунодефицит ($CD4^+$ Т-лимфоциты — 285 кл/мкл) по сравнению с мужчиной, у которого при выявлении заболевания установлена 1-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции, умеренный иммунодефицит ($CD4^+$ Т-лимфоциты — 375 кл/мкл). Однако на фоне проводимой антиретровирусной терапии (АРТ) у пациентки зафиксирован рост показателя $CD4^+$ Т-лимфоцитов. В настоящее время состояние пациентки стабильно удовлетворительное, продолжительность жизни после установления ВИЧ-инфекции на сегодня составила 7 лет. У пациента заболевание протекало более агрессивно, так как он отказывался от проведения АРТ, что привело к быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции, развитию СПИД-ассоциированной опухоли — саркомы Капоши, приведшей к летальному исходу. Продолжительность его жизни после установления диагноза ВИЧ-инфекции составила 4 года.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; СПИД; саркома Капоши; летальность; АРТ

Введение

Современной демографической тенденцией эпидемии ВИЧ-инфекции является рост доли пациентов старшей возрастной группы — 50 лет и более. С одной стороны, происходит увеличение продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных пациентов ввиду повсеместного охвата их антиретровирусной терапией (АРТ), широкого внедрения новых эффективных антиретровирусных лекарственных средств. Так, в США в 2001 г. среди лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), доля пациентов старше 50 лет составляла 17 %, в 2008 г. — 31 %, в 2015 г. — более 50 % [1–3]. В Гродненском регионе Беларуси доля лиц старше 50 лет среди официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных пациентов на 01.01.2018 г. составила 13 % [4, 5]. С другой стороны, увеличивается число случаев впервые выяв-

ленной ВИЧ-инфекции у лиц старше 50 лет [6–8]. Диагностика ВИЧ-инфекции у пациентов старшего возраста часто осуществляется на поздних стадиях заболевания, при уровне $CD4^+$ Т-лимфоцитов менее 350 кл/мкл. В связи с этим у таких пациентов нередко наблюдается более быстрый переход к терминальным стадиям заболевания. Так, по данным литературы, у инфицированных в возрасте 65 лет и старше ожидаемая продолжительность жизни снижается до 4 лет [9–11]. Несмотря на большую приверженность к АРТ в старших возрастных группах, ее применение затруднено из-за множества коморбидных состояний и лекарственных взаимодействий. Кроме того, восстановление иммунологических показателей у таких пациентов происходит медленнее, показатели смертности у ЛЖВ, начавших АРТ в возрасте старше 50 лет, значительно

выше, чем у пациентов молодого возраста [12, 13]. Это требует более детального изучения особенностей течения ВИЧ-инфекции у лиц пожилого возраста для разработки дифференцированного подхода к ведению таких пациентов.

Цель работы: представить клинические случаи ВИЧ-инфекции, диагностированной у пациентов пожилого возраста.

Клинический случай

В 2012 году одновременно у пациента М. в возрасте 70 лет и пациентки Ж. в возрасте 68 лет, которые длительно совместно проживали, была верифицирована ВИЧ-инфекция. Пациенты самостоятельно обратились в медицинское учреждение по месту жительства с просьбой выполнить обследование на ВИЧ-инфекцию в 2012 г.

При проведении эпидемиологического исследования по ВИЧ-инфекции каждый из инфицированных указал одного полового партнера. Употребление наркотических веществ пациентами отрицали, на наркоучете не состояли. Причиной заражения пациентов признаны гетеросексуальные контакты с партнером с неустановленным ВИЧ-статусом. Источник заражения в ходе расследования выявить не удалось. До выхода на пенсию пара проживала в сопредельном государстве СНГ.

Пациент М., пенсионер. При установлении диагноза ВИЧ-инфекции жалоб на состояние здоровья не предъявлял. Из перенесенных заболеваний отмечал простудные. В местах лишения свободы не находился.

При объективном осмотре на момент взятия на диспансерный учет по ВИЧ-инфекции общее состояние удовлетворительное. Пациент контактен, адекватен. Правильного телосложения, масса тела 98 кг. Кожа физиологичной окраски, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Множественные кариозные зубы. В легких дыхание везикулярное. ЧД — 18 в 1 мин, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС — 74 в 1 мин, АД — 120/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В иммунограмме выявлен умеренный иммунодефицит: CD4 — 385 кл/мкл, уровень вирусной нагрузки (РНК ВИЧ) составил 74 000 коп/мл. Маркеры парентеральных вирусных гепатитов не обнаружены. Был выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, 1-я клиническая стадия. Множественный кариес. Умеренный иммунодефицит (CD4⁺ Т-лимфоциты — 385 кл/мкл). С учетом возраста пациента, несмотря на действующие в тот период протоколы лечения ВИЧ-инфекции, регламентирующие назначение АРТ при CD4⁺ Т-лимфоцитах менее 350 кл/мкл, пациенту была сразу же назначена АРТ: зидовудин/ламивудин/эфавир. Однако, как выяснилось позже, пациент категорически отрицал диагноз ВИЧ-инфекции, считал, что это врачебная ошибка, и назначенную АРТ не принимал. Несмотря на отрыв от лечения в течение двух последую-

щих лет наблюдения, состояние пациента оставалось стабильно удовлетворительным, отмечалась некоторая положительная динамика лабораторных показателей (табл. 1).

В начале 2014 года, через 2 года диспансерного наблюдения по ВИЧ-инфекции, у пациента появились жалобы на припухлость щеки и гиперемию кожи лица в области левого глаза, высыпания на лице. В правой скуловой области и на носу появились уплотнения кожи коричневого цвета. Был проконсультирован онкологом областной клинической больницы, выполнена биопсия из пораженного участка. По результатам патоморфологического заключения был выставлен диагноз: гемангиоэндотелиома (саркома Капоши (СК)) кожи лица, мультифокальный рост. T2aN1M0. Стадия 3. Клиническая группа II. В связи с этим в 2014 г. пациенту была выставлена 4-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции.

Далее пациент наблюдался и лечился у онкологов. Было выполнено 6 курсов полихимиотерапии и дистанционной лучевой терапии. От проведения АРТ пациент по-прежнему категорически отказывался. Несмотря на проводимое лечение, опухоль прогрессировала, состояние мужчины ухудшалось, и в 2016 г. была констатирована смерть пациента. Таким образом, продолжительность жизни пациента после установления диагноза ВИЧ-инфекции составила 4 года. Смерть пациента была связана со СПИД-ассоциированной патологией — саркомой Капоши.

В табл. 1 представлены лабораторные показатели пациента в динамике диспансеризации по ВИЧ-инфекции.

Как видно из представленной табл. 1, несмотря на отказ пациента от проведения АРТ, у него не отмечено «продвинутой» стадии иммуносупрессии, т.к. показатели CD4⁺ Т-лимфоцитов не опускались ниже 368 кл/мкл, а также зафиксирован недетектируемый уровень ВН РНК ВИЧ в 2014 и 2015 гг.

Пациентка Ж., пенсионерка. Взята на диспансерный учет по ВИЧ-инфекции в декабре 2012 года в возрасте 68 лет. В местах лишения свободы не находилась. При установлении диагноза ВИЧ-инфекции жалоб на состояние здоровья не предъявляла. Из перенесенных заболеваний отмечала простудные. Установлено также, что у пациентки имела место множественная коморбидная патология: фиброаденома левой молочной железы. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма с узлообразованием, гипотиреоз в стадии медицинской компенсации. Избыток массы тела (ИМТ = 28,7). Начальная возрастная катаракта ОУ. Первичный гонартроз R1. ФК2. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий, СН0. По поводу сопутствующей патологии получает 150 мг в сутки левотироксина. Ввиду наличия потенциального риска взаимодействия лопиновира/ритонавира с левотироксином пациентке рекомендованы наблюдение у эндокринолога и контроль уровня тиреотропного гормона [14].

При первичном объективном осмотре общее состояние пациентки удовлетворительное. Пациентка правильного телосложения, масса тела 76 кг. Кожа физиологичной окраски, сыпи нет. ПГЛ. Множественные кариозные зубы, орофарингеальный кандидоз. Накануне выписана из стационара, где лечилась по поводу рецидивирующего *Herpes zoster*. АД — 130/90 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. В иммунограмме пациентки выявлен более выраженный иммунодефицит, чем у мужа: CD4⁺ Т-лимфоциты — 285 кл/мкл, при этом уровень вирусной нагрузки был неопределяемым. Маркеры парентеральных вирусных гепатитов не обнаружены. Был выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, 3-я клиническая стадия (CD4 — 285 кл/мкл). ПГЛ. Кандидоз полости рта. Рецидивирующий *Herpes zoster*. Пациентке также была назначена АРТ в 2012 г. по схеме: зидовудин/ламивудин/эфафир.

Лабораторные показатели пациентки в динамике диспансерного наблюдения по ВИЧ-инфекции представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, несмотря на отсутствие определяемого уровня ВН ВИЧ, с первых дней наблюдения пациентки у нее имело место снижение показателей CD4⁺ Т-лимфоцитов. При этом в 2014 г. показатель составил 181 кл/мкл, а в 2016 г. — 54 кл/мкл, что потребовало назначения препаратов для профилактики пневмоцистной пневмонии и токсоплазмоза (ко-тримоксазол). В марте 2014 года была произведена замена эфафиренза на лопиновир/ритонавир. Снижение уровня Т-хелперов в 2016 г. было связано также со смертью пациента М. — психологической травмой, непродол-

жительным отказом в тот период от приема АРТ. Однако уже в 2018 г. зафиксирован рост данного показателя, свидетельствующий об эффективности проводимой терапии.

В настоящее время состояние пациентки стабильно удовлетворительное. Ведет активный для своего возраста образ жизни. Высоко привержена к АРТ. К настоящему времени продолжительность жизни пациентки после установления ВИЧ-инфекции составила 7 лет.

Важнейшим аспектом мониторинга данной пациентки является не только обеспечение высокой приверженности к АРТ, но и учет нежелательных комбинаций антиретровирусных препаратов с лекарственными средствами, назначаемыми для лечения коморбидной патологии.

Обсуждение

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Беларуси возникла и длительное время развивалась преимущественно среди лиц молодого, работоспособного возраста. Так, по данным официальной статистики, на 01.04.2019 г. наибольшее количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции — 449 (84,2 %) было установлено в возрастной группе от 15 до 49 лет, в то время как среди лиц 60 лет и старше доля новых случаев составила 4,7 % (25 пациентов) [4]. В связи с этим должная настороженность у врачей в отношении ВИЧ-инфекции у лиц пожилого возраста отсутствует, что является одной из причин поздней диагностики заболевания (при CD4⁺ Т-лимфоцитах менее 350 кл/мкл) в представленных случаях. Известно, что восстановление иммунологических показателей у пожилых пациентов с ВИЧ

Таблица 1. Лабораторные показатели пациента М.

Дата ВН ВИЧ	ВН ВИЧ (коп/мл)	CD4 ⁺ ТЛ (%)	CD8 ⁺ ТЛ (%)	CD4/CD8	CD4 ⁺ ТЛ (кл/мкл)
04.12.12	74 000	29,7	НД	НД	385
12.03.13	1500	32,5	НД	НД	687
18.02.14	535	13,0	47,0	0,27	363
23.04.14	< 500	17,0	46,0	0,37	488
18.03.15	< 116	22,0	38,0	0,58	503
15.12.15	НД	22,0	37,0	0,59	383
06.07.16	НД	23,0	54,0	0,42	377

Примечание (здесь и в табл. 2): ВН — вирусная нагрузка ВИЧ; НД — нет данных; ТЛ — Т-лимфоциты

Таблица 2. Лабораторные показатели пациентки Ж.

Дата ВН ВИЧ	ВН ВИЧ (коп/мл)	CD4 ⁺ ТЛ (%)	CD8 ⁺ ТЛ (%)	CD4/CD8	CD4 ⁺ ТЛ (кл/мкл)
04.12.12	< 116	33,4	НД	НД	285
12.03.13	< 116	28,3	НД	НД	283
18.02.14	< 500	16,0	29,0	0,58	181
18.03.15	< 116	30,0	33,0	0,93	549
15.12.15	НД	25,0	23,0	1,08	410
06.07.16	< 116	8,0	18,0	0,45	54
05.04.18	< 116	НД	НД	НД	545

происходит медленнее, чем у молодых, у них чаще развиваются нежелательные явления и лекарственные взаимодействия с антиретровирусными препаратами, а показатели смертности среди начавших АРТ в возрасте старше 50 лет значительно выше, чем среди лиц молодого возраста [12, 13].

Представлены 2 клинических случая ВИЧ-инфекции у семейной пары пожилых людей в возрасте 68 и 70 лет. Несмотря на приблизительно одинаковый возраст пациентов на момент постановки диагноза, у женщины имели место более «продвинутой» стадия ВИЧ-инфекции и более выраженный иммунодефицит. У нее была установлена 3-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции, имели место такие проявления, как рецидивирующий опоясывающий герпес, кандидоз полости рта. ВИЧ-инфекция у мужчины была выявлена на 1-й клинической стадии, клинические проявления заболевания у него отсутствовали. Несмотря на это, заболевание протекало более агрессивно у мужчины, который прожил всего 4 года и умер от СПИД-ассоциированной опухоли — саркомы Капоши.

Саркома Капоши — системное опухолевое многоочаговое заболевание сосудистого генеза с преимущественным поражением кожи, лимфатических узлов и внутренних органов. Саркома Капоши является одним из первых заболеваний, которое было отнесено к оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ-инфекции. До развития эпидемии ВИЧ-инфекции СК была редким онкологическим заболеванием. Частота выявления СК среди инфицированных ВИЧ преобладает над заболеваемостью в общей популяции. Так, среди ВИЧ-инфицированных СК выявляется примерно в 20 тысяч раз чаще, чем в общей популяции, и в 300 раз чаще, чем среди пациентов с иммунодефицитами, вызванными другими причинами. В отсутствие иммунодефицита показатели заболеваемости СК среди мужчин превышают показатели заболеваемости среди женщин примерно в 34 раза [15, 16]. У лиц с иммунодефицитом, обусловленным приемом иммуносупрессивных препаратов, и ВИЧ-инфицированных пациентов (за исключением мужчин, практикующих секс с мужчинами) показатели заболеваемости СК среди мужчин лишь ненамного превышают таковые среди женщин [17, 18]. В настоящее время благодаря применению высокоактивной антиретровирусной терапии распространенность СК значительно ниже, чем в начале эпидемии ВИЧ-инфекции, когда СК входила в число самых распространенных СПИД-индикаторных заболеваний. За период 1996—2002 гг. в сравнении с 1990—1995 гг. заболеваемость пациентов СК в США уменьшилась более чем в 10 раз [19, 20]. В данном случае течение заболевания развивалось естественным путем, без получения высокоактивной антиретровирусной терапии в связи с категорическим отказом пациента от ее приема, что привело к неблагоприятному исходу, несмотря на получение больным специализированной онкологической помощи.

Выводы

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции приводит к росту количества лиц пожилого возраста, вовлеченных в эпидпроцесс по ВИЧ-инфекции, что требует повышения настороженности врачей в отношении диагностики и мониторинга ВИЧ-инфекции и коморбидной патологии в данной группе пациентов. Ключевым аспектом мониторинга ВИЧ-инфицированных пациентов пожилого возраста является раннее назначение и обеспечение высокой приверженности к АРТ, что позволяет предотвратить прогрессирование иммуносупрессии, манифестацию оппортунистических заболеваний, обеспечить увеличение продолжительности жизни и сохранить ее качество у пациентов после инфицирования ВИЧ.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при подготовке данной статьи.

Вклад авторов: Матиевская Н.В. — концепция дизайна исследования, обзор публикаций по теме, редактирование статьи; Кашевник Т.И. — обработка полученных результатов, написание текста рукописи; Кротков О.В. — сбор и представление клинических данных.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Список литературы

1. Рассохин В.В., Бузунова С.А., Врацких Т.В. и др. Проблема старения и инвалидизации ВИЧ-инфицированных пациентов. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2015. Т. 7. № 1. С. 7-15. DOI: <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2015-7-1-7-15>.
2. Losina E., Schackman B.R., Sadownik S.N. et al. Racial and gender disparities in life expectancy losses among HIV-infected persons in the United States: impact of risk behavior, late initiation, and early discontinuation of antiretroviral therapy. Clin. Infect. Dis. 2009. № 49. P. 1570-1578. DOI: 10.1086/644772.
3. Ances B.M., Vaida F., Yeh M.J. et al. HIV infection and aging independently affect brain function as measured by functional magnetic resonance imaging. J. Infect. Dis. 2010. № 201. P. 336-340. DOI: 10.1086/649899.
4. Эпидситуація по ВИЧ/СПИД в Беларусі. <https://www.belaid.net/epidsituaciya-po-vichspid-v-belarusi>. Дата доступа: 15 сентября 2019 г.
5. Матиевская Н.В., Кашевник Т.И., Казыро Л.М. Гендерные и возрастные особенности течения ВИЧ-инфекции. Клиническая инфектология и паразитология. 2018. № 4. С. 498-507.
6. Mills E., Barnighausen T., Negin J. HIV and aging: preparing for the challenges ahead. N. Engl. J. Med. 2012. № 366. P. 1270-1273. DOI: 10.1056/NEJMp1113643.
7. Poynten M., Grulich A.E., Templeton D.J. Sexually transmitted infections in older populations. Curr. Opin. Infect. Dis. 2013. № 26. P. 80-85. DOI: 10.1097/QCO.0b013e32835c2173.
8. Minichiello V., Rahman S., Hawkes G., Pitts M. STI epidemiology in the global older population: emerging challenges. Perspect. Publ. Health. 2012. № 132. P. 178-81. DOI: 10.1177/1757913912445688.

9. High K., Brennan-Ing M., Clifford D. et al. HIV and aging: state of knowledge and areas of critical need for research. A report to the NIH Office of AIDS Research by the HIV and Aging Working Group. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2012. № 60. P. 1-18. DOI: 10.1097/QAI.0b013e31825a3668.

10. Рассохин В.В., Беляков Н.А., Розенталь В.В., Леонова О.Н., Пантелева О.В. Вторичные и соматические заболевания при ВИЧ-инфекции. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* 2014. Т. 6. № 1. С. 7-18. DOI: <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2014-6-1-7-18>.

11. Леонова О.Н., Степанова Е.В., Беляков Н.А. Тяжелые и коморбидные состояния у больных с ВИЧ-инфекцией: анализ неблагоприятных исходов. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* 2017. Т. 9. № 1. С. 55-64. DOI: <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2017-9-1-55-64>.

12. Кошевая Е.Г., Цинзерлинг В.А. Вторичные заболевания в танатогенезе при ВИЧ-инфекции. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* 2019. Т. 11. № 1. С. 46-55. DOI: <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2019-11-1-46-55>.

13. Азовцева О.В., Богачева Т.Е., Вебер В.Р., Архипов Г.С. Анализ основных причин летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* 2018. Т. 10. № 1. С. 4-91. DOI: <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2018-10-1-84-91>.

14. HIV-druginteractions <https://www.hiv-druginteractions.org>. Дата доступа: 15 сентября 2019 г.

15. Рассохин В.В., Крестьянинова А.Р. Саркома Капоши. Диагностика и лечение. *Практическая онкология.* 2012. Т. 13. № 2. С. 114-124.

16. Подымова А.С., Прожерин С.В., Рямова Е.П. СПИД-ассоциированная саркома Капоши в регионе с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. *Клиническая дерматология и венерология.* 2016. Т. 15. № 4. С. 9-15. <https://doi.org/10.17116/klinderma20161549-14>.

17. Давудова И.В., Безлобенко Г.А., Олексюк М.А., Фокина Н.В., Корита Т.В. Генерализованная саркома Капоши при ВИЧ-инфекции: клиническое наблюдение. *Дальневосточный журнал инфекционной патологии.* 2015. № 26. С. 81-83.

18. Проценко О.А. Клинические случаи классической и эпидемической саркомы Капоши. *Вестник ВГМУ.* 2014. Т. 13. № 1. С. 84-90.

19. Krown S.E., Lee J.Y., Dittmer D.P. AIDS Malignancy Consortium. More on HIV-associated Kaposi's sarcoma. *N. Engl. J. Med.* 2008 Jan 31. № 358(5). P. 535-536. doi: 10.1056/NEJMc072994.

20. Simard E.P., Pfeiffer R.M., Engels E.A. Cumulative incidence of cancer among individuals with acquired immunodeficiency syndrome in the United States. *Cancer.* 2011. № 117. P. 1089-1096. doi: 10.1002/cncr.25547.

Получено/Received 20.10.2019

Рецензировано/Revised 14.11.2019

Принято в печать/Accepted 20.11.2019 ■

Матієвська Н.В., Кашевник Т.І., Кротков О.В.

ЗО «Гродненський державний медичний університет», м. Гродно, Білорусь

ВІЛ-інфекція у пацієнтів похилого віку: клінічні випадки

Резюме. У статті надані клінічні випадки ВІЛ-інфекції, діагностованої в пацієнтів похилого віку: чоловіка віком 70 років і жінки віком 68 років, які тривалий час спільно проживали. Незважаючи на приблизно однаковий вік пацієнтів на момент установлення діагнозу, у жінки мали місце більш «просунута», 3-тя клінічна стадія ВІЛ-інфекції, більш виражений імунодефіцит (CD4⁺ Т-лімфоцити — 285 кл/мкл) порівняно з чоловіком, у якого при виявленні захворювання встановлена 1-ша клінічна стадія ВІЛ-інфекції, помірний імунодефіцит (CD4⁺ Т-лімфоцити — 375 кл/мкл). Однак на тлі антиретровірусної терапії (АРТ), що проводилася, у пацієнтки зафіксова-

но зростання показника CD4⁺ Т-лімфоцитів. На сьогодні стан пацієнтки стабільно задовільний, тривалість життя після встановлення ВІЛ-інфекції до сьогодні становила 7 років. У пацієнта перебіг захворювання був більш агресивним, тому що він відмовлявся від проведення АРТ, що призвело до швидкого прогресування ВІЛ-інфекції, розвитку СНІД-асоційованої пухлини — саркоми Капоші, яка призвела до летального результату. Тривалість його життя після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції становила 4 роки.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція; СНІД; саркома Капоші; летальність; АРТ

N.V. Matsiyuskaya, T.I. Kasheunik, O.V. Krotkov

Grodno Medical State University, Grodno, Republic of Belarus

HIV infection in patients of advanced age: clinical cases

Abstract. The article presents clinical cases of human immunodeficiency virus (HIV) infection diagnosed in elderly patients: a man aged 70 years and a woman aged 68 years, living together for a long time. Despite approximately the same age of patients at the time of diagnosis, female patient had a more advanced clinical stage 3 of HIV infection, a more pronounced immunodeficiency (CD4⁺ T-lymphocytes — 285 cells/μl) compared with male patient, who had clinical stage 1 of HIV infection when diagnosing a disease with moderate immunodeficiency (CD4⁺ T-lymphocytes — 375 cells/μl). However, against the background of antiretroviral therapy, woman had an increase in

CD4⁺ T-lymphocytes, she is currently in a satisfactory condition, and the life expectancy after HIV infection has been diagnosed is 7 years so far. In man, the disease was more aggressive, as the patient refused to take antiretroviral therapy, which led to the rapid progression of HIV infection, the development of acquired immune deficiency syndrome-associated tumor — Kaposi's sarcoma, which resulted in death. Life expectancy in male patient after diagnosing HIV infection was 4 years.

Keywords: human immunodeficiency virus infection; acquired immune deficiency syndrome; Kaposi's sarcoma; mortality; antiretroviral therapy