

УДК: [616.98:578.828]:614.2:362.17

Проблеми ВІЛ-інфекції в практиці сімейного лікаря

М.Б. Служинська, О.М. Кутинська, І.В. Штойко, І.В. Чайка, Л.В. Бережна, О.В. Матлан
Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом

У статті розглядаються питання діагностики ВІЛ-інфекції лікарем загальної практики. Звертається увага на особливості під час встановлення діагнозу та можливості сімейного лікаря в діагностиці та лікуванні таких хворих. Наведені клінічні приклади з практики. Висвітлено епідеміологічну ситуацію у Львівській області та в Україні. Розглянуто чинну нормативно-правову базу з питань ВІЛ/СНІДу.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, СНІД, антиретровірусна терапія, догляд за ВІЛ-інфікованими, діагностика ВІЛ-інфекції, сімейний лікар, епідситуація, накази МОЗ України, клінічні приклади ВІЛ-інфекції.

За даними міжнародних організацій, Україна входить до переліку країн, де високими темпами зростає рівень інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) населення.

Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні розвивається в умовах трансформації усіх сфер життєдіяльності людства, тому СНІД (синдром набутого імунодефіциту – ІV стадія ВІЛ-інфекції) – це глобальна проблема і стосується як усього суспільства, так і кожної людини зокрема. На стрімкий розвиток епідемії впливають чинники, які поглиблюють критичну ситуацію в країні, а саме: економічна нестабільність, зростання безробіття, наркотизація, комерційний секс-бізнес, низька ефективність профілактичних заходів.

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на Львівщині має ті самі закономірності, що й в цілому в Україні. За рейтинговою оцінкою показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2012 році Львівська область посідала 5 рангове місце з 27 адміністративних територій України (перші рангові місця показників присвоюють територіям з найменшим значенням показника). На 01.04.2013 року в області під диспансерним наглядом перебували 2313 ВІЛ-позитивних (91,7 випадки на 100 тис. населення), з них дітей – 42 особи. У стадії СНІДу – 645 осіб від загальної кількості ВІЛ-інфікованих, з них 27 дітей. За І квартал 2013 року в області було зареєстровано 108 нових випадків ВІЛ-інфекції проти 71 випадку за аналогічний період 2012 року, з них 20 дітей, які народилися від ВІЛ-інфікованих матерів, і відповідно за І квартал 2012 року офіційно було взято на облік 20 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, діагноз яких перебуває на стадії підтвердження до 18-місячного віку дитини.

На сьогодні ВІЛ-інфекція набула значних темпів поширення і стала вагомим проблемою в професійній діяльності сімейного лікаря. Це захворювання, яке розвивається внаслідок інфікування ВІЛ та характеризується прогресивним ураженням імунної системи. Для діагностики захворювання важливий професійний та психологічний підхід сімейного лікаря до потенційно ВІЛ-позитивного пацієнта. Згідно з додатком до наказу МОЗ України від 09.07.2010 р. № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції», існує перелік захворювань, симп-

томів та синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію під звернення за медичною допомогою у заклади охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичної допомоги.

До таких чинників належать:

- 1) в анамнезі – епізоди або постійна ризикована щодо інфікування ВІЛ поведінка (незахищені сексуальні контакти, перенесені інфекції, що передаються статевим шляхом, вживання наркотичних речовин, переливання крові або її компонентів);
- 2) вірусний гепатит В та/або С;
- 3) невмотивована втрата маси тіла (на 10% і більше);
- 4) невмотивована персистивна лихоманка тривалістю понад 1 міс;
- 5) невмотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс;
- 6) кандидоз (молочниця) ротової порожнини (2 або більше епізодів протягом 6 міс) (мал. 1);
- 7) біль за грудниною або утруднення при ковтанні їжі та рідини разом з кандидозом ротової порожнини (езофагіт);
- 8) хронічна або персистивна інфекція, спричинена вірусом простого герпесу (тривалістю понад 1 міс);
- 9) рецидивні бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (два та більше епізодів протягом останніх шести місяців);



Мал. 1. Кандидоз ротової порожнини [1]



Мал. 2. Волосиста лейкоплакія язика [2]



Мал. 3. Саркома Капоші

10) важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.);

11) рецидивні бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року);

12) оперізувальний герпес (лишай);

13) безболісне збільшення (понад 1 см) лімфатичних вузлів більше ніж однієї зони (за винятком пахової) тривалістю понад 1 міс;

14) анемія нез'ясованого генезу (менше 80 г/л), нейтропенія (нижче $0,5 \times 10^9$ /л) або хронічна (тривалістю понад 1 міс) тромбоцитопенія (до 50×10^9 /л);

15) волосиста лейкоплакія язика (мал. 2);

16) ангулярний хейліт;

17) рецидивний афтозний стоматит (два та більше епізодів протягом останніх 6 міс);

18) гострий некротизувальний виразковий стоматит, гінгівіт або некротизувальний виразковий періодонтит;

19) папульозний сверблячий дерматит;

20) себорейний дерматит волосистої частини голови та обличчя, а також верхньої частини грудної клітки, під пахвами, в паху;

21) грибокві ураження нігтів;

22) хоріоретиніт;

23) енцефаліт або менінгоенцефаліт (вогнищеве ураження головного мозку);

24) нефропатія, кардіоміопатія, енцефалопатія нез'ясованої етіології;

25) злоякісні новоутворення (анальний рак, рак шийки матки, саркома Капоші (мал. 3) тощо).

При виявленні пацієнтів з наведеною вище патологією важливим моментом є правильна аргументація щодо діагностики ВІЛ-інфекції з метою своєчасної диспансеризації. Для тестування на ВІЛ-інфекцію, яке проводять безкоштовно, конфіденційно й за бажанням пацієнта – анонімно, сімейний лікар, керуючись нормативно-правовими актами, зокрема наказом МОЗ України від 19.08.2005 року № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», може скерувати пацієнтів в кабінет «Довіра», кабінет інфекційних захворювань за місцем проживання або до Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом.

У разі позитивного тесту на наявність антитіл до ВІЛ пацієнту призначають первинне стандартне обстеження, а саме:

- загальний аналіз крові (Нв, еритроцити, тромбоцити, лейкоцити, лейкоцитарна формула);

- загальний аналіз сечі;

- кал на яйця глистів, простіші;

- біохімічний аналіз крові (фракції білірубину, АЛАТ, АсАТ, тимолова проба, глюкоза, амілаза, загальний холестерин, сечовина, креатинін, ЛФ);

- RW;

- рентгенографія органів грудної клітки;

- ЕКГ;

- УЗД органів очеревини;

- бактеріологічний посів на патогенну та умовно-патогенну флору і *Candida albicans*;

- мазок з носа та ротоглотки на патогенну та умовно-патогенну флору і *Candida albicans*;

- аналіз харкотиння на БК та *pneumocista carinii*.

Консультації спеціалістів: терапевта, фізіотерапевта, гінеколога, невропатолога, окуліста, дерматолога, отоларинголога, психіатра, стоматолога, уролога.

Сьогодні ВІЛ-інфекцію розглядають як контрольовану хронічну інфекцію у випадку, коли пацієнт прихильний до антиретровірусної терапії (АРТ). Дане захворювання можна порівняти з такими захворюваннями, як цукровий діабет, бронхіальна астма, при яких хворі довгочасно вживають лікарські засоби. АРТ є обов'язковим компонентом надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, оскільки ефективна АРТ приводить до максимального пригнічення реплікації вірусу, відновлення імунної системи, попередження розвитку СНІД-асоційованих захворювань, подовження та поліпшення якості життя ВІЛ-інфікованих.

Для лікування і госпіталізації пацієнтів з позитивним статусом слід дотримуватись таких принципів:

1. Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим забезпечується на загальних підставах.

2. ВІЛ-інфікованих під час захворювань, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, направляють у стаціонари відповідно до показань.

3. Пацієнтів, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією (за умови прогресування хвороби) та які вимагають стаціонарного лікування, планової госпіталізації та надання спеціалізованої медичної допомоги, скеровують у медичні заклади відповідно до виявленої нозології.

Прогнозування ризику розвитку опортуністичних інфекцій (ОІ) у ВІЛ-інфікованих, доклінічна їхня діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також застосування профілактичних заходів – найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря. Тільки у сімейного лікаря є вмотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи зі своїми пацієнтами і членами їхніх сімей. Ураховуючи найбільшу вразливість до ВІЛ/СНІДу молодого населення (дітей, підлітків і молоді), основним пріоритетом є профілактична робота саме з цією цільовою групою.

Інформаційно-профілактична діяльність сімейного лікаря з питань ВІЛ/СНІДу повинна бути спрямована на досягнення таких цілей: популяризація здорового способу життя, інформування громадськості про ризики інфікування ВІЛ, засоби профілактичного захисту від ВІЛ-інфекції, популяризація та мотивація до безпечної поведінки в контексті запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.

Профілактична спрямованість – важливий принцип у практиці сімейної медицини.

Клінічні випадки ВІЛ-інфекції з практики

1. Пацієнт В., 25 років, госпіталізований для дообстеження та лікування з діагнозом: Вузликосий періартеріт, активність II ст. з ураженням легень (ядуха, кашель). Втрата маси тіла. Гарячковий синдром. Артралгійний синдром.

Скарги під час госпіталізації (листопад 2008 р.): виражена загальна слабкість та задишка від незначного фізичного навантаження, підвищення температури тіла до 38 °С, непродуктивний кашель, схуднення.

За даними епідеміологічного анамнезу: статеві стосунки незахищені, кілька статевих партнерів жіночої статі (у м. Миколаєві, де навчається у виші; у м. Києві, де перебував на заробітках). У 2003 р. кілька разів застосовував наркотичні речовини (опіати) ін'єкційним способом.

Оперативні втручання, переливання донорської крові, пірсинг, тату – заперечує.

Результати лабораторних досліджень (під час госпіталізації): загальний аналіз крові: еритроцити – $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – 140 г/л, лейкоцити – $3,4 \times 10^9/л$, еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 5%, сегментоядерні нейтрофіли – 78%, лімфоцити – 4%, моноцити – 3%, тромбоцити – $252 \times 10^9/л$, ШОЕ – 23 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний – 6,7 мкмоль/л, непрямий – 6,7 мкмоль/л, тимолова проба – 3,3, АлТ – 0,50 мкмоль/мл, АсТ – 0,25 мкмоль/мл, креатинін – 98,6 мкмоль/л, сечовина – 7,6 ммоль/л.

Імунологічне обстеження (від 21.11.2008 р.): CD4+ лімфоцити – 40 кл/мкл (9,5%).

Загальний аналіз сечі: жовта, мутна, питома вага – 1014, реакція (рН) – 6,0, білок – опалесцювальний, глюкоза – не виявлено, еритроцити (свіжі) – 2–3 у полі зору, епітелій (плоский) – 3–5 у полі зору.

Мікроскопічне дослідження мокротиння на: КСБ – негативне, *Pneumocystis carinii* – позитивне.

Рентгенографія органів грудної клітки в 2 проекціях: легеневі поля підвищеної пневматизації. Корені легень фіброзно ущільнені. справа в нижньому легеневому полі, більше в задніх сегментах нижньої частки, посилений деформований легеневий малюнок за рахунок перибронхіальних фіброзних змін з ознаками перибронхіальної інфільтрації. Синуси вільні. справа, в проекції VI сегмента нижньої долі, на тлі посиленого легеневого малюнка – мілкі званенні вогнищеві тіні. справа – ущільнена міжчасткова плевра в горизонтальній міжчастковій щілині. Серце без особливостей.

21.11.2008 р. проведено консилиум (разом з інфекціоністом Центру СНІДу та фтизіатром).

Клінічний діагноз: ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія. Пневмоцистна пневмонія. ЛН II стадії. Втрата маси тіла >10%. Діагноз було встановлено згідно з критеріями оцінки клінічних стадій ВІЛ-інфекції відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Лікування: 21.11.2008 р. пацієнту було призначено лікування пневмоцистної пневмонії згідно з клінічним протоколом діагностики та лікування ОІ і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих і підлітків: триметоприм/сульфаметоксазол, глюкокортикостероїди та симптоматичне лікування.

18.03.2009 р. пацієнт почав отримувати антиретровірусну терапію за схемою: зидовудин/ламівудин/ефавіренс, для профілактики пневмоцистної пневмонії продовжує вживати триметоприм/сульфаметоксазол, крім того призначено хіміопротекцію туберкульозу.

2. Хворий, 1965 р.н., мешканець Пустомитівського району. Звернувся до ЛОЦ СНІДУ 10.05.2011 р. для постановки на диспансерний облік.

З анамнезу хвороби: з 22.01.2013 р. до 10.05.2013 р. перебував на стаціонарному лікуванні у Львівському регіональному фтизіопульмонологічному центрі (ЛРФПЦ), куди був госпіталізований зі скаргами: підвищення температури тіла до 39 °С, кашель, загальна слабкість.

Об'єктивно на момент огляду в ЛРФПЦ: шкірні покриви бліді, сухі, теплі на дотик. Задня стінка глотки гіперемована, чиста. Аускультативно в нижніх відділах легень

ослаблене дихання. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см.

Рtg ОГК від 23.04.2013 р.: легеневий малюнок дифузно посилений, деформований за рахунок інтерстиціальних змін, що більше виражені в нижніх відділах.

Загальний аналіз крові та загальний аналіз сечі без особливостей. Бактеріоскопія харкотиння на МБТ – результат від'ємний. 26.04.2013 р. хворий методом ІФА протестований на ВІЛ-інфекцію. Результат позитивний (виявлено антитіла до ВІЛ).

Заключний діагноз ЛРФПЦ: ХОЗЛ 3-го ступеня, двобічна нижньочасткова пневмонія, фіброз, дифузний пневмосклероз, дихальна недостатність 1–2-го ступеня. Хронічний гепатит.

Під час звернення до ЛОЦ СНІДу (10.05.2013 р.) скарги на загальну слабкість, кашель.

Епідеміологічний анамнез: споживач ін'єкційних наркотиків протягом 3 років (1984–1987 рр.).

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, обличчя, тулуб, кінцівки вкриті папульозним висипом темно-вишневого кольору. Задня стінка глотки, язик вкриті білим пухким нальотом. При аускультативі дихання ослаблене в нижніх відділах легень, живіт м'який, не болючий, печінка на 2 см, фізіологічні відправлення в нормі.

Клінічний діагноз: ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія, саркома Капоші, ХОЗЛ 3-го ступеня, реконвалесцент позагоспітальної нижньочасткової пневмонії, дифузний пневмосклероз, дихальна недостатність I–II стадії, хронічний гепатит. Рекомендовано диспансерне дообстеження аналізу крові на ВН, CD4, консультації онколога, фтизіатра.

3. Дівчинка, 7 років, маса тіла 17 кг, зріст 117 см.

Госпіталізована в лікарню ОХМАТДИТ з діагнозом: Синдром виснаження. Двобічний гострий гайморит. Анемія. Лімфаденопатія. Мезаденіт. Генералізована герпетична інфекція.

З анамнезу відомо, що мати дівчинки, перебуваючи на обліку в жіночій консультації за місцем проживання, двічі обстежена на ВІЛ-інфекцію методом ІФА, результат – антитіл до ВІЛ не виявлено. Ймовірний період серовісна у матері, позаяк відомо, що з 4-місячного віку дитина почала відставати у фізичному розвитку (особливо у вазі) незважаючи на грудне вигодовування. З 2–4 років у дитини – папульозні висипання на шкірі.

З 6-річного віку – часті вірусні, бактеріальні інфекції, субфебрильна температура тіла.

Кров на ІФА(+), ВН = 475 тис 684 РНК коп/мл, СД4 = 13% (111 кл), реакція Манту 16 мм, на рентгенограмі: на рівні 4–5-х ребер інфільтрована тень у прикореневій зоні зліва.

Клінічний діагноз: Віл-інфекція, IV клінічна стадія. Важка імуносупресія. Лівобічний вогнищевий туберкульоз легень.

На сьогодні дитина отримує АРТ, протитуберкульозну антимікобактеріальну терапію.

4. Хлопчик, народився від ВІЛ-позитивної жінки. ППМД (профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини) мати і дитина отримали згідно з протоколом. Штучне вигодовування. У віці 2 і 4 міс – обстежений в ЛОЦ СНІДу методом ПЛР, який дозволяє визначити наявність вірусної ДНК в плазмі крові. Результат – негативний.

У віці 2 роки 6 міс взято кров на ІФА до ВІЛ – результат позитивний. ВН=489 тис 151 РНК коп/мл.

Клінічний діагноз: ВІЛ-інфекція, II клінічна стадія, генералізована лімфаденопатія, кандидоз ротової порожнини. Гепатоспленомегалія.

На сьогодні дитина отримує АРТ.

10 принципів супроводу дітей з ВІЛ-інфекцією:

1. Якомога раннє встановлення ВІЛ-статусу дитини (ПЛР ДНК).
2. Моніторинг росту та розвитку.
3. Гарантована імунізація відповідно до національного календаря профілактичних щеплень.
4. Профілактика ОІ (туберкульоз, пневмоцистна пневмонія, атипіві мікобактеріози тощо).
5. Своєчасне та якісне лікування інфекційних хвороб.
6. Консультативне забезпечення матері та членів родини, які опікуються дитиною, з таких питань: раціональне харчування, гігієна побуту, особиста гігієна дитини та членів родини, догляд за дитиною.
7. Своєчасне встановлення стадії ВІЛ-інфекції.
8. Своєчасне призначення АРТ.
9. Надання психосоціального супроводу дитини й матері.
10. Забезпечення хворої дитини висококваліфікованою спеціалізованою медичною допомогою (за потреби) та доступом до соціальних і суспільних програм.

ВИСНОВКИ

Упровадження загальної практики-сімейної медицини вимагає більш поглибленого вивчення сімейними лікарями проблематики ВІЛ-інфекції та удосконалення інноваційних методів профілактики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Цілісний підхід до діагностики даного захворювання у пацієнта сприятиме своєчасному призначенню АРТ і відповідно продовжить й поліпшить якість життя ВІЛ-інфікованого.

Проблеми ВІЧ-інфекції в практиці сімейного врача

М.Б. Служинская, О.Н. Кутинская, И.В. Штойко, Л.В. Бережная, И.В. Чайка, О.В. Матлан

В статье рассматриваются вопросы диагностики ВИЧ-инфекции врачом общей практики. Обращается внимание на особенности при установлении диагноза и возможности семейного врача в диагностике и лечении таких больных. Приведены клинические примеры из практики. Освещена эпидемиологическая ситуация по Львовской области и в Украине. Рассмотрена действующая нормативно-правовая база по вопросам ВИЧ/СПИДА.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, антиретровирусная терапия, прсмотр за ВИЧ-инфицированными, диагностика ВИЧ-инфекции, семейный врач, эпидситуация, указы МЗ Украины, клинические примеры ВИЧ-инфекции

Problems of HIV infection in family physician practice

M.B. Sluzhynska, O.M. Kutynska, I.V. Chayka, I.V. Shtoyko, L.V. Berezhna, O.V. Matlan

Aspects of HIV diagnostic process by general practitioners are discussed in this article. Attention is paid to diagnostic features and family physicians possibilities in identification and management of such patients. Clinical cases are showed from (our) practice. Epidemiology situation in Lviv region and Ukraine is reflected in the article. Actual normative legal base for HIV/AIDS questions is reviewed.

Key words: HIV- infection, AIDS, ART, providing of HIV-infected patients, HIV identification process, family physician, epidemiology, orders of Ukrainian Healthcare Ministry, clinical cases of HIV infection.

Сведения об авторах

Служинская Марьяна Богдановна – Львовский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 79008, г. Львов, ул. Лысенко, 45; тел.: (032) 275-19-23

Кутинская Оксана Николаевна – Львовский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 79008, г. Львов, ул. Лысенко, 45; тел.: (032) 275-19-23

Штойко Ирина Владимировна – Львовский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 79008, г. Львов, ул. Лысенко, 45; тел.: (032) 275-19-23

Бережная Людмила Васильевна – Львовский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 79008, г. Львов, ул. Лысенко, 45; тел.: (032) 275-19-23

Чайка Ирина Владимировна – Львовский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 79008, г. Львов, ул. Лысенко, 45; тел.: (032) 275-19-23

Матлан Оксана Владимировна – Львовский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 79008, г. Львов, ул. Лысенко, 45; тел.: (032) 275-19-23

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. <http://viltjanosh.myftp.org/ag> «Кандидоз ротової порожнини»
2. <http://tidus-x.com/article/oth> «Волосиста лейкоплакія язика».
3. Наказ МОЗ України «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» від 19.08.2005 р. № 415.
4. Наказ МОЗ України «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції» від 09.07.2010 р. № 388.
5. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. – 1-й том – 2001 р., 2-й том – 2002 р., 3-й том – 2003 р.
6. Наказ МОЗ України «Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих» від 13.04.2007 р. № 182.
7. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих і підлітків» від 12.07.2010 р. № 551.

Статья поступила в редакцию 14.10.2013