

Małgorzata Sobolewska-Pilarczyk¹,
Paweł Rajewski²,
Piotr Rajewski³

¹Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii
Wieków Rozwojowego, *Collegium Medicum*
Uniwersytet Mikołaja Kopernika,
Wydział Lekarski

²Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny,
Oddział Internistyczno-Zakaźny i Niedoborów
Odpornościowych, Bydgoszcz

³Klinika Neurologii, *Collegium Medicum*,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika,
Wydział Lekarski

Zakażenie HIV w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

HIV infection in general practice

STRESZCZENIE

Zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) wciąż stanowi wśród lekarzy różnych specjalności duży problem, zarówno w kwestiach wysunięcia podejrzenia, postawienia diagnozy, jak i dalszego sprawowania opieki nad tą grupą pacjentów. Wczesne rozpoznanie i odpowiednio prowadzone leczenie antyretrowirusowe sprawiają, że znacznie wydłużył się czas przeżycia osób zakażonych, poprawiła się jakość ich życia, zmniejszył się odsetek i ryzyko wystąpienia zakażeń oportunistycznych, nowotworów związanych z zakażeniem oraz rozwinięcia się zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

W pracy przedstawiono czynniki ryzyka zakażenia HIV oraz objawy kliniczne, mogące sugerować infekcję i wskazujące na konieczność wykonania testu przesiewowego w kierunku zakażenia HIV.

Forum Medycyny Rodzinnej 2016, tom 10, nr 1, 42–44

słowa kluczowe: HIV, ostra choroba retrowirusowa, zakażenia oportunistyczne, AIDS

ABSTRACT

Human immunodeficiency virus (HIV) infection is still a huge problem in medicine practice, both suspicious, diagnosis and treatment. Early recognition and good anti-retrovirus treatment caused elongation of life time, better quality of life, lower percent and lower risk opportunity infections, cancers connected with HIV infection and developing an acquired immune deficiency syndrome (AIDS). This article presents: risk factors of HIV infection and clinical syndromes connected with HIV.

Forum Medycyny Rodzinnej 2016, vol 10, no 1, 42–44

key words: HIV, acute HIV infection, opportunity infections, AIDS

Adres do korespondencji:
dr n. med. Paweł Rajewski
Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny
ul. św. Floriana 12, 85-030 Bydgoszcz
e-mail: rajson@wp.pl

Zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności jest poważną chorobą retrowirusową, która nieleczona prowadzi do rozwoju chorób oportunistycznych,

to jest wirusowych (na przykład cytomegalia, nawracająca opryszczka typu 1 lub 2, półpaśnic), bakteryjnych (na przykład nawracające zapalenia płuc, przynajmniej dwa epizody

w ciągu 12 miesięcy, czy przewodu pokarmowego), grzybiczych (na przykład pneumocystowe zapalenie płuc, kandydoza, kryptokokoza), pasożytniczych (na przykład toksoplazmoza) czy gruźlicy lub mykobakteriozy, rozwoju zespołu ludzkiego niedoboru odporności, niektórych nowotworów, do śmierci włącznie.

Obecnie szacuje się, że na świecie żyje ponad 30 milionów osób zakażonych HIV, najwięcej w krajach afrykańskich. W Polsce do 2014 roku wykryto ponad 17 000 zakażeń. Szacuje się jednak, że liczba faktycznie zakażonych może sięgać nawet 40 000. Liczba wykrywanych zakażeń HIV z roku na rok systematycznie rośnie, jednak odsetek późno wykrytych zakażeń jest ciągle wysoki [1, 2]. Osoby nieświadome tego, że są zakażone stanowią realne ryzyko nowych zakażeń, szczególnie w okresie bezobjawowym. Dlatego tak ważne jest czynne poszukiwanie osób z grup ryzyka, czy z objawami mogącymi sugerować zakażenie.

Wprowadzenie leczenia antyretrowirusowego od lat 90. XX wieku znacznie wydłużyło czas przeżycia oraz czas progresji zakażenia do rozwoju AIDS. Zmienił się również model leczenia, liczba i wielkość tabletek oraz częstotliwość ich podawania do nawet jednej tabletki na dobę włącznie, to wszystko przyczyniło się do lepszego przestrzegania zaleceń, mniejszej liczby pomijanych dawek czy przerywania leczenia.

W obecnych czasach głównymi czynnikami ryzyka zakażenia HIV są ryzykowne kontakty seksualne (dominują kontakty heteroseksualne), zwłaszcza z częstą zmianą partnerów, bez używania prezerwatywy, uprawianie seksu analnego czy używanie wspólnych igieł przez osoby uzależnione od dożylnych środków psychoaktywnych. Szczególną uwagę należy zwrócić również na osoby osadzone w zakładach karnych, pacjentów z zakażeniami przenoszonymi drogą płciową i mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami. W znacznie mniejszym odsetku obserwuje się ryzyko związane z transfuzją krwi (obowiązkowe badania krwiodawców, karencja krwi), ryzyko wertykalne czy zawodowe [3, 4].

Badanie w kierunku obecności wirusa HIV należy rozważyć u każdego pacjenta ze stanami gorączkowymi niejasnego pochodzenia, uogólnionym powiększeniem węzłów chłonnych, utratą masy ciała czy przewlekłymi biegunkami oraz w przypadku chorób o nietypowym przebiegu, nawracających czy trudnych do leczenia.

Ponadto każda kobieta planująca lub będąca w ciąży powinna wykonać badanie w kierunku zakażenia HIV, pacjentki z nawracającymi zakażeniami grzybiczymi narządów płciowych czy innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, inwazyjnym lub nieinwazyjnym rakiem szyjki macicy, dysplazją szyjki macicy co najmniej drugiego stopnia czy zakażeniem *Human papilloma virus* (HPV).

Następną grupą pacjentów, u których powinno się rozważyć badanie w kierunku zakażenia HIV, są chorzy z niektórymi schorzeniami układu oddechowego, to jest z rozpoznaną gruźlicą lub innymi mykobakteriozami, nawracającymi bakteryjnymi zapaleniami płuc, śródmiąższowym zapaleniem płuc, grzybicami tchawicy, oskrzeli czy płuc.

Niektóre choroby skóry, zwłaszcza przewlekające się, powinny także zwrócić uwagę lekarza na możliwość zakażenia retrowirusowego, na przykład łojotokowe zapalenie skóry, półpasiec, opryszczka narządów płciowych, mięsak Kaposiego, nowotwory skóry czy nawracające infekcje grzybicze jamy ustnej, narządów płciowych.

U pacjentów z chorobami neurologicznymi, zwłaszcza z otępieniem o niejasnej etiologii, encefalopatią, polineuropatią, zespołem Guillaina-Barrégo, kryptokokowym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, chłoniakiem pierwotnym mózgu, neurotoksoplazmozą, pojedynczym ropniem mózgu czy *progressive multifocal leukoencephalitis* (PML), powinno się brać pod uwagę możliwość zakażenia HIV.

Ponadto każdy pacjent z małopłytkowością czy leukopenią w diagnostyce różnicowej powinien mieć wykonane badanie w kierunku HIV [3–5].

Bardzo wczesne rozpoznanie zakażenia HIV w okresie tak zwanego pierwotnego zakażenia retrowirusowego do sześciu miesięcy od zakażenia (ostra choroba i wczesna infekcja retrowirusowa) nierzadko jest bardzo trudne, z uwagi na niecharakterystyczne objawy kliniczne, rzekomo grypowe, przypominające przeziębienie czy prostą infekcję wirusową.

Ostra choroba retrowirusowa i wczesna infekcja retrowirusowa stanowią zespół objawów chorobowych występujących u około 40–90% zakażonych. Objawy pojawiają się około dwa do sześciu tygodni od zakażenia i utrzymują się około dwóch tygodni. Do głównych objawów należą gorączka, zmęczenie, zapalenie gardła, utrata masy ciała, nocne poty, limfadenopatia, bóle głowy, wysypka plamisto-grudkowa, biegunka, bóle stawów czy mięśni. W badaniach laboratoryjnych można zaobserwować leukopenię, małopłytkowość, niedokrwistość, wzrost transaminaz i OB [6, 7].

PODSUMOWANIE

Zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności jest chorobą przewlekłą, która odpowiednio wcześnie rozpoznana, prawidłowo leczona i kontrolowana umożliwi pacjentom i ich rodzinom normalne funkcjonowanie w życiu rodzinnym i zawodowym. Znajomość grup ryzyka, ryzykownych zachowań predysponujących do zakażenia HIV, wczesnych objawów klinicznych czy objawów lub stanów chorobowych mogących sugerować zakażenie retrowirusowe jest niezwykle ważne w procesie postawienia szybkiej diagnozy i objęcia pacjenta specjalistyczną opieką medyczną, a tym samym poprawy jego jakości i długości życia. Konieczne wydaje się przeprowadzanie systematycznych szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy innych specjalności z zakresu rozpoznawania i opieki nad osobami zakażonymi HIV.

PIŚMIENNICTWO

1. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2010.
2. Hall H.I., Walker F., Shah D., Belle E. Trends in HIV diagnoses and testing among U.S. adolescents and young adults. *AIDS Behav.* 2012; 16: 36–43.
3. Palfreeman A., Fisher M. Diagnosis and management of HIV infection. *Br. J. Hosp. Med.* 2011; 72: 146–150.
4. Sullivan A.K., Raben D., Reekie J. i wsp. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study); *JD.PloS One* 2013; 8: e52845.
5. Schwarcz S., Richards T.A., Frank H. i wsp. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. *AIDS Care.* 2011; 18: 1–9.
6. Kassutto S., Rosenberg E.S. Primary HIV type 1 infection. *Clin. Infect. Dis.* 2004; 38: 1447–1453.
7. Kahn J.O., Walker B.D. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *N. Engl. J. Med.* 1998; 339: 33–39.