

Particularities of clinical - laboratory and instrumental markers of the digestive system comorbid pathology in HIV-infected patients in the context of family medicine practice

Volodymyr Vysotskyi

Bogomolets National Medical University

Introduction. Ukraine remains in second place among the largest countries with HIV - epidemic in Eastern Europe and Central Asia, with one of the highest infection rates among European region's countries. The issues of comorbidity of various pathologies, including HIV - infection with digestive system diseases, and the increasing role of family medicine in the detection and treatment of many chronic gastroenterological diseases in HIV-infected patients become actual in Ukraine.

Purpose of the study. To study the characteristics of clinical, laboratory and instrumental markers of the digestive system comorbid pathology in HIV-infected patients in the context of clinical diagnostic value for the family medicine practice.

Material and methods. The 96 patients with HIV infection, who were monitored in HIV / AIDS centers in different regions of Ukraine during 2017-2019 years were examined: the main group (MG) of the study was 54 (56.2%) HIV-infected patients with digestive system pathology and the control group (CG) - 42 (43.8%) HIV-infected patients, who did not have a comorbid pathology of the digestive system. The examination included general clinical, biochemical, serological, molecular genetic studies, ultrasound of the abdominal organs in 2D scanning mode in two projections.

Results and its discussion. In both groups, astheno-vegetative and dyspeptic syndromes were observed, but their manifestations in the MG appeared significantly more often ($p < 0.05$), than in the CG and were more expressed. Among laboratory parameters in patients with comorbid pathology, anemia and thrombocytopenia were more often found, and the incidence of leukopenia increased with increasing immunodeficiency and had an inverse correlation with the number of CD4+ T cells. Among MG patients in comparison with CG the frequency of increased transaminase activity was higher, which may be due to the high frequency of liver damage in this group of patients. The highest activity of liver enzymes was determined in patients with comorbid pathology and severe immunodeficiency. According to the ultrasound results in MG patients the hepato- and splenomegaly, signs of portal hypertension, changes in the pancreas were more often detected and more significant.

Conclusion. In HIV-infected patients with pathology of the digestive system, manifestations of astheno-vegetative and dyspeptic syndromes, changes in general clinical, biochemical and ultrasound markers were significantly more often observed and more expressed. These markers of comorbid pathology of the digestive system in HIV-infected patients are available for monitoring and control in current practice of primary care clinics for timely diagnosis and effective treatment of digestive system pathology in HIV-infected patients by family physicians.

Вступ

Наша країна залишається на другому місці серед найбільших за величиною епідемії країн Східної Європи та Центральної Азії та кількістю нових випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу [1, 2, 3]. В Україні за оцінками нараховується біля 250 000 ВІЛ-інфікованих людей [4, 5, 21], а сучасна епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні характеризується інфікуванням ВІЛ кожного сотого громадянина України у віці від 15 до 49 років, що складає один із найвищих показників серед країн європейського регіону. Згідно із статистичними даними, за період з 1987 р. по травень 2019 р. в нашій країні було офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, зокрема 114 487 випадків захворювання на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІД [5].

Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS), що очолює світовий рух у досягненні універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ, виклала у Стратегії «На шляху прискорення для подолання СНІДу» основні цілі сталого розвитку, які стосуються питань СНІДу, та відповідні їм завдання до 2030 року [6]. У світлі необхідності змін дана Стратегія спрямована на досягнення комплексу далекосяжних і орієнтованих на людину цілей і завдань, які необхідно виконати до 2020 року, щоб досягти амбітної мети - покінчити з епідемією СНІДу в 2030 році. У завданнях наголошується на важливості зміцнення та розширення надання антиретровірусної терапії (АРТ), моніторингу вірусного навантаження і прихильності до АРТ лікування, а також включення послуг, спрямованих на лікування ко-інфекцій та супутніх патологій в комплекс послуг з профілактики, лікування, допомоги та підтримки ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Оскільки зростає кількість людей, що живуть з ВІЛ у віці 50 років або старше, збільшується тривалість їх життя, із відповідним зменшенням розмежування між інфекційними і хронічними неінфекційними захворюваннями. Це все призводить до необхідності інтеграції медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам з лікуванням інших наявних у них хронічних супутніх соматичних захворювань [7].

За оцінками, 2,6 мільйона чоловік, що живуть з ВІЛ, страждають також хронічним гепатитом В, а 2,8 мільйона чоловік, що живуть з ВІЛ, інфіковані вірусом гепатиту С [8]. У той же час багато країн з низьким і середнім рівнем доходів стикаються з подвійним тягарем захворювань, тому що поширеність неінфекційних хвороб зростає швидше, ніж знижується поширеність інфекційних захворювань, таких як ВІЛ. Супутня патологія у вигляді хронічних соматичних захворювань викликає особливе занепокоєння, за оцінками значеннями, стосовно 5,5 мільйона чоловік у віці 50 років і старше, які живуть з ВІЛ на сьогоднішній день. Перерви в антиретровірусному лікуванні протягом всього лише одного-двох тижнів можуть призводити до відновлення вірусемії у ВІЛ-позитивних пацієнтів, в яких вона була пригнічена завдяки АРТ. Тому орієнтований на пацієнта клінічний моніторинг підтримки АРТ протягом усього життя забезпечує найкращий результат як для пацієнта, так і для досягнення глобальної мети боротьби з епідемією ВІЛ [7].

ВІЛ/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити В та С, в тому числі у вигляді коінфекцій, формують основний тягар інфекційних хвороб в Україні, безпосередньо впливають на погіршення якості та тривалості життя, призводять до тяжких наслідків для здоров'я, сприяють втраті працездатності та передчасній смертності, зумовлюють появу множинних супутніх станів та захворювань. Враховуючи важливість завдань громадського здоров'я країни щодо протидії поширенню цих хвороб, в Україні було ухвалено Державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року [9].

Набувають актуальності питання коморбідності різних патологій, в тому числі ВІЛ-інфекції із захворюваннями травної системи. Структурно-функціональні зміни при ВІЛ-інфекції можуть зустрічатися в різних органах травної системи: в порожнині рота, в стравоході, шлунку, печінці, а також у кишківнику. Відмічають, що найбільш частими гастроентерологічними

патологіями при ВІЛ-інфекції є захворювання гастроудоденальної зони (68,2%) і захворювання жовчовивідних шляхів (31,8%), а поширеність гастроентерологічної патології у ВІЛ-інфікованих має зворотній кореляційний зв'язок середньої сили з імунорегуляторним індексом CD4 / CD8 ($r = -0,537$; $p < 0,05$). Патогенетично ураження травної системи при ВІЛ-інфекції може бути викликано як прямим впливом вірусу на шлунково-кишковий тракт і опортуністичними інфекціями, так опосередкованим впливом у ході хронічної системної запальної реакції і імунodefіцитного стану, а також бути результатом тривалого прийому лікарських препаратів [10].

ВІЛ-інфекція часто поєднується з вірусними гепатитами В та С (ВГВ та ВГС), оскільки цим інфекціям притаманний спільний парентеральний шлях передачі. Вірусні гепатити В та С ускладнюють процес лікування внаслідок виникнення гепатотоксичних реакцій, що може стати основною причиною тривалих перерв при АРТ. В той же час, ці пацієнти є групою ризику щодо поглиблення імунodefіциту, є основною причиною смертності. Інфекція вірусом гепатиту С несприятливо впливає на перебіг ВІЛ-інфекції, прискорюючи зниження рівня CD4+клітин зі зростанням ризику летальності внаслідок розвитку та прогресування СНІДу [11]. При ВІЛ інфекції клітинами мішенями є Т-клітини CD4+, а при вірусних гепатитах такими мішенями стають гепатоцити. У разі ко-інфекції ВІЛ та ВГС або ВГВ перманентна реплікація вірусу спричинює ураження гепатоцитів, запальний процес у печінці, активацію зірчастих клітин печінки та її фіброз. У разі ко-інфекції ВІЛ/вірусні гепатити відбувається синергічна дія вірусів на клітини мішені, що сприяє розвитку тяжких клінічних проявів та прискоренню прогресування захворювання до кінцевих стадій ураження печінки. Поступове зменшення Т-клітини CD4+, що асоціюється із ВІЛ-інфекцією, потенційно може призвести до зниження специфічної імунної відповіді та втрати контролю над ВГС/ВГВ, тим самим підвищуючи кількість інфікованих гепатоцитів, прискорюючи ураження печінки та ускладнюючи проведення АРТ та зумовлюючи вищу смертність ніж при моноінфекції кожним з вірусів. [12].

По результатам ендоскопії травного тракту ВІЛ-інфікованих пацієнтів, за даними ряду авторів найчастіше діагностувався кандидоз стравоходу, хронічний гастрит та хронічний неспецифічний коліт [13]. Хоча антиретровірусна терапія (АРТ) у ВІЛ-інфікованих, як правило, дозволяє відновити імунітет за картиною периферичної крові, відновлення органів травного тракту відбувається набагато повільнішими темпами, і в них зберігаються як імунологічні, так і структурні порушення. Важливо, що за даними дослідження великих груп пацієнтів субоптимальне відновлення шлунково-кишкового тракту було пов'язано із залишковим запаленням та підвищеною захворюваністю у ВІЛ-інфікованих отримувачів АРТ. Враховуючи це, акцентується увага на важливості застосування сучасних методів лікування, спрямованих на посилення відновлення органів шлунково-кишкового тракту, що значно сприятиме відновленню повного здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів [14].

Слід підкреслити дані щодо користі призначення ранньої АРТ для запобігання розвитку фіброзу печінки [15]. Разом з тим, антиретровірусні препарати викликають також передбачувані побічні ефекти, пов'язані з ушкодженнями печінки та шлунково-кишкового тракту [16]. Ряд авторів розглядають запальні процеси шлунково-кишкового тракту та зміни мікробіома кишківника у ВІЛ-позитивних пацієнтів як додатковий фактор ризику розвитку діабету [17].

Разом з тим, практика сімейної медицини дає можливість покращити як ранню діагностику ВІЛ-інфекції, так і ефективно та вчасно попереджувати виникнення ускладнень, формувати у ВІЛ-інфікованих пацієнтів позитивний комплаєнс щодо дотримання ними антиретровірусної терапії та комплексного лікування в них супутньої патології. Сімейні лікарі, які опікуються хворими на ВІЛ-інфекцію, відіграють ключову роль у виявленні та лікуванні багатьох із хронічних гастроентерологічних ускладнень у таких пацієнтів [18]. Лікарі первинної медичної допомоги також часто беруть участь у виявленні ВІЛ-позитивних осіб, успішно використовуючи надані ним оновлені керівництва із скринінгу, а також надані рекомендації

щодо моніторингу та лікування пацієнтів з ВІЛ-інфекцією [19, 20].

Мета дослідження

Метою дослідження було вивчити особливості клініко-лабораторних та інструментальних маркерів поєднаної патології органів травної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в контексті їх клініко-діагностичного значення для практики сімейної медицини.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено 96 пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, що перебували під наглядом у центрах ВІЛ/СНІД різних регіонів України в 2017-2019 роках. Дослідження проводилося 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 КМКЛ №5 та 4-х регіональних центрів ВІЛ/СНІДу Одеської, Херсонської, Миколаївської та Дніпропетровської областей, із дотриманням вимог існуючих біоетичних норм та наукових стандартів. Усім хворим, що увійшли у дослідження, проводилось постійне клінічне спостереження.

Загальноклінічні, біохімічні, серологічні, молекулярно-генетичні дослідження проводились в динаміці у відповідних лабораторіях закладів охорони здоров'я. Методи молекулярно-генетичної діагностики використовувались для підтвердження діагнозів ВІЛ-інфекції та хронічних вірусних гепатитів. При УЗД органів черевної порожнини в 2Д-режимі проводилось сканування органів черевної порожнини у двох проекціях – горизонтальній та вертикальній. При цьому оцінювався стан контуру печінки (рівний, дрібнобугристий, крупнобугристий), передньозадній розмір часток печінки, структура паренхіми печінки (однорідна, помірковано неоднорідна і виражено неоднорідна або «вузлувата»), ехогенність печінки (нормальна або підвищена в різному ступені – від незначної до вираженої), діаметр і прохідність ворітної вени, печінкових вен, внутрішньопечінкових жовчних проток і загальної жовчної протоки, наявність реканалізації параумбілікальної вени, повздовжній розмір селезінки, наявність вільної рідини в нижніх місцях черевної порожнини. Всі виміри проводилися за стандартними методиками.

Пацієнти були відібрані методом рандомізованої вибірки та розподілені на дві групи порівняння: основна група (ОГ) – 54 (56,2%) особи із ВІЛ-інфекцією та патологією травної системи (ТС) та контрольна група (КГ) – 42 (43,8%) особи, що не мали супутньої патології ТС. За статтю пацієнти розподілилися наступним чином: в ОГ було 44 (45,8%) жінок та 52 (54,2%) чоловіків, в КГ відповідно – 20 (45,5%) та 24 (54,6%), $p > 0,05$. Середній вік в ОГ був $33,5 \pm 2,3$ років, в КГ $34,6 \pm 1,9$ років, $p > 0,05$. Групи були співпівставні за статтю та віком пацієнтів. Кількість пацієнтів в ОГ була достовірно більшою, ніж в КГ, що може свідчити про переважання хворих з патологією травного тракту серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Структура уражень травного тракту у обстежених хворих наведена в **Таблиці 1**.

Діагноз	n	%
ГЕРХ (гастроезофагеальна рефлюксна хвороба)	14	14,6
Гастрит	16	16,7
Гастродуоденіт	15	15,6
Виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки	7	7,3
Холецистит	18	18,7
Панкреатит	36	37,5
Хронічний гепатит невідомої етіології	36	37,5
ХГВ (хронічний гепатит В)	8	8,3

Діагноз	n	%
ХГС (хронічний гепатит С)	32	33,3
Коліт	2	2,1
Комбінована патологія	50	52,1

Таблиця 1. Частота уражень органів травної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів (n=96)

В обох групах домінували прояви астено-вегетативного та диспепсичного характеру. Диспепсичний синдром визначався у 47 (87,0%) пацієнтів на ВІЛ-інфекцію та поєднаною патологією ТС, на противагу 12 (28,6%) пацієнтам на ВІЛ-інфекцію без патології ТС ($p < 0,05$). Вираженість диспепсичного синдрому була вищою у пацієнтів із поєднаною патологією. Так, серед пацієнтів даної групи незначно виражений диспепсичний синдром реєструвався у 15 (31,9%) пацієнтів, помірно виражений – у 18 (38,3%), виражений – у 14 (29,8%) пацієнтів. В той час, як у ВІЛ-інфікованих пацієнтів КГ, які не мали захворювань органів ТС, переважав незначно виражений диспепсичний синдром – у 7 (58,3%), помірно виражений визначався у 5 (41,6%) пацієнтів, виражений диспепсичний синдром не реєструвався у жодного пацієнта даної групи (Рис.1).

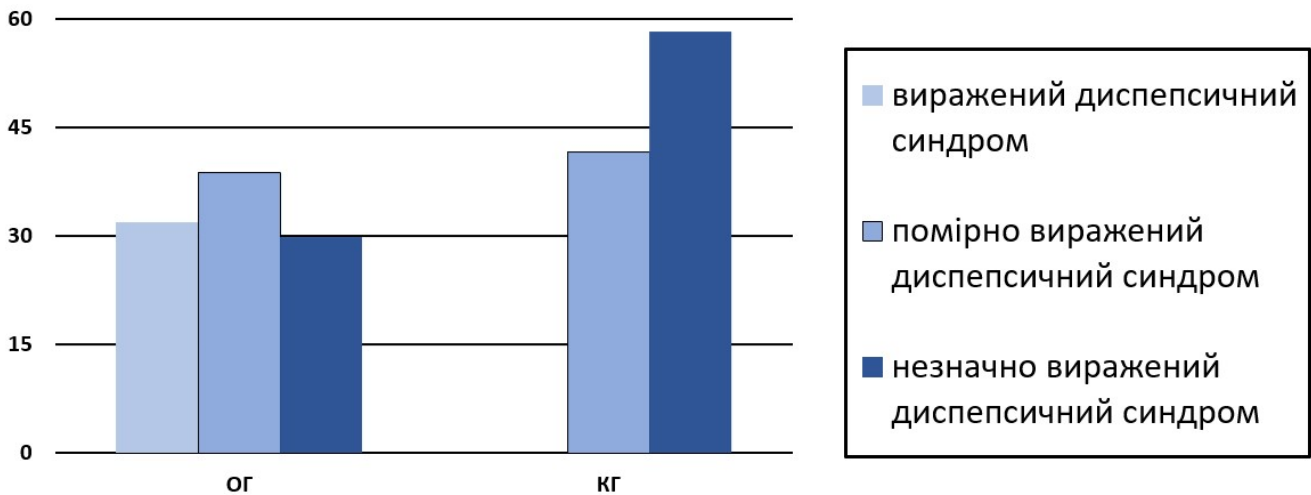


Рисунок 1. Вираженість диспепсичного синдрому у пацієнтів ОГ та КГ

Астено-вегетативний синдром також частіше зустрічався серед пацієнтів із коморбідною патологією ТС та ВІЛ-інфекції, в порівнянні із пацієнтами КГ: у 45 (83,3%) пацієнтів та у 26 (61,9%), відповідно. Серед пацієнтів ОГ із коморбідною патологією превалював помірної вираженості астено-вегетативний синдром – у 26 (57,7%) хворих, в той час, як серед пацієнтів КГ переважав незначно виражений астено-вегетативний синдром – у 17 (65,4%) хворих. Вираженість астено-вегетативного синдрому серед пацієнтів ОГ та КГ представлена на Рисунку 2.

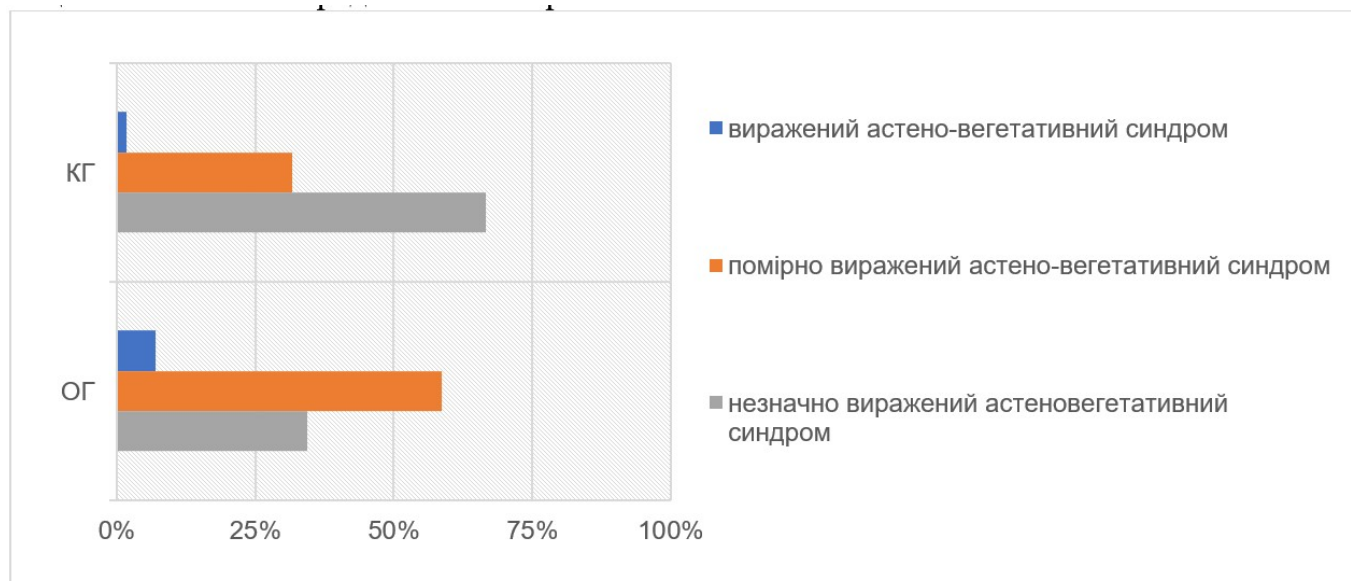


Рисунок 2. Вираженість астено-вегетативного синдрому у пацієнтів ОГ та КГ

При оцінці лабораторних даних, зокрема загального аналізу крові, пацієнтів ОГ було розподілено на підгрупи, в залежності від клінічної стадії ВІЛ-інфекції. Було встановлено, що серед пацієнтів із поєднаною патологією частіше виявлялась анемія та тромбоцитопенія, в той час як частота виявлення лейкопенії в обох групах була практично однаковою - 28,8% та 30,1% відповідно. Частота виявлення лейкопенії зростала із поглибленням імунодефіциту і мала зворотній кореляційний зв'язок із кількістю Т-клітин CD4+. Частіше виявлялась анемія серед пацієнтів ОГ в порівнянні із хворими КГ: у 46,8% та 28,9% випадків відповідно ($p < 0,05$). На початкових стадіях ВІЛ-інфекції частота виявлення анемії у пацієнтів ОГ складала 27,3% (у I підгрупі хворих) та зростала до 68,7% у пацієнтів IV підгрупи із вираженим імунодефіцитом. Тромбоцитопенія в межах від 64 до 139*10⁹ виявлялась у всіх групах пацієнтів. Частота тромбоцитопенії в ОГ пацієнтів зростала в міру зниження вмісту Т-клітин CD4+. Частота тромбоцитопенії між I підгрупою, з незначним імунодефіцитом, та контрольною групою була практично однаковою. Вища частота виявлення анемії та тромбоцитопенії серед пацієнтів ОГ в порівнянні із пацієнтами КГ ймовірно обумовлена вищою частотою ураження печінки, в тому числі вірусної етіології, та глибшим порушенням її функції серед пацієнтів даної групи.

При оцінці біохімічних показників крові було встановлено, що частота виявлення підвищення активності трансаміназ була вищою серед пацієнтів ОГ у порівнянні із хворими КГ, що може бути обумовлене вищою частотою ураження печінки в даній групі хворих. Так, серед пацієнтів ОГ підвищення активності АСТ реєструвалось у 64,4% хворих проти 56% серед пацієнтів КГ; підвищення активності АЛТ реєструвалось у 67,5% ОГ проти 56,6% КГ; підвищення рівнів ГГТП визначалось у 34,3% ОГ проти 16,8% КГ пацієнтів. Різниця була значною для АЛТ ($p < 0,05$) та ГГТП ($p < 0,001$) та на межі для АСТ ($p = 0,06$). При оцінці біохімічного профілю пацієнтів було встановлено, що найвища активність печінкових ферментів визначалась у хворих із коморбідною патологією ТС та вираженим імунодефіцитом. Так, найвища активність АЛТ реєструвалась серед хворих IV підгрупи. Середні значення активності АЛТ серед хворих даної групи склали 135 (71-268) Од/л та суттєво відрізнялись від таких в I підгрупі - 64 (56-96) Од/л та контрольній групі - 57 (49-89) Од/л ($p < 0,05$). Показники активності трансаміназ у пацієнтів із поєднаною патологією, в залежності від клінічної стадії ВІЛ-інфекції та пацієнтів контрольної групи представлені на [Рисунку 3](#).

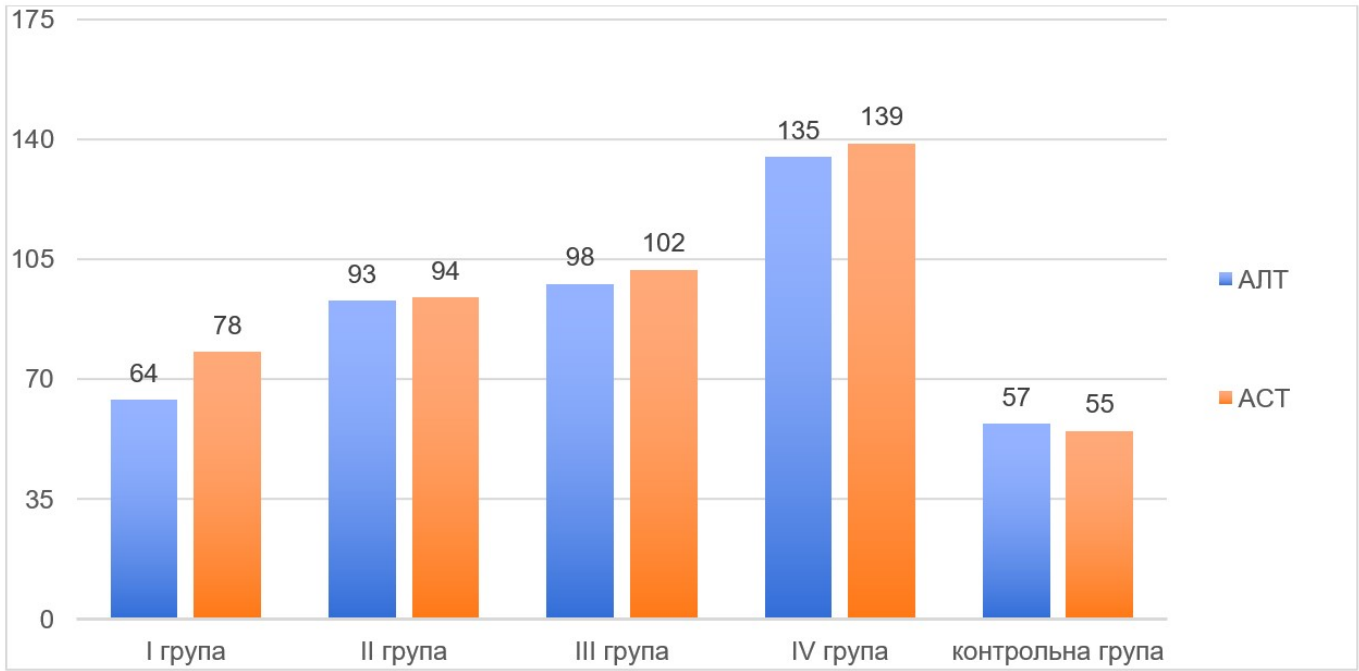


Рисунок 3. Показники активності трансаміназ у пацієнтів із поєднаною патологією, в залежності від клінічної стадії ВІЛ-інфекції та пацієнтів контрольної групи

Всім пацієнтам, що увійшли у дослідження, проводилось комплексне УЗД органів черевної порожнини в 2D режимі. За даними ультразвукового дослідження здійснювались оцінка розмірів печінки – передньо-задній розмір правої та лівої долі, однорідності паренхіми, розмірів ворітної та селезінкової вени, оцінка середньої лінійної швидкості порталного кровоплину, лінійних розмірів та площі селезінки, а також її структури, оцінка стану підшлункової залози та жовчного міхура, оцінка наявності та вираженості гепатолієнального синдрому, оцінка лімфатичних структур черевної порожнини.

При оцінці розмірів печінки за даними УЗД в 2D-режимі встановлено, що серед пацієнтів із поєднаною патологією гепатомегалія відзначалась у 88,8% (48 пацієнтів), а серед пацієнтів КГ – у 66,6% (28 пацієнтів) ($p=0,011$). У хворих із ОГ передньо-задній розмір правої долі печінки був значно більшим, ніж у хворих контрольної групи: 16,4 (14,8-17,6) см та 14,8 (14,23-15,6) см відповідно ($p<0,001$). Таким чином, було встановлено, що більш виражена гепатомегалія властива хворим із коморбідною патологією органів ТС та ВІЛ-інфекцією. Також середні значення площі селезінки були більшими серед хворих ОГ в порівнянні із КГ групою, та склали відповідно: 81,2 (70,45-88,34) см та 61,3 (51, 85-76,2) см ($p<0,001$). Серед пацієнтів ОГ групи були більш вираженими ознаки порталної гіпертензії. Так, середні розміри ворітної вени серед пацієнтів даної групи становили 1,48 (1,39-1,6) см в той час, як у групі пацієнтів із КГ відповідний показник склав 1,4 (1,3-1,46) см ($p<0,001$).

Частою знахідкою серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів було виявлення збільшених лімфатичних вузлів черевної порожнини, які виявлялись у 50 (52,1%) пацієнтів, однак достовірної різниці серед пацієнтів ОС та КГ виявлено не було, у 28 (51,8%) та у 22 (52,3%) відповідно.

Основні показники УЗД органів черевної порожнини у пацієнтів ОГ та КГ наведені у [Таблиці 2](#).

Показники 2D-режиму	ОС (n=54)	КГ (n=42)
Збільшення розміру печінки	48 (88,8%)	28 (66,6%)
Збільшення площі селезінки (n=75см ²)	26 (48,1%)	16 (38,1%)
Збільшення лімфатичних вузлів черевної порожнини	28 (51,8%)	22 (52,3%)

Показники 2D-режиму	ОС (n=54)	КГ (n=42)
Розширення v. portae (n=1,3см)	29 (53,7%)	17 (40,8%)
Дифузні зміни підшлункової залози	24 (44,4%)	10 (23,8%)
Хронічний холецистит	12 (22,2%)	6 (17,6%)

Таблиця 2. Показники 2D-візуалізації пацієнтів на ВІЛ-інфекцію в поєднанні із коморбідною патологією органів ТС (ОГ) та без неї (КГ)

Таким чином, для пацієнтів із поєднаною патологією характерними були більш виражені зміни показників УЗД при оцінці у 2D-режимі. Частіше виявлялись та більш вираженими серед хворих даної групи були гепато- та спленомегалія, ознаки портальної гіпертензії (розширення ворітної та селезінкової вени), частішими були зміни зі сторони підшлункової залози. Також, при оцінці гепатолієнального синдрому між двома групами досліджуваних пацієнтів встановлено, що для ОГ пацієнтів була характерна більша його вираженість в порівнянні із КГ.

Враховуючи те, що досліджені маркери коморбідної патології органів травної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів є доступними для моніторингу та контролю сімейними лікарями в сучасній практиці закладів первинної медичної допомоги, контроль цих показників може стати дуже корисним для вчасного виявлення та ефективного лікування сімейними лікарями уражень травної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Виходячи з цього, може бути значно розширена роль сімейних лікарів у своєчасному виявленні та моніторингу маркерів типових ушкоджень органів травної системи, як супутньої патології у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Слід зазначити, що це набуває особливої актуальності для сучасної практики закладів первинної медичної допомоги в Україні, коли на сімейних лікарів покладається здійснення медичного обслуговування пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та ведення їх супутньої соматичної патології, згідно з наказом МОЗ України № 504 від 19.03.2018 р. «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». Особливо важливо підвищення ролі сімейної медицини у веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією ТС також з огляду на те, що на заклади первинної медичної допомоги покладається проведення моніторингу поширення ВІЛ-інфекції, зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, та випадків смерті ВІЛ-інфікованих, відповідно до наказу МОЗ України № 180 від 05.03.2013 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення».

Все це створює міцне підґрунтя для формування сучасного інтегрованого, пацієнт-орієнтованого підходу до ведення сімейними лікарями коморбідної соматичної патології, в тому числі захворювань органів ТС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Такий підхід повністю відповідає міжнародним стратегіям боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції [21], як стосовно питань впровадження найкращої медичної практики ведення ВІЛ-позитивних пацієнтів, так і цілей досягнення у них ефективності антиретровірусної терапії.

Висновки

1. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів з коморбідною патологією травної системи достовірно частіше спостерігались як прояви астено-вегетативного і диспепсичного синдромів, так і зміни загальноклінічних та біохімічних показників, зокрема більш глибока анемія та тромбоцитопенія, більш виражена активність печінкових ферментів.
2. Для ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією органів травної системи характерними були більш виражені зміни показників УЗД при оцінці у 2D-режимі, зокрема частіше виявлялись більш виражені гепато- та спленомегалія, ознаки портальної гіпертензії, частіше виявлялись ознаки хронічних холециститу та панкреатиту.

3. Маркери коморбідної патології органів травної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів є доступними для моніторингу та контролю в сучасній практиці закладів первинної медичної допомоги та можуть бути корисними для вчасного виявлення та ефективного лікування сімейними лікарями патології травної системи у ВІЛ-позитивних пацієнтів.
4. Сімейним лікарям необхідно бути обізнаними із характером змін клініко-лабораторних та інструментальних маркерів патології травної системи при ВІЛ-інфекції, вчасно моніторити та оцінювати ці зміни з метою забезпечення комплексного лікування коморбідної патології травної системи та формування позитивного комплайенсу до дотримання ефективної антиретровірусної терапії при веденні ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

References

1. Avert. HIV and AIDS in Ukraine. Brighton: Global information and education on HIV and AIDS; 2018. [Publisher Full Text](#)
2. Global AIDS Update. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS; 2016. [Publisher Full Text](#)
3. Global AIDS update. Communities at the centre, defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services, UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS; 2019. [Publisher Full Text](#)
4. UNAIDS in Ukraine. Ukraine on a Fast Track to End AIDS by 2030. Geneva: UNAIDS; 2019. [Publisher Full Text](#)
5. Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. HIV / AIDS statistics. Kyiv: Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine; 2019. [Publisher Full Text](#)
6. UNAIDS in Ukraine. UNAIDS Strategy 2016-2021 On the Fast-Track to end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2019. [Publisher Full Text](#)
7. UNAIDS. On the fast-track to end AIDS, 2016-2021 strategy. Geneva: UNAIDS; 2015. [Publisher Full Text](#)
8. UNITAID Secretariat World Health Organization. Hepatitis C medicines: technology and market landscape. Geneva: UNITAID Secretariat World Health Organization; 2015. [Publisher Full Text](#)
9. Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. The state strategy to combat HIV/AIDS, tuberculosis and viral hepatitis until 2030. Kyiv: Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine; 2019. [Publisher Full Text](#)
10. Kolpakova NV, Kurmangulov AA, Mel'nikov AA, Uvarova NA, Petrova UA. Clinical, amnestic and immunological parameters in HIV-infected patients with gastroenterological diseases. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2018; 10(1):78-83. [DOI](#)
11. Platt L, Easterbrook P, Gower E, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016; 16(7):797-808. [DOI](#) | [PubMed](#)
12. Anderson KB, Guest JL, Rimland D. Hepatitis C virus coinfection increases mortality in HIV-infected patients in the highly active antiretroviral therapy era: data from the HIV Atlanta VA Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2004; 39(10):1507-13. [DOI](#) | [PubMed](#)
13. Laguado VLD, Rodríguez ARM, Gómez CJ, Bonilla GRA, Rojas G. Endoscopic and pathological findings in patients with HIV and digestive symptoms at a university hospital. *Rev Col Gastroenterol*. 2016; 31(2):111-8. [DOI](#)
14. Mudd JC, Brenchley JM. Gut Mucosal Barrier Dysfunction, Microbial Dysbiosis, and Their Role in HIV-1 Disease Progression. *The Journal of Infectious Diseases*. 2016; 214(2)[DOI](#) | [PubMed](#)
15. Dharan NJ, Neuhaus J, Rockstroh JK, et al. Benefit of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy on Progression of Liver Fibrosis among People with HIV in the START Randomized Trial. *Hepatology*. 2019; 69(3):1135-50. [DOI](#) | [PubMed](#)
16. Karstaedt A. Digestive Diseases in Sub-Saharan Africa; Chapter 11 - HIV and the Digestive System. Johannesburg: Changes and Challenges; 2019. [DOI](#)

17. Bourgi K, Wanjalla C, Koethe JR. Inflammation and Metabolic Complications in HIV. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2018; 15(5):371-81. [DOI](#) | [PubMed](#)
18. Chu C, Pollock LC, Selwyn PA. HIV-Associated Complications: A Systems-Based Approach. *Am Fam Physician*. 2017; 96(3):161-9. [Publisher Full Text](#) | [PubMed](#)
19. Romanelli F, Matheny SC. HIV Infection: The Role of Primary Care. *Am Fam Physician*. 2009; 80(9):946-52. [Publisher Full Text](#) | [PubMed](#)
20. Cheng QJ, Engelage EM, Grogan TR, Currier JS, Hoffman RM. Who Provides Primary Care, An Assessment of HIV Patient and Provider Practices and Preferences. *J AIDS Clin Res*. 2014; 5(11)[DOI](#) | [PubMed](#)
21. US Department of State. US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Washington: US Department of State; 2019. [Publisher Full Text](#)