

# Problemy diagnostyczne HIV w praktyce lekarza rodzinnego

Małgorzata Lemańska,  
Maria Jankowska,  
Tomasz Smiatacz

Klinika Chorób Zakaźnych  
Akademii Medycznej w Gdańsku

## STRESZCZENIE

Zakażenie wirusem HIV stanowi coraz częstszy problem diagnostyczny, występujący również w praktyce lekarza rodzinnego. Zwracają uwagę zmiany dokonujące się w epidemiologii tej choroby zakaźnej, a mianowicie dominująca obecnie seksualna droga zakażenia. Wobec przewlekłego charakteru tej nieuleczalnej choroby oraz dostępności do coraz skuteczniejszego leczenia liczba osób seropozytywnych — wymagających wielospecjalistycznej opieki — będzie w przyszłości wzrastać, dlatego znajomość najczęściej obserwowanej symptomatologii poszczególnych okresów zakażenia może być cenna dla lekarza rodzinnego. Zagadnieniem niezmiernie istotnym i wartym podkreślenia jest również konieczność dochowania tajemnicy lekarskiej oraz szczególna dbałość o dokumentację medyczną. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej winien posiadać informacje, dokąd należy skierować pacjenta, u którego zachodzi uzasadniona konieczność wykonania testu w kierunku zakażenia HIV.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 4, 286–291

**słowa kluczowe:** drogi zakażenia HIV, objawy kliniczne zakażenia (etapy zakażenia), dokumentacja lekarska, informacja o zakażeniu, miejsce wykonywania badań diagnostycznych

Zakażenie wirusem HIV (*human immunodeficiency virus*) mimo upływu lat wciąż jest problemem zbyt mało znanym, obciążonym stygmatyzacją i szeregiem błędnych skojarzeń.

W Polsce do końca lutego 2008 roku zdiagnozowano 11 392 osób zakażonych wirusem HIV [1]. Rzeczywista liczba zakażeń szacowana jest na około 20 000 osób seropozytywnych. W ciągu ostatnich lat obserwuje się zmiany dotyczące najczęstszych dróg zakażenia HIV. W sposób istotny maleje liczba pacjentów podających jako źródło infekcji stosowanie narkotyków dożylnych [2].

Fakt ten prawdopodobnie wiąże się z większą świadomością osób uzależnionych, a także ich otoczenia, skutkującą unikaniem stosowania środków odurzających podawanych drogą parenteralną na rzecz narkotyków wziewnych czy doustnych. Równoległe obserwuje się wzrastającą liczbę zakażeń drogą płciową, zarówno homo-, jak i heteroseksualną. Wobec zwiększającego się odsetka kobiet nosicielek wirusa HIV narasta również problem zakażenia drogą wertykalną „matka–dziecko” [2–4]. Należy również podkreślić, że nierzadko pacjenci

**Adres do korespondencji:**  
dr med. Małgorzata Lemańska  
ul. Smoluchowskiego 18  
80–214 Gdańsk  
tel./faks: (0 58) 341–28–87  
e-mail: kchz@amg.gda.pl

Copyright © 2008 Via Medica  
ISSN 1897–3590

z nowo zdiagnozowanym zakażeniem przyznają, że świadomie podejmowali zachowania grożące zakażeniem wirusem HIV, wiedząc o dostępności do coraz skuteczniejszych metod leczenia. Świadczy to o nieskuteczności profilaktyki opartej na strachu przed chorobą.

W Poradni Zakażeń Retrovirusowych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych w Gdańsku w lutym 2008 roku zarejestrowanych było 200 pacjentów objętych leczeniem antyretrowirusowym oraz 80 osób oczekujących na terapię (niewymagających jeszcze leczenia ze względu na dobry status immunologiczny).

Większość osób seropozytywnych korzysta również z innych placówek służby zdrowia, zarówno podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Niektórzy pacjenci informują lekarza o zakażeniu HIV, inni — z różnych przyczyn — tego nie robią. Osobnym zagadnieniem jest grupa osób zakażonych i jak dotąd niezdiagnozowanych, a więc nieświadomych swojego statusu serologicznego, korzystających w razie potrzeby z różnych form pomocy medycznej.

Należy podkreślić, że pacjent nie ma obowiązku informowania lekarza o fakcie zakażenia wirusem HIV. Oczywiście, z różnych względów oczekuje się, że chory tak uczyni (bezpieczeństwo personelu w razie ekspozycji zawodowej, informacja o lekach, jakie przyjmuje i ich potencjalnych interakcjach z lekami przepisywanymi przez innych specjalistów). **Niemniej, zatajenie tej informacji nie pociąga za sobą żadnych konsekwencji prawnych dla pacjenta.** To pracownik służby zdrowia musi traktować każdego pacjenta jak potencjalnie zakażonego i pracować zgodnie ze standardami minimalizującymi niebezpieczeństwo ekspozycji zawodowej na drobno-ustroje chorobotwórcze [5, 6].

Przeciętny okres bezobjawowego nosicielstwa wynosi około 8 lat. Ponadto dostępna od 1995 roku skojarzona terapia antyretrowirusowa znacząco przedłuża okres przeżycia nawet u osób w bardzo zaawanso-

wanym stadium zakażenia (AIDS) [2–4]. Seropozytywni pacjenci z udokumentowanym zakażeniem trwającym niejednokrotnie ponad 15 lat — dzięki regularnej terapii — prezentują skuteczną rekonstrukcję układu immunologicznego, która zabezpiecza ich przed postępowaniem choroby. Dlatego zakażenie HIV należy obecnie traktować jako chorobę przewlekłą, nieuleczalną, jednak poddającą się kontroli. Jej rokowanie jest porównywalne z wieloma innymi chorobami przewlekłymi (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze), a niejednokrotnie korzystniejsze niż na przykład w schorzeniach nowotworowych.

Długi okres bezobjawowego nosicielstwa i wydłużający się czas przeżycia leczonych sprawiają, że większość chorych seropozytywnych korzysta bądź będzie korzystał z pomocy lekarza rodzinnego lub też innego specjalisty [3]. Są to nie tylko wizyty związane z zachorowaniem, ale również na przykład obowiązkowe badania profilaktyczne przed podjęciem pracy.

### **DLACZEGO LEKARZ RODZINNY W ROZWAŻANIACH DIAGNOSTYCZNYCH NIE BIERZE POD UWAGĘ ZAKAŻENIA HIV?**

Najczęstsze przyczyny braku podejrzenia zakażenia HIV to:

- pokutujący ciągle schemat osoby zakażonej wirusem HIV (narkoman, homoseksualista, prostytutka);
- brak informacji na temat sposobu i miejsca przeprowadzania badań diagnostycznych w kierunku zakażenia wirusem HIV;
- ograniczenia finansowe i przedłużająca się diagnostyka (np. podejrzenie grzybicy przełyku wymaga wykonania gastrokopii — do tego niezbędne jest skierowanie pacjenta do gastroenterologa, co wydłuża cały proces diagnostyczny);
- brak czasu (czas jest niezbędny, aby zadać „niewygodne pytania” dotyczące np. ryzykownych zachowań seksualnych — od tego typu pytań nie należy nigdy rozpoczynać rozmowy z pacjentem).



**Zakażenie HIV należy obecnie traktować jako chorobę przewlekłą, nieuleczalną, jednak poddającą się kontroli**



**Pacjent nie ma obowiązku informowania lekarza o fakcie zakażenia wirusem HIV**

Przykładowe przypadki osób zakażonych HIV, objętych opieką gdańskiego ośrodka:

1. Mężczyzna, lat 30, mieszkający razem z rodziną na wsi, pracujący, bez nałogów, wykształcenie zawodowe, przed 6 laty zachorował na zapalenie płuc o wyjątkowo ciężkim przebiegu. W wywiadzie ponadto podawał trwające od dłuższego czasu osłabienie, utratę masy ciała. Wykonano test na przeciwciała anti-HIV, uzyskując wynik dodatni (całość diagnostyki przeprowadzono w szpitalu rejonowym). Ze względu na czynnik etiologiczny zapalenia płuc (*Pneumocystis carinii*) u chorego rozpoznano pełnoobjawowy AIDS. Żona — zakażona, nosicielka, bez objawów choroby. U czworga dzieci przeprowadzone badania serologiczne pozwoliły wykluczyć zakażenie HIV. Obecnie oboje poddani terapii antyretrowirusowej (mężczyzna od momentu zachorowania, kobieta — od roku, z powodu narastającego deficytu układu immunologicznego, bez objawów klinicznych). Oboje pracują zawodowo.
2. Nauczycielka, panna, około 40 lat, wykształcenie wyższe, bezdzietna. Rozpoznanie postawione przed 5 laty w okresie pełnoobjawowego AIDS (zapalenie płuc o ciężkim przebiegu, grzybica przełyku). Partner poinformowany przez nią o konieczności wykonania testu natychmiast zerwał wszelkie kontakty. Objęta terapią antyretrowirusową, pracuje w swoim zawodzie.
3. Małżeństwo (oboje zakażeni, rozpoznanie w latach 90. XX w.), kobieta po audycji telewizyjnej dotyczącej zakażenia HIV postanowiła zgłosić się ponownie do kliniki w 2005 roku. Upřednio oboje z mężem próbowali „zapomnieć” o problemie. Kobieta urodziła dziecko w jednym z trójmiejskich szpitali — zarówno ciąża, jak i poród nie były objęte jakąkolwiek profilaktyką zakażenia HIV. Kobieta nie karmiła piersią, dziecko jest

zdrowe. Obecnie oboje są objęci terapią antyretrowirusową. Pacjentka pracuje jako sprzedawczyni. Mężczyzna z racji trwałego uszczerbku na zdrowiu związanego z wypadkiem samochodowym pozostaje na rencie.

4. Studentka, rodzice nauczyciele, hospitalizowana dwukrotnie z powodu cech uszkodzenia szpiku, uogólnionej grzybicy, obejmującej między innymi przewód pokarmowy (2005 r.). W wywiadzie — seks oralny z mężczyzną, który poinformował ją przedtem, że jest zakażony HIV. Pełnoobjawowy AIDS. Leczona, w ubiegłym roku ukończyła studia.

Pracując w POZ, coraz częściej będziemy leczyć pacjentów seropozytywnych nieświadomych zakażenia, również ze względu na:

- wzrastającą swobodę seksualną;
- emigrację zarobkową (rozstania ze stałymi partnerami na dłuższy czas, krótkotrwałe związki nawiązywane w krajach o zdecydowanie większej częstości występowania wirusa HIV, np. Wyspy Brytyjskie).

### JAKIE SYTUACJE NAKAZUJĄ MYŚLEĆ O EWENTUALNYM ZAKAŻENIU HIV?

Uogólniając, podejrzenie zakażenia HIV nakazują przedłużające się problemy diagnostyczne zwłaszcza u młodych ludzi typu:

- „jest młody, z jakiego powodu ma gorączkę trwającą powyżej miesiąca?”;
- „ma przewlekającą się anginę”;
- „ma małopłytkowość, a wizyta u hematologa nie wyjaśniła przyczyny”;
- „skarży się na osłabienie, stracił na wadze”;
- „ma powiększone węzły chłonne, był nawet u onkologa, pobrano węzeł do badania histopatologicznego, ale obraz jest niecharakterystyczny”.

Przykładem takiego, raczej młodego pacjenta, który przeszedł już szereg badań diagnostycznych, które jednak nie dały odpowiedzi na pytanie o charakter schorzenia jest 28-latek, pozostający na zasiłku dla bezro-

botnych, zgłaszający się przez około 2 miesiące do lekarza POZ z powodu gorączek o nieustalonej etiologii, występujących wieczorami. Spadek masy ciała o około 5 kg (wyjściowa masa ciała — 78 kg), powiększenie węzłów chłonnych szyjnych. W przeszłości: przed 8 laty gruźlica płuc, a przed 9 laty uogólniony półpasiec. Żonaty, żona pracująca, jedno dziecko.

W POZ wykonano badania podstawowe, w których poza podwyższonym OB (60 mm/godz.), nie wykazano odchyień od normy. Badanie rentgenowskie klatki piersiowej — bez odchyień od normy, w badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono hepatosplenomegalię miernego stopnia. W konsultacjach u pulmonologa wykluczono, aby dolegliwości miały związek z chorobą płuc. Pacjent oczekiwał na odległy termin badania echokardiograficznego, wobec narastających gorączek został skierowany do izby przyjęć szpitala w Gdańsku z prośbą o konsultację i leczenie (skierowanie do hematologa i pulmonologa). Hematolog wobec całości obrazu chorobowego zlecił test w kierunku zakażenia HIV, który dał wynik dodatni. Pacjent został skierowany do Poradni Zakażeń Retrowirusowych, jest leczony od początku obserwacji, czyli od około 6 lat. Czynny zawodowo, jest spawaczem w stoczni.

Z wywiadu epidemiologicznego wynikało, że po odbyciu służby wojskowej miał dwie partnerki (krótkotrwałe znajomości, ale zdaniem pacjenta nie były to prostytutki). Nie przyznawał się do przyjmowania narkotyków. Ożenił się w wieku 21 lat, twierdzi, że nie miał kontaktów pozamałżeńskich. Żona — niezakażona.

Wnioski: pacjent zapewne uległ zakażeniu wiele lat wcześniej, drogą przedmałżeńskich kontaktów seksualnych, a gruźlicę i rozsiany półpasiec należy traktować jako choroby oportunistyczne, towarzyszące zakażeniu HIV.

**Rola podstawowych badań laboratoryjnych nasuwających podejrzenie zakażenia HIV niekiedy bywa bardzo istotna [4, 7].** Poza podwyższonym OB należy pamiętać o stosunkowo często występującej małopłytkowości. Niedokrwistość oraz leukopenia są związane raczej z późnym okresem choroby, któremu towarzyszy już zazwyczaj bogata symptomatologia kliniczna. Jednak z drugiej strony należy pamiętać, że niejednokrotnie u pacjentów z zaawansowanym deficytem immunologicznym i skrajnie niską liczbą limfocytów CD4, wymagających natychmiastowego wdrożenia terapii antyretrowirusowej — wyniki wymienionych powyżej podstawowych badań laboratoryjnych nadal nie odbiegają od normy.

**Biorąc pod uwagę nazewnictwo, należy pamiętać, że zasadniczym i niestety ciągle spotykanym błędem jest zamienne używanie określeń „zakażenie HIV” i „AIDS”.** Zakażenie HIV jest pojęciem szerszym i oznacza, że dana osoba jest seropozytywna, jednak nie określa jej stanu klinicznego. Rozpoznanie AIDS jest równoznaczne ze stwierdzeniem schyłkowego, objawowego okresu zakażenia, w którym występują schorzenia oportunistyczne. Dysponując dodatnim wynikiem badania serologicznego, a nie mając możliwości gruntownego przebadania chorego, można jedynie ograniczyć się do stwierdzenia, że jest on zakażony HIV.

**Wydaje się, że rola lekarza rodzinnego jest szczególnie istotna w początkowych fazach zakażenia, czyli okresach A i B, w których objawy choroby mogą być mało charakterystyczne [2].**

Okres A stanowią trzy stadia, występujące niezależnie od siebie:

- ostra choroba retrowirusowa;
- uogólniona limfadenopatia;
- brak objawów.

Ostra choroba retrowirusowa przypomina do złudzenia mononukleozę zakaźną lub anginę.



**Zakażenie HIV jest pojęciem szerszym i oznacza, że dana osoba jest seropozytywna, jednak nie określa jej stanu klinicznego. Rozpoznanie AIDS jest równoznaczne ze stwierdzeniem schyłkowego, objawowego okresu zakażenia, w którym występują schorzenia oportunistyczne**



**Ostra choroba  
retrowirusowa  
przypomina do złudzenia  
mononukleozę zakaźną  
lub anginę**

Jeżeli choroba trwa kilka tygodni (pacjent zasięgał porady laryngologa, wspomniano o chorobie nowotworowej — białaczce), należy rozważyć wykonanie testu w kierunku przeciwciał anti-HIV [2, 3, 8].

W przypadku diagnostyki limfadenopatii (szczególnie szyjnej), należy pamiętać, że obraz histopatologiczny pobranego węzła chłonного jest niecharakterystyczny. Dlatego w przypadku uzasadnionego podejrzenia zakażenia HIV pobieranie węzła chłonного na badanie histopatologiczne jest nieprzydatne diagnostycznie.

Pacjent bezobjawowy, z racji braku jakiegokolwiek dolegliwości, nie zgłosi się do swojego lekarza rodzinnego. W tym przypadku nie ma więc możliwości postawienia prawidłowej diagnozy. Jedynie obawy samego pacjenta co do możliwości zakażenia HIV w związku z podejmowanymi ryzykownymi zachowaniami, mogą skłonić go do wykonania sobie testu w kierunku zakażenia wirusem HIV.

W okresie B zakażenia pojawiają się schorzenia, które nie dają jeszcze podstawy do rozpoznania pełnoobjawowego AIDS, niemniej są świadectwem pogłębiającego się deficytu immunologicznego. Są to między innymi małopłytkowość, grzybica jamy ustnej, kłykciny kończyste, półpasiec obejmujący więcej niż dwa dermatomy, gorączka i/lub biegunka trwające powyżej miesiąca, gwałtowny ubytek masy ciała [2, 7, 8].

Okres C (AIDS) charakteryzuje się występowaniem chorób oportunistycznych, takich jak grzybica przełyku, toksoplazmoza mózgu, zapalenie siatkówki o etiologii CMV, kryptokokoza centralnego układu nerwowego, gruźlica płuc lub pozapłucna, mykobakterioza i inne. Charakterystyczne dla tego okresu są również niektóre nowotwory, takie jak mięsak Kaposiego, chłoniak mózgu czy rak szyjki macicy [2, 7, 8].

**Uwagi dotyczące prowadzenia dokumentacji lekarskiej [5, 6]:**

- pacjent ma prawo do zachowania tajemnicy lekarskiej, stąd też niedopuszczalne jest zaznaczanie, na przykład na okładce dokumentacji, informacji „zakażenie HIV”;
- wewnątrz dokumentacji lekarskiej można zamiennie używać łagodniejszych sformułowań: „zakażenie retrowirusowe”, „zespół nabytych niedoborów immunologicznych”;
- powtarzające się przypadki fobii na punkcie AIDS skłaniają do ostrożności w formułowaniu wpisów umieszczanych w dokumentacji; w szczególności należy zwrócić uwagę na różnicę w znaczeniu zdania: „mówi, że jest zakażony HIV” i „jest zakażony HIV”.

**Gdzie można wykonać testy w kierunku zakażenia wirusem HIV? [4, 9]:**

- można zlecić badanie na miejscu, czyli w przychodni;
- anonimowe i bezpłatne badania w kierunku HIV wykonywane są w specjalnych punktach konsultacyjno-diagnostycznych; w Gdańsku jest to Wojewódzka Przychodnia Skórno-Wenerologiczna (ul. Długa 84/85). Zaletą tych punktów jest przeprowadzenie diagnostyki do końca, tj. do otrzymania testu potwierdzenia Western-blot (taką procedurą nie zawsze dysponuje lekarz POZ).

Lekarz rodzinny winien dysponować wiedzą, gdzie w swoim terenie może skierować pacjenta z rozpoznaniem zakażeniem HIV. Skierowanie może ograniczać się do pisemnej bądź nawet ustnej informacji, gdzie należy zgłosić się w celu dalszej diagnostyki i ewentualnej terapii. Z powodu stygmatyzującego charakteru choroby — w celu podjęcia leczenia w przychodni dla osób zakażonych — formalnie nie jest wymagane skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu.

Ze względu na dokonujące się zmiany obyczajowe zwiększające ryzyko zakażenia HIV, a także spowolnienie przebiegu



**Lekarz rodzinny winien  
dysponować wiedzą,  
gdzie w swoim terenie  
może skierować pacjenta  
z rozpoznaniem  
zakażeniem HIV**

choroby poprzez coraz skuteczniejszą terapię antyretrowirusową lekarz rodzinny powinien dysponować wiedzą pozwalającą mu w uzasadnionych przypadkach zapropono-

wać wykonanie testu w kierunku zakażenia HIV oraz — wspólnie ze specjalistą chorób zakaźnych — sprawować opiekę medyczną nad pacjentami seropozytywnymi.

## PIŚMIENNICTWO

1. [www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)
2. Halota W., Juszczyk J. HIV/AIDS — podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006.
3. Horban A., Podlasin R., Wiercinska-Drapała A. i wsp. Zasady opieki medycznej nad osobami zakażonymi HIV. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Warszawa 2006.
4. Wytyczne postępowania u zakażonych HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Medycyna po Dyplomie 2002, wydanie specjalne.
5. Liszewska A., Robaczyński W. AIDS a tajemnica lekarska. Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2001.
6. Szwarz A. AIDS a prawo karne. Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1996.
7. Bartlett J.G., Gallant J.E. Medical Management of HIV Infection. Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore 2007.
8. Fauci A., Lane C. Human Immunodeficiency Virus (HIV) disease: AIDS and related disorders. W: Braunwald E., Fauci A., Kasper D. i wsp. (red.). Harrison's Principles of Internal Medicine. A Division of the McGraw-Hill Companies, 2001.
9. Gładysz A., Juszczyk J., Dubik A. Poradnictwo przed- i potestowe dla lekarza pierwszego kontaktu. Volumed, Wrocław 1999.