

Сучасний стан ведення віл-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією органів травної системи: аналіз результатів анкетування лікарів

Володимир Висоцький

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність. Епідемія ВІЛ-інфекції, яка зачіпає мільйони людей в східній частині Європи, залишається однією з найважливіших невирішених проблем охорони здоров'я. Пацієнт-орієнтований підхід до ВІЛ-інфікованих осіб підвищує якість надання медичної допомоги, впливає на достовірність статистичних даних, раціоналізує планування та адекватність використання державних коштів. Особливо актуальними стають питання коморбідності патології органів травної системи при ВІЛ-інфекції та формування прихильності до ефективної антиретровірусної терапії (АРТ). В зв'язку з чим посилюється роль практики сімейної медицини у виявленні, лікуванні та веденні гастроентерологічних захворювань у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в Україні.

Мета дослідження: Дослідити роль лікарів загальної практики-сімейної медицини в обстеженні та веденні ВІЛ-інфікованих осіб із супутньою патологією травної системи.

Матеріал та методи. Проведено анкетування серед 200 лікарів загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) та 292 лікарів - вузьких спеціалістів ряду закладів охорони здоров'я м. Києва та різних областей України за допомогою розробленої анкети шляхом інтернет-опитування та з використанням паперових носіїв.

Результати та їх обговорення. Лікарі загальної практики-сімейної медицини відмітили досить низьку участь в моніторингу дотримання та побічних ефектів АРТ, а також ведення супутньої патології травної системи (ТС) у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Більшість опитаних лікарів зазначили відсутність чітких алгоритмів дій у випадках розробки клінічних маршрутів ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією ТС, і майже всі респонденти підтвердили доцільність використання в своїй поточній практиці розроблених для таких пацієнтів алгоритмів їх ведення. Переважна частина лікарів ЗПСМ не знали в повному обсязі маршрути руху ВІЛ-інфікованих пацієнтів від встановлення діагнозу до досягнення ними стійкої вірусологічної/імунологічної відповіді і, таким чином, не мали можливості в повних обсягах вести супутню патологію ТС. ВІЛ-інфіковані пацієнти, які проходили АРТ та негативно реагували на неї, практично не повертались до лікарів ЗПСМ і тому не отримували належну продовжену всебічну та координовану медичну допомогу з приводу різної патології ТС. Повернення ВІЛ-інфікованих пацієнтів від лікарів-спеціалістів до лікарів ЗПСМ виявилось низьким, епізодичним, що може пояснювати зниження можливостей лікарів ЗПСМ ефективно контролювати клінічні результати лікування патології органів ТС та побічних ефектів АРТ.

Висновок. З'ясовано певні проблеми виявлення патології ТС у ВІЛ-інфікованих та подальшої тактики ведення таких пацієнтів. Внаслідок невідповідності та недостатніх обсягів скринінгу коморбідної патології органів ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в практиці лікарів ЗПСМ багато хронічних патологій залишаються невиявленими. Наявність непролікованих супутніх захворювань органів ТС при ВІЛ-інфекції може бути

фактором ризику зниження ефективності АРТ у таких пацієнтів. В зв'язку з цим, особливу увагу лікарів сімейної медицини слід звернути на вчасне виявлення, лікування та моніторинг захворювань органів ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Вбачається доцільним впровадити чіткі алгоритми спільних дій лікарів ЗПСМ та спеціалістів, які беруть участь у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією ТС.

Вступ

Епідемія ВІЛ-інфекції, яка зачіпає мільйони людей в Європі, особливо в східній її частині, залишається однією з найважливіших невирішених проблем охорони здоров'я. Переважна більшість нових випадків ВІЛ-інфекції (79%) були виявлені в 2018 р. в східній частині Європейського регіону і 16% - в країнах ЄС / ЄЕЗ. Частка нових випадків ВІЛ-інфекції, зареєстрованих в Україні, в загальній захворюваності в Європейському регіоні ВООЗ та в східній його частині, склала відповідно 11% і 14% [1]. В Україні в 2019 році було затверджено новий Клінічний протокол із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції [2]. Запровадження нових підходів у лікуванні за останні 5 років дозволило досягнути відчутних результатів. Надання медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ-інфекцією забезпечують 439 сайтів АРТ, кількість яких з 2017 року збільшилась на третину. Розширення мережі установ і організацій, що надають медичну допомогу ЛЖВ, збільшилось переважно за рахунок відкриття нових сайтів на базі амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я [3].

Вагомими чинниками, що впливають на рівень смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ є своєчасність діагностики ВІЛ-інфекції, ранній початок АРТ, формування ступеню прихильності до лікування та наявність відповідного супроводу. Завдяки впровадженню широкого застосування в останні роки ефективної антиретровірусної терапії (АРТ) у більшості ВІЛ-інфікованих пацієнтів досягається майже нормальна тривалість життя, а опортуністичні захворювання стали менш поширеними [4]. Разом з тим, ВІЛ-інфекція збільшує ризик виникнення захворювань, які традиційно не вважались ВІЛ-асоційованими, включаючи серцево-судинні захворювання, ниркові захворювання, захворювання печінки та деякі онкологічні захворювання [5], а прийом АРТ може викликати різноманітні ускладнення, що знижує прихильність до лікування та призводить до необхідності її заміни і, навіть відміни. Патологія травної системи і її вплив на харчування, імунний статус та ін. відіграє значну прогностичну роль для перебігу ВІЛ-інфекції, а при її прогресуванні підвищується питома вага захворювань печінки і кишківника [6] [7]. Аналіз статистичних даних показав, що в Україні протягом 2013-2015 рр. результати обстеження на наявність маркерів вірусу гепатиту В (ВГВ) і вірусу гепатиту С (ВГС) осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції суттєво не змінилися, проте рівень інфікованості ВГС (5,8%-73,5%) серед контингенту інфікування ВІЛ ін'єкційним шляхом перевищує рівень інфікування ВГС серед загального населення (2-3%). Наявність маркерів ВГС є проксі-індикатором парентенальних втручань, у тому числі вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Важливо відмітити, що охоплення дослідженнями на маркери ВГВ і ВГС, ІПСШ не досягають належного рівня у більшості регіонів України. Враховуючи кофакторний вплив збудників вірусного гепатиту, ІПСШ на передачу ВІЛ, припускають збільшення комплексного медико-соціального та економічного тягаря цих інфекцій [8]. Враховуючи, що найбільші труднощі виникали при консультуванні пацієнтів з приводу профілактичних втручань, пов'язаних з доглядом та лікуванням, лікарям обов'язково треба звертати увагу на супутні захворювання та профілактичний скринінг, дотримання вимог клінічного протоколу перед призначенням АРТ [9].

Слід зазначити, що чинним нормативно-правовим регулюванням організація надання комплексної медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, покладена саме на кабінети «Довіра», із залученням лікарів інших спеціальностей, інших фахівців та направлення



пацієнтів у разі потреби до відповідних закладів охорони здоров'я, згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я [10]. Разом з тим, втрата цілісного підходу до пацієнта знижує якість надання медичної допомоги, впливає на достовірність статистичних даних, призводить до нераціонального планування та неадекватного використання державних коштів [11].

Маючи досвід управління іншими хронічними захворюваннями, лікарі загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) добре підходять також для нагляду та координації міждисциплінарного підходу у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів [12] [13]. Так, за результатами опитувань лікарів загальної практики та лікарів - інфекціоністів відмічалось, що лікарі загальної практики з великим досвідом управління ВІЛ-інфекцією надавали якісну допомогу цим складним пацієнтам [13]. Особливо важливо, що саме сімейні лікарі можуть знизити так звані втрачені можливості для раннього діагностування ВІЛ, до яких відносяться вчасний контакт із системою охорони здоров'я через клінічний прояв, який може бути спричинений ВІЛ-інфекцією, або часто виникає серед людей, що мають ВІЛ-інфекцію, але без встановлення діагнозу ВІЛ упродовж 30 днів [14]. Підкреслюється важливість в умовах широкого розповсюдження ВІЛ-інфекції та інших гемоконтактних інфекцій посилення поглибленої підготовки сімейних лікарів з питань ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та необхідність проведення постійного їх навчання щодо сучасних керівництв, протоколів, настанов з різних питань ВІЛ-інфекції [15] [16].

В зв'язку з цим, враховуючи зростаючу роль лікарів закладів первинної медичної допомоги, насамперед лікарів ЗПСМ, у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів, особливо при виникненні супутніх захворювань, було проведено опитування з даного напрямку діяльності лікарів різних спеціальностей.

Мета дослідження

Дослідити роль лікарів загальної практики-сімейної медицини в обстеженні та веденні ВІЛ-інфікованих осіб із супутньою патологією травної системи (ТС).

Матеріали і методи дослідження

Проведено анкетування лікарів за допомогою розробленої нами анкети з використанням ряду прототипів, яка була обговорена та схвалена на засіданні соціологічної групи НМУ імені О.О. Богомольця. Опитування проводили з використанням паперових носіїв та онлайн-опитування серед лікарів загальної практики-сімейної медицини та лікарів - вузьких спеціалістів ряду закладів охорони здоров'я м. Києва та різних областей України. Анкета включала розділи з питаннями щодо діагностування та ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів, в тому числі із супутньою патологією органів ТС в практиці лікарів різних спеціальностей, а також виявлення потреб щодо додаткового навчання лікарів з питань ведення ВІЛ-позитивних пацієнтів із супутньою патологією органів ТС.

Участь в опитуванні взяли 492 лікарів, з них 200 лікарів ЗПСМ (1 група) та 292 лікарів-вузьких спеціалістів (2 група), до якої увійшли лікарі інших спеціальностей, а саме лікарі-педіатри, терапевти, гастроентерологи, хірурги, анестезіологи-реаніматологи, фтизіатри, акушери-гінекологи, стоматологи та ін. Окремо було виділено групу з 53 лікарів-інфекціоністів (3 група), оскільки саме ці спеціалісти у більшості випадків безпосередньо беруть участь в лікуванні та спостереженні ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Статистична обробка результатів дослідження проведена за допомогою програмного забезпечення у пакеті EZR 1.41 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Japan).

Результати та їх обговорення

Аналіз результатів опитування лікарів показав, що наявність серед їх пацієнтів ВІЛ-інфікованих відмітили більшість (76%) лікарів ЗПСМ, 64,7% вузьких спеціалістів та 90,6% лікарів-інфекціоністів. В той самий час 22,9% вузьких спеціалістів та близько 10% лікарів ЗПСМ та лікарів-інфекціоністів зазначили, що їм невідома наявність ВІЛ-інфекції у їх пацієнтів ([Рисунок 1](#)).

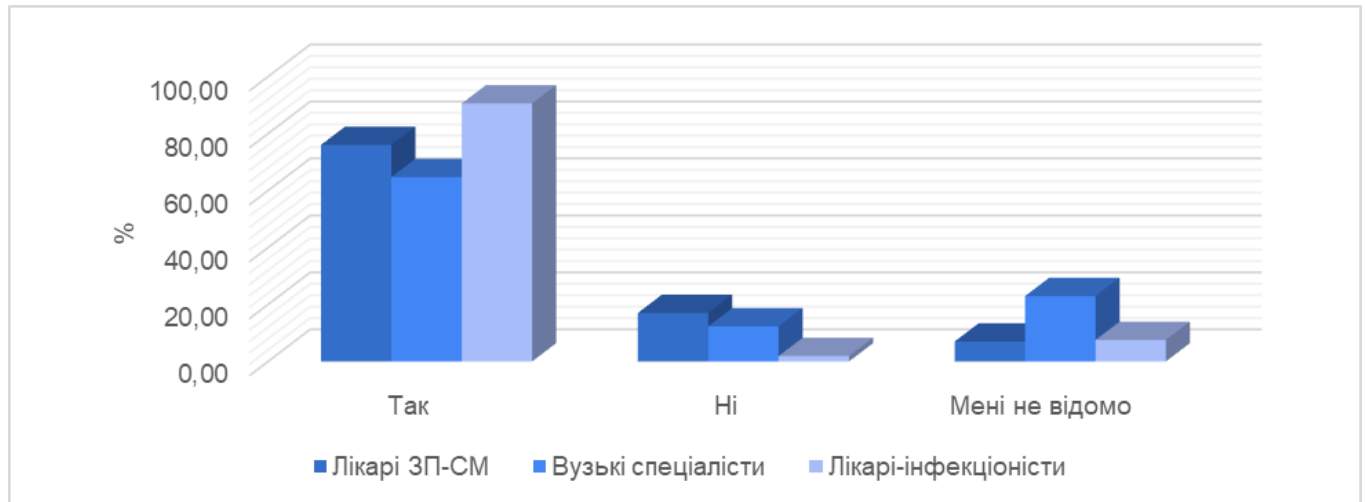


Рисунок 1. Наявність ВІЛ-інфікованих пацієнтів у опитаних лікарів

Більшість лікарів ЗПСМ (88,0%, $p < 0,05$) проводили консультування та тестування своїх пацієнтів на ВІЛ-інфекцію (Рис. 2), але тільки 31,0% з них пропонували обстеження людям з груп ризику. 60,0% лікарів ЗПСМ обстежували пацієнтів за клінічними показаннями і тільки 9,0% з них обстежували контактних осіб. Тоді як 100% лікарів-інфекціоністів обстежували своїх пацієнтів за клінічними показаннями. В групі вузьких спеціалістів 16,4% лікарів обстежували своїх пацієнтів з груп ризику, 22,3% - за клінічними показаннями, 12,3% обстежують вагітних, 40,4% лікарів обстежують на ВІЛ контактних осіб, а 8,6% вузьких спеціалістів були невідомі конкретні категорії їх пацієнтів для проведення скринінгу ([Рисунок 2](#), [Рисунок 3](#)).

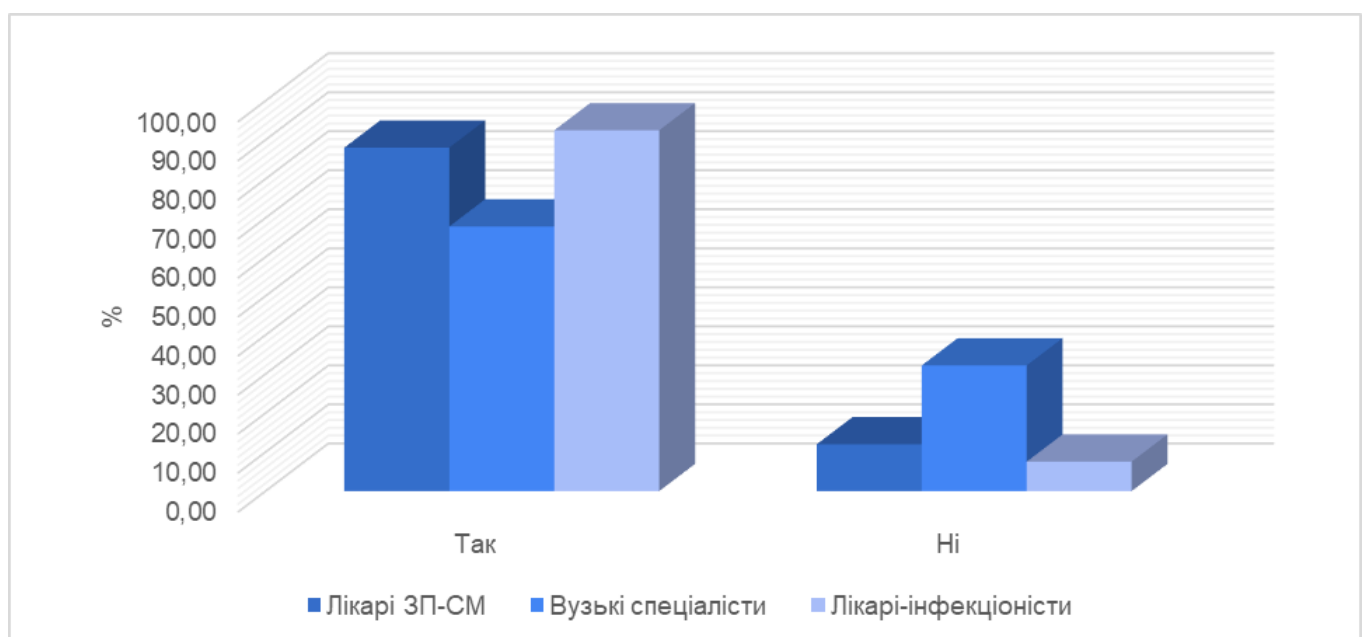


Рисунок 2. Проведення консультування та тестування пацієнтів на ВІЛ-інфекцію

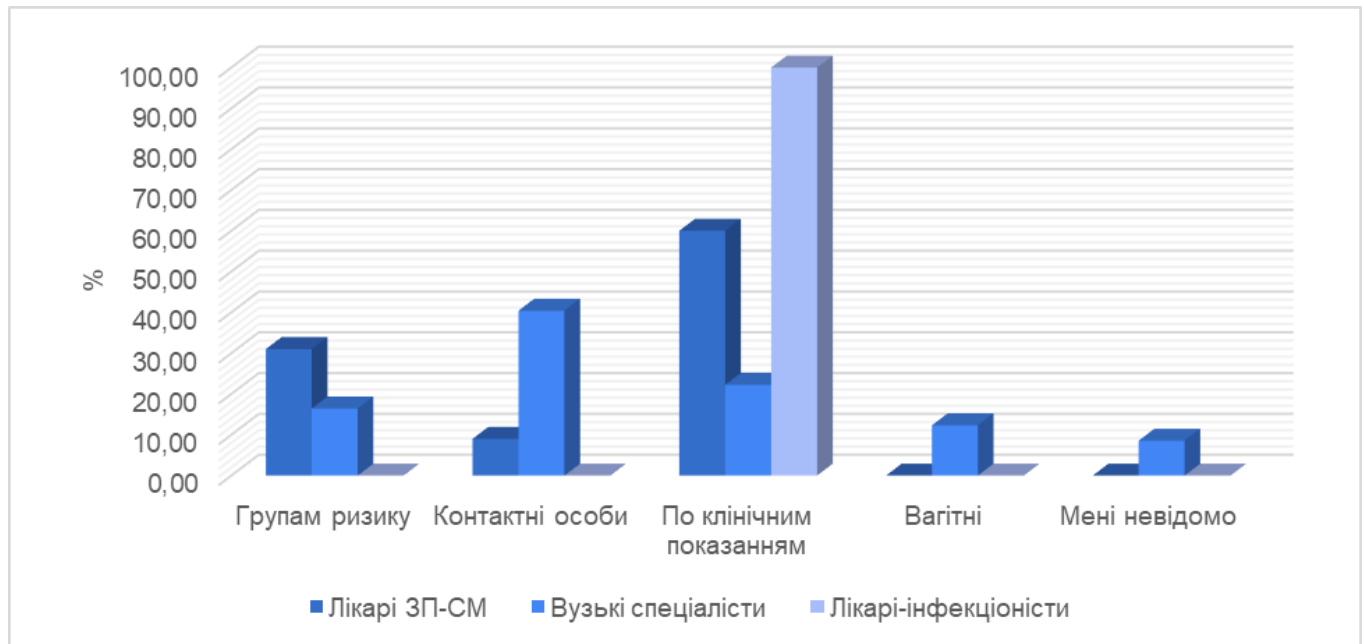


Рисунок 3. Категорії пацієнтів, яким лікарі проводили консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію

В той же час, за даними аналізу пропозицій опитаних лікарів щодо покращення особистої медичної практики лікарів з питань протидії поширенню ВІЛ-інфекції, рішення лікарів ЗПСМ пропонувати скринінг на ВІЛ-інфекцію пацієнтам з груп ризику частіше було їх індивідуально вмотивованим вибором.

Більшість лікарів ЗПСМ (73,0%) та вузьких спеціалістів (68,2%) повідомили, що мали в своїй практиці пацієнтів на хронічний вірусний гепатит В (ХГВ), 72,0% лікарів ЗПСМ та 64,4% вузьких спеціалістів – на хронічний вірусний гепатит С (ХГС), але 5,0% лікарів ЗПСМ та 17,8% вузьких спеціалістів була не відома наявність в них пацієнтів з ХГВ та 6,0% лікарів ЗПСМ та 20,9% вузьких спеціалістів відмітили відсутність інформованості щодо наявності в них пацієнтів з ХГС.

Слід відмітити, що 85,0% лікарів ЗПСМ регулярно пропонували ВІЛ-інфікованим пацієнтам консультування та тестування на ХГВ і 90,0% - на ХГС, разом із загальним соматичним обстеженням, але переважно тільки тим пацієнтам, які самостійно звертались до закладів первинної медичної допомоги. ВІЛ-інфікованим пацієнтам консультування та тестування на ХГВ пропонували 59,9% та на ХГС - 68,8% лікарів - вузьких спеціалістів. Тоді як 100% лікарів – інфекціоністів проводять таку діагностику. ([Рисунок 4](#), [Рисунок 5](#)).

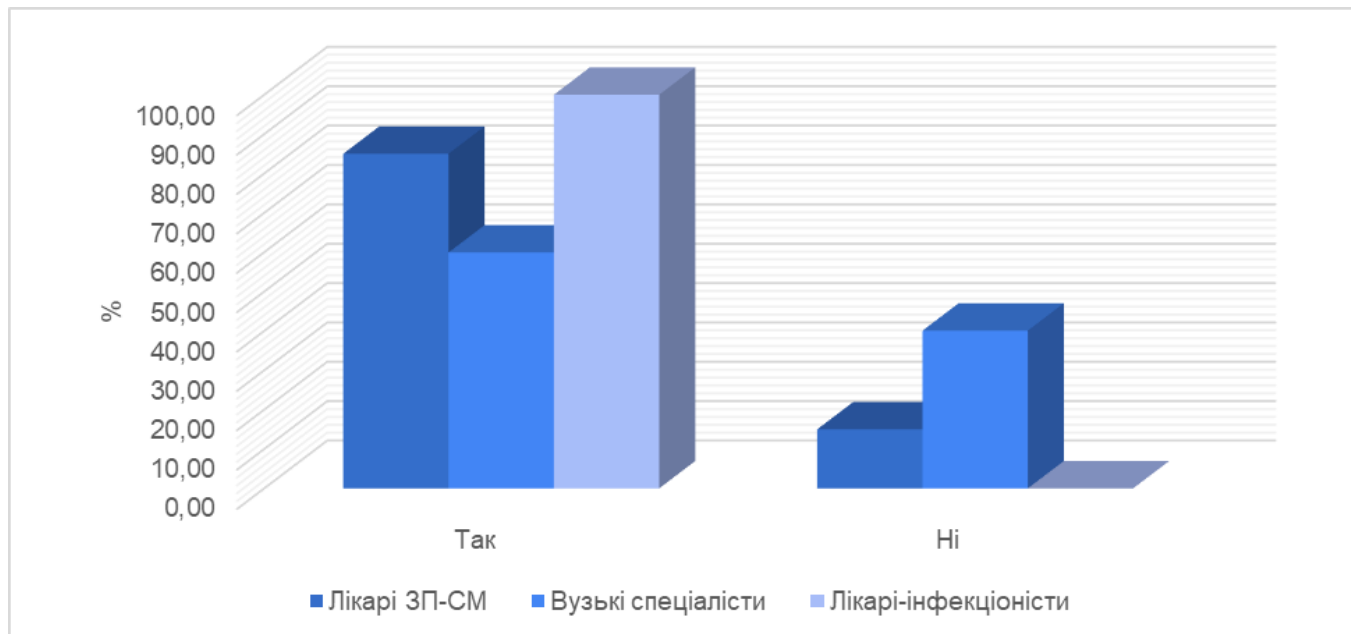


Рисунок 4. Проведення консультування та тестування на ХГВ

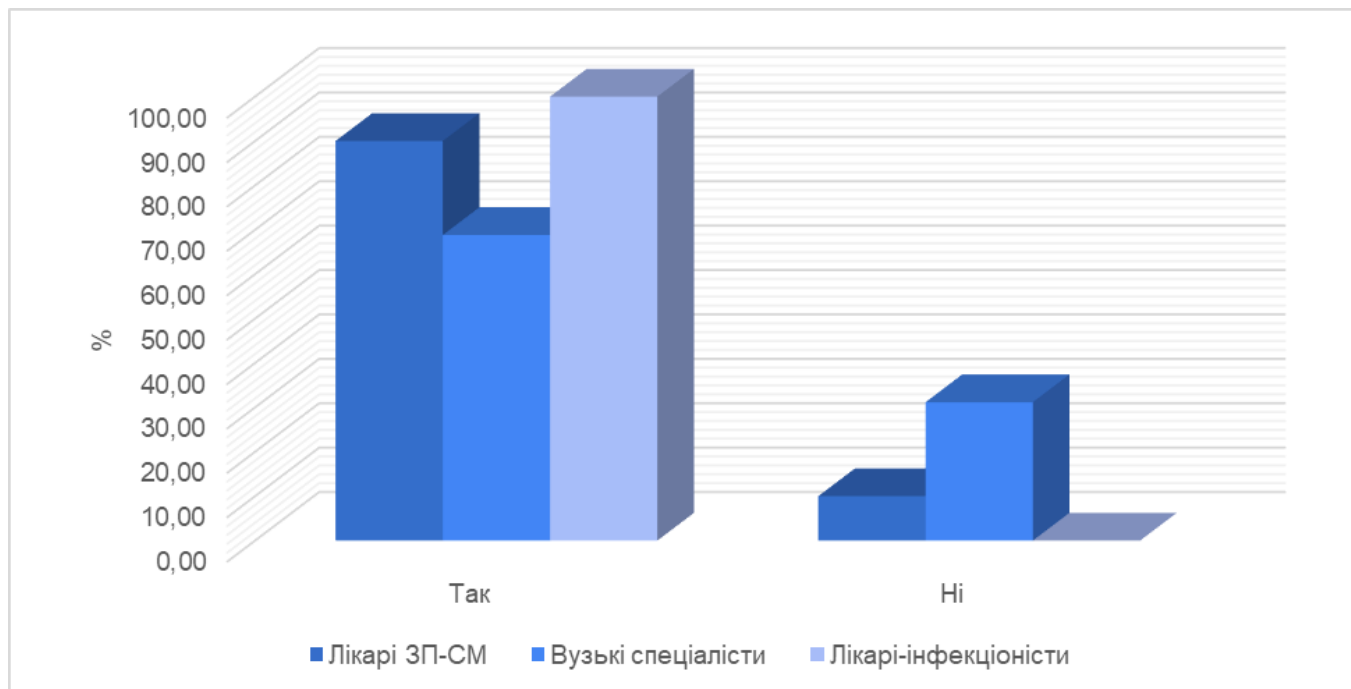


Рисунок 5. Проведення консультування та тестування на ХГС

Разом з тим, аналіз відповідей лікарів показав, що консультування та тестування на ХГВ пацієнтам з груп ризику проводили тільки 39,0% лікарів ЗПСМ та 37,3% вузьких спеціалістів. По клінічним показанням таку діагностику проводили більше половини (55,0%) лікарів ЗПСМ та 42,8% вузьких спеціалістів.

Консультування та тестування на ХГС пацієнтам з груп ризику проводили 36,0% лікарів

ЗПСМ, 30,14% вузьких спеціалістів. По клінічним показанням діагностику ХГС проводили 64,0% лікарів ЗПСМ та 38,3% вузьких спеціалістів. Разом з тим, 13,7% лікарям ЗПСМ та 20,6% лікарям - вузьким спеціалістам були не відомі конкретні категорії пацієнтів для скринінгу ХГВ та ХГС.

На питання наявності у лікарів ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією травної системи, більшість лікарів ЗПСМ (75,0%), вузьких спеціалістів (55,51%) та 100,0% лікарів-інфекціоністів відповіли ствердно. Разом з тим, 39,04% лікарям вузьких спеціальностей це було невідомо ([Рисунок 6](#)).

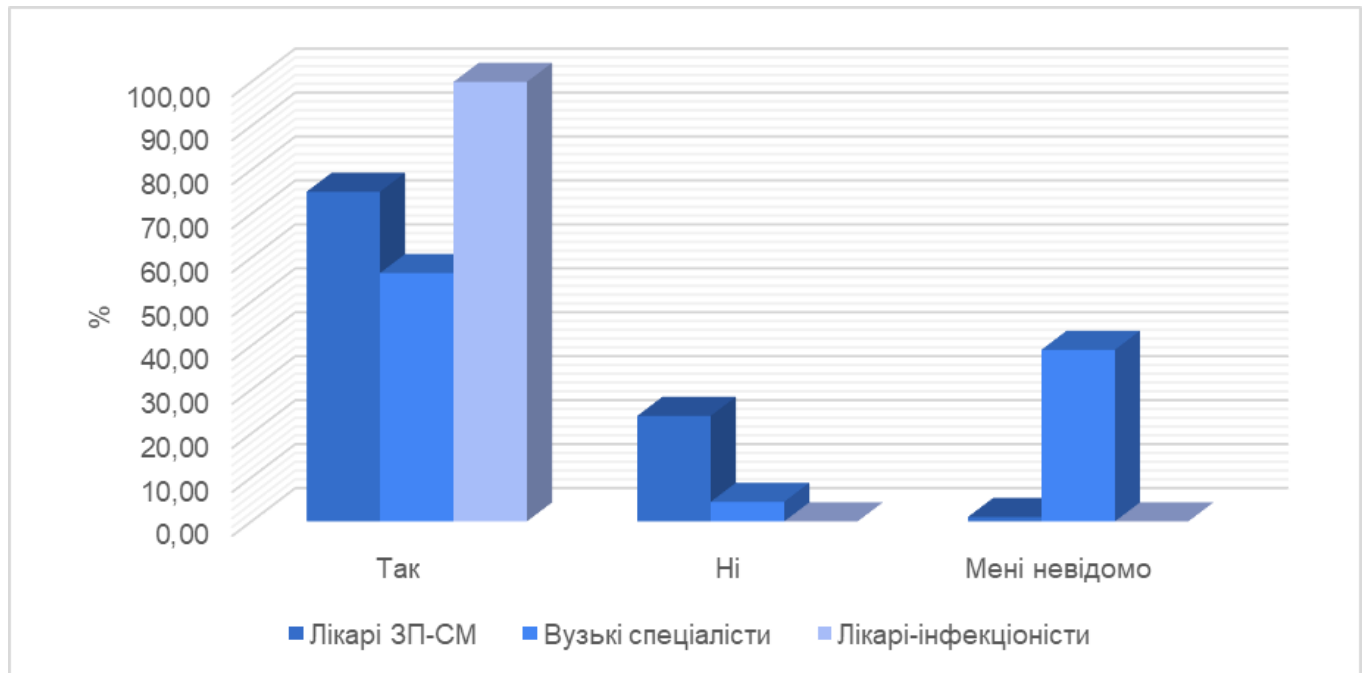


Рисунок 6. Наявність у лікарів ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією травної системи.

Серед нозологій захворювань ТС, які частіше діагностувались у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, лікарі зазначили ХГС (67,50% лікарів ЗПСМ, 35,85% лікарів-інфекціоністів, 17,12% вузьких спеціалістів), хронічний панкреатит (17,00% лікарів ЗПСМ, 28,30 % лікарів-інфекціоністів), ХГВ (2,5 % лікарів ЗПСМ, 9,43% лікарів-інфекціоністів, 13,12% вузьких спеціалістів), виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки (3,77% лікарів-інфекціоністів, 10,27% вузьких спеціалістів) ([Рисунок 7](#)).

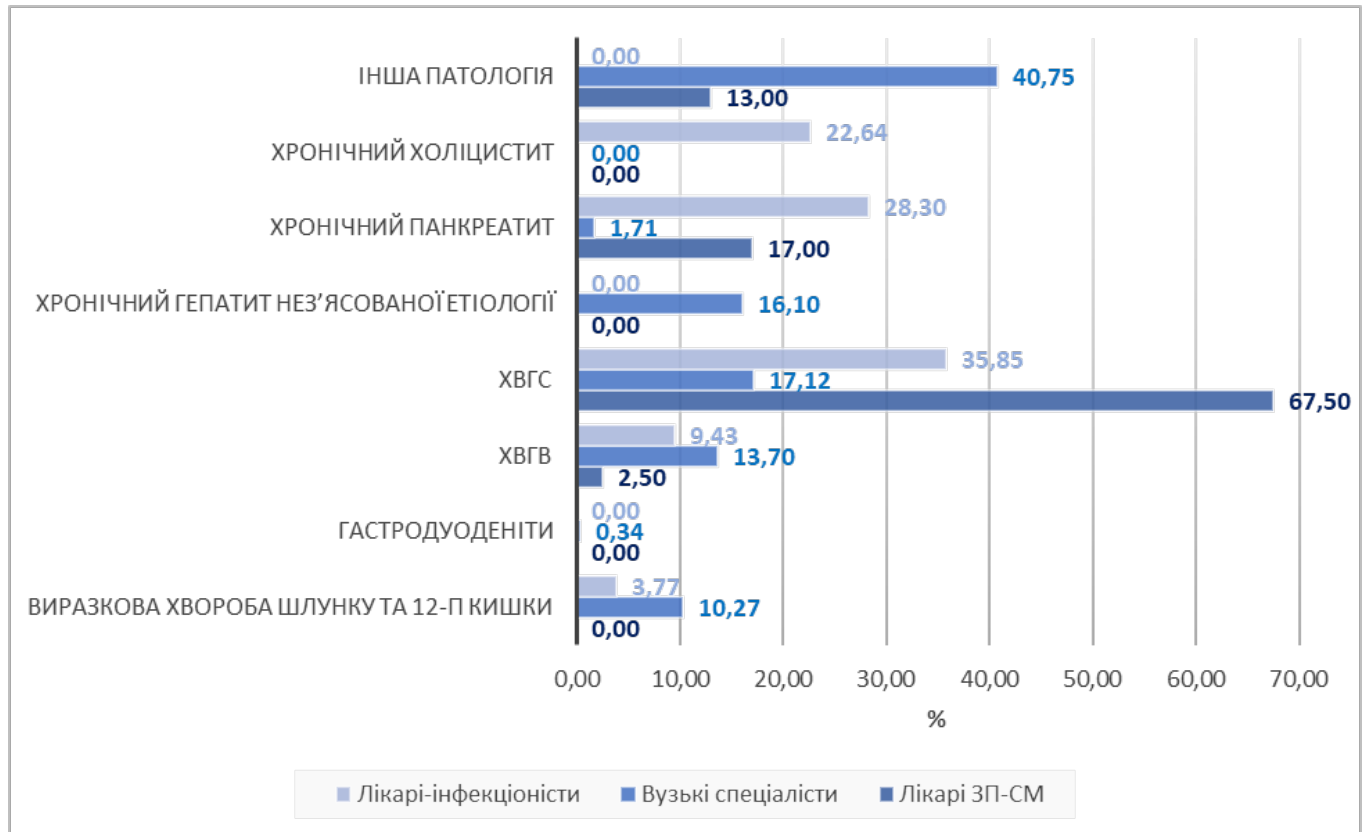


Рисунок 7. Захворювання ТС, які частіше діагностувались у ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Лікарі ЗПСМ відмітили, що на амбулаторних етапах лікування в закладах охорони здоров'я ПМД переважно саме вони (58,5% відповідей) призначали обстеження ВІЛ-інфікованим пацієнтам для виявлення патології органів травної системи (гастроудоденіти, виразкова хвороба шлунку та 12-п кишки, холецистити, панкреатити, гепатити та ін.) або, за їх оцінкою, лікарі-інфекціоністи центру СНІД (17,5%) або лікарі-терапевти центрів СНІД / кабінетів «Довіра» (6,0%) чи лікарі-терапевти/гастроентерологи КДЦ (5,5%). В той самий час, 12,5% лікарям ЗПСМ та 45,9% лікарям-спеціалістам було важко відповісти на це запитання. Разом з тим, тільки 7,5% лікарів-інфекціоністів вважали, що призначали такі обстеження на амбулаторних етапах лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів лікарі ЗПСМ, а приблизно третина лікарів-інфекціоністів (37,7%) відмітили надання таких обстежень лікарями-терапевтами центрів СНІДу / кабінетів «Довіра» або лікарями-терапевтами/гастроентерологами КДЦ ([Рисунок 8](#)).

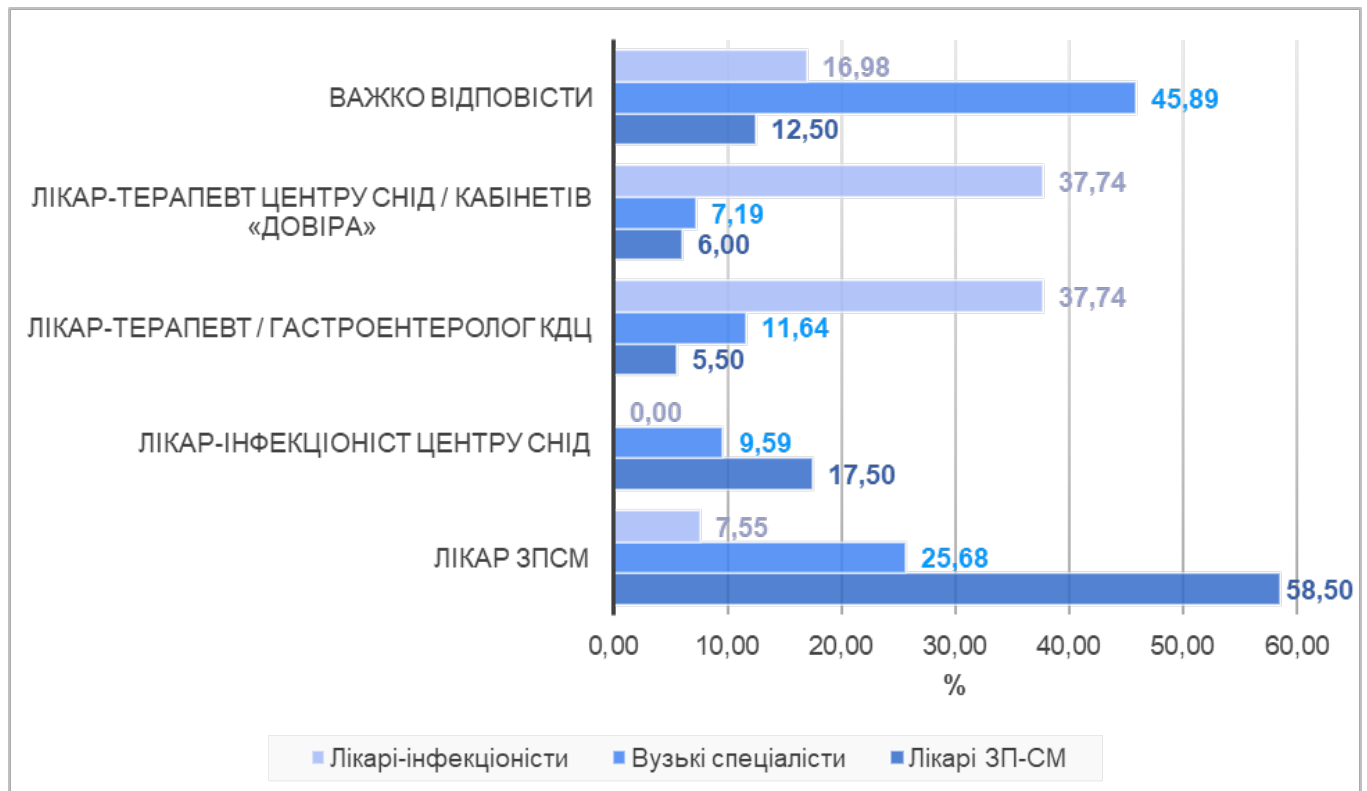


Рисунок 8. Призначення обстежень лікарями для виявлення патології органів ТС на амбулаторних етапах медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам ЗОЗ

Стосовно питання щодо призначення лікування та ведення патології органів ТС (гастродуоденіти, виразкова хвороба шлунку та 12-п кишки, панкреатити та ін.) у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на амбулаторних етапах їх лікування, думки опитаних лікарів суттєво відрізнялись. Так, за відповідями лікарів ЗПСМ значна частина їх відмітили, що таку роботу виконували саме лікарі ЗПСМ (59,0%), і тільки в 3% та 16,0% їх відповідей зазначались лікарі-терапевти центрів СНІД / кабінетів «Довіра» та лікарі-терапевти/гастроентерологи КДЦ, відповідно. Біля 10% лікарям ЗПСМ було важко відповісти на це запитання.

В той самий час більшості лікарів-інфекціоністів (58,1%) та третині вузьких спеціалістів (32,9%) було важко відповісти на це запитання. Більше третини лікарів-інфекціоністів зазначили лікарів-терапевтів/гастроентерологів КДЦ і майже ніхто з лікарів-інфекціоністів не відмітили роль лікарів-терапевтів центрів СНІДу/кабінетів «Довіра» щодо призначення лікування та ведення патології органів ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на амбулаторних етапах їх лікування (**Рисунок 9**).

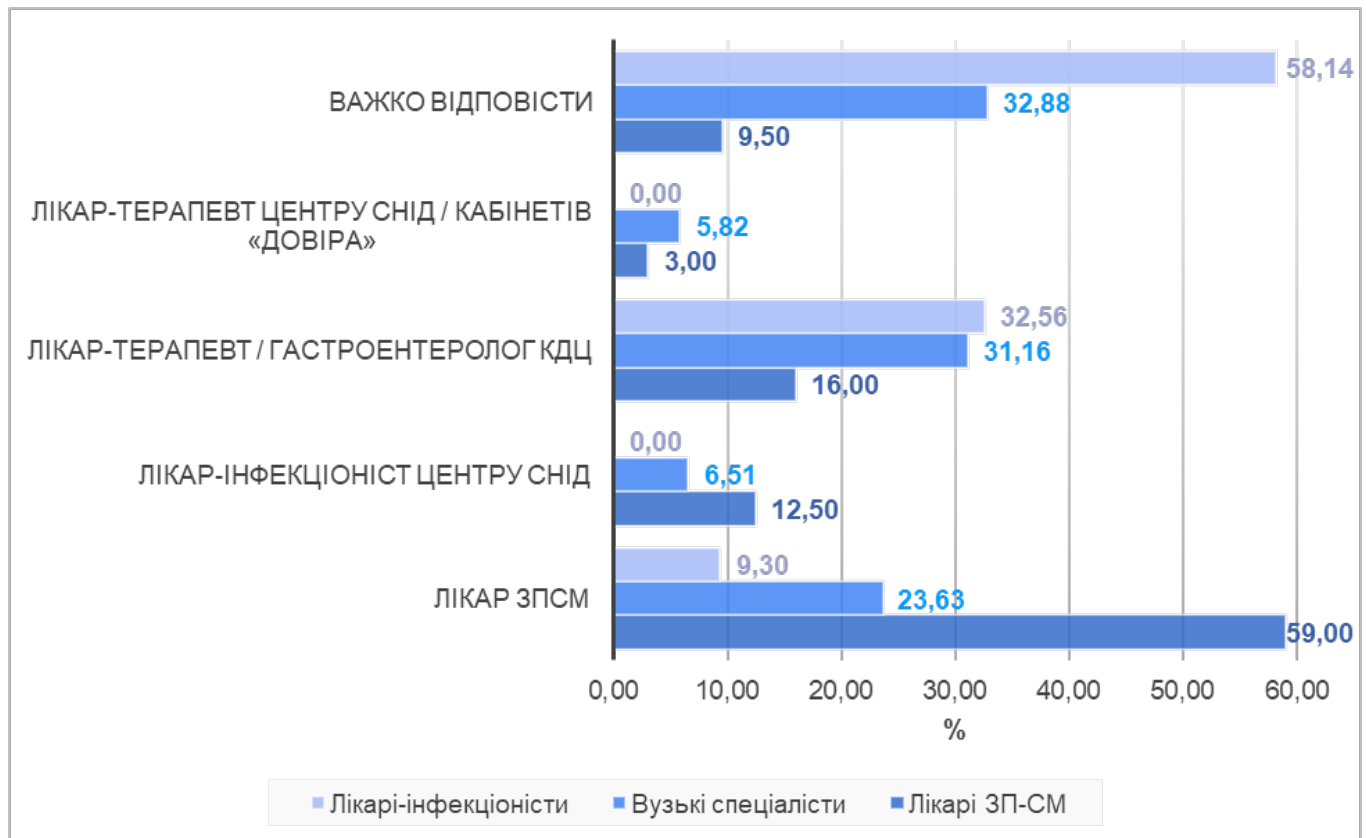


Рисунок 9. Призначення лікування та ведення лікарями патології органів ТС на амбулаторних етапах медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам ЗОЗ

Аналогічні тенденції прослідковувались і при аналізі відповідей лікарів всіх груп на питання щодо здійснення контролю дотримання режимів лікування з приводу захворювань органів ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на амбулаторних етапах медичної допомоги. На питання анкети, який лікар контролює дотримання такі режими лікування, більшості лікарям вузьким спеціалістам (47,7%), більше третині лікарям ЗПСМ (35,9%) було важко відповісти на це важливе запитання. У 43,3% відповідей лікарів ЗПСМ та 27,3% лікарів вузьких спеціалістів зазначалось здійснення контролю дотримання таких режимів лікування саме лікарями ЗПСМ.

Слід відмітити, що 44,4% лікарів-інфекціоністів вважали, що контролюють дотримання режимів лікування патології ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на амбулаторних етапах саме лікарі-терапевти центрів СНІД / кабінетів «Довіра», но в той самий час майже ніхто з них не відмітив у відповідях на попереднє запитання ролі лікарів-терапевтів центрів СНІДу/кабінетів «Довіра» щодо призначення лікування та ведення патології органів ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на амбулаторних етапах їх лікування ([Рисунок 10](#)).

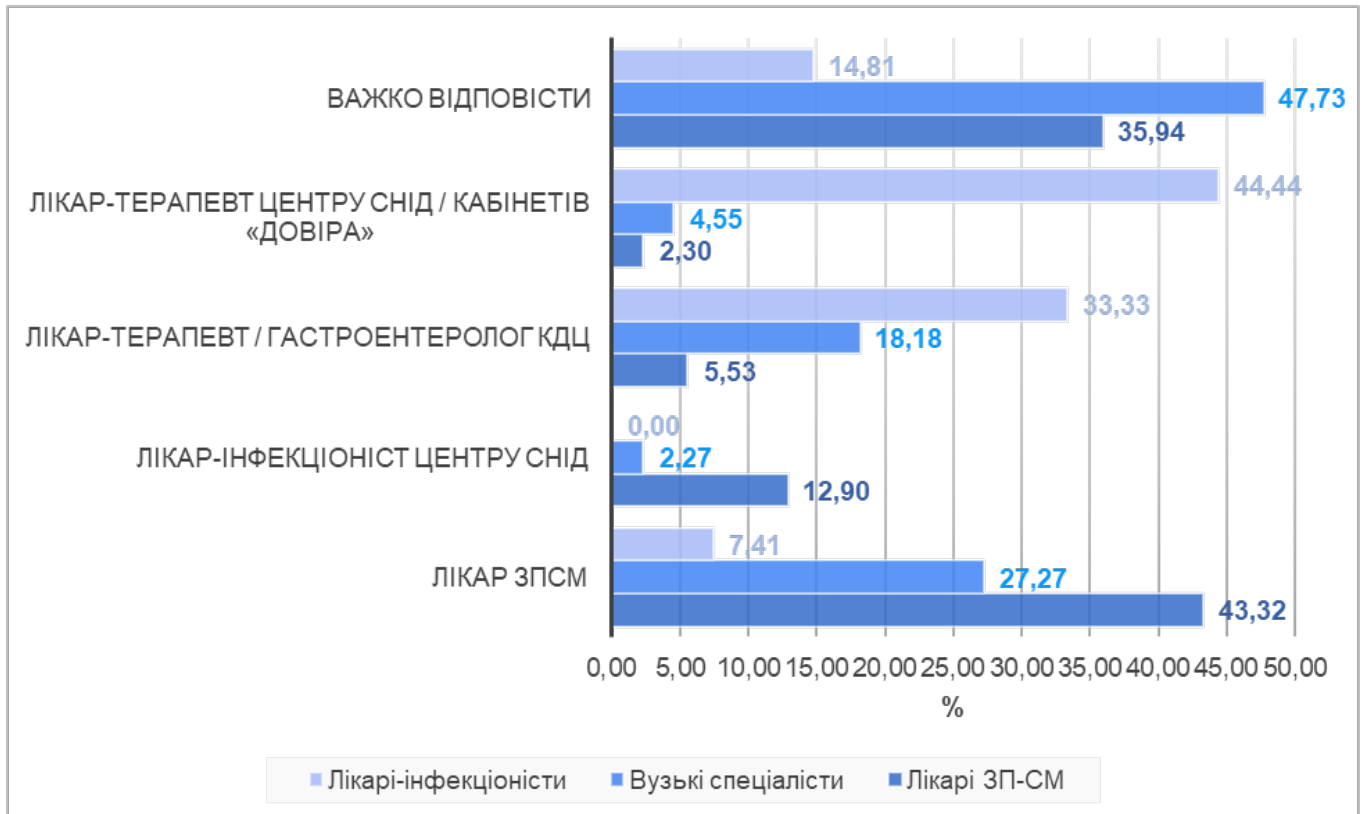


Рисунок 10. Контроль дотримання ВІЛ-інфікованими пацієнтами режимів лікування патології органів ТС на амбулаторних етапах медичної допомоги

Разом з тим, виявлення ВІЛ-інфекції та супутньої патології, в тому числі і травної системи, є лише першим етапом у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Згідно чинного в Україні нормативно-правового регулювання, призначення АРТ та спостереження за дотриманням режимів лікування здійснюється центрами СНІДу. Для реалізації ефективного менеджменту лікування ВІЛ-інфекції та супутньої патології в ряді ЗОЗ розробляються маршрути руху ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які дозволяють спрямувати його до відповідного спеціаліста, отримання АРТ для досягнення стійкої вірусологічної, імунологічної та клінічної відповіді. Беручи до уваги важливість даного напрямку діяльності, було проаналізовано обізнаність лікарів щодо медичних маршрутів ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Було з'ясовано, що більшість лікарів ЗПСМ (58,0%) не знали в повному обсязі маршрути руху ВІЛ-інфікованих пацієнтів від встановлення діагнозу до досягнення стійкої вірусологічної /імунологічної відповіді та тільки 10,0% лікарів ЗПСМ та 38,7% лікарів групи вузьких спеціалістів знали це, на відміну від групи лікарів-інфекціоністів, які відмітили свою обізнаність в достатньому обсязі (71,7%) щодо маршруту цих пацієнтів ([Рисунок 11](#)).

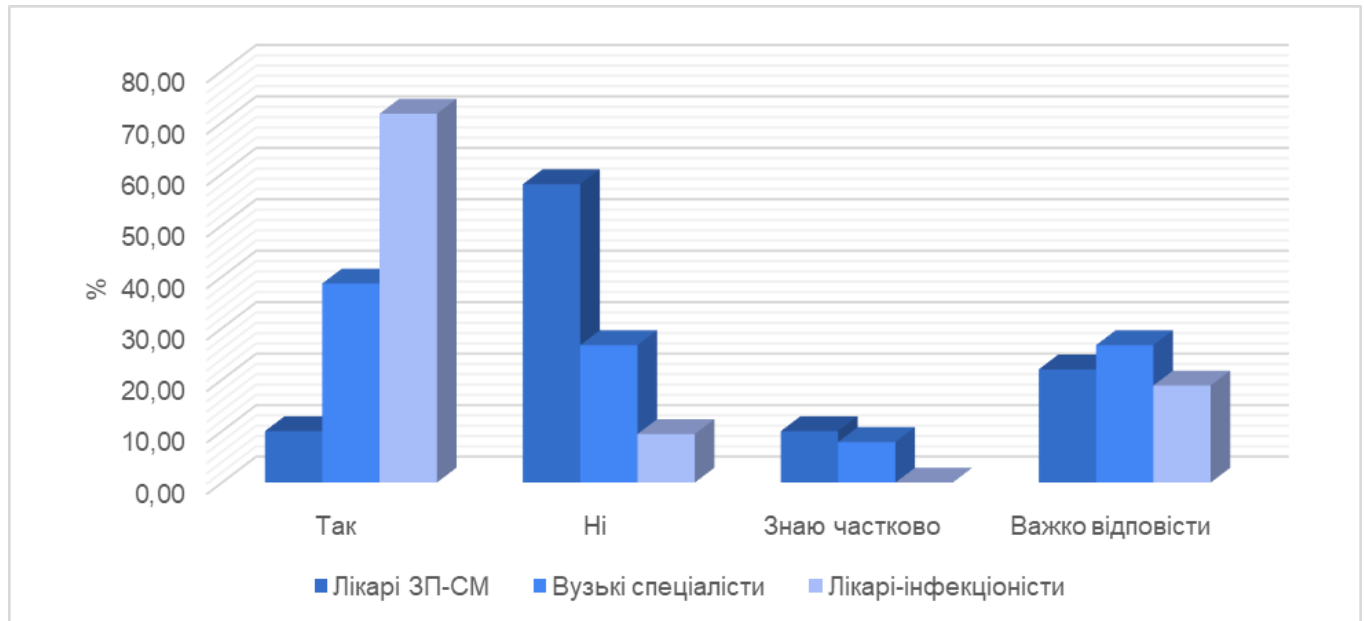


Рисунок 11. Обізнаність лікарів щодо подальшого медичного маршруту ВІЛ-інфікованих пацієнтів (від встановлення діагнозу до досягнення ними стійкої вірусологічної /імунологічної відповіді)

Щодо питань анкети щодо алгоритмів дій та маршрутів пацієнтів із супутньою патологією ТС, - відповіді лікарів - вузьких спеціалістів виявляли низький рівень обізнаності. Було проаналізовано частота повернення ВІЛ-інфікованих пацієнтів до лікарів ЗПСМ на тлі АРТ. Досить низькою виявилась частота зворотних направлень ВІЛ-інфікованих пацієнтів від лікарів-спеціалістів до лікарів ЗПСМ для ведення супутньої патології, в тому числі і органів травної системи, причому, як за даними відповідей лікарів ЗПСМ, так і відповідей лікарів-вузьких спеціалістів.

За даними анкетування дуже незначна частина лікарів ЗПСМ вказали, що від лікарів - вузьких спеціалістів до них повертались ВІЛ-інфіковані пацієнти з питаннями різної супутньої патології, в тому числі органів травної системи, і переважно ті, які вже досягли стійкої вірусологічної відповіді. Так, 84 (41,2%) лікарів ЗПСМ вважають, що повернення відбувається в разі досягнення СВВ (стійкої вірусологічної відповіді), 12 (5,9%) - під час проведення АРТ у разі виникнення або загострення соматичних захворювань, 72 (35,3%) - коли знаходяться на антиретровірусній терапії (АРТ). 36 (17,7%) лікарям ЗПСМ було важко відповісти на запитання. При цьому, більшість лікарів ЗПСМ зазначили, що пацієнти, котрі знаходились на противірусному лікуванні або переривали його з різних причин, до них повертались тільки в поодиноких випадках. За оцінками опитаних лікарів ЗПСМ, це досить сильно знижувало їх можливості щодо надання ефективної медичної допомоги даній категорії ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутніми захворюваннями, в тому числі травної системи, в рамках сучасної практики сімейної медицини, а також формувати позитивний комплаєнс до дотримання ВІЛ-позитивними пацієнтами ефективної АРТ.

Серед інфекціоністів 52,8% вважали, що ВІЛ-інфіковані повертаються до лікаря ЗПСМ у випадках переривання АРТ, а 47,2% було важко відповісти. Переважна кількість вузьких спеціалістів 154 (52,4%) не змогли відповісти на це питання ([Рисунок 12](#)).



Рисунок 12. Випадки зворотних направлень ВІЛ-інфікованих пацієнтів від лікарів-спеціалістів до лікарів ЗПСМ

Щодо питань координації комплексного лікування, знань про всі проблеми щодо отримання АРТ та ведення супутньої патології ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, то переважна кількість лікарів всіх трьох груп вважали, що ця функція має бути покладена на лікарів ЗПСМ. В той самий час, тільки 7,1% лікарів ЗПСМ та 4,6% вузьких спеціалістів поклали цю функцію на кабінети «Довіра» ([Рисунок 13](#)).

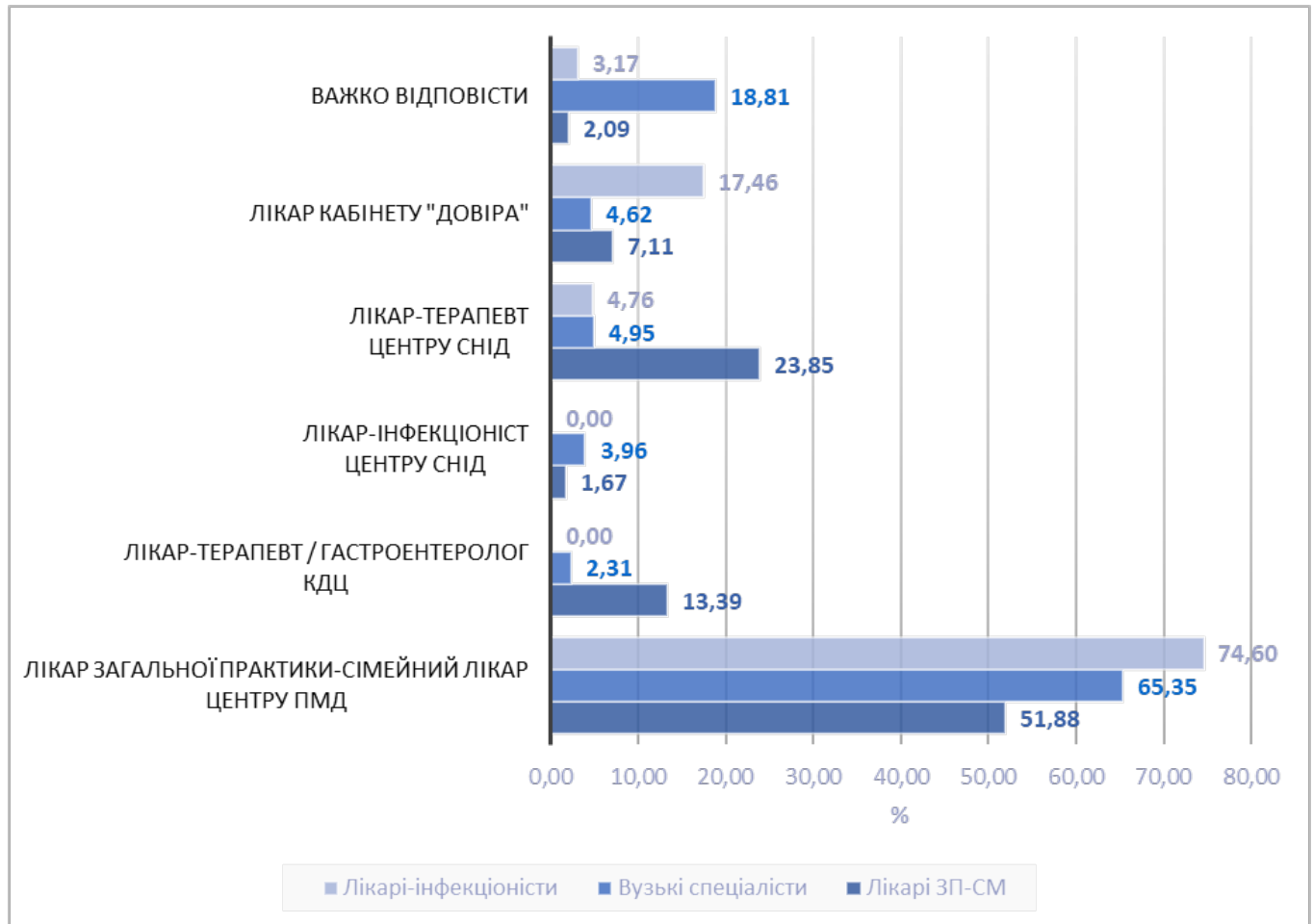


Рисунок 13. Координація комплексного лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Окремо було проаналізовано думки лікарів щодо адекватності медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими пацієнтами і його впливу на ефективність лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Так, переважна кількість опитаних лікарів вважали, що існуючий медичний нагляд є недостатнім, і це може впливати на ефективність лікування, при цьому 45 (84,9%) лікарів-інфекціоністів припускали, що недостатній медичний нагляд може значно її знижувати.

Як показало опитування лікарів, більшість лікарів ЗПСМ не здійснювали лікування пацієнтів з ХГВ та ХГС. Незначно більше це здійснювали лікарі-вузькі спеціалісти та переважно – лікарі-інфекціоністи.

Слід зазначити, що переважна більшість лікарів ЗПСМ (53,0%) не вміли скласти маршрути руху ВІЛ-інфікованих пацієнтів від встановлення діагнозу до досягнення клінічного результату в повному обсязі, вміли частково 48,0% і зовсім не вміли 5,0%. Знали в повному обсязі лише 34,0% лікарів ЗПСМ та 27,7% лікарів - вузьких спеціалістів, на відміну від групи лікарів-інфекціоністів, переважна частина яких (67,9%) яких знали в повному обсязі і частково (20,8%) цей маршрут пацієнтів. В середньому біля 20,0% лікарів 1 та 2 групи груп потребували додаткового навчання ([Рисунок 14](#)).

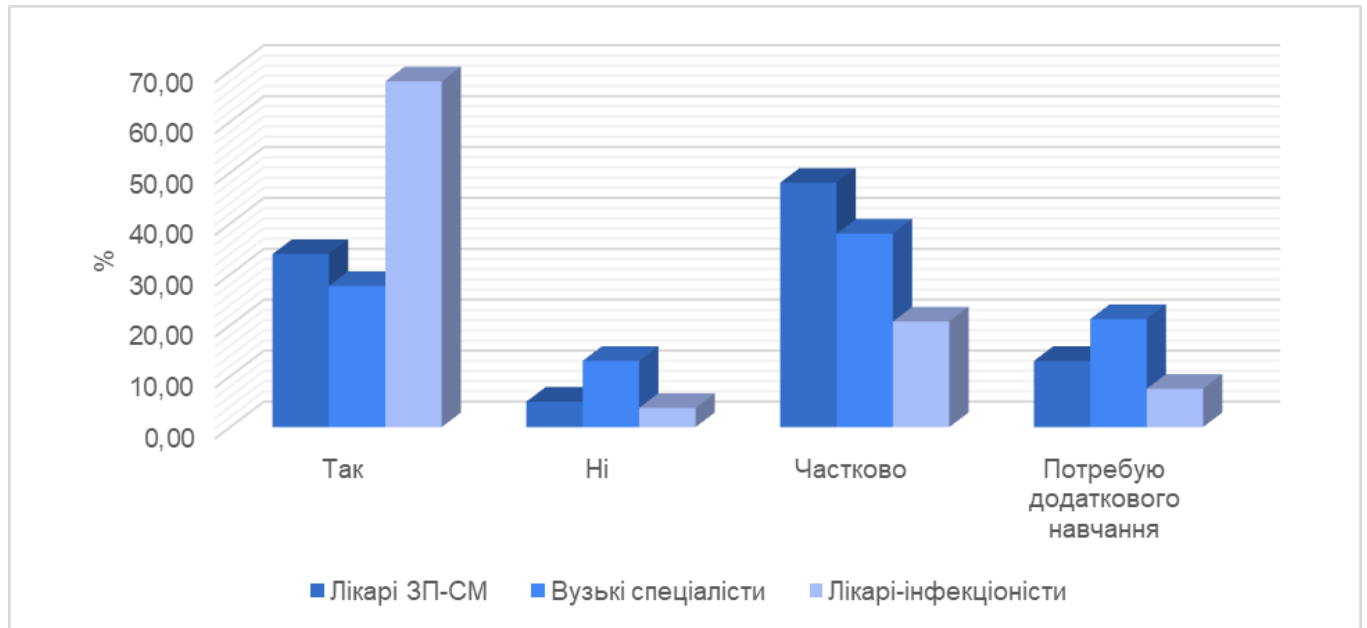


Рисунок 14. Вміння скласти маршрут руху ВІЛ-інфікованого пацієнта від встановлення діагнозу до досягнення клінічного результату

Аналогічна ситуація у відповідях лікарів обох груп відмічалась також відносно пацієнтів з ХГС, ХГВ від встановлення діагнозу до досягнення клінічного результату.

За результатами анкетування були з'ясовані також потреби щодо додаткового навчання лікарів з питань ведення ВІЛ-позитивних пацієнтів із супутньою патологією органів травної системи. Так, більшість респондентів заявили про проходження ними попередньої додаткової підготовки з питань ВІЛ/СНІДу, але, в той самий час, переважна більшість респондентів відмітили недостатність своєї підготовки з питань ХВГВ і ХВГС.

На питання анкети щодо проходження додаткового навчання з питань скринінгу, діагностики, лікування та інтегрованого ведення ВІЛ-позитивних пацієнтів із супутньою патологією органів ТС переважна більшість опитаних лікарів відповіли, що такого навчання не проходили (Рисунок 15):

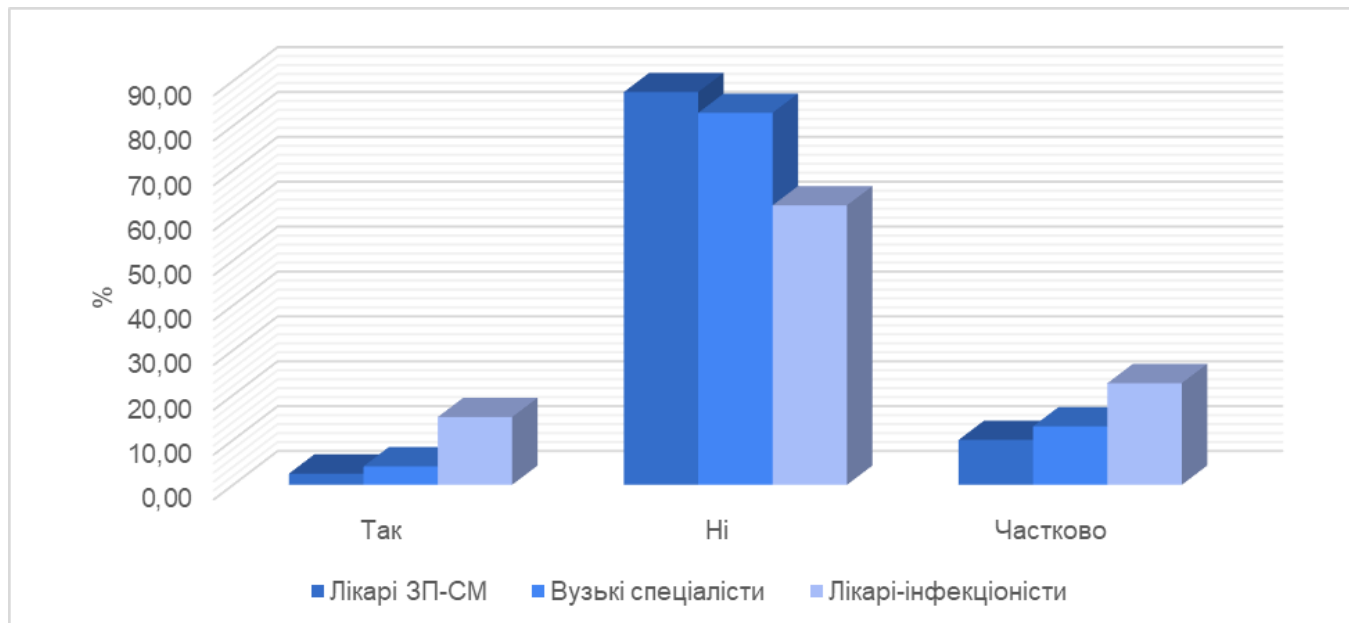


Рисунок 15. Проходження додаткового навчання з питань скринінгу, діагностики, лікування та інтегрованого ведення ВІЛ-позитивних пацієнтів із супутньою патологією органів ТС

Більшість з лікарів відмітили потребу в проведенні систематичного додаткового навчання з питань ВІЛ-інфекції, ХВГВ і ХВГС, а також додаткового навчання з питань скринінгу, діагностики, лікування та інтегрованого ведення ВІЛ-позитивних пацієнтів із супутньою патологією органів ТС, причому в зручній дистанційній або очно-дистанційній формах циклів тематичного удосконалення або короткотривалих семінарів чи тренінгів.

В своїх коментарях до анкети близько двох третин респондентів відмітили, що були в тій чи іншій мірі ознайомлені із нормативно-правовими документами з питань ведення ВІЛ-інфекції в ЗОЗ різних рівнів надання медичної допомоги, проте більшість з них зазначили відсутність чіткого регулювання та координації їх комплексної взаємодії у випадках наявності коморбідної патології у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, в тому числі органів травної системи.

Більшість опитаних лікарів ЗПМС зауважили, що вони часто стикались з побічними ефектами антиретровірусної терапії (АРТ) у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, але відмітили дуже низьку участь в моніторингу дотримання АРТ лікування такими пацієнтами та ведення супутньої патології, а також моніторингу побічних ефектів.

Більшість опитаних лікарів зазначили в своїх коментарях відсутність чітких алгоритмів дій у випадках розробки клінічних маршрутів ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією травної системи, і майже всі респонденти підтвердили доцільність використання в своїй поточній практиці розроблених для таких пацієнтів алгоритмів ведення.

Таким чином, проведений нами аналіз опитування лікарів з питань діагностики та ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією органів травної системи показав роль лікарів загальної практики-сімейної медицини в поточному обстеженні та веденні ВІЛ-інфікованих осіб із супутньою патологією травної системи.

Висновки

1. Аналіз результатів проведеного опитування лікарів продемонстрував, що більшість лікарів ЗПМС проводили обстеження своїх пацієнтів на ВІЛ-інфекцію, переважна

більшість з них (75,0%) були проінформовані про наявність патології ТС у відомих їм випадках ВІЛ-інфікованих пацієнтів, 85,0% лікарів ЗПСМ регулярно пропонували ВІЛ-інфікованим пацієнтам консультування та тестування на ХВГВ і 90,0% - на ХВГС, разом із загальним соматичним обстеженням, але переважно тільки тим пацієнтам, які самостійно звертались до закладів первинної медичної допомоги.

2. Більшість лікарів ЗПСМ (58,0%) не знали в повному обсязі маршрути руху ВІЛ-інфікованих пацієнтів від встановлення діагнозу до досягнення ними стійкої вірусологічної /імунологічної відповіді і, таким чином, не мали можливості в повних обсягах реалізувати скринінг супутньої патології ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Роль лікарів ЗПСМ у моніторингу випадків патології травної системи ВІЛ-інфікованих пацієнтів виявилась досить низькою. Не змогли відповісти про маршрут ВІЛ-інфікованого також 61,3% вузьких спеціалістів.
3. Виявлено низький рівень обізнаності опитаних лікарів ЗПСМ та лікарів - вузьких спеціалістів з питань здійснення контролю лікування патології ТС, алгоритмів дій та маршрутів ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією ТС.
4. Досить низькою виявилась частота зворотних направлень лікарями-спеціалістами пацієнтів до лікарів ЗПСМ для ведення супутньої патології, в тому числі і органів травної системи, причому, як за даними відповідей лікарів ЗПСМ, так і відповідей лікарів-вузьких спеціалістів. Причому повернення таких пацієнтів до лікарів ЗПСМ відбувалось переважно в разі досягнення ними стійкої вірусологічної відповіді, і тільки зрідка під час проведення АРТ у разі виникнення або загострення соматичних захворювань, у зв'язку з маніфестацією патології ТС, що власне могло призводити до перерв в наданні АРТ. Тобто пацієнти, які проходили АРТ та негативно реагували на неї, практично не повертались до лікарів ЗПСМ і тому не отримували продовжену всебічну та координовану медичну допомогу з приводу різної патології ТС. Тобто, повернення від лікарів-спеціалістів ВІЛ-інфікованих пацієнтів до лікарів ЗПСМ виявилось низьким, епізодичним, що може пояснювати зниження можливостей лікарів ЗПСМ ефективно контролювати клінічні результати лікування патології органів ТС та побічних ефектів АРТ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
5. Було з'ясовано певні проблеми виявлення патології ТС у ВІЛ-інфікованих та подальшої тактики ведення таких пацієнтів. Визначені певні невідповідності та недостатні обсяги скринінгу коморбідної патології органів ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в практиці лікарів ЗПСМ можуть означати, що багато хронічних патологій залишаються невиявленими. Наявність непролікованих коморбідних захворювань органів ТС при ВІЛ-інфекції може бути фактором ризику зниження ефективності АРТ у таких пацієнтів. В зв'язку з цим, особливу увагу лікарів первинної медичної допомоги, насамперед сімейних лікарів, слід звернути на вчасне виявлення, лікування та моніторинг у ВІЛ-інфікованих пацієнтів захворювань органів ТС.
6. Вбачається доцільним уточнити ролі та впровадити чіткі алгоритми спільних дій лікарів ЗПСМ та спеціалістів, які беруть участь у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією ТС, оскільки думки лікарів іноді помітно відрізнялись навіть у межах кожної із трьох професійних груп респондентів. З'ясовано необхідність підвищення поінформованості лікарів ЗПСМ та вузьких спеціалістів щодо ефективних стратегій та оптимізації їх поточної практики з питань скринінгу та сучасних підходів до ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутньою патологією органів ТС.

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. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2019.pdf>.
2. Nakaz MOZ Ukrainy vid 05.06.2019 № 1292 Pro zatverdzhennia novoho Klinichnogo protokolu iz zastosuvannia antyretrovirusnykh preparativ dlia likuvannia ta profilaktyky VIL-infektsii. <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1292-pro-zatverdzhennja-novogo-klinichnogo-protokolu-iz-zastosuvannja-antiretrovirusnih-preparativ-dlja-likuvannja-ta-profilaktiki-vil-infekcii>.
3. HIV Infection in Ukraine. *Informatsiynyy Buleten*. 2020;(51). https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf.
4. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, Burchell AN, Cohen M, Gebo KA, Gill MJ, Justice A, Kirk G, Klein MB, Korthuis PT, Martin J, Napravnik S, Rourke SB, Sterling TR, Silverberg MJ, Deeks S, Jacobson LP, Bosch RJ, Kitahata MM, Goedert JJ, Moore R, Gange SJ. Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. Okulicz JF, ред. *PLoS ONE*. 2013;8(12). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081355>
5. Neuhaus J, Angus B, Kowalska JD, Rosa A, Sampson J, Wentworth D, Mocroft A. Risk of all-cause mortality associated with nonfatal AIDS and serious non-AIDS events among adults infected with HIV. *AIDS*. 2010;24(5). doi:<https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283365356>
6. Akhmedzhanova Z, Urunova D, Isaeva G. Rasprostranennost i chastota soputstvuyuschih i opportunisticheskikh zabolevaniy na raznykh stadiyah VICH-infektsii. *Zhurn. teoretich. i klin. Meditsiny*. 2015;4.
7. Piroth L. Liver steatosis in HIV-infected patients. *Aids Reviews*. 2005;7(4).
8. Alekseeva A, Nguen I, U K. Dynamika vyavlennia deiakykh suputnykh patolohii ta staniv u osib z vpershe vstanovlenym diahnozom VIL-infektsii v Ukraini. *Profilaktychna medytsyna*. 2016;26(1).
9. Hetman L, Voronova K, Riabinchuk M. Otsinka klinichnykh kompetentsii medychnykh pratsivnykiv zakladiv okhorony zdorovia, shcho nadaiut antyretrovirusnu terapiiu. *Profilaktychna medytsyna*. 2016;26(1).
10. Nakaz MOZ Ukrainy vid 05.08.2014 № 509 Pro zatverdzhennia Zmin do Typovoho polozhennia pro kabinet "Dovira". Published online 2014.
11. Golubovskaya O. Problemy okazaniya meditsinskoy pomoschi bolnyim VICH-infektsiei i virusnyimi gepatitami v Ukraine. *Klinicheskaya infektologiya i parazitologiya*. 2013;(4).
12. Vysotska O, Holubovska O. Aktualni pytannia protydii poshyrenniu sotsialno-nebezpechnykh hemokontaknykh virusnykh infektsii v suchasni systemi hromadskoho zdorovia Ukrainy: rol pervynnoi medychnoi dopomohy. *Ukraina. Zdorovia natsii*. 2018;(3).
13. Landon BE. Physician Specialization and the Quality of Care for Human Immunodeficiency Virus Infection. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165(10). doi:<https://doi.org/10.1001/archinte.165.10.1133>
14. Nanditha NGA, St-Jean M, Tafessu H, Guillemi SA, Hull MW, Lu M, Henry B, Barrios R, Montaner JSG, Lima VD. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV in British Columbia, Canada: A retrospective cohort study. Sued O, ред. *PLOS ONE*. 2019;14(3). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214012>
15. Rogowska-Szadkowska D, Strumiło J, Chlabicz S. Knowledge of family medicine trainers concerning HIV/AIDS – pilot study. *Przegląd epidemiologiczny*. 2017;71(4).
16. Traversy G, Austin T, Yau J, Timmerman K. Assessing uptake of national HIV screening and testing guidance—Part 1: Awareness, use and usefulness. *Canada Communicable Disease Report*. 2017;43(12). doi:<https://doi.org/10.14745/ccdr.v43i12a03>