

1 / 2007

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

На допомогу практичному лікарю

МОЗ повідомляє

Оригінальні дослідження

Випадки з практики

Огляди, лекції



УДК: 612.017.1:616 - 008

"МАЛЕНЬКІ" ПРОБЛЕМИ У ВИРІШЕННІ ГЛОБАЛЬНОЇ ЗАДАЧІ БОРОТЬБИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

О.А. ГУДЗЕНКО, І.В. ШЕСТАКОВА

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ,
кафедра інфекційних хвороб**ключові слова:**ВІЛ/СНІД, клінічна діагностика,
проблеми надання медичної
допомоги*

Ситуація щодо захворюваності на ВІЛ/СНІД у світі залишається загрозливою: за даними ВООЗ, приблизно 40 млн. людей живуть з ВІЛ (з них майже 3 млн. дітей). Кількість померлих від СНІДу в 2006 р. становила 2,9 млн. [15]. Україна вважається однією з найбільш несприятливих країн в Європі щодо розповсюдженості цієї інфекції [2, 7]. За оцінками експертів, ураженість дорослого населення на 2006 р. сягнула 1,2-1,4% [16]. Зберігається тенденція зростання кількості інфікованих, яким діагноз встановлений вперше, нерідко — вже в термінальній стадії хвороби. Якщо в 2005 р. в Україні було зареєстровано 13770 нових випадків ВІЛ-інфекції, то за 11 місяців 2006 р. — 14543, що в середньому становить 1300 випадків на місяць [10]. Особливо несприятливими залишаються Дніпропетровська, Одеська, Донецька, Миколаївська області та республіка Крим [4]. Непокоїть збільшення кількості виявлених ВІЛ-інфікованих серед донорів і вагітних жінок — показник інфікування складає 1,13% та 0,31% відповідно [10]. За

зростанням кількості дітей, що народжені ВІЛ-позитивними матерями, Україна вважається однією з найгірших країн в Європі [9]. Основними групами ризику залишаються ін'єкційні наркомани та особи, що мають безладні статеві стосунки. Проте, за такої епідемічної ситуації, що склалася в Україні, інфекція вийшла за межі певних груп ризику. Без перебільшення можна сказати, що на сьогоднішній день все населення країни знаходиться в небезпеці щодо зараження ВІЛ.

Основним закладом для надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД у столиці України є міський центр боротьби з ВІЛ/СНІДом, проте на практиці провідна роль у виявленні інфікованих належить непрофільним лікувальним установам. Так, тільки в одній клінічній лікарні № 9 м. Києва впродовж 2006 р. були діагностовані 36 випадків ВІЛ-інфекції, з них 17 — в клініці інфекційних хвороб Національного медичного університету. Нерідко діагноз ВІЛ-інфікованим вперше встановлюють не в спеціалізованому відділенні, а в будь-якому іншому медичному закладі лікарі різних спеціальностей: дерматологи, стоматологи, невропатологи та інші, залежно від клінічних проявів, якими маніфестує хвороба. Нині відсутні медичні спеціальності,

до фахівців з яких не зверталися б за допомогою ВІЛ-інфіковані. Проте, найчастіше з проблемами первинної діагностики ВІЛ-інфекції стикаються інфекціоністи. Наводимо дані наших спостережень.

Впродовж 2006 р. у клініці інфекційних хвороб НМУ під наглядом знаходились 17 пацієнтів віком від 22 до 39 років (лише троє з них — старші за 30 років) із вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, з них 16 — чоловіки. Діагноз був верифікований в загальноновстановленому порядку стандартизованими серологічними методами. В 4 випадках застосовували імунохроматографічний метод експрес-діагностики [3], результати якого збігалися з офіційними серологічними даними. За клінічною класифікацією, що затверджена наказом МОЗ України [12], у 12 (70,58%) хворих діагностована II, у 4 (23,52%) — III і у 1 — IV (5,88%) стадії ВІЛ-інфекції.

Хворі направлялись до стаціонару з діагнозами: грип, гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ), кір, краснуха, фолікулярна ангіна, інфекційний мононуклеоз, гострий менінгіт, менінгоенцефаліт, лихоманка невідомого генезу, гіпертермічний синдром, харчова токсикоінфекція, дизентерія, малярія. Таке розмаїття первинних діагнозів має об'єктивні підстави і лише підкреслює складність диференціальної діагностики [5, 8].

Відомо, що клінічні прояви ВІЛ-інфекції, в тому числі і ті, що виникли вперше, можуть поєднувати провідні симптоми усіх вищезазначених станів [13, 14]. Наші спостереження свідчать, що у хворих на ВІЛ-інфекцію нерідко симптомів забагато для однієї нозологічної форми, часто поєднуються ознаки декількох вторинних інфекцій. Так, наприклад, у хворого, що був направлений із діагнозом "ГРВІ", крім катарального синдрому були виявлені збільшення печінки, діарея, гарячка ремітуючого типу, що тривала понад тиждень. У пацієнта з первинним діагнозом "інфекційний мононуклеоз" сукупно із лімфаденопатією, гепатолієнальним синдромом, типовими змінами в гемограмі були наявні ознаки афтозного стоматиту; у хворого з основною скаргою на рідкі випорожнення спостерігались менінгеальний синдром,

висип розеолезно-папулезного характеру, збільшення периферійних лімфовузлів.

Складність диференціальної діагностики посилює наявність у пацієнтів патології, не пов'язаної патогенетично із ВІЛ. Так, у хворого — інваліда I групи після черепно-мозкової травми було неможливо без додаткових інструментальних методів (МРТ) встановити діагноз абсцесів і пухлини головного мозку, тим більше — провести диференціально-діагностичну межу між післятравматичною енцефалопатією і СНІД-дементним синдромом. Іншому хворому на підставі клініко-епідеміологічних даних був виставлений діагноз "малярія", який підтвердився після виявлення у крові трофозоїтів *pl. vivax*. У результаті проведеного лікування делатілом малярійний плазмодій у крові не визначався, проте гарячка у хворого зберігалась, що стало приводом для обстеження на ВІЛ-інфекцію; позитивний результат дозволив уникнути діагностичної помилки. Про можливість поєднання малярії і ВІЛ-інфекції свідчать і дані літератури [1, 6]. Однак, випадок цікавий тим, що це був громадянин України з високим соціальним статусом.

Вагомою підставою для обстеження на ВІЛ-інфекцію можна було б вважати відповідний епідеміологічний анамнез. Проте, в групі спостереження лише 6 хворих зазначили, що вживали наркотики доведено або мали безладні статеві стосунки. Більшість пацієнтів заперечували будь-які фактори ризику щодо зараження ВІЛ в анамнезі. За наявності клінічних показань, відсутність, на перший погляд, епідеміологічних передумов, не повинна бути аргументом для відмови від призначення хворому специфічного лабораторного обстеження на ВІЛ-інфекцію. Один із пацієнтів, що знаходився в клініці з діагнозом "інфекційний мононуклеоз", не належав до груп ризику, вів здоровий, соціально активний спосіб життя. Наявність *herpes labialis*, афтозного стоматиту і припущення щодо можливого герпетичного ураження стравоходу (скарги на дискомфорт за грудиною під час ковтання) стали приводом для обстеження його на ВІЛ-інфекцію. Після отримання позитивного результату з'ясували, що в анамнезі у хво-

рого за 7 років до госпіталізації була післятравматична спленектомія. Вірогідно, під час хірургічного втручання вводились препарати донорської крові, що і могло призвести до інфікування ВІА.

Основні клінічні прояви у хворих, що знаходились під наглядом, наведені в таблиці.

У всіх пацієнтів відзначалось підвищення температури, що було основним приводом для звернення за медичною допомогою. Гарячка тривала в середньому $17,2 \pm 2,4$ діб, мала ремітуючий або неправильний характер, супроводжувалася помірно вираженим загальнотоксичним синдромом. У 14 (82,35%) хворих виявлялась генералізована лімфаденопатія. У решти периферійні лімфовузли не були збільшеними, в тому числі у хворого в термінальній стадії хвороби.

Ураження слизової оболонки ротової порожнини проявлялося афтозним стоматитом (5 (29,14%) хворих), грибковим сто-

матитом (4 (23,52%) хворих), парадонти-том та ангулярним хейлітом — по 2 (11,76%) хворих. Гіперемія піднебінних мигдаликів спостерігалась у 5 (29,14%) пацієнтів.

Екзантема у вигляді дрібних плям та папул локалізувалась переважно на тулубі та обличчі, рідше — на кінцівках. Тривалість висипу — від 3-5 діб (у 4 хворих) до 2-х і більше тижнів (2 хворих).

Ураження нервової системи були представлені синдромами серозного менінгіту (1 хворий), серозного менінгоенцефаліту (2 хворих), гострого бактерійного менінгоенцефаломієліту (1 хворий). В одного пацієнта в термінальній стадії СНІДу мали місце численні абсцеси головного мозку і первинна лімфома у лобній ділянці (діагноз підтверджено патологоанатомічно).

З 16 (94,1%) хворих з гепатомегалією лише у 3 (18,75%), за даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, визначались ознаки хронічного ге-

Таблиця

Основні клінічні прояви у хворих на ВІА-інфекцію в групі спостереження

Симптоми	Частота виявлення (n=17)
Гарячка	17
Міалгія, артралгія	14
Головний біль	15
Біль у горлі	6
Кашель	5
Стоматит	9
Herpes labialis	5
Волосата лейкоплакія	0
Генералізована лімфаденопатія	14
Екзантема	6
Ураження нервової системи	5
Гепатомегалія	16
Спленомегалія	8
Діарея	4
Зменшення маси тіла	5

патиту, в тому числі в 1-го — портальної гіпертензії. За результатами дослідження крові методом ІФА, у цих пацієнтів виявлені маркери вірусних гепатитів В і С. У 8 (47,05%) хворих, за даними УЗД, відмічалось збільшення селезінки. Підвищення активності трансаміназ до 1,2-2,7 ммоль/л год спостерігалось у 7 (41,1%) пацієнтів. Привертає увагу висока частота підвищення тимолової проби: у 15 (88,23%) осіб цей показник становив $10,1 \pm 2,3$ од. У жодному випадку не було ознак жовтяниці.

Нині правила переведення хворого в спеціалізований центр ВІЛ/СНІДу передбачають обов'язкову верифікацію діагнозу. На практиці це означає, що з моменту призначення лікарем специфічного серологічного дослідження до офіційного отримання позитивного результату, який дозволяє вирішити питання про місце подальшого перебування ВІЛ-інфікованого, хворий залишається у відділенні впродовж близько 2-х тижнів. Це призводить до того, що частина хворих виписується з клініки за наполяганням, не дочекавшись результату обстеження на ВІЛ-інфекцію. В групі спостереження 5 пацієнтів, у яких ліжкодень становив 5-15 діб, були виписані додому з іншими діагнозами. При цьому виникли закономірні труднощі в проведенні післятестового консультування (деяких хворих не вдалось розшукати) і статистичного обліку. У хворого, який помер у відділенні інфекційної реанімації, були типові клінічні ознаки СНІД-асоційованих опортуністичних захворювань, які, в сукупності з даними епідеміологічного анамнезу, дозволили припустити діагноз ВІЛ-інфекції з першого дня його перебування в стаціонарі. Обстеження з використанням імунохроматографічного експрес-методу дозволило підтвердити цей діагноз впродовж 30 хвилин. Проте, хворий знаходився у відділенні впродовж 7 діб, і, навіть після смерті, не було можливості офіційно верифікувати діагноз до отримання відповіді з референсної лабораторії (позитивний результат надійшов кілька днів поспіль). Ситуацію ускладнює неможливість обстеження на ВІЛ-інфекцію хворих без їхньої на це згоди, як передбачено діючим законодавством [11]. Один з

пацієнтів з клінікою розгорнутого СНІДу (лихоманка впродовж 1,5 міс., втрата маси тіла більше 10%, тривала діарея, генералізована лімфаденопатія, серозний менінгоенцефаліт, анемія і лейкопенія в гемограмі) категорично відмовлявся від обстеження. Через певний час пацієнт погодився на обстеження, після отримання позитивного результату дослідження сироватки крові методом ІФА, з'ясувалося, що пацієнт уже не один рік перебуває на обліку в центрі ВІЛ/СНІДу. Термін госпіталізації в клініці інфекційних хвороб в цьому випадку становив 26 діб.

Неважко порахувати, скільки коштує обстеження і лікування такого хворого лікарні. Адже, цільове фінансування отримує центр ВІЛ/СНІДу. Складається парадоксальна ситуація: спеціалізоване відділення, на яке держава виділяє чималі кошти, персонал якого отримує додаткові пільги, має справу з цією категорією хворих тільки після остаточної верифікації діагнозу. А персонал інших медичних закладів, де вперше встановлюють діагноз ВІЛ/СНІДу, впродовж якнайменше 10-14 днів змушений проводити диференціальну діагностику, яка часто потребує застосування складних і недешевих, у тому числі — інвазивних методів обстеження, надавати допомогу цій категорії хворих. Навіть за умови, що кожного пацієнта, на сьогоднішній день, треба розглядати як потенційно ВІЛ-інфікованого, очевидно, що ризик зараження медичного персоналу в цих обставинах є чи не більшим, ніж у спеціалізованих відділеннях, де перебувають пацієнти з остаточно встановленим діагнозом. Можливо, настав час подумати не тільки про захист прав людини, інфікованої ВІЛ? Загрозлива епідемічна ситуація в Україні змушує задуматися над тим, як врятувати більшість населення від інфікування ВІЛ - реальної небезпеки для кожного громадянина нашої країни.

Висновки

1. В умовах зростання поширеності ВІЛ-інфекції в Україні провідна роль у виявленні інфікованих належить непрофільним лікувальним закладам.
2. Виявлені основні клінічні прояви в осіб із вперше встановленим діагнозом ВІЛ-

- інфекції: гарячка, генералізована лімфаденопатія, висип роzeольозного або роzeольозно-папульозного характеру, енантема, гепатолієнальний синдром, ураження нервової системи, діарея.
3. У більшості хворих із вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції виявлено підвищення тимолової проби навіть у випадках помірного збільшення печінки та нормальних показників трансаміназ за відсутності маркерів ВГ, що може розцінюватись як один із можливих проявів хвороби і потребує подальшого дослідження.
 4. У Протоколі про добровільне тестування на ВІЛ/СНІД доцільно зробити виняток для стаціонарних хворих з тим, щоб лікар рішенням консилиуму при наявності клінічних і/або епідеміологічних показань мав право призначати специфічне-серологічне обстеження незалежно від згоди пацієнта. Це дозволить більш ефективно, не гаючи часу проводити диференціальну діагностику в інтересах ВІЛ-інфікованих і ВІЛ-неінфікованих громадян.
 5. Шлях офіційного підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції у стаціонарі є невинновдано довгим, що збільшує перебування хворого у непрофільному відділенні на 10 - 14 діб. При позитивному обстеженні на ВІЛ-інфекцію подальшу диференціальну діагностику варто проводити в спеціалізованих відділеннях, де цей процес триватиме значно менше.
 6. Для первинного специфічного обстеження доцільним є широке впровадження імунохроматографічного методу експрес-діагностики, що дозволить прискорити верифікацію діагнозу, насамперед, у випадках, коли клінічний діагноз СНІДУ є найбільш вірогідним.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонюк В.В., Сабгайда Т.П. Распространение завозных случаев малярии и ВИЧ-инфекции в России// Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — М., 2004. — N1. — С.10-14.
2. Вырва Е.Е. Тенденции распространения ВИЧ/СПИДа в мире и Украине// Ліки України. — 2005. — N 9. — С.178-179.
3. Дзюблик И.В., Ковалюк Е.В. Эффективность быстрых иммунохроматографических тестов в диагностике ВИЧ-инфекции в Украине //Лабораторна діагностика: Наук.-практ. журн. — 2006. — N1. — С. 39-42.
4. Дядик В.П., Некрасова Л.С., Світа В.М., Новохатній Ю.О., Нестеренко Л.П. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДУ і заходи профілактики в Україні //Инфекционный контроль. — Одесса, 2005. — N1. — С.21.
5. Ермак, Т.Н., Кравченко А.В., Груздев Б.М. Вторичные заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией — 15-летнее наблюдение// Терапевтический архив. — М., 2004. — Т. 76, N4. — С.18-20.
6. Карпук Л.И., Унагаев Г.И. О регистрации случая микст-инфекции: малярия — ВИЧ/СПИД в г. Минске// Мед. паразитология и паразитарные болезни. — 2005, N 1. — С. 49-50.
7. Лапушенко О.В., Атоев К.Л., Бережнов С.П. и др. Оценка эскалации ВИЧ-инфекции и СПИДа в Украине. Информационная технология управления эпидемическим процессом и ранжирования рисков// Лікарська справа. — К., 2004. — N5/6. — С. 3-17.
8. Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Пастушков В.А. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. — СПб: Фолиант, 2003. — 144 с.
9. Мазус А.И., Голиусов А.А., Панкова Г.Ю., Мартынов Ю.В. ВИЧ-инфекция : динамика эпидемического процесса // Российский медицинский журнал: Науч.- практ. журн.. — 2006, N4. — С. 3-7.
10. "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні" // Інфоцентр.2007. — www.aidsalliance.kiev.ua
11. МОЗ України. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол). — 2006. — 119 с.
12. Наказ МОЗ України N 658 "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків" від 04.10.2006. — www.moz.gov.ua/ua/main/docID=6848
13. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция наступает// Терапевтический архив. — М., 2004. — Т. 76, N4. — С. 9-14.

14. Hecht FM, Dush MP, Rawal B, Webb M, Rosenberg E, Swanson M et al. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV infection. *Aids* 2002, 16:1119-1129. <http://amedeo.com/lit.phpid=11187417>

15. HIV/AIDS RESOURCE CENTER. <http://www.andpays.ru/chapters/statistic/global2006.htm>

16. Report on the global AIDS epidemic: executive summary — UNAIDS 10-th anniversary special edition. 2006. — www.unaids.org

УДК: 612.017.1:616 - 008

О.А. Гудзенко, И.В. Шестакова

"Маленькие" проблемы в решении глобальной задачи борьбы с ВИЧ-инфекцией

Проведен анализ клинических проявлений у 17 больных с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на разных стадиях болезни. Наиболее часто у больных отмечены лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, сыпь на коже и слизистых полости рта, гепатолиенальный синдром, поражения нервной системы, диарея. У большинства больных наблюдалось повышение тимоловой пробы, что требует дальнейшего изучения. Предложены пути оптимизации процесса обследования больных, сроков верификации диагноза.

УДК: 612.017.1:616 - 008

О.А. Gudzenko, I.V. Shestakova

The "Little" problems during the solving of the global task of fighting the HIV-infection

The analysis is made for 17 patients with recently defined diagnosis of the HIV-infection on different stages of disease. The fever, generalized lymphadenopathy, rash on skin and in the cavity of mouth, hepatomegaly, splenomegaly, wounds of the nervous system, diarrhea are noticed the most frequently. The increasing of timol-test was noticed in the most patients, what demands more studying. The ways of optimization the process of clinical and laboratory examination of the patients and the dates of diagnosis verification were offered.