

# Обґрунтування інтегрованого підходу ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією травної системи

Ольга Голубовська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Володимир Висоцький

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Вступ.** Серед основних стратегічних та оперативних цілей Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року в Україні визначено забезпечення всебічного доступу до лікування ВІЛ-інфекції, підвищення ефективності моніторингу та супроводу лікування, як опортуністичних інфекцій, так і інших соматичних станів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Визнається ключова роль сімейних лікарів у виявленні та лікуванні багатьох хронічних гастроентерологічних ускладнень у ВІЛ-інфікованих пацієнтів із моніторингом вживання ними препаратів, що часто застосовуються при таких патологіях та взаємодіють із антиретровірусними препаратами.

Мета дослідження: Підвищити ефективність ранньої діагностики та тактики інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих хворих лікарями ЗПСМ шляхом з'ясування особливостей перебігу ВІЛ-інфекції за наявності коморбідної патології травної системи та створення алгоритму надання медичної допомоги цим хворим.

Матеріал та методи. Дослідження проводилися на базах п'яти регіональних центрів ВІЛ/СНІДу України впродовж 2017-2019 років. Рандомізовано відібрані 342 дорослих ВІЛ-інфікованих пацієнти були розподілені на дві групи – з супутнім ураженням та без супутнього ураження травної системи. Використовувались наступні методи дослідження: загальноклінічні та лабораторні біохімічні, молекулярно-генетичні, імунологічні, імуноферментні, інструментальні (ФГДС, рентгенографія органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія грудної та/або черевної порожнини), аналіз первинної медичної документації, консультації суміжних спеціалістів за показаннями, анкетування, статистичні методи.

**Результати.** Встановлено, що частота виявлення патології травної системи у пацієнтів з II, III та IV клінічними стадіями ВІЛ-інфекції спостерігалась достовірно частіше, ніж у пацієнтів з I клінічною стадією, достовірно частіше поєднувалась з туберкульозом, кандидозом, хворобами нирок та ВІЛ-енцефалопатію та мала комбінований характер. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів з патологією травної системи достовірно частіше спостерігались прояви астеновегетативного і диспептичного синдромів, зниження маси тіла, анемія і лейкопенія, підвищення активності печінкових ферментів, низький рівень CD4+ лімфоцитів та збереження вірусного навантаження на тлі антиретровірусної терапії. За наявності патології травної системи достовірно частіше спостерігалися заміни, перерви та прояви побічної дії антиретровірусної терапії. Результати проведеного аналізу опитування лікарів показали роль лікарів ЗПСМ в поточному обстеженні та веденні ВІЛ-інфікованих осіб із коморбідною патологією травної системи.

**Висновки.** Для виявлення захворювань органів ТС у ВІЛ-інфікованих необхідно проводити комплексне лабораторно-інструментальне обстеження з урахуванням можливості комбінованої патології. Запропонований алгоритм інтегрованого ведення ВІЛ-



інфікованих хворих із коморбідною патологією ТС лікарями ЗПСМ з урахуванням найбільш інформативних клінічних та лабораторних критеріїв, дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики і тактики інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих хворих лікарями загальної практики – сімейної медицини.

## Актуальність

Серед основних стратегічних та оперативних цілей Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року в Україні визначено забезпечення всебічного доступу до лікування ВІЛ-інфекції, підвищення ефективності моніторингу та супроводу лікування, як опортуністичних інфекцій, так і інших соматичних станів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів 1. Епідемія в Україні оцінюється як друга за величиною епідемія ВІЛ у Східній Європі та Центральній Азії. Разом з тим, у 2019 році Україна одна з небагатьох у регіоні досягла успіхів щодо забезпечення ефективності АРТ та суттєво наблизилась до цілі «90% ЛЖВ, які знають свій статус, отримують АРТ» 2.

На важливість розширення надання та формування прихильності до антиретровірусної терапії (АРТ) із включенням послуг, спрямованих на лікування ко-інфекцій та супутніх патологій в комплекс послуг з профілактики, лікування, допомоги та підтримки ВІЛ-інфікованих пацієнтів наголошується Стратегією «На шляху прискорення для подолання СНІДу» Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS). Підкреслюється необхідність впровадження інтеграції медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам із лікуванням коморбідних соматичних захворювань. Визнано, що найкращий результат як для пацієнта, так і для досягнення глобальної мети боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції може забезпечити орієнтований на пацієнта клінічний моніторинг підтримки АРТ протягом усього життя 3 4 5 6. Сучасний підхід призначення АРТ для всіх, хто живе з ВІЛ з будь-якою кількістю клітин CD4, широко відомий як «Test and Start», дозволяє пацієнтам отримувати АРТ відразу після постановки діагнозу ВІЛ-інфекції, що значно поліпшує результати лікування. Дослідження показали зниження захворюваності і смертності від ВІЛ на 53% в результаті раннього початку призначення АРТ 7. У 2019 році в Україні було затверджено новий Клінічний протокол із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції 8.

Слід зазначити, що хвороби органів травної системи (ТС) в Україні у загальній структурі поширеності за класами хвороб серед усього населення займають 3-є місце (9,8 %), у структурі захворюваності - 7-е місце (4,1 %). Беручи до уваги, що від цих захворювань страждають всі вікові групи населення нашої країни, а більшість пацієнтів знаходяться в працездатній групі, зростає медико-соціальна актуальність захворювань органів травлення та врахування їх впливу на організаційні стратегії системи охорони здоров'я 9 10. Зважаючи на частоту коморбідності ВІЛ-інфекції із захворюваннями органів травної системи (ТС), актуальним питанням залишається вивчення можливостей їх ранньої діагностики для попередження ризиків ускладнень, перерв чи відмов від отримання безперервної антиретровірусної терапії (АРТ) внаслідок патології ТС. Це набуває особливої важливості з огляду на те, що фактично кожна третя смерть ВІЛ-інфікованих осіб в Україні не була пов'язана із перебігом ВІЛ-інфекції, а була обумовлена супутньою патологією. За результатами аналізу причин смерті ВІЛ-інфікованих людей в Україні у 2019 році в кожному другому випадку (52%) вони були безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, зокрема внаслідок СНІДу померли 2977 осіб (з них половина - від ко-інфекції ВІЛ/ТБ). Варто звернути увагу на те, що серед цієї категорії осіб лише 57% отримували АРТ 2.

Важливо зазначити, що розширення мережі установ і організацій, що надають медичну допомогу ЛЖВ, збільшилось в останні роки переважно за рахунок відкриття нових сайтів на базі амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я. Надання медичної допомоги у

зв'язку з ВІЛ-інфекцією забезпечують 439 сайтів АРТ, кількість яких з 2017 року збільшилась на третину. Все це позитивно впливає на ранню діагностику ВІЛ-інфекції, своєчасний початок АРТ, формування прихильності до лікування та належного супроводу [2](#).

Підкреслюється, що активне залучення працівників первинної медичної допомоги (ПМД) до лікування, точкового тестування та використання впорядкованих алгоритмів управління гепатитами В і С у пацієнтів груп ризику сприяє підвищенню ефективності догляду як за пацієнтом, так і громадою, в якій він живе [11](#). Міжнародний досвід демонструє визначальну роль сімейних лікарів у виявленні та лікуванні багатьох хронічних гастроентерологічних ускладнень у ВІЛ-інфікованих пацієнтів із моніторингом вживання ними препаратів, що часто застосовуються при таких патологіях та взаємодіють із антиретровірусними препаратами [12](#). Для покращення постійного доступу до безперервної АРТ ще більше зростає значення децентралізації надання ВІЛ-сервісних послуг до рівня закладів первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Саме на лікарів загальної практики-сімейної медицини покладено забезпечення постійної, координованої та всебічної інтегрованої медичної допомоги для всіх категорій пацієнтів та управління численними потребами пацієнтів у сфері охорони здоров'я, незалежно від нозології захворювання, що відповідає міжнародним стратегіям боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції [13](#) [14](#) [15](#). Враховуючи, що саме громада первинної медичної допомоги визнається наріжним каменем припинення епідемії ВІЛ, наголошується на підвищенні ефективності участі лікарів первинної медичної допомоги у впровадженні ефективних технологій профілактики та лікування ВІЛ-інфекції та розробці стандартизованих робочих процесів для обстеження ризику на ВІЛ та призначення необхідної терапії. Наприклад, профілактики преекспозиції (PrEP), яка знижує ризик зараження ВІЛ на 97% у пацієнтів з високим ризиком інфікування ВІЛ. PrEP було визначено як частину національної стратегії боротьби з епідемією ВІЛ у США до 2030 року, а в липні 2019 року PrEP отримав рекомендацію від Оперативної групи з превентивних служб США (NEJM JW Infect Dis Jun 2019 та JAMA 2019); 321: 2203) [16](#).

Таким чином, особливої актуальності набуває проблема вивчення особливостей, шляхів удосконалення та формування сучасного інтегрованого, пацієнт-орієнтованого підходу до ведення сімейними лікарями ВІЛ-інфікованих пацієнтів з коморбідною соматичною патологією органів травної системи.

## Мета дослідження

Підвищити ефективність ранньої діагностики та тактики інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих хворих лікарями ЗПСМ шляхом з'ясування особливостей перебігу ВІЛ-інфекції за наявності коморбідної патології травної системи та створення алгоритму надання медичної допомоги цим хворим.

## Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводилися на клінічних базах кафедри інфекційних хвороб та Навчально-наукового центру - Українського тренінгового центру сімейної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, а саме: Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні №5 та 4-х регіональних центрів ВІЛ/СНІДу Одеської, Херсонської, Миколаївської та Дніпропетровської областей впродовж 2017-2019 років. Методом рандомізованої вибірки були відібрані 342 пацієнта, що перебували на обліку Центрів ВІЛ/СНІДу та мали підтверджений діагноз ВІЛ-інфекції. Діагноз ВІЛ-інфекції встановлювався та підтверджувався на підставі існуючих рекомендацій і протоколів [17](#).

Розподіл пацієнтів на групи проводився в залежності від наявності або відсутності патології травної системи на тлі ВІЛ-інфекції. Основну групу (ОГ) склали 252 хворих з патологією

органів травлення (140 чоловіків, 122 жінки), середній вік склав  $42,7 \pm 0,6$  років. Контрольну групу (КГ) склали 90 хворих без ознак ураження травної системи (47 чоловіків та 43 жінки) з середнім віком  $38,7 \pm 1,1$  років. В ОГ переважали хворі з II, III та, особливо, з IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції, в КГ – з I стадією,  $p < 0,05$ . Групи були співставні по віку та статевому складу, в обох групах незначно переважали чоловіки.

Обстеження пацієнтів проводились із дотриманням вимог існуючих біоетичних норм та наукових стандартів. Використовувались результати наступних методів дослідження: загальноклінічні та лабораторні біохімічні, молекулярно-генетичні, імунологічні, імуноферментні, інструментальні (ФГДС, рентгенографія органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія грудної та/або черевної порожнини), аналіз первинної медичної документації, консультації суміжних спеціалістів за показаннями, анкетування, статистичні методи. Статистична обробка результатів дослідження проведена за допомогою програмного забезпечення у пакеті EZR 1.41 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Japan), яке є аналітичним інструментом з різними параметрами, зокрема для непараметричних статистичних методів та графічної візуалізації результатів.

## Результати дослідження та їх обговорення

Порівняння ОГ та КГ проводилось по характеру супутньої патології, частоті клінічних проявів та змін гематологічних, біохімічних, імунологічних та вірусологічних показників. У пацієнтів ОГ у порівнянні з КГ достовірно частіше спостерігалися туберкульоз ( $p < 0,01$ ), кандидоз ( $p < 0,05$ ), хвороби нирок ( $p < 0,001$ ) та ВІЛ-енцефалопатія ( $p < 0,01$ ). За допомогою критерію  $\chi^2$  було розраховано взаємозв'язок між виявленням патології травної системи та наявністю супутнього захворювання, як фактору, що підвищує вірогідність цієї патології. Значимість взаємозв'язку вважалась доведеною у випадках, коли довірчий інтервал був за межами відсутності ефекту, що дорівнює 1 ([Таблиця 1](#)).

Фактор	Відношення шансів	Стандартна помилка шансів	Довірчий інтервал ВІШ 95%
Кандидоз	2,055	0,262	1,229-3,436
Туберкульоз	1,961	0,302	1,086 - 3,541
ВІЛ-енцефалопатія	4,471	0,447	1,860-10,747
Хвороби нирок	3,696	0,489	1,418-9,631

**Таблиця 1.** Відношення шансів виявлення патології ТС за наявності супутніх захворювань

Згідно одержаним даним, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів наявність кандидозу та туберкульозу вдвічі підвищувало шанс виявити захворювання ТС, а наявність ВІЛ-енцефалопатії та хвороб нирок – в 4,5 та 3,7 разів, відповідно.

Серед уражень ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів найчастіше виявлялись гепатити різної етіології – у 220 (87,3%) пацієнтів ОГ, серед них хронічний гепатит С (ХГС) – 128 (50,8%), хронічний гепатит В (ХГВ) – 9 (3,6%), ХГС+ХГВ – 9 (3,6%), ХГ невідомої етіології – 74 (29,4%) пацієнтів. Другим по частоті ураженням ТС був хронічний панкреатит, який був встановлений 116 (46,0%) пацієнтам ОГ. Ураження гастро-дуоденальної зони у 88 (34,9%) пацієнтів ОГ виявлялися як ізольовано, так і в різних поєднаннях. Найчастіше серед них діагностувався гастродуоденіт (ГД) – у 47 (53,4%) осіб, гастрит – у 14 (15,9%) осіб, виразкова хвороба – у 4 (4,5%) пацієнтів. У решти 23 (26,1%) обстежених патологія гастро-дуоденальної зони мала комбінований характер. Хронічний холецистит було виявлено у 74 (29,4%) пацієнтів ОГ, з них у 66 (89,2%) осіб некалькульозний і у 8 (10,8%) – калькульозний. Кандидозний езофагіт спостерігався у 13 (5,2%) обстежених пацієнтів і спостерігався лише у ВІЛ-інфікованих з IV клінічною стадією. Коліт спостерігався у 8 (3,2%) пацієнтів ОГ. Звертає увагу, що у переважній більшості обстежених – 150 (59,5%) патологія травної системи мала комбінований характер, тобто одночасно виявлялось ураження двох та більше органів.

Частота виявлення патології ТС зростала по мірі прогресування ВІЛ-інфекції: у пацієнтів з II, III і клінічними стадіями вона спостерігалась достовірно частіше, ніж у хворих з I клінічною стадією - у 43 (45,7%) пацієнтів з I клінічною стадією,  $p > 0,05$ , у 30 (83,3%) з II клінічною стадією ( $p < 0,05$ ), у 69 (90,8%) з III ( $p < 0,05$ ) і у 115 (81,0%) з клінічною стадією,  $p < 0,05$ . Особливості клінічного перебігу ВІЛ-інфекції у пацієнтів з коморбідною патологією ТС та без неї представлені в [Таблиця 2](#).

Симптоми	ОГ		КГ		p
		n	%	n	
Слабкість	123	48,8	17	18,9	<0,001
Зниження маси тіла	66	26,2	9	10,0	<0,01
Підвищення температури тіла	63	25,0	8	8,9	<0,01
Когнітивні порушення та неврологічна симптоматика	54	29,0	6	8,9	<0,01
Зниження апетиту	67	26,6	7	7,8	<0,001
Нудота	45	17,9	2	2,2	<0,001
Біль в епігастрії	49	19,4	7	7,8	<0,05
Свербіж шкіри	24	9,5	1	1,1	<0,01

**Таблиця 2.** Клінічні симптоми у ВІЛ-інфікованих пацієнтів ОГ та КГ

Інші прояви астеновегетативного синдрому (головний біль, блідість), диспептичного синдрому (блювання, печія, діарея, здуття живота), а також кашель та висип, тощо спостерігались у пацієнтів ОГ та КГ з однаковою частотою,  $p > 0,05$ .

При аналізі гематологічних показників встановлено, що анемія спостерігалась у 94 (48,5%) пацієнтів ОГ та 11 (34,5%) пацієнтів КГ,  $p < 0,05$ , лейкопенія була виявлена у 59 з 193 пацієнтів ОГ, що складає 30,6% та у 4 з 28 пацієнтів КГ, що складає 14,3%,  $p < 0,05$ , а лейкоцитоз навпаки, достовірно частіше виявлявся в КГ - у 6 (21,4%), в порівнянні з ОГ - у 8 (4,2%),  $p < 0,05$ . Статистичної різниці в частоті підвищення швидкості осідання еритроцитів у 95 пацієнтів ОГ та КГ, не виявлено,  $p > 0,05$ . При порівнянні середніх значень основних гематологічних показників - рівня гемоглобіну, еритроцитів та швидкості осідання еритроцитів - не виявлено статистично значимої різниці,  $p > 0,05$ , а середній рівень лейкоцитів в КГ виявився статистично достовірно вищим, ніж в ОГ,  $p < 0,05$ .

В ОГ біохімічний аналіз крові було проведено 117 пацієнтам, що складає 46,4% від чисельності групи, в КГ - 42 пацієнтам (46,7 % від складу групи),  $p > 0,05$ . Не виявлено статистичної різниці в частоті зниження рівню загального білку та гіпоальбумінемії,  $p > 0,05$ . Достовірно частіше у пацієнтів ОГ спостерігалось підвищення рівнів активності аланінтрансамінази (АЛТ) та гамма-глутамінтранспептидази (ГГТП), а також сечовини та креатиніну,  $p < 0,05$ . При порівнянні середніх показників загального білку, альбуміну, сечовини та креатиніну між ОГ та КГ не виявлено статистично достовірної різниці,  $p > 0,05$ , проте середні рівні активності АЛТ, АСТ та ГГТ були статистично вищими в ОГ,  $p < 0,05$ .

Дослідження імунологічного статусу ВІЛ-інфікованих пацієнтів ОГ та КГ показали, що нормальні показники кількості CD4-лімфоцитів спостерігались у 75 (32,1%) проти 37 (52,1%) в КГ,  $p < 0,05$ , помірне зниження у 96 (41,0%) обстежених пацієнтів ОГ і у 25 (35,2%) в КГ,  $p > 0,05$ , а рівень CD4-лімфоцитів, що відповідає стану просунутого імунодефіциту, виявився в ОГ у 63 (26,9%) проти 9 (12,7%),  $p < 0,01$ . Тобто у пацієнтів ОГ статистично достовірно частіше виявлявся просунутий імунодефіцит і рідше нормальні показники кількості CD4.

Середній показник кількості CD4 складав в ОГ  $418,96 \pm 18,26$  кл/мкл (Me=394, Mo=190) і є статистично достовірно нижчим, ніж в КГ -  $548,7 \pm 40,15$  кл/мкл (Me= 525,5, Mo=808),  $p < 0,01$ .

Всі пацієнти, що увійшли у дослідження отримували антиретровірусну терапію, одним з критеріїв ефективності якої була вірусологічна відповідь. По результатам вірусологічного обстеження встановлено, що переважна кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів (174 (69,0%) в ОГ та 79 (87,8%) в КГ) на тлі АРТ досягли вірусологічної відповіді з рівнем вірусного навантаження меншим 40 копій/мл,  $p < 0,05$ . Проте в ОГ було 78 (31,0%) пацієнтів, у яких вірусне навантаження було більше, ніж рівень, який не визначається, що статистично достовірно більше, ніж в КГ - 11 (12,2%),  $p < 0,05$ .

Наявність непролікованих коморбідних захворювань органів травлення при ВІЛ-інфекції можливо було фактором, що впливав на ефективність АРТ. Заміни та перерви АРТ, як і частота побічних реакцій, в ОГ була достовірно частіше, ніж в КГ,  $p < 0,05$ . Серед побічних ефектів, що вимагали корекції терапії, найчастіше спостерігались відсутність імунної відповіді, гематотоксична дія, що проявлялася розвитком анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії або панцитопенії, ліподисторфія, виражений диспепсичний синдром у вигляді нудоти, блювання, болю в животі. Серед пацієнтів, у яких виявились небажані ефекти АРТ, статистично достовірно переважали пацієнти ОГ: гематотоксичність у 18 (81,8%) пацієнтів ОГ проти 4 (18,2%) пацієнтів КГ,  $p < 0,05$ ; відсутність імунологічної відповіді у 20 (90,9%) проти 3 (13,6%),  $p < 0,05$ ; ліподисторфія 6 (27,3%) проти 1 (4,6%),  $p < 0,05$ , диспептичний синдром у 9 (100%) проти 0,  $p < 0,05$ .

На підставі вивчення матеріалів спостереження ВІЛ-інфікованих пацієнтів були виявлені наступні маркери - фактори ризику розвитку в них патології ТС, а саме:

- Прояви астено-вегетативного синдрому (слабкість, головний біль, блідість, підвищення температури, зниження ваги).
- Прояви диспептичного синдрому (анорексія, біль в животі).
- Стадія ВІЛ-інфекції (III, IV).
- Супутні захворювання (туберкульоз, кандидоз, хвороби нирок).
- ВІЛ-енцефалопатія (когнітивні порушення, неврологічна симптоматика).
- Зміни лабораторних показників (анемія, лейкопенія, підвищення АЛТ).
- Низький рівень CD4+лімфоцитів (нижче 500 кл/мкл).
- Відсутність вірусологічної відповіді на АРТ (вірусне навантаження  $> 40$  копій/мкл).

Слід зазначити, що особливої актуальності це набуває в розрізі актуальної поточної практики закладів первинної медичної допомоги (ПМД), коли на сімейних лікарів покладено здійснення медичного обслуговування пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та ведення їх супутньої соматичної патології, безпосередньо пов'язаних з наданням ПМД. Так, заклади (ПМД) вже у своїй теперішній поточній практиці успішно здійснюють сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ-інфекції, офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед громадян, включно із структурою шляхів передачі ВІЛ, а також нових випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих, згідно з наказом МОЗ України № 180 від 05.03.2013 [18](#).

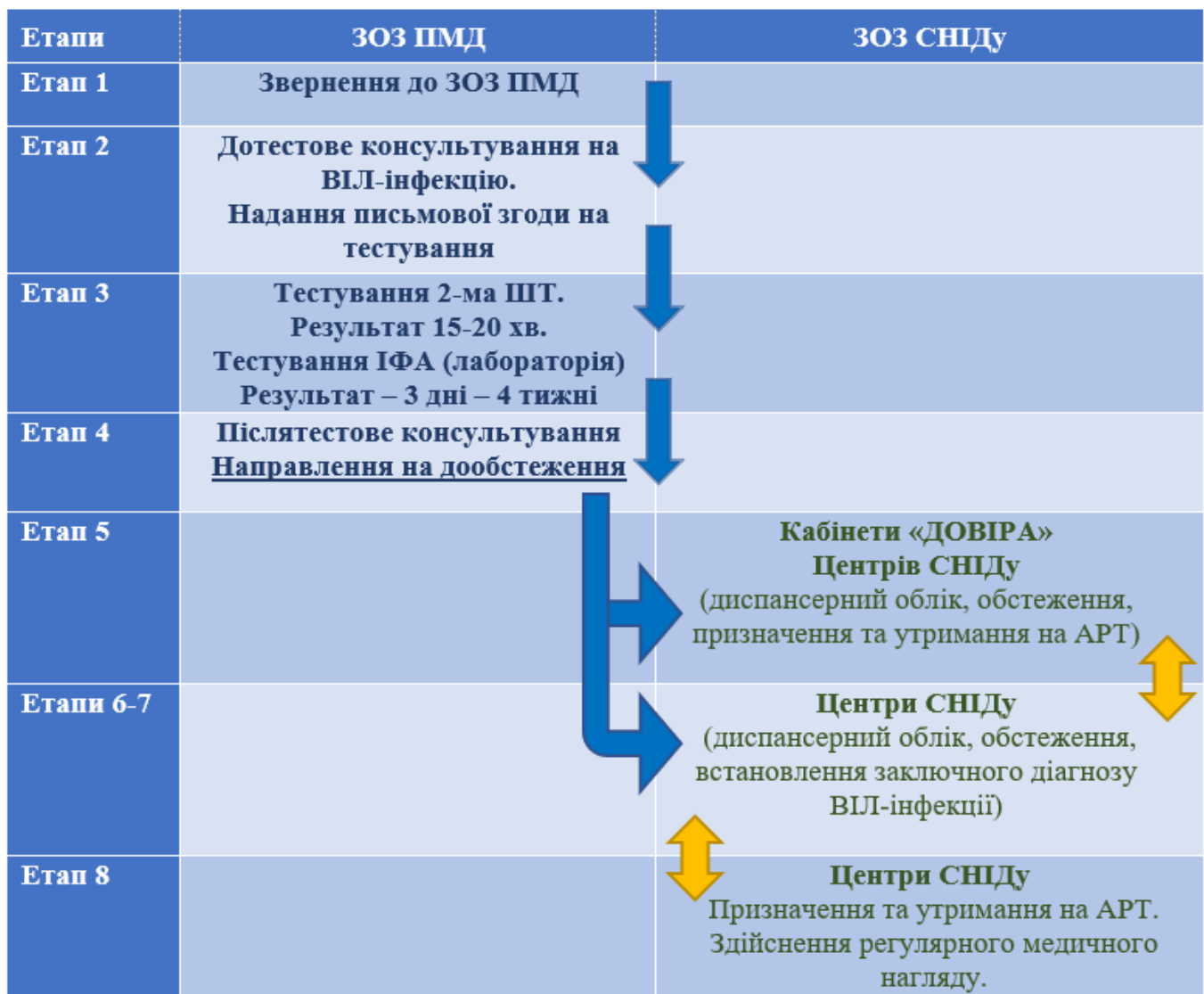
Разом з тим, розширюється практика сімейних лікарів у забезпеченні вчасного виявлення, моніторингу та лікування типових захворювань травної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Для вивчення ролі лікарів загальної практики-сімейної медицини в обстеженні та веденні ВІЛ-інфікованих осіб із супутньою патологією травної системи було проведено анкетування 492 лікарів, з них 200 лікарів ЗПСМ та 292 лікарів-вузьких спеціалістів, до якої увійшли терапевти, гастроентерологи, хірурги, анестезіологи-реаніматологи, фтизіатри, акушери-гінекологи, стоматологи та ін. Окремо з них було виділено групу з 53 лікарів-інфекціоністів, оскільки саме ці спеціалісти у більшості випадків безпосередньо беруть участь в лікуванні та спостереженні

ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

За результатами опитування було з'ясовано певні проблеми поточної медичної практики щодо виявлення коморбідної патології ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів та тактики ведення таких пацієнтів лікарями-спеціалістами та лікарями ЗПСМ. Була уточнена роль лікарів ЗПСМ в поточному обстеженні та веденні ВІЛ-інфікованих осіб із супутньою патологією ТС.

З урахуванням визначених, проведених в рамках міжнародного проекту масштабним дослідженням маршрутів і тенденцій випадіння ВІЛ-позитивних пацієнтів з системи охорони здоров'я України, восьми етапів надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам в нашій країні [124], розроблено наступну структурно-функціональну схему ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів в закладах охорони здоров'я на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги. Так, роль лікарів ЗПСМ в обстеженні та веденні ВІЛ-інфікованих осіб із супутньою патологією ТС, яка здійснюється на теперішній час, можна продемонструвати (**Рисунок 1**):



**Рисунок 1.** Схема поточного ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією ТС в практиці сімейної медицини

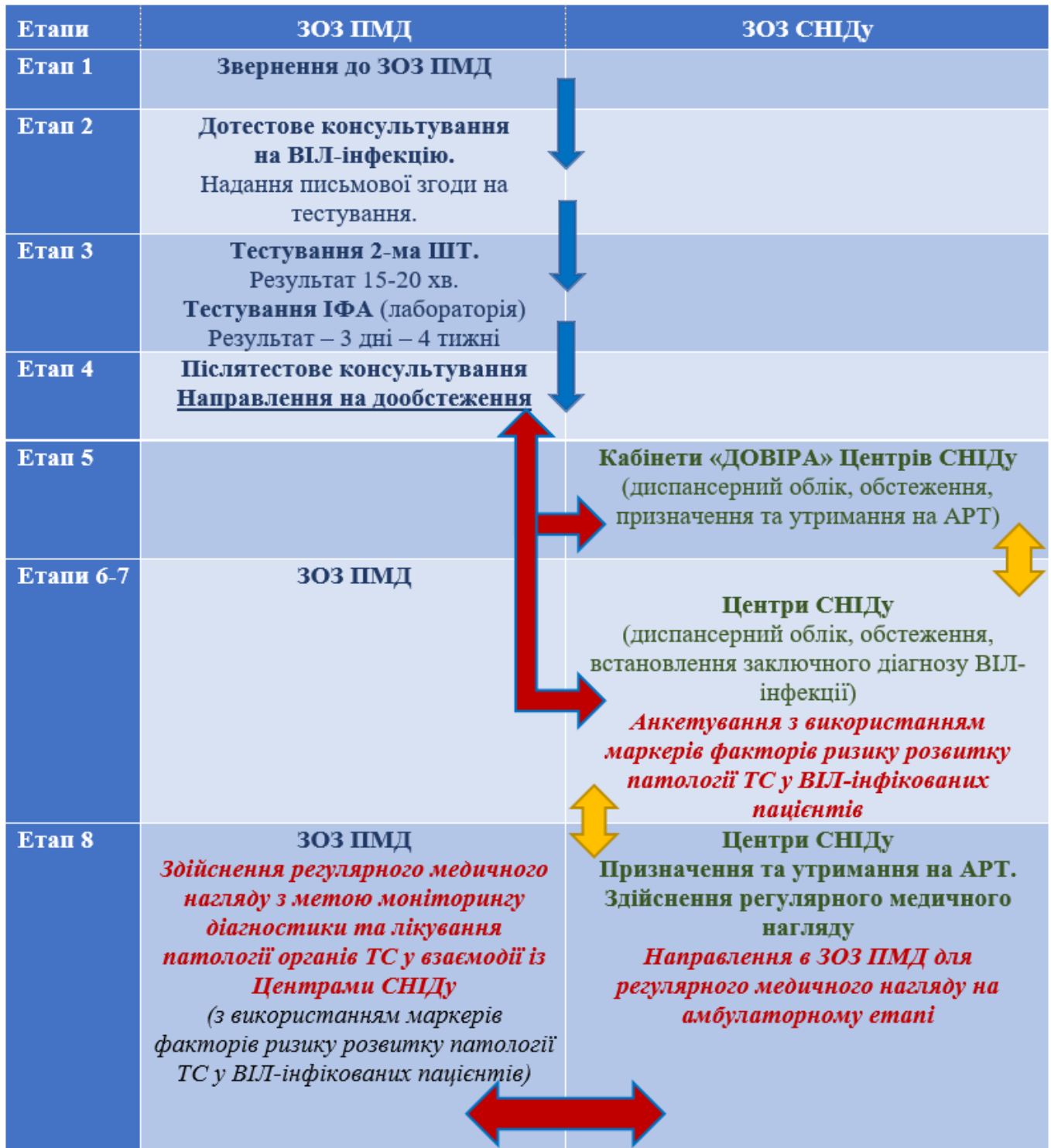
Була виявлена відсутність зворотного зв'язку щодо контролю поступлення пацієнтів, які були

направлені центрами ПМД до кабінету «Довіра» або центру СНІДу. Також з'ясовано, що відсутній зворотній зв'язок від Центрів СНІДу до центрів ПМД і на етапах постановки на диспансерний облік, обстеження, призначення та утримання на АРТ, а також здійснення регулярного медичного нагляду, особливо на амбулаторних етапах надання медичної допомоги. Це важливо, тому що втрати осіб на всіх етапах надання послуг консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ та медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам у закладах охорони здоров'я різного профілю можуть бути більшими саме на амбулаторному етапі лікування пацієнтів, ніж в умовах стаціонарного лікування.

Таким чином, доцільним вбачається впровадження обов'язкового зворотного зв'язку з центрами ПМД для контролю поступлення пацієнтів, які дійшли від сімейного лікаря до кабінету «Довіра» або центру СНІДу та виявлення тих, хто не дійшов, для пошуку, в тому числі через соціальних працівників, коли це доцільно. А також впровадження зворотного зв'язку із центрами ПМД і на етапі здійснення регулярного медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими пацієнтами, особливо із наявністю супутньої патології ТС в центрах СНІДу.

На підставі проведеного аналізу та встановлених маркерів, що можуть свідчити про наявність коморбідної патології органів травної системи (ТС) у ВІЛ-інфікованих, запропоновано внести наступні зміни до 6-8 етапів вищезазначеної схеми ([Рисунок 2](#)).



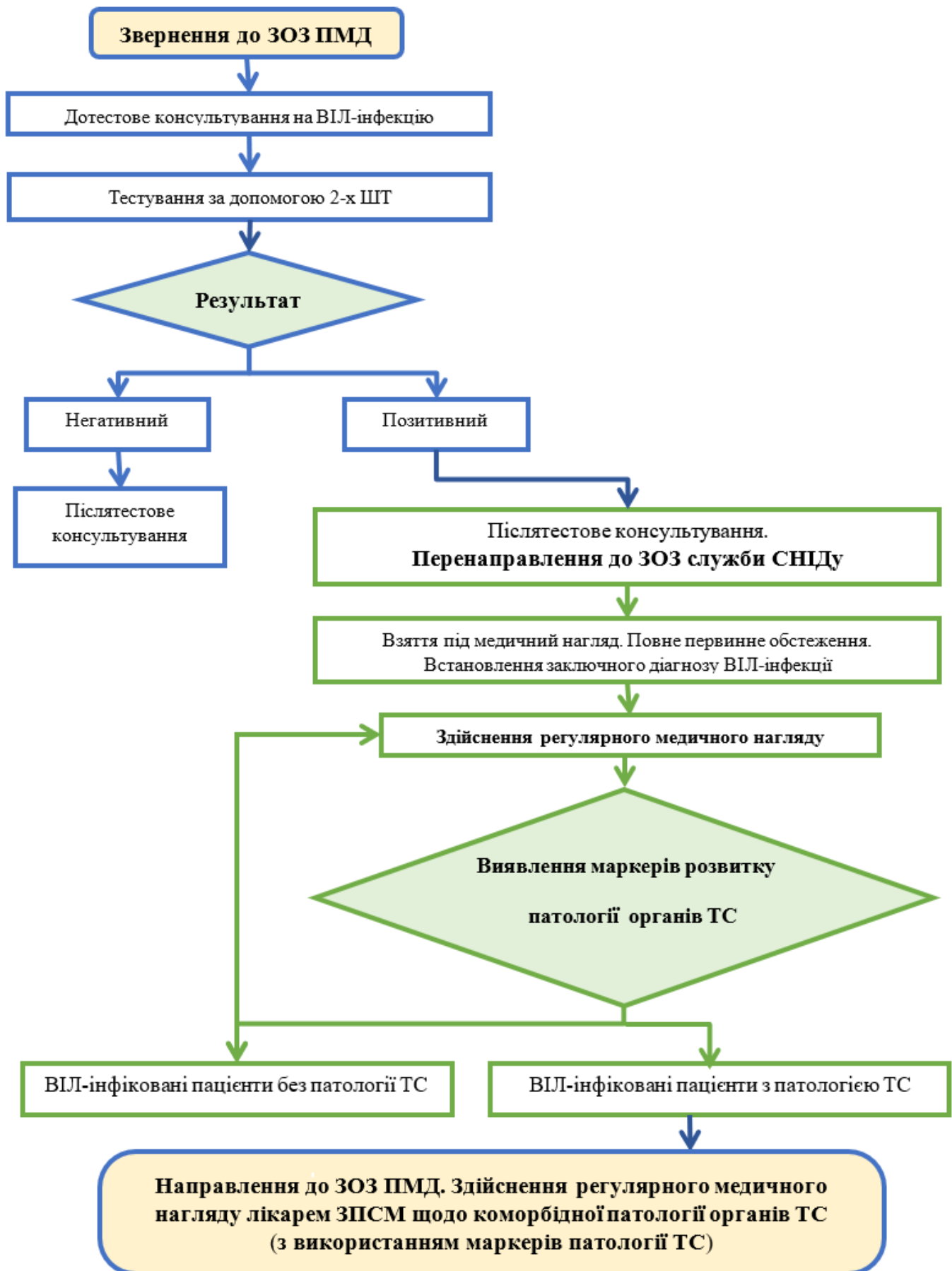


**Рисунок 2.** *Схема інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією ТС в практиці сімейної медицини*

Для зручності здійснення регулярного медичного нагляду на амбулаторному етапі та з метою забезпечення безперервності надання координованої медичної допомоги закладами ПМД в інтеграції із закладами вторинного рівня медичної допомоги, а саме Центрами профілактики та боротьби зі СНІДом, а також попередження випадіння пацієнтів із системи отримання постійного антиретровірусного лікування внаслідок патології ТС, нами розроблено та



запропоновано до впровадження Алгоритм інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією ТС. Алгоритмом передбачається надання саме лікарями ЗПСМ всебічної, продовженої, координованої та орієнтованої на пацієнта медичної допомоги. Даний Алгоритм сприятиме формуванню та наданню інтегрованих медичних послуг з діагностики та лікування патології органів ТС ВІЛ-інфікованим пацієнтам також на базі закладів ПМД ([Рисунок 3](#)).



**Рисунок 3.** Алгоритм інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією ТС в практиці сімейної медицини

Даний алгоритм сприятиме формуванню та наданню інтегрованих медичних послуг з діагностики та лікування патології органів ТС ВІЛ-інфікованим пацієнтам на базі ЗОЗ ПМД. Проте необхідні подальші розробки механізмів обміну інформацією з цих питань між ЗОЗ ПМД і закладами служби СНІДу, що дозволить оцінити заходи на всіх етапах переадресації ВІЛ-позитивної особи до медичного закладу. Для забезпечення безперервності ВІЛ - послуг важливим є запровадження соціального замовлення на послуги соціального супроводу виявлених ВІЛ-позитивних осіб до взяття їх під медичний нагляд у закладах служби СНІДу та формування в них прихильності до АРТ.

## Висновки

1. Для виявлення захворювань органів ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів необхідно проводити комплексне лабораторно-інструментальне обстеження з урахуванням можливості комбінованої патології шляхом впровадження алгоритму спільних дій лікарів загальної практики-сімейної медицини та спеціалістів, які беруть участь у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією ТС.
2. Запропонований алгоритм інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих хворих із коморбідною патологією ТС враховує найбільш інформативні клініко-лабораторні критерії для ранньої діагностики патології ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів та подальшої індивідуалізації ведення цих хворих лікарями ЗПСМ: наявність проявів астено-вегетативного та диспепсичного синдромів, III-IV стадії ВІЛ-інфекції, рівень CD4+лімфоцитів нижче 500 кл/мкл, наявність супутніх захворювань (туберкульоз, кандидоз, хвороби нирок), ознак ВІЛ-енцефалопатії, анемія, порушення функціонального стану печінки за рахунок синдрому цитолізу, відсутність вірусологічної відповіді на АРТ і дозволяє підвищити ефективність ранньої діагностики і тактики інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих хворих лікарями загальної практики – сімейної медицини.
3. Вбачається дуже необхідним підвищення обізнаності лікарів ЗПСМ щодо скринінгу та сучасних підходів до ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів з патологією органів травної системи. Потребують вдосконалення міждисциплінарні підходи роботи в команді лікарів ЗПСМ та лікарів – вузьких спеціалістів, які беруть участь у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією органів травної системи.

## Зв'язок з науковими програмами та джерела фінансування

Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи НМУ імені О.О. Богомольця «Розробка системи протидії поширенню соціально-небезпечних гемоконтактних вірусних інфекцій на рівні первинної медичної допомоги в контексті охорони громадського здоров'я України», фінансування МОЗ України за кошти Державного Бюджету України (№ державної реєстрації 0118U001212).

## Посилання

1. Cabinet of Ministers of Ukraine. About Approval of the State Strategy for Counteraction of HIV / AIDS, Tuberculosis and Viral Hepatitis for the Period up to 2030. Published online 2019.
2. Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. HIV infection in Ukraine. *Informatsiinyi biuletyn*. 2020;51.
3. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Published online 2016.

4. UNITAID. Hepatitis C Medicines: Technology and Market Landscape. Published online 2015.
5. Goldschmidt RH, Chu C, Dong BJ. Initial Management of Patients with HIV Infection. *American Family Physician*. 2016;94(9).
6. Hepatitis and Primary Care Integration | Official web site of the U.S. Health Resources & Services Administration.
7. *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV infection. Recommendations for a Public Health Approach*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2016.
8. Ministry of Health of Ukraine. Nakaz MOZ Ukrainy vid 05.06.2019 № 1292 Pro zatverdzhennia novoho Klinichnoho protokolu iz zastosuvannia antyretrovirusnykh preparativ dlia likuvannia ta profilaktyky VIL-infektsii. Published online 2019.
9. Gandzyuk V. The digestive diseases in Ukraine. Dynamics of prevalence rates and mortality 2002–2015. *Science of the XXI century: problems and prospects of researches*. 2017;3.
10. Stepanov Y, Skirda I, Petishko O. Digestive system diseases: the actual problem of clinical medicine. *GASTROENTEROLOGY*. 2009;53(1). doi:<https://doi.org/10.22141/2308-2097.53.1.2019.163450>
11. Howell J, Pedrana A, Cowie BC, Doyle J, Getahun A, Ward J, Gane E, Cunningham C, Wallace J, Lee A, Malani J, Thompson A, Hellard ME. Aiming for the elimination of viral hepatitis in Australia, New Zealand, and the Pacific Islands and Territories: Where are we now and barriers to meeting World Health Organization targets by 2030. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2019;34(1). doi:<https://doi.org/10.1111/jgh.14457>
12. Chu C, Pollock L, Selwyn P. HIV-Associated Complications: A Systems-Based Approach. *American Family Physician*. 2017;96(3).
13. Holubovska OA, Vysotska OI, Bezrodna O. Rol pervynnoi medychnoi dopomohy khvorym na hemokontaktnei infektsii (VIL-infektsiia ta hepatyty B i C). *Infektsiini khvoroby*. 2017;(1). doi:<https://doi.org/10.11603/1681-2727.2017.1.7764>
14. Chan M. The Rising Importance of Family Medicine. *World Congress of the World Organization of Family Doctors*. Published online 2013.
15. Spirit of Astana Declaration - Primary Health Care. *Global Conference on Primary Health Care*. Published online 2018.
16. Khalili J, Landovitz RJ. HIV Preexposure Prophylaxis—The Role of Primary Care Clinicians in Ending the HIV Epidemic. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(1). doi:<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.5456>
17. Ministry of Health of Ukraine. Nakaz MOZ Ukrainy Pro zatverdzhennia normatyvno-pravovykh aktiv z pytan vdoskonalennia orhanizatsii medychnoi dopomohy liudiam, yaki zhyvut z VIL № 585 vid 10.07.2013. Published online 2013.
18. Ministry of Health of Ukraine. Nakaz MOZ Ukrainy vid 05.03.2013 № 180 Pro zatverdzhennia form pervynnoi oblikovoi dokumentatsii i zvitnosti z pytan monitorynhu epidemichnoi sytuatsii z VIL-infektsii ta instruksii shchodo yikh zapovnennia. 2013.