

УДК 616 - 092.19 - 008.64 - 022

ДО ПИТАННЯ ПРО КЛАСИФІКАЦІЮ СНІДУ

Ващук В.В., Ващук В.В., Герич І.Д.

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,
Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, СНІД, класифікація.

На початковому етапі епідемії СНІДУ основним завданням лікарів було максимально повне виявлення його клінічних ознак [8, 11]. Завдяки ретельному аналізу спостережень та досліджень, ВООЗ у 1985 р. опрацювала критерії діагностики СНІДУ, особливо для країн, в яких серологічна діагностика недоступна. Ці критерії базуються на великих і малих ознаках хвороби [3-7].

Великі ознаки

- втрата маси тіла понад 10% від вихідної;
- хронічна діарея протягом 1 міс і довше;
- тривала протягом 1 міс лихоманка (постійна або інтермітуюча).

Малі ознаки

- кашель тривалістю понад 1 міс;
- генералізований сверблячий дерматит;
- в анамнезі герпес зостер;
- кандидоз ротової порожнини і глотки;
- хронічна прогресуюча або дисемінована герпетична інфекція (Herpes simplex);
- генералізована лімфаденопатія (ЛП).

Поступово збільшувалася кількість інформації про динаміку ВІЛ-інфекції від моменту інфікування до виникнення СНІДУ. Стали виділяти стадії захворювання [14]. Це дало підґрунтя для опрацювання класифікації захворювання. У 1986 р. Центром боротьби з хворобами (ЦБХ) і військовим інститутом Вальтера Ріда (WR) в США запропоновано перші дві класифікації СНІДУ (табл. 1) [12, 13].

Класифікація ВІЛ-інфекції за ЦБХ

Група I. Гостра ВІЛ-інфекція.

Група II. Безсимптомна ВІЛ-інфекція.

Група III. Персистуюча генералізована ЛП.

Збільшення лімфатичних вузлів (понад 1 см), розташованих у двох ділянках або більше, окрім пахової, персистуюче понад 3 міс.

Група IV. Інші захворювання.

A — звичайні прояви (одне або більше): лихоманка понад 1 міс.

B — неврологічні захворювання (одне або більше): деменція, мієлопатія або периферична нейропатія.

C — вторинні інфекції:

C1 — одна з 12 специфічних маніфестних або ін-

вазивних індикаторних інфекцій: пневмоцистна пневмонія; хронічний криптоспоридіоз; токсоплазмоз; позакишковий стронгілоїдоз; ізоспороз; кандидоз (стравоходу, бронхів, легень); криптокок, гістоплазмоз, атипичний мікобактеріоз, хронічна дисемінуюча герпетична інфекція шкіри і слизових оболонок, прогресуюча лейкоенцефалопатія.

C2 — маніфестні або інвазивні інфекції: волосиста лейкоплакія ротової порожнини, багатоговищова інфекція герпес зостер шкіри.

Таблиця 1. Розподіл постраждалих за домінуючою локалізацією ушкоджень, поєднанням та видом травм

Стадія, наявність АТ та /або ВІЛ-антигенів	Симптоми/ознаки				
	СД4 в 1 мкл	ГСТ	ЛП	Кандидозний стоматит	ОІ
WR0 -	400	Норма	-	-	-
WR1 +	400	Норма	-	-	-
WR2 +	400	Норма	+	-	-
WR3 +	P	Норма	±	-	-
WR4 +	P	Знижена	±	-	-
WR5 +	P	Нема	±	±	-
WR6 +	P	Нема	±	-	+

Примітка

ГСТ - гіперчутливість сповільненого типу;

ОІ - опортуністичні інфекції.

За першою класифікацією стадії визначали на основі оцінки різних клінічних проявів захворювання; за другою — додатково за результатами лабораторних досліджень: наявність антитіл (АТ) до ВІЛ та ВІЛ-антигенів, зменшення кількості СД4-лімфоцитів (Т-хелперів), шкірні проби.

На основі класифікації ЦБХ у 1989 р. запропонована класифікація стадій СНІДУ і в колишньому СРСР [4, 5].

Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції

I. Стадія інкубації.

II. Стадія первинних проявів:

а) фаза гострої лихоманки;

б) фаза безсимптомного перебігу;

в) персистуюча генералізована ЛП.

III. Стадія вторинних проявів:

A — Втрата маси тіла до 10 кг, поверхневе бакте-

ріальне, грибокве, вірусне ураження шкіри і слизової оболонки, оперізуючий лишай, повторний френгіт, синусит.

Б — Прогресуюча втрата маси тіла понад 10 кг, діарея без видимих причин, лихоманка тривалістю більше 1 міс, волосиста лейкоплакія, туберкульоз легень, повторне або стійке бактеріальне, грибокве, вірусне, протозойне ураження внутрішніх органів (без дисемінації) або глибоке ураження шкіри і слизової оболонки, повторний і дисемінований оперізуючий лишай, локалізована саркома Капоші.

В — Генералізовані бактеріальні, грибокві, вірусні, протозойні, паразитарні захворювання, пневмоцистна пневмонія, кандидоз стравоходу та інших органів травного каналу, туберкульоз, хахексія, дисемінована саркома Капоші, ураження центральної нервової системи різної етіології.

IV. Термінальна стадія.

Відмінність цієї класифікації від наведених — виділення стадії інкубації. Російський Центр СНІДу у Санкт-Петербурзі розрізняє наступні стадії ВІЛ-інфекції з клінічними проявами [5].

I. Гостра ВІЛ-інфекція.

II. Синдром генералізованої ЛП.

III. СНІД-асоційований комплекс.

IV. Власне СНІД, або термінальна стадія.

Класифікації стали своєрідним підсумковим етапом у дослідженні СНІДу. Їх поява сприяла більш ретельному обстеженню хворих не тільки з метою встановлення наявності ВІЛ-інфекції, а й визначення її стадії.

У цей час один з авторів працював хірургом-консультантом в Республіці Бурунді (Центральна Африка), яка, за даними ВООЗ, є ендемічним районом СНІДу. В роботі користувалися обома класифікаціями. Досвід показав, що класифікація WR більш детально відображає стадії ВІЛ-інфекції, оскільки для їх визначення використані результати дослідження такого важливого показника, як концентрація СД4-лімфоцитів. Зменшення їх кількості у крові є патогномічною ознакою прогресування ВІЛ-інфекції. Поряд з цим, існує деяка незручність у практичному застосуванні, а саме перелік великої кількості стадій. Виходячи з практичних потреб, ми модифікували наведені класифікації (табл.2), зробивши їх, на наш погляд, зручними для практичної діяльності фахівців хірургічного профілю [1, 2].

Багатовіковий досвід свідчить, що будь-яке інфекційне захворювання має інкубаційний період, стадію клінічних проявів і наслідки. Оскільки СНІД є інфекційним захворюванням, ми нульову стадію класифікації за WR замінили на інкубаційну. До цього нас навели дані клінічного спостереження. Після проведеного хірургічного втручання

у ВІЛ-інфікованих із застосуванням гемотрансфузії у подальшому у них виникав стан, який нагадував клінічні ознаки хроніосепсису. При цьому помітних змін у периферичній крові не було. Спочатку такі прояви трактували як загострення хронічної малярії, проте застосування специфічної терапії не давало бажаного ефекту. Через 2-3 тиж стан хворих «поліпшувався», а в крові виявляли серопозитивну реакцію до ВІЛ. Подібний стан виникав і після проведення інвазивних методів дослідження.

Якщо після операції виникає вірусний гепатит В, то наявність жовтяниці є важливою клінічною ознакою захворювання; ВІЛ-інфекція щодо цього має відмінності: з'являються клінічні непатогномічні прояви, але АТ до ВІЛ виявляють значно пізніше. Лікарям хірургічного профілю та фахівцям, які здійснюють інвазивні дослідження, потрібно пам'ятати про це.

Таблиця 2. Стадії ВІЛ-інфекції та критерії їх визначення за запропонованою класифікацією

Стадія захворювання	АТ до ВІЛ	ЛП	СД4 в 1 мкл	АРШ	ОІ
Інкубація	-	-	> 400	Норма	-
Первинних проявів	А	+	> 400	Норма	-
Вторинних	А	+	> 400	Норма	-
	А	+	< 400	Сумнівні	+
захворювань Б		+	< 400	Пригнічені	+
		-			-
Термінальна		+	< 400	Відсутні	++
		-			-

*Примітка: АРШ — алергія шкіри.

Стадії 1 — 2 за класифікацією WR ми об'єднали в одну і назвали стадією первинних проявів. Це обгрунтоване тим, що у пацієнтів цієї групи не виявляють значного порушення кількості СД4-лімфоцитів. Клінічні ознаки зумовлені самою ВІЛ-інфекцією. Інтенсивність їх відображає ступені тяжкості: легкий і середньої тяжкості (А) та тяжкий (Б).

В стадії 3 — 5 спостерігають різні зміни кількості СД4-лімфоцитів. На фоні пригнічення імунної системи у ВІЛ-інфікованих виявляють атипичний перебіг хірургічних захворювань, частіше виникають загострення і гнійно-запальні ускладнення. Вони стають затяжними, потребують активного хірургічного лікування. Тому ми об'єднали їх в одну і назвали стадією вторинних захворювань. Щоб виділити тяжкість клінічного перебігу, як і в попередній стадії, виділяємо легкий, середньої тяжкості (А) і тяжкий (Б).

Стадія 6 за WR у модифікованій класифікації визначена як «термінальна» з характерними змінами кількості СД4-лімфоцитів та наявністю виражених ОІ.

Виділення стадій первинних проявів та вторинних захворювань доцільне для вибору адекватної

Таблиця 3. Класифікація стадій ВІЛ-інфекції та розширене визначення випадків СНІДу у дорослих і підлітків

Кількість CD4 та % Т-лімфоцитів в 1 мкл,	Клінічні категорії		
	А.Безсимптомна, гостра (первинна) або ПГЛП	В.Маніфестна ні А, ні С	С.СНІД-індикаторні захворювання
понад 500 (більше 29%)	A1	B1	C1*
200 - 499(14 - 28%)	A2	B2	C2*
Менше 200 (менше 14%) - індикатор СНІДу	A3*	B3*	C3*

*Примітка: категорії А3, В3, С2 і С3 є визначальними для діагностики СНІДу, у США підлягають обліку як хворі на СНІД.

тактики лікування хворих фахівцями хірургічного профілю. Слід пам'ятати:

— якщо у ВІЛ-інфікованого пацієнта є соматичне захворювання, яке вимагає хірургічного лікування, необхідно з'ясувати, чи це клінічні прояви захворювання, чи вони зумовлені ВІЛ-інфекцією;

— якщо у ВІЛ-інфікованого хворого є соматичне захворювання, яке потребує хірургічного лікування, і водночас є ознаки ОІ, хірург повинен здійснити необхідні заходи для зменшення впливу ОІ і бути готовим до лікування непередбачених інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

Через 7 років після появи першої класифікації ЦБХ запропонував нову модифіковану класифікацію (табл.3), в якій узагальнено міжнародний досвід, важливе місце відведено визначенню кількості CD4-лімфоцитів [9, 10].

Відповідно до цієї класифікації, клінічні категорії А включають такі форми: безсимптомна ВІЛ-інфекція; гостра (первинна) ВІЛ-інфекція, персистуюча генералізована ЛП (ПГЛП) у пацієнтів з підтвердженим ВІЛ-інфікуванням.

До категорії В віднесені наступні захворювання:

бацилярний ангіоматоз; кандидоз ротової порожнини або вульвовагінальний; цервікальна дисплазія/цервікальний рак; лихоманка, температура тіла 38,5°C; тривала діарея (понад 1 міс); волосиста лейкоплакія язика; герпес зостер: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура; лістеріоз; запальні захворювання органів малого таза; периферична нейропатія.

До категорії С належать такі самі клінічні прояви, які входять у визначення СНІДу. Класифікація передбачає, якщо ознаки категорії С виявлені у хворого лише один раз, віднести його до категорії С.

Таким чином, ВІЛ-інфекція не має чітких патогномонічних ознак, проте ретельно зібраний анамнез та об'єктивне обстеження хворого дозволяють встановити попередній діагноз, який в подальшому підтвержують за допомогою специфічних лабораторних тестів. Робота має за мету допомогти лікарям первинної ланки у діагностиці ВІЛ-інфекції та СНІДу. Запропонована класифікація для лікарів-хірургів є додатковим фактором полегшення діагностики СНІДу і визначення показань та протипоказань до застосування оперативного лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ващук В.В., Ващук В.В. СПИД и проблемы хирургии// Местное лечение ран: Материали Всесоюз. науч. конф. — М., 1991. — С. 62 — 63.

2. Ващук В.В., Ващук В.В. СНІД як проблема хірургії// Тези доп. II (XVII) з'їзду хірургів України. — Львів, Світ. — 1994. — С. 373.

3. ВОЗ. СПИД. Эпидемиология. Клиника. Уход за больными. Пути передачи. Профилактика и программы борьбы. Пер.с англ. — М.: — Медицина, 1990. — 95 с.

4. Лысенко А.Я., Лавдовская М.В. СПИД-ассоциируемые инфекции и инвазии: — М.: -Медицина, 1992. — 326 с.

5. Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.М. ВИЧ-инфекция. СПИД-ассоциируемые заболевания: М.: — Рарог, 1996. — 580 с.

6. Рытик П.Г., Коломиец А.Г., Коломиец Н.Д. СПИД: — Минск — 1988. — 125 с.

7. Хаитов Р.М., Игнатьева Г.А. СПИД. М.: — Медици-

на — 1992. — 351 с.

8. Bouvet E. Infection a VIH. Histoire naturelle, classification, traitement, risque professionnel//Ann.Chir. — 1992. — V. 46, N6.- P. 471 — 475.

9. Update on AIDS — United States//MMWR — 1982. — V.31.- P. 507 — 514.

10. Revision of CDC surveillance case definition of AIDS//MMWR — 1987. -V. 36(suppl.1). — P. 33 — 155.

11. CDC 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults//MMWR — 1992. — V. 41. — P. — 17.

12. New CDC definition will cause surge in reported US AIDS cases//Global AIDS News. — 1993. — N1.- P.6.

13. Redfield R.R., Wright D.C., Tramont E.C. The Walter Reed staging classification for HTLV III/LAV infection//New Eng.J.Med. — 1986. — V. 314. — P. 131.

14. Redfield R.R., Burke D. Les manifestations cliniques du SIDA//Pour la Sci. — 1988. — N134. — P. 65 — 76.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ СПИДА

Ващук В.В., Ващук В.В., Герич И.Д.

Приведен краткий обзор существующих классификаций СПИДа. Проанализированы позитивные стороны каждой из них для практического применения. Предложена собственная классификация СПИДа для врачей-хирургов, которая может быть дополнительным фактором при установлении показаний и противопоказаний к выполнению оперативного вмешательства у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

TO THE QUESTION ABOUT THE CLASSIFICATION OF AIDS

Vashchuk V.V., Vashchuk V.V., Gerich I.D.

The brief overview of the classification of AIDS has been presented. Each of them the positive sides for the practice has been analysed. Own classification of AIDS, which is the positive factor decision-making for operative methods of treatment HIV-infected and patients with AIDS has been proposed.