

КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА СПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЛ/СНІДУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СУМІЖНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ НА КАФЕДРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Козько В.М., Граділь Г.І., Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О., Юрко К.В.

Епідемічний характер поширення ВІЛ/СНІДУ в Україні, незважаючи на значні зусилля вітчизняної та міжнародної медичної спільноти щодо його протидії, залишається суттєвою загрозою в сфері національної безпеки та негативно відображається на демографічній ситуації країни. За результатами дослідження, проведеного Міністерством охорони здоров'я України спільно зі Світовим банком (за фінансової підтримки Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та за технічної допомоги ЮНЕЙДС), точна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні невідома. Згідно з оперативною інформацією ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДУ та смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2014 року в Україні зареєстровано 1516 нових випадків ВІЛ-інфекції та 874 – СНІДУ, померло від СНІДУ 386 громадян. Таким чином, на цей період в Україні проживало 264657 ВІЛ-інфікованих осіб, серед яких діагноз СНІДУ було встановлено в 75714, а померло від цієї недуги 35287 осіб. Та за прогнозами фахівців з вивчення ВІЛ/СНІДУ фактична кількість хворих та інфікованих може бути вдвічі більшою за дані, які наводить офіційна статистика [1, 2, 6].

Вивчення студентами на додипломному етапі навчання ключових питань з проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДУ на кафедрах ХНМУ закономірно продовжується під час підготовки лікарів-інтернів на післядипломному етапі. Зазначені в частині актуальності масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Україні визначають й до того високу ймовірність професійного контакту з ВІЛ-інфікованим або хворим на СНІД лікарів загальної практики, медицини невідкладних станів, хірургів, невропатологів, гінекологів, дерматовенерологів та будь-якої іншої спеціальності.

Незважаючи на діагностичну значущість та інформативність значної кількості лабораторних, інструментальних, морфологічних, імунологічних та ін. діагностичних критеріїв виявлення відповідних клінічних проявів, характерних для ВІЛ/СНІДУ, і дотепер залишається основним відправним моментом для призначення специфічного дослідження зразка крові пацієнта на ВІЛ-інфекцію й подальшої верифікації діагнозу, призначення специфічної терапії.

Первинне обстеження пацієнта передбачає підтвердження клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції з визначенням її клінічної стадії, виявлення опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань (ВІЛ-індикаторних інфекцій, пухлин та станів, асоційованих з ВІЛ/СНІДом), оцінку ризику або вірогідності розвитку останніх з подальшим визначенням необхідності та характеру терапевтичних заходів, виявлення у хворого показань до призначення антиретровірусної терапії (АРТ) та сприяння соціально-психологічній адаптації у зв'язку з визначенням ВІЛ-позитивного статусу пацієнта.

Кожен ВІЛ-інфікований пацієнт або вперше виявлений ВІЛ-інфікований має бути обстежений первинно із застосуванням загальноприйнятих рутинних методів: шляхом опитування скарг і збору анамнезу (хвороби, життя, епідеміологічного анамнезу, застосування лікарських засобів; соціального анамнезу, з особливою увагою до скринінгу на депресію та побутове насильство), об'єктивного фізикального обстеження, лабораторного, інструментального обстеження. Виникає необхідність залучення та консультацій вузьких спеціалістів, найчастіше фтизіатрів, гінекологів, офтальмологів, дерматологів, невропатологів, психіатрів, наркологів, онкологів, урологів, хірургів, гістологів та інших [5].

Значно сприяють клінічній діагностиці, особливо при первинному виявленні ВІЛ-інфекції/СНІДу, знання клінічного перебігу та стадій захворювання (ВООЗ, 2010) [4].

Для первинної діагностики СНІДу (на етапі первинного звернення до лікаря) залишаються актуальними методи клінічної діагностики, у тому числі й так звані «критерії Бангі», рекомендовані ВООЗ [3]. Великі ознаки – втрата маси тіла більше 10% від початкової, хронічна діарея протягом більше ніж 1 місяця, тривала гарячка (постійна або інтермітуюча) протягом більше ніж 1 місяця. Малі ознаки – стійкий кашель більше ніж 1 місяць, генералізований сверблячий дерматит, герпес зостер в анамнезі, ротоглотковий кандидоз, хронічна прогресуюча або дисемінована герпегічна інфекція (простий герпес), генералізована лімфаденопатія. За наявності двох великих та однієї малої з наведених ознак можна клінічно припустити у хворого діагноз СНІДу.

АРТ є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією [5]. АРТ пригнічує реплікацію ВІЛ, сприяє відновленню функції імунної системи, а отже, подовженню та підвищенню якості життя ВІЛ-інфікованих, попереджує розвиток СНІД-асоційованих захворювань та передавання ВІЛ. Економічною складовою АРТ є зменшення витрат на лікування опортуністичних інфекцій, стаціонарне лікування та догляд за важкохворими. Епідеміологічною складовою ефективною АРТ вважається досягнення максимального пригнічення реплікації ВІЛ в організмі ВІЛ-інфікованого та зменшення при цьому ризику передачі ВІЛ. Таким чином, забезпечення універсального доступу до АРТ для усіх ВІЛ-інфікованих, хто її потребує, є одним з вирішальних чинників зменшення поширення ВІЛ-інфекції, найважливішою складовою ефективною профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Медичний супровід ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків, початок та проведення АРТ здійснюють відповідно до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків [5].

Зважаючи на те, що за ВІЛ-інфекції/СНІДу майже всі системи та органи інфікованого з часом зазнають впливу безпосередньо вірусу або збудників опортуністичних інфекцій, патологічний процес може розвинутися у будь-

якому органі та системі, а отже, хворий вперше може потрапити в поле зору лікаря будь-якої спеціальності. Це диктує необхідність вільно та у повній мірі володіти знаннями щодо особливостей органно-системних проявів ВІЛ/СНІДу як лікарям загальної практики, так і, звісно, лікарям певного вузького профілю, які, в залежності від проявів ВІЛ/СНІДу у конкретного пацієнта, першими можуть стикатися з цією категорією хворих.

Важливим та дієвим інструментом підвищення якості підготовки лікарів-інтернів суміжних спеціальностей з питань клінічної діагностики та специфічної терапії ВІЛ/СНІДу може стати поглиблення міжпредметного інтегрування кафедр, на яких вивчаються питання ВІЛ/СНІДу, а також удосконалення підходів, методів і методики викладання, наприклад, у формі диспутів, інтерактивних конференцій, тренінгів, клініко-патоморфологічних конференцій, тощо.

Для первинного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції/СНІДу або виникнення підозри на наявність цього захворювання та прийняття рішення щодо призначення таким пацієнтам АРТ основною залишається клінічна діагностика. Тому знання лікарями-інтернами суміжних спеціальностей ключових клінічних проявів, стадій ВІЛ/СНІДу є запорукою ранньої та своєчасної діагностики, що сприятиме подоланню епідемічного поширення інфекції та мінімізації її негативних наслідків.

Література:

1. www.dovidnyk.org
2. Актуальні питання діагностики, лікування та профілактики ВІЛ/СНІДу: монографія / В.М. Козько, А.В. Бондаренко, К.В. Юрко. – Харків: Раритети України, 2012. – 208 с.
3. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: В 3 т. – К.: Здоров'я, 2001. – Т 2. – 696 с.
4. Інфекційні хвороби: підручник / За ред. О.А. Голубовської. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 728 с.
5. Наказ МОЗ України від 12.07.2010 № 551 "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків".
6. Профілактика ВІЛ-інфікування на робочому місці медичного працівника // СНІД Фонд Схід-Захід, 2011. – 35 с.

НАУКОВО-ДОСЛІДНА ТА АНАЛІТИЧНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ЇХНЬОЇ ПІДГОТОВКИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ТЕРАПІЯ»

*Кравчук П.Г., Шелест О.М., Добровольська І.М.,
Шушлятин О.І., Сідоров О.П., Ринчак П.І.*

Постановка проблеми

Основними завданнями, які стоять перед кафедрою внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології, є підвищення якості підготовки інтернів-терапевтів та здатності до самостійної лікарської діяльності в контексті Болонського процесу.