

**УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ТОВАРИСТВО ІНФЕКЦІОНІСТІВ  
ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ІНФЕКЦІЙНА ЛІКАРНЯ**

**ВІЛ-СНІД**  
**Матеріали обласної науково-практичної**  
**конференції**  
**(24 листопада 1999 року)**

**Суми 1999**

УДК 616.98:577.27

**Редакційна колегія:**

**доцент М.Д. Чемич, доцент Н.І.Льїна**

**ВІЛ-СНІД: Матеріали обласної науково-практичної конференції інфекціоністів (24 листопада 1999 р., м.Суми).**

**Суми; Різоцентр СумДУ, 1999. - 35с**

У матеріалах конференції відображені актуальні питання ВІЛ-інфекції. Подані матеріали з особливостей епідемічного процесу ВІЛ-інфікування в Україні. Особливу увагу приділено клініко-діагностичним аспектам СНІДу. Розглянуті питання до та післятестового консультування ВІЛ-інфікованих, деонтологічні аспекти. Запропоновано принцип диспансерного спостереження за ВІЛ-інфікованими.

Матеріали конференції будуть корисні для інфекціоністів, епідеміологів, терапевтів та лікарів інших спеціальностей.

**СНПТІ, СумДУ, 1999**

П.О.Павлюк

## СНІД - як медико-соціальна проблема Обласне управління охорони здоров'я, м.Суми

Проблеми, які виникають у суспільстві в зв'язку з швидким розповсюдженням ВІЛ-інфекції та її особливостями, охоплюють різні аспекти життя людей і можуть привести до суттєвих змін у майбутньому.

Пандемія СНІДу буде мати наслідки в контексті збільшення рівня захворюваності та смертності і відповідного впливу на обсяг медичної допомоги і можливості її надання. Підвищення рівней захворюваності та смертності завдадуть найбільшої шкоди працездатній частині населення, оскільки ВІЛ-інфекція вражає впершу чергу молодих. Як наслідок зниження кількості працездатних, з часом відбудеться зниження чисельності людей похилого віку, так як хворі на СНІД не будуть доживати до старості. Хоча вплив СНІДу на людей похилого віку не буде безпосереднім, вони будуть відчувати його при захворюванні молодих членів їх сімей, які були для них підтримкою та допомогою. Збільшення кількості смертей від СНІДу негативно вплине на середню тривалість життя.

Діти-сироти, в яких батьки померли від СНІДу, будуть потребувати соціальної підтримки і захисту. Діти ВІЛ-інфіковані, крім необхідності матеріальної підтримки, будуть відволікати матерів від участі в суспільній праці, бо знаходження їх у загальних дитячих садках і школах буде дуже проблематичним.

Таким чином, пандемія ВІЛ/СНІДу посилить уже існуючу в країні негативну демографічну і соціальну тенденцію.

Крім того, збільшуються психологічні, етичні та юридичні проблеми, які необхідно вирішувати вже сьогодні. Існують певні протиріччя між збереженням права хворої людини на таємницю і захистом здорового населення, обов'язком лікаря по наданню медичної допомоги та його захистом від можливого інфікування при дефіциті засобів захисту, між необхідністю і добровільністю обстеження на СНІД. Потрібно зважати на те, що серед нас живе і

збільшується частина ВІЛ-інфікованих людей.

Система охорони здоров'я вже зараз відчуває на собі негативний вплив пандемії СНІДу. Значно зростає потреба в медичних послугах, бо ВІЛ-інфіковані є представниками тих вікових груп, які, звичайно, за медичною допомогою не звертаються. Тому медична допомога цим хворим є додатковим навантаженням на вже існуючий обсяг медичної допомоги. Навіть якщо припустити, що повністю припиниться інфікування ВІЛ, все одно в недалекому майбутньому буде необхідна допомога тисячам хворим СНІДом, які вже інфіковані сьогодні. Збільшення необхідності госпіталізації призведе до розширення медичних закладів або скорочення медичних послуг хворим з іншими захворюваннями.

Медичним працівникам необхідно вже зараз пам'ятати про наслідки пандемії СНІДу і зробити все можливе для пом'якшення її, впершу чергу для профілактики ВІЛ-інфікування

М. Д. Чемич

### **Епідеміологічні особливості сучасної ВІЛ-інфекції**

Державний університет, м. Суми

Згідно з оцінкою ВООЗ, з початку пандемії СНІДу до кінця 1998 року інфіковано ВІЛ 33,4 млн. осіб, що на 10% більше, ніж у 1997 р. Загальна кількість померлих з початку пандемії 13,9 млн. (в т.ч. 3,2 млн дітей). Біля 30% усіх летальних випадків ВІЛ-інфікованих спричиняє туберкульоз. Офіційно зареєстровано 1987217 захворювань на СНІД. Слід зауважити, що 70% ВІЛ-інфікованих припадає на країни Північної та Південної Америки. В Європі - 5% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих, але 67% з них припадає лише на 3 країни: Італію, Францію, Іспанію. Згідно з прогнозами ВООЗ, очікується, що до 2000 року в світі буде інфіковано біля 40 млн. чоловік. Щоденно інфікується ВІЛ понад 7000 людей у віці 10-24 роки або 5 щохвилино. Слід пам'ятати, що розповсюдженість ВІЛ-інфікованих серед донорів європейського регіону складає 4,1 на 100000 населення, в Україні цей показник складає 53 на 100000.

З 1987 по 1998 р.р. в Україні офіційно зареєстровано 24483 ВІЛ- інфікованих (в т.ч. 739 дітей та 282 іноземних громадянина). Серед ВІЛ- інфікованих 19353 особи вживають наркотичні речовини внутрішньовенно. СНІД реєструється майже в усіх регіонах України, за винятком Волинської та Рівненської областей. Найбільш ураженими регіонами в Україні є: Донецька область - 5415 ВІЛ- інфікованих, Дніпропетровська -5040, Одеська - 4000, Миколаївська -1774, Запорізька -754, Харківська -754, Черкаська - 600, м. Київ - 845.

Слід зауважити, що жінки складають 22% від кількості хворих на СНІД, переважають особи у віці від 20 до 35 років, втричі зросла кількість хворих на СНІД дітей, які народились від ВІЛ-інфікованих матерів (5 - у 1997 р., 15 - у 1998р).

Найбільш частими СНІД- індикаторними хворобами є: різні форми туберкульозу легенів (62,2%), генералізований кандидоз (40%), повторні пневмонії (15,7%), рецидивуюча герпетична інфекція (6,7%). Крім того, зареєстровані пневмоцистна пневмонія, хронічна вірусна інфекція, викликана вірусом Епштейна-Барра, саркома Капоші.

Звертає на себе увагу факт зростання кількості випадків посмертної діагностики СНІДу. В 1998 р. було 42 випадки, коли дати встановлення діагнозу СНІДу та смерті хворого співпадали. Зареєстровані випадки внутрішньолікарняного інфікування дітей ВІЛ.

Слід пам'ятати:

- джерело інфекції - ВІЛ- інфікована людина в періоді інкубації та протягом усього життя;
- механізм інфікування - перкутанний, який реалізується природнім та штучним шляхами при порушенні цілості шкіри та слизових оболонок; природній шлях розповсюдження віруса-статевий- здійснюється при гетеросексуальних та гомосексуальних контактах; штучний - при гемотрансфузіях, лікувально-діагностичних маніпуляціях, трансплантації органів і тканин, під час немедичних маніпуляцій (в/в введення наркотиків, татуювання тощо); існує і вертикальний шлях передачі -

трансплацентарний, а також інтранатальний і постнатальний; виділяють слідувачі групи ризику: наркомани, особи, що ведуть невідповідне статеве життя, діти від ВІЛ-інфікованих матерів, реципієнти донорської крові, тканин і органів, медичний персонал, що має контакт з кров'ю.

### **Особливості ВІЛ інфекції в Україні:**

- 1 Найбільш активний шлях передачі інфекції - парентеральний ( в основному це ін'єкційне введення наркотиків).
- 2 Переважна більшість ВІЛ-інфікованих - особи в віці 20-39 років, постійно збільшується виявлення ВІЛ - інфікованих серед підлітків.
- 3 Втягнення в процес такої групи ризику, як хворі наркоманією, неминуче приведе до прориву ВІЛ і в інші групи населення.
- 4 Розповсюдження ВІЛ - інфекції на всі адміністративні регіони України.
- 5 Слід очікувати, що через 1-2 роки почастиється передача ВІЛ при гетеросексуальних зв'язках, особливо в тієї частини населення, де розповсюджені хвороби, що передаються статевим шляхом.
- 6 Більш віддаленим негативним наслідком стане зростання числа ВІЛ-інфікованих дітей, народжених від хворих матерів, інфікованих при вживанні наркотиків або внаслідок наявності у них багатьох статевих партнерів.

Таким чином, ВІЛ - інфекція поступово входить у сферу компетенції поліклініки. Збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб вимагає від лікарів уміння визначити фактори ризику, ознаки та симптоми СНІДу. Лікар повинен бути готовим дати рекомендації для обстеження, проводити до та післятестове консультування.

М.М.Каплін

### **Сучасні дані про патогенез ВІЛ-інфекції**

Державний університет, м. Суми

Одним з пріоритетних напрямків вивчення ВІЛ-інфекції і СНІДу є визначення механізмів, які зумовлюють тривалість життя

хворих.

Зниження кількості Т-хелперів у крові пов'язане не тільки з цитотоксичною дією вірусу, але й з його властивістю формувати синцитій, що приводить до виникнення клітинних конгломератів, які утворюють тромби в капілярах.

Загибель тимоцитів, інфікованих вірусом, можливо, діє на зниження числа Т-хелперів на периферії. Не виключена елімінація при ВІЛ-інфекції Т-лімфоцитів апоптозом.

Виявилось, що Т-лімфоцити, які залишаються неінфікованими, є фізіологічно неповноцінними. Це проявляється відсутністю проліферативної відповіді на антигенні стимули, такі, як правцевий анатоксин, алогенні клітини та мітогени.

Було показано, що зниження бластної реакції Т-лімфоцитів не пов'язане з дефектом антиген-презентуючих клітин.

Зниження активності Т-лімфоцитів пов'язується зі зменшенням продукції Т-клітинного росткового фактору (ІЛ-2). Паралельно з цим різко знизилась хелперна функція Т-клітин. Продукція ІЛ-4, проте, мала зовсім іншу динаміку. Вона характеризувалася підйомом синтезу ІЛ-4 на стадії мінімальної реакції Т-клітин на мітогени та падала до низького рівня тільки тоді, коли реактивність клітин зникала.

Ці дані були підтверджені та розширені. Було показано, що динаміка продукції ІНФ повторює динаміку ІЛ-2, а продукція ІЛ-10 була прямо пропорційна ІЛ-4.

В результаті було зроблено висновок, що в процесі ВІЛ-інфекції відбувається зміна клітинного імунітету на гуморальний, який не є протективним при цьому захворюванні, Т-хелперами 1 типу на Т-хелпери 2 типу. Цьому відповідає і заміна паттерна цитокинів, що синтезуються.

Група дослідників з Національного інституту здоров'я США одними з перших звернули увагу на перехід  $TH_1$  в  $TH_2$  і зробили висновок, що це критична точка в розумінні патогенезу ВІЛ-інфекції. Вони вважають, що тисячі людей, які контактували з вірусноносіями неодноразово, залишились серонегативними завдяки нормальній клітинній відповіді, яка має протективну дію до

ВІЛ. Підтвердженням того, що вірус був нейтралізований, була наявність клітин пам'яті, які відповідали продукцією ІЛ-2 на стимуляцію різними антигенами ВІЛ. Досліджуючи лімфоцити ВІЛ-негативних гомосексуалістів, автори спостерігали високу продукцію ІЛ-2 як відповідь на оболонковий антиген ВІЛ. Згодом у частини обстежених пацієнтів відбулась сероконверсія, і поліну-клеотидна ланцюгова реакція стала позитивною. Ці дані автори справедливо розглядають як підтвердження того, що на початку захворювання розмноження вірусу в організмі стримувалося Т-клітинною імунною відповіддю.

Намагання відновлення клітинного імунітету введенням ІЛ-2 залишились неефективними, оскільки ІЛ-2 збільшував кількість Т-хелперів, що несуть СД4 рецептор для ВІЛ, і, як наслідок, збільшувалось інфікування клітин.

Велике значення в патогенезі СНІДу грають прозапальні цитокіни і, особливо, фактори некрозу пухлин (ФНП), які, завдяки ядерним факторам, активують регуляторні гени вірусу, і, як наслідок, його реплікацію. Відомо, що сам вірус та його оболонкові білки стимулюють синтез ФНП Т-лімфоцитами і макрофагами, які знову активують реплікацію вірусу. Таким чином, складається аутокринна петля, що дозволяє нерегульоване розмноження вірусу. Цікаво, що експресія ВІЛ може бути індукована іншими інфекціями, при яких рівень ФНП різко зростає.

Такі дані були отримані при обстеженні дітей, інфікованих ВІЛ. Зростання вірусного навантаження, тяжкості хвороби пацієнтів було викликане простудними захворюваннями в двох дітей, що знаходились в одній палаті. Дані імунологічного моніторингу показали підвищення рівня ФНП у сироватці крові обох дітей і різке зниження кількості СД4 клітин в периферичній крові (С.А.Кетлінський, Н.М.Калініна, 1998).

Виявлена пряма залежність між концентрацією ФНП і концентрацією білка р24 ВІЛ у культурі мононуклеарних клітин, що підтверджує раніш наведені дані про активацію експресії ВІЛ під впливом ФНП.

Відомо, що гени ФНП локалізуються на 6 хромосомі серед



генів головного комплексу гістосумісності I і II класу, що передаються блоком від батька і матері дитині. Статистичний аналіз показав, що високий рівень продуктивності ФНП асоційований з сукупністю алелей A1, B8, B35, DR1 і DR3, а низький рівень - з алелями A19, A28, B7, DR2 і DR6. Аналіз швидкості прогресування ВІЛ-інфекції виявив пряму кореляцію з рівнем генетично детермінованої продукції ФНП. У зв'язку з цим, вивчення розподілу алелей ГКГ I і II класів у хворих ВІЛ-інфекцією може бути рекомендоване для попередньої оцінки характеру перебігу захворювання.

Останнім часом були зроблені відкриття, що дозволяють зрозуміти нові механізми проникнення вірусу не тільки в Т-лімфоцити, але й інші лейкоцити, які не несуть CD4 ВІЛ - рецептора.  $\beta$ -хемокіни RANTES, MIP -1 $\alpha$  і  $\beta$ , як з'ясувалось, мають супресорні ефекти на ВІЛ-1, механізмом яких є блокування зв'язку вірусу і входження його в клітину. Наступними дослідженнями було показано, що ВІЛ зв'язується з рецепторами хемокінів.

Нещодавно був відкритий новий механізм блокування реплікації ВІЛ за допомогою ІЛ-16, який є хематрактантом для CD4 лімфоцитів. ІЛ-16 зв'язується з тим рецептором, з яким з'єднується і ВІЛ.

Таким чином, нові дослідження виявили причину інфікування не тільки Т-лімфоцитів, але і клітин мононуклеарних фагоцитів, а також можливості нових підходів до лікування ВІЛ-інфекції.

**З.Й.Красовицький, Л.П.Кулеш**

**СНІД - індикаторні хвороби та частота їх виявлення**

**Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми**

СНІД- кінцева стадія ВІЛ-інфекції, перебігає з ураженням імунної та нервової систем і розвитком тяжких вірусних, бактеріальних, паразитарних захворювань та злоякісних новоутворень, які в кінцевому рахунку приводять до загибелі хворого.

Діагноз ВІЛ-інфекції в ранніх стадіях хвороби та до роз-

витку СНІДу проводиться за допомогою лабораторних досліджень - виявлення специфічних антитіл та антигенів. Діагноз СНІДу не викликає сумнівів при умові виявлення антитіл до ВІЛ та хоча б однієї СНІД -індикаторної хвороби.

Перелік СНІД-індикаторних хвороб, які входять у європейське визначення випадку СНІДу для реєстрації та епіднагляду:

А Опортуністичні інфекції: бактеріальні інфекції у дітей, молодших 13 років, множинні чи рецидивуючі; кандидоз трахеї, бронхів або легень; кандидоз стравоходу; кокцидіомікоз, поширений або позалегеневий; криптококоз позалегеневий; криптоспорідіоз з діареєю тривалістю понад місяць; цитомегаловірусна інфекція в хворих, віком понад один місяць, з ураженням внутрішніх органів, крім печінки, селезінки чи лімфатичних вузлів; цитомегаловірусний ретиніт з втратою зору; герпетична інфекція з хронічними виразками, що не виліковуються протягом одного місяця або з ураженням бронхів, легень, стравоходу в пацієнтів віком більше місяця; гістоплазмоз поширений або позалегеневий; ізоспороз з діареєю понад один місяць; інфекції, викликані *M. avium* або *M. kansasii*, поширені або позалегеневі; легеневий туберкульоз у дорослих або підлітків, старших 13 років; позалегеневі форми туберкульозу; інші захворювання, спричинені мікобактерією, крім *M. tuberculosis*, поширені або позалегеневі; пневмонія, спричинена *P. carinii*; повторні пневмонії; прогресуюча множинна лейкоенцефалопатія; сальмонельозна септицемія рецидивуюча (крім спричиненої *S. typhi typhimurium*); токсоплазмоз мозку в пацієнтів віком понад 1 місяць.

Б Інші хвороби: цервікальний інвазивний рак; енцефалопатія, пов'язана з ВІЛ; саркома Капоші; лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія у дітей, молодших за 13 років; лімфома Беркита; лімфома імунобластна; лімфома мозку (первинна); синдром виснаження, обумовлений ВІЛ (слім-хвороба, схуднення).

В Індикаторні хвороби з недостатньою інформативністю (використовуються тільки, якщо отримання детальної інформації неможливо): опортуністичні інфекції невстановленої етіології; лімфома невстановленого походження.

В області СНІД діагностований у 6 осіб (2 вже померли). У 5 як СНІД-індикаторна хвороба зареєстровані різні форми туберкульозу легень, в одному випадку - сепсис, кахексія.

Для уточнення стадії хвороби, виявлення вторинних та супутніх захворювань, для визначення тактики подальшого ведення хворого, розроблена схема обстеження ВІЛ-інфікованого та хворого на СНІД.

При первинному обстеженні, окрім огляду лікаря (збір анамнезу, фізикальне обстеження), проводиться дослідження крові на антитіла до ВІЛ (ІФА, імунний блотинг), загальний аналіз крові з обов'язковим визначенням кількості еритроцитів та тромбоцитів, біохімічний аналіз крові (холестерин, білірубін та його фракції, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, загальна та пофракційна ЛДГ, гама-глутамілтрансфераза, сулемова та тимолова проби, глюкоза, загальний білок та його фракції), клінічний аналіз сечі, дослідження імунного статусу (СД4, СД8, СД4/СД8), шкірно-алергічна проба Манту, дослідження крові на RW, HbsAg, анти - HCV, антитіла до цитомегаловірусу, токсоплазми, вірусу простого герпесу, P.cariinii, дослідження випорожнень на яйця глистів та найпростіші, сальмонели; рентгенографія органів грудної порожнини, УЗД органів черевної порожнини та нирок, ЕЕГ, ЕКГ, огляд спеціалістів (дерматолога, гінеколога, стоматолога).

Повторні дослідження проводяться при погіршанні стану хворого та в плановому порядку в залежності від стадії хвороби. Рентгенографію органів грудної порожнини та УЗД рекомендується проводити не частіше 1 разу на 6 міс., серологічні дослідження - 1 раз на 6 міс., туберкулінову пробу - 1 раз на рік.

У нашій лікарні в плановому порядку обстежено 15 осіб. Діагноз ВІЛ-інфікування встановлений у 13, СНІД - клінічний-у 2. У одного хворого виявлений дисемінований туберкульоз легень, у другого - повторні пневмонії з розвитком нориці, кахексії, генералізованого кандидозу.

Таким чином, найчастіше як СНІД-індикаторна хвороба в Сумській області, як і в Україні, зустрічається туберкульоз легень.

Практично у всіх ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД спостерігається розповсюджений кандидоз.

З.Й.Красовицький, Л.П.Кулеш

### **Клініко-епідеміологічна характеристика ВІЛ-інфекції**

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Сумська область відноситься до регіонів з низьким рівнем захворюваності на СНІД та ВІЛ-інфікованих. Однак це не дає підстав для самозаспокоєння. Якщо з 1987 до 1997 року в Сумській області було зареєстровано 35 ВІЛ-інфікованих, а хворих на СНІД не було взагалі, то в 1998 році виявлено 53 ВІЛ-інфікованих (зростання в 1,6 рази) і 4 хворих на СНІД. Таким чином, з 1987 по 1998 рік та 8 місяців 1999 року офіційно зареєстровано 123 випадки ВІЛ-інфекції, з них 6 хворих на СНІД в 12 районах області. Не виключено, що в 1999 році кількість виявлених ВІЛ-інфікованих зменшиться, тому що, згідно нового Закону України "Про запобігання захворюваності на СНІД та соціальний захист населення", передбачений принцип добровільного обстеження на ВІЛ. Має значення і періодична відсутність тест-систем.

У Шосткінському районі зареєстровано 33 ВІЛ-інфікованих та 6 хворих на СНІД, з них 2 померло. У Ямпільському районі - 4, Роменському, Конотопському, Охтирському районах та м.Суми по 3, Глухівському та Сумському районах по 2, а у Недригайлівському, Кролевецькому, Лебединському та Путивльському районах по 1 ВІЛ-інфікованому. Слід зауважити, що 60 ВІЛ-інфікованих знаходяться в місцях позбавлення волі.

У Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні в 1998 році та за 8 місяців 1999 року з метою уточнення стадії захворювання пройшли обстеження 15 осіб, з них чоловіків 11, жінок 4. Переважали особи у віці 20 - 35 років - 10 чоловік, від 35 до 45 років було 5 чоловік. У 13 осіб інфікування відбулось парентеральним шляхом - ін'єкційні наркомани, у 2 - статевим шляхом. Після обстеження 13 особам встановлено діагноз ВІЛ-інфікування, 2 - СНІДу. ВІЛ-інфікованість в стадії безсимптомного носійства діагносто-

вана у 6 осіб, у стадії персистуючої генералізованої лімфаденопатії, - у 7. У 3-х випадках зустрічався кандидоз порожнини рота, у 10 - дисбактеріоз кишечника.

Серед хворих на СНІД у одного зареєстрований туберкульоз легень, у іншого сепсис, повторна абсцедуюча пневмонія, емпієма плеври, кахексія. Супутній діагноз у 12 випадках - хронічний токсичний гепатит, у 4 - носійство HbsAg, у 6 осіб діагностовані міокардіодистрофія інфекційного генезу, в 2 випадках - хориоретиніт.

На жаль, в області немає можливості для обстеження імунного стану (визначення CD4, CD8, CD4/CD8), яке має важливе значення для призначення антиретровірусної терапії, а також проведення профілактики грибкових уражень, пневмоцистної пневмонії. Крім того, на сьогоднішній день область не забезпечена антивірусними препаратами для лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

І.О. Троцька

### **Особливості деонтології при ВІЛ-інфекції** **Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми**

Масове розповсюдження СНІДу в усьому світі та Україні висуває низку нових проблем у сфері медичної етики та деонтології. Не обходить це питання і медиків Сумщини. Ми спостерігали велику кількість помилок деонтологічного, етичного та навіть юридичного характеру з боку медичних працівників ряду лікувально-профілактичних закладів області по відношенню до ВІЛ-інфікованих. Саме тому вважаємо за доцільне звернутися до даної проблеми.

До сьогоднішнього часу юридично не визначені особи, за якими було б закріплено право повідомляти про ВІЛ-інфікування. Ми вважаємо, що це право повинно бути надано лікарям обласного центру з профілактики ВІЛ/СНІДу, а також стаціонарів, в яких проводиться поглиблене клініко-лабораторне обстеження (ключний діагноз може бути встановлений лише в сукупності епідеміологічних, клінічних та лабораторних даних).

До виставлення заключного діагнозу "ВІЛ-інфекція" особі,

що проходить обстеження, не треба повідомляти про його хід та отримані результати; при спілкуванні з пацієнтом не слід користуватися такими термінами, як "ВІЛ-інфекція", "СНІД" та ін. Рекомендується вживати словосполучення "повторне обстеження", "уточнення результатів", "додаткове обстеження", що виключає конкретне згадування про ВІЛ-інфекцію. Дані попереднього обстеження не повинні ставати надбанням осіб, що не пов'язані безпосередньо з діагностикою ВІЛ-інфекції.

При визначенні своїх професійних обов'язків у роботі з ВІЛ-інфікованим медичні працівники повинні керуватися наступними етичними принципами:

- збережи лікарську таємницю;
- оптимально інформуй хворого;
- надай медичну допомогу.

Збереження лікарської таємниці - один з найважливіших принципів медицини. Він гарантує право на таємницю особистого життя, дотримання анонімності обстеження і сприяє створенню атмосфери довіри між лікарем та інфікованою людиною. Відсутність впевненості в збереженні лікарської таємниці неминуче змусить хворого приховувати свій діагноз при зверненні за медичною допомогою в екстрених випадках, що при порушенні санітарних правил може призвести до внутрішньолікарняної передачі інфекції.

На жаль, в деяких лікувальних закладах області, навіть в обласному центрі, спостерігались випадки порушення принципу збереження медичної таємниці, коли відомості про наявність у пацієнта ВІЛ-інфікування розголошувалися всім медичним працівникам лікарні і навіть іншим хворим, а ВІЛ-інфікована особа ставала жертвою остракізму та дискримінації. Нагадаємо, що розголошення лікарської таємниці є порушенням ст. 8 закону України "Про запобігання захворюваності на СНІД та соціальний захист населення" і тягне за собою відповідальність, встановлену законом.

Другий принцип, принцип оптимальної інформованості хворого, дозволяє лікарю запевнити ВІЛ-інфікованого в досягненнях сучасної медицини, достатніх для того, щоб продовжити йому

життя, віддалити період клінічних проявів СНІДу та смерті. "Газетне" уявлення пацієнта про ВІЛ - інфекцію часто перебільшене та не відповідає дійсності. Такий хворий вважає себе приреченим і відмовляється від медичної допомоги, додаткових обстежень і динамічного спостереження.

В своїй практиці нам неодноразово доводилося переконувати пацієнтів у можливостях сучасної протівірусної терапії. Обов'язок лікаря - довести до пацієнта максимальну інформацію про об'єктивний стан його здоров'я, про можливості та обмеження у житті, особливості поведінки та необхідність своєчасного періодичного обстеження і лікування. Усвідомлюючи ступень небезпеки для себе та інших, хворий зможе правильно побудувати своє життя в подальшому.

Третій принцип, принцип надання необхідної медичної допомоги ВІЛ-інфікованому, потребує, щоб усі дії медичних працівників здійснювалися в ім'я інтересів та заради благополуччя пацієнтів. Він особливо важливий при спілкуванні з хворими з клінічними проявами СНІДу. Відмова в наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованому або хворому тягне за собою відповідальність, встановлену законом України (ст. 31 вище згаданого закону). Слід визначити, що відмов з боку медичних працівників області в наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим або хворим на СНІД не відмічалось, хоча в інших регіонах України такі випадки траплялися.

Проведення в життя викладених етичних та деонтологічних принципів залежить від конкретних людей, котрі повинні володіти не тільки необхідною професійною підготовкою, але й високими моральними якостями.

Н.І.Льїна

**Токсоплазмоз у хворих на СНІД**  
Державний університет, м. Суми

Токсоплазмоз - хвороба, що часто асоціює зі СНІДом. Це пов'язано з особливостями імунітету при токсоплазмозі. Головна

роль належить клітинним факторам захисту, проявом чого є гіперчутливість сповільненого типу. При хронічному токсоплазмозі, який становить 99% маніфестних форм хвороби, пригнічується активність Т - і В-імунокомпетентних систем, що потребує застосування імуномодуючих препаратів. Такий стан імунітету зумовлює латентний перебіг токсоплазмозу в більшості інфікованих. При зниженні напруженості імунітету, при імунодефіцитних станах можливі маніфестація та загострення хвороби. Тому у ВІЛ-інфікованих відмічається часта генералізація латентного токсоплазмозу з гострим злоякісним перебігом, з розвитком менінгоенцефаліту, з ураженням очей, серця, легень, печінки. На фоні розгорнутої клініки СНІДу він є однією з причин смерті хворих.

Гострий токсоплазмоз виявляється у 6-12% хворих на СНІД. Дуже часто він перебігає з розвитком важкого дифузного енцефаліту. За даними А.П.Казанцева (1996), у 25-80% випадків причиною його є токсоплазми. Перебіг енцефаліту надзвичайно важкий з високою гарячкою, головним болем, вогнищевими ураженнями головного мозку, неврологічними симптомами. Він часто поєднується з хориоретинітом. Діагностика енцефаліту ускладнюється тим, що розвиток токсоплазмозного енцефаліту при СНІДі не супроводжується появою специфічних антитіл у сироватці крові. Іноді їх можна знайти в спинномозковій рідині. Тому з метою діагностики досліджують біоптати мозку для виявлення цист та трофозоїтів, проводять томографію мозку. Шкірна алергічна проба з токсоплазміном у хворих на СНІД негативна.

В останні 2 роки в Сумській обласній клінічній лікарні 15 особам з ВІЛ-інфекцією (2-хворих на СНІД, 13-ВІЛ-інфікованих), поряд з обстеженням на різні опортуністичні інфекції, проводилось дослідження крові на анти ТохоІgМ і антиТохоІgG методом імуноферментного аналізу. Тільки в одному випадку - у ВІЛ-інфікованої - виявлені анти Тохо ІgМ. Мали місце і клінічні прояви токсоплазмозу - хориоретиніт, абсесивний синдром, гепатоспленомегалія, лімфаденопатія. У решти хворих виявлені



анти ТохоIgG, вміст яких в крові суттєво різнився. У 3-х осіб - 1 з клінікою СНІДу і 2 - ВІЛ - інфіковані - був високий вміст анти Тохо IgG - 32-120 МО/мл (норма до 6 МО/мл). У 9 обстежених він був у межах норми, у 4-х - помірно підвищений. Ураження нервової системи виявлено у 5 осіб, хориоретиніт - у 2.

Слід зауважити, що такі симптоми, як генералізована лімфаденопатія, довготривала гарячка, астеничний синдром зустрічався майже у всіх обстежених. Вони характерні як для токсоплазмозу, так і для ранньої стадії СНІДу (преСНІД). Тому в діагностиці токсоплазмозу у ВІЛ-інфікованих головна роль належить лабораторним методам дослідження, а саме - виявлення в крові антитіл до токсоплазм, пов'язаних з IgM.

Я.С.Жернова, В.А.Анджеєвська, А.Б.Сухарєв,  
Л.Л.Семенюк, П.С.Вержанський, С.А.Сміян  
**Особливості перебігу вагітності та пологів  
у ВІЛ-інфікованих**  
Державний університет, м. Суми

Під наглядом було 5 ВІЛ-інфікованих жінок. Вперше захворювання виявлено випадково під час обстеження при диспансеризації з приводу вагітності в терміні  $21,6 \pm 1,7$  тижнів. Пацієнтки були у віці від 18 до 25 років, тобто в найбільш активному сексуальному та репродуктивному періоді. Привертав до себе увагу також соціальний стан досліджуваних - усі були незаміжні та ніде не працювали. "Контакт - джерело" ВІЛ-інфікування та чинники ризику не встановлені в жодної жінки. Не вдалося також встановити в анамнезі проявів гострого ретровірального синдрому - гарячки, аденопатії, різноманітних висипань на шкірі, міалгії, гепатоспленомегалії та периферичних невритів. Отже, всі жінки знаходилися в безсимптомному носійстві ВІЛ. Проте, 3 із них стали джерелом внутрішньоутробного інфікування плода, про що свідчили дані ехографічного та морфологічного досліджень.

Першовагітних було 4, повторновагітних - 1.

Так, у 3 із 5 вагітних жінок, що спостерігалися, у другому

триместрі вагітності знайдено множинні вади розвитку плода, які стали медичним показанням до її переривання. Наступним морфологічним дослідженням підтверджено асиметричну форму ретардації плода, масивний ембріобластоз печінки, широкий гермінативний прошарок субпендимарної зони, ембріональні клубочки в субкапсулярній зоні нирок. Це дало нам підставу запідозрити трансплацентарний шлях ВІЛ-інфікування під час вагітності, яке призвело до множинних аномалій розвитку плода. Одна з названих жінок була також носієм HBs-антигену.

Проте, у 2-х ВІЛ-інфікованих жінок відбулися строкові за терміном пологи з народженням практично здорових дітей на момент обстеження. Тривалість пологів не відрізнялася від таких у здорових жінок у популяції. Пологи та аборти здійснювалися з ретельним дотриманням правил безпеки (подвійні рукавички у акушерки та лікарів, в окулярах та з використанням одноразової білизни, які знищувалися після абортів або пологів).

У обстежених жінок спостерігався патологічний перебіг вагітності з ранніх термінів у вигляді загрози її переривання.

Отже, ВІЛ-інфікування вагітних є високим ризиком репродуктивних втрат. Втім, беручи до уваги неможливість точної діагностики ВІЛ-інфікування плода, акушери-гінекологи, на жаль, у кожному випадку ВІЛ-інфікування вагітних вимушені достроково переривати вагітність (аборт за медичними показаннями).

Т.П.Бинда, С.І.Кругляк

**Особливості перебігу СНІДу в дітей**

Державний університет, м. Суми

Міська клінічна дитяча лікарня, м. Суми

Питома вага дітей у загальній масі інфікованих у Європі та США складає від 1 до 3 %, а в деяких країнах Африки доходить до 15 % і вище.

В Україні за 10 років (1987 - 1997) серед 17 000 ВІЛ-інфікованих було 143 дитини (0,8%).

Своєчасна діагностика СНІДу важка через різноманітність клінічних проявів, але можлива і необхідна як для лікування хворих, так і для попередження його подальшого розповсюдження.

Із епідеміологічних даних відомо, що біля 70 % дітей народжуються від хворих або інфікованих матерів (переважання вертикальної передачі інфекції). Приблизно 20% інфікуються при переливанні крові та її препаратів. Хлопчики та дівчатка хворіють однаково часто. Від матері не заражаються старші діти, які народилися до її інфікування, а також інші члени сім'ї, спілкування з якими обмежується побутовими контактами. Інфіковані діти не являють собою небезпеки в сім'ї, школі та інших дитячих закладах.

Інкубаційний період коротший, ніж у дорослих - в середньому 4-6 міс. при трансплацентарному зараженні і 12 міс. - після гемотрансфузії.

Ембріопатія можлива з 15 тижня вагітності, в разі виживання з'являються ознаки дизморфізму: маленька голова, випукле (квадратне) чоло, плеската спинка носа, широкий фільтрум назі, очі випуклі, розміщені широко (гіпертелоризм), голубі склери.

Специфічність ембріопатії визнають не всі, оскільки такі діти народжуються в жінок, які страждають наркоманією, токсикоманією, алкоголізмом, важкими соматичними хворобами, які самі по собі можуть бути причиною ураження плоду, але, якщо дизморфізм обумовлений ВІЛ, то СНІД проявляється в найближчі місяці після народження, а при менш чіткій картині - в дітей старше року. Діти, які народились з ознаками СНІДу, рідко доживають до 2-х років. Якщо інфікування відбулося, а ембріопатії немає, то захворювання в 60% дітей настає протягом перших 3-х років і лише в 10% пізніше. В окремих випадках скритий період може продовжуватися майже до шкільного віку.

Перинатальне ВІЛ-інфікування характеризується оральним кандидозом, органомегалією, затримкою росту і розвитку. Пізніше можливі повторні епізоди бактеріальних інфекцій: пневмонії, менінгіту, сепсису, синуситу, назофарингіту і отиту.

При обстеженні дітей раннього віку звертають увагу на сла-

бкий монотонний плач, загальмованість. Шкіра сіруватого відтінку, суха, легко збирається в складки. Зустрічаються грибкові ураження, різноманітні висипання. Можлива молочниця слизової оболонки рота, мигдаликів, задньої стінки глотки. Наліт знімається в вигляді сиркової маси. Зміни з боку органів дихання характеризуються задишкою, втягненням підатливих місць грудної клітини, різнокаліберними хрипами.

У 20-40 % дітей розвивається пневмоцистна пневмонія. В зв'язку з високим ризиком туберкульозу, проводиться туберкулінодіагностика з наступною перевіркою кожні 6 місяців. В педіатричній практиці нерідко зустрічається лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія (пневмоніт).

Ранні ураження серцево-судинної системи перебігають безсимптомно і їх можна виявити лише при ЕКГ. Пізніше розвивається кардіомегалія, міокардит. Можливі випадки раптової смерті.

Зміни з боку нервової системи: мікроцефалія, енцефалопатія, зниження розумової здатності, пірамідні розлади (м'язовий гіпертонус, гіперрефлексія), мозкові кальцифікати, що виявляються на томограмах.

Ураження нирок: нефротичний синдром, тубулопатія, гострий нефрит з набряками та гіпертензією, порушення обміну електролітів, КЛР. В тяжких випадках ниркова недостатність перебігає з блювотою, діареєю, затримкою рідини. Описані панкреатити, гепатити, цитомегаловірусний ретиніт.

Онкологічні прояви СНДу в дітей зустрічаються рідко.

З опортуністичних інфекцій дуже часто розвиваються пневмоцистна пневмонія (70%), отити, синусити, герпетична та грибкова інфекції. Значно частіше, ніж у дорослих, зустрічаються важкі бактеріальні інфекції (пневмококова, стафілококова, сальмонельоз, ешерихіоз, клебсієльоз).

Серед багатьох синдромів і симптомів вибирають найбільш часті прояви і їх поєднання.

Діагноз СНДу у дітей можливий при наявності двох опорних і двох навідних симптомів. У дітей до опорних симптомів відносяться:

- зниження маси тіла і затримка росту й розвитку;
- діарея, яка триває більше місяця.

Навідні симптоми:

- генералізована лімфаденопатія;
- кандидоз ротової порожнини та глотки;
- рецидивуючі інфекції ( отит, синусит та ін.);
- стійкий кашель;
- генералізований дерматит;
- підтверджена ВІЛ-інфекція у матері.

Таким чином, особливості ВІЛ-інфекції у дітей обумовлені механізмом інфікування, віковою реактивністю, імунною відповіддю. Поява окремих стадій не така чітка, інфекційний процес характеризується більш гострим, швидкоплинним перебігом, нерідко випереджаючим прояви хвороби у батьків.

Ф.Г. Коленко

**НейроСНІД**

Державний університет, м. Суми

Необхідно відмітити, що неврологічні прояви ВІЛ-інфекції нерідко характеризують клінічне "обличчя" хвороби, визначають її прогноз. Клітини нервової системи часто уражуються ВІЛ. Клініко-неврологічні синдроми розвиваються рано, в 10-20% випадків вони є першими ознаками хвороби.

Основними шляхами проникнення збудника СНІДу у нервову систему є гематогенний або периневральний.

Найчастіші клінічні форми нейроСНІДу:

- менінгіт (гострий, підгострий);
- енцефаліт, енцефаломієліт (енцефаломієлопатія), мієлопатія;
- прогресуюча лейкоенцефалопатія;
- абсцеси головного мозку;
- СНІД-деменція;
- пухлини головного мозку (злоякісна бета-клітинна лімфома, саркома Капоші, злоякісна гліома та інші);
- порушення мозкового кровообігу (інсульти);

- синдроми ураження периферичної нервової системи (мононейропатія, гангліоневрит, полінейропатія, радикулопатія, міозит, міопатія).

Патоморфологічні зміни нервової системи при СНІДі виявляються у 70-80% летальних випадків.

Синдроми ураження ЦНС при ВІЛ - інфекції: у 50-70% хворих виявляють ВІЛ-енцефалопатію (СНІД-деменцію). Морфологічні зміни формуються в підкоркових вузлах. Деменція розвивається поступово. Характерна триада симптомів: інтелектуально-мнестичні розлади психіки, зміни в поведінці хворих, рухові порушення. Характерні зниження пам'яті, безсоння, мінливість настрою, інертність психічних процесів. Неврологічні симптоми різноманітні, прогресуючі: рефлексии орального автоматизму, атаксія, підвищення тону м'язів, брадикінезія, гипомімія, тремор та інші.

Згодом розвиваються напади судом, абулія, психози, порушення функції тазових органів, маразм. У спинномозковій рідині - лімфоцитарний цитоз, вміст білку незначно збільшений. На КТ та МРТ можна виявити дифузну атрофію головного мозку.

Менінгіт розвивається пізніше. Клінічна картина характеризується ознаками, що складають менінгеальний симптомокомплекс з лімфоцитарним плеоцитозом.

Клініку енцефаліту характеризують підвищення температури тіла, епілептичні напади, ураження ядер черепних нервів, порушення свідомості.

Прогресуюча лейкоенцефалопатія характеризується прогресуючим перебігом, порушенням психіки, інтелекту, потім з'являються вогнищеві симптоми.

У 1/4 хворих СНІДом розвиваються енцефаломієлопатія, мієлопатія. Часто виникають спастичні парези, сенситивна атаксія, порушення функції тазових органів.

Порушення мозкового кровообігу частіше в вигляді інсульту геморагічного та ішемічного, скороминучих порушень.

Частота ураження периферичної нервової системи розвивається у 15-50% хворих на СНІД. У клінічній картині характерне множинне ураження периферичних нервів, що призводить до ру-

хових, чутливих та вегетативних порушень у зоні інервації уражених нервів: периферичних парезів верхніх і нижніх кінцівок, розладів чутливості в дистальних відділах кінцівок. Поступово процес прогресує. У спинномозковій рідині виявляють збільшення кількості білка.

Таким чином, наведені основні прояви нейроСНІДу. Все це має важливе значення в клінічній діагностиці захворювання. Інтервал між першим епізодом інфекції і розвитком клінічних проявів синдрому значно варіює.

Н.В.Клименко

### Лікування мікозів у хворих на ВІЛ-інфекцію

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми

Серед сучасних проблем медицини мікози займають важливе місце. Різноманітні клінічні прояви хвороби - від ураження шкіри та слизових оболонок до генералізованих форм - зустрічаються в практиці не тільки інфекціоністів, а й дерматологів, педіатрів, хірургів, гінекологів та лікарів інших спеціальностей. В останній час почастишали випадки системних мікозів.

Основними збудниками мікозів є гриби рода *Candida*, *Aspergillus*, *Cryptococcus neoformans*.

Особливе місце мікозам відводиться при ВІЛ-інфекції. Так, кандидоз є маркером захворювання (входить до СНІД-індикаторних інфекцій), а аспергільоз та криптококоз - грізне ускладнення, що прискорює смерть хворих на СНІД.

В період з 1997 до червня 1999 року в СОКІЛ було обстежено 13 ВІЛ-інфікованих і 2 пацієнтів з діагнозом СНІД клінічний. Серед них 5 жінок, 10 чоловіків віком від 20 до 41 року. При аналізі дослідження кала на дисбактеріоз біфідум бактерії відсутні у 57%, лактобацили у 28%, гемолізуюча *E.Coli* - 14,2%, *E.Coli* зі зниженням ферментуючих властивостей у 14,2%; стафілокок золотистий - 7,1%, гемолізуючий - 7,1%; у 5,7% - *Candida*; протей - 7,1%; клебсієла - 7,1%. Лише у 21,4% обстежених не виявлено жодних змін копробіограми.

У 28,5% випадків гриби *Candida albicans* виділені зі слизових оболонок ротової порожнини, у одного хворого - з сечі. Як бачимо, серед умовно - патогенної мікрофлори найчастіше виявляються гриби роду *Candida*.

Для лікування кандидозів використовують такі основні групи препаратів:

I група - антибіотики: ністатин, леворин, амфотеріцин В, натаміцин.

II група - препарати імідазолowego ряду: кетоконазол, клотримазол, міконазол, біфоназол та інші.

III група - препарати триазолового ряду: флуконазол, ітраконазол.

IV група - інші: нітрофунгін, декамін, препарати йоду, інші.

На жаль, усі фунгістатики системної дії перших поколінь відрізняються значними побічними ефектами, а деякі дуже токсичні. Так, найбільш ефективний із полієнових антибіотиків - амфотеріцин В - викликає різні побічні реакції, дуже нефротоксичний; його аналоги - фунгізон, металефасцин - важким хворим з тієї ж причини призначають нечасто.

Досить ефективний препарат кетоконазол (нізорал) використовують при хронічних кандидозах та інших мікозах, але він гепатотоксичний. Ці препарати також діють і як імуносупресори.

Інші антимікотики недостатньо проникають через тканинні бар'єри. За останній час з'явилися лікарські засоби з поліпшеними фармакокінетичними властивостями, меншою токсичністю і вираженою протигрибковою дією, що дає змогу з успіхом лікувати кандидози, зокрема гострі, локальні форми.

Перспективним препаратом, що рекомендують для терапії кандидозів та криптококозів, особливо генералізованих форм, є дифлюкан (флуконазол). Його переваги: добре всмоктується через слизові шлунково-кишкового тракту; необхідна терапевтична концентрація в плазмі забезпечується через декілька годин, довго зберігається; терапія флуконазолом добре переноситься хворими - майже немає побічної дії, відсутній токсичний вплив навіть при внутрішньовенному введенні немовлятам; добре проникає через



гематоенцефалітичний бар'єр, а тому може бути застосований при лікуванні хворих з менінгоенцефалітами мікотичної етіології; концентрації препарату в слині, харкотинні, вагінальному секреті аналогічні його вмісту в плазмі, в лікворі вона становить 80% від концентрації в плазмі; довгий напівперіод виведення препарату дає змогу рекомендувати призначення один раз на добу; санація після лікування настає в 85-87%, що дає надію на зменшення витрат при лікуванні хронічних кандидозів; дифлюкан - єдиний антимікотик для внутрішньовенного введення, що зареєстрований в Україні.

Приймаючи до уваги вище перелічене, вважаємо за доцільне призначати дифлюкан для лікування мікозів як ВІЛ-інфікованим, так і хворим на СНІД.

Є.Г.Альперн, О.П.Панченко, І.О.Троцька

### Диспансерне спостереження за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД у Сумській області

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми

Правильна організація диспансерного спостереження за ВІЛ - інфікованими є однією з головних умов, що дозволяє суттєво продовжити їх життя і поліпшити його.

Основні завдання диспансеризації ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД наступні:

- регулярне клінічне спостереження за функціональним станом імунітету та забезпечення всіх видів кваліфікованої медичної допомоги;
- проведення комплексу соціально-реабілітаційних заходів, спрямованих на зниження соціальної ізоляції інфікованих при гарантованому збереженні лікарської таємниці. Останнє можна розглядати як протиепідемічний захід, оскільки соціальна ізоляція хворого, відсутність впевненості в одержанні необхідної медичної допомоги та збереженні при цьому лікарської таємниці змушує хворого приховувати своє захворювання, що, при недотриманні санітарних правил, може привести до внут-

ришньолікарняної передачі інфекції.

В зв'язку з тим, що до теперішнього часу в Україні відсутні документи, що регламентують проведення диспансеризації при вказаній патології, ми пропонуємо схему диспансерного нагляду, на наш погляд, найбільш придатну в Сумській області.

Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД в місті Суми та Сумському районі проводиться лікарем-інфекціоністом обласного центру по профілактиці ВІЛ-інфекції СНІДу, а в районах області - лікарем-інфекціоністом кабінету інфекційних захворювань. Необхідно відмітити, що при роботі з ВІЛ-інфікованими і з хворими на СНІД треба використовувати принцип "довіреного" лікаря. Пацієнт з усіма своїми проблемами звертається до конкретного лікаря, який усе вирішує сам, а в випадку необхідності залучає до роботи з хворими інших фахівців.

При організації медичної допомоги хворим ВІЛ-інфекцією необхідно враховувати особливості цього захворювання: тривалість перебігу; дуже важкий прогноз; більш швидке прогресування хвороби і високу вирогідність зміни психічного стану, пов'язану з ураженням центральної нервової системи і впливом стресових факторів (соматичних і соціальних)

Згідно з наказом УОЗ №146 від 14.04. 97 р. "Про надання медичної допомоги ВІЛ - інфікованим та хворим на СНІД", первинне поглиблене клініко-імунологічне обстеження проводиться на базі Сумської обласної клінічної інфекційної лікарні.

На ВІЛ-інфікованого заводиться медична картка за місцем проживання, яка дублюється в обласному центрі по профілактиці ВІЛ - інфекції /СНІДу. Сюди вносяться результати клінічного, лабораторного, імунологічного обстеження і план заходів на поточний рік.

Диспансерний нагляд проводить лікар-інфекціоніст обласного центру по профілактиці ВІЛ-інфекції /СНІДу в місті Суми, а в районах області - лікар кабінету інфекційних захворювань.

При диспансеризації рекомендуємо виділити 3 групи обліку:

1 Інфіковані ВІЛ без клінічних проявів хвороби.

2 Інфіковані ВІЛ з клінічними ознаками хвороби: тривала гаряч-

ка, лімфоаденопатія, підвищена пітливість, енцефалопатія.

3 ВІЛ-інфіковані з опортуністичними інфекціями (пневмоцистна пневмонія, генералізована герпетична інфекція, цитомегаловірусна інфекція, розповсюджене кандидомікозне ураження).

Особи першої групи оглядаються 1 раз у 3 місяці. Один раз на рік вони повинні бути госпіталізовані до СОКІЛ для проведення повного обстеження. Враховуючи велику кількість ВІЛ-інфікованих у Шосткінському районі та беручи до уваги кадрову ситуацію (лікарі вищої та першої категорії) і матеріально-технічну базу, вважаємо за доцільне рекомендувати первинне обстеження ВІЛ-інфікованих у інфекційному відділенні Шосткінської ЦРЛ при їх згоді.

Особи 2 групи оглядаються 1 раз на місяць, при необхідності вирішується питання про призначення їм групи інвалідності. Один раз на рік проводиться поглиблене клініко-імунологічне обстеження в СОКІЛ, після чого вирішується питання про призначення специфічної терапії.

Особи 3 групи госпіталізуються в інфекційні стаціонари за місцем проживання до вилікування опортуністичних інфекцій або стійкої ремісії процесу. Після виписки оглядаються лікарем обласного центру по профілактиці ВІЛ-інфекції /СНІДу або кабінету інфекційних захворювань 2 рази на місяць. При необхідності надання ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД спеціалізованої допомоги з міст та регіонів області, вона буде надаватися фахівцями на базі відділень згідно показань до госпіталізації.

Дітям ВІЛ-інфікованим дозволяється проводити профілактичні щеплення та туберкулінові проби, виключаючи введення живих вакцин (БЦЖ, поліомієліт, кір та паротит).

Ми приводимо схему диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД на ваш розгляд і гадаємо, що вона буде працювати в області до введення нормативних документів.

Т.О.Трецька

**Завдання та підходи до та післятестового  
консультування на ВІЛ-інфекцію**

Обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, м.Суми

Законом України від 3.03.98 р. "Про попередження захворюваності СНІД" гарантовано право кожної людини на проходження нею при бажанні медичного огляду на СНІД, в тому числі і анонімно. Під час такого огляду важливо цілоспрямовано провести дотестове консультування особи, що має намір обстежитися, а також роз'яснити їй результати проведеного тестування.

Метою дотестового консультування є обговорення процедури тестування та всіх можливих аспектів ознайомлення особи з її ВІЛ-серостатусом. Результатом цього обговорення має стати прийняття рішення про проходження тестування або відмови від нього.

Дотестове консультування має бути сконцентроване навколо двох основних питань:

1 Встановлення ступеню ризику інфікування особи, що звернулась за обстеженням.

2 З'ясування рівня її знань про ВІЛ/СНІД та здатності сприйняти результат тестування.

При встановленні ризику інфікування потрібно отримати від цієї особи інформацію про теперішню та минулу сексуальну поведінку, використання презервативів, наявність ін'єкційного споживання наркотиків, участь у сексуальному бізнесі, можливість нестерильних інвазивних процедур (при татуюванні, проколах вух або інших частин тіла, ін'єкцій у домашніх умовах), наявність переливань крові або трансплантації органів.

Для оцінки рівня знань та можливості пацієнта впоратись з кризою вразі позитивного результату, необхідно з'ясувати, що він знає про тестування та його користь, чому він бажає пройти обстеження, яка конкретна поведінка або симптоми непокоять його, чи думав пацієнт, як він прореагує на результат тестування (позитивний чи негативний), чи є особа, яка надасть йому

емоційну підтримку при позитивному результаті.

Після цього консультант повинен:

надати необхідну фактичну інформацію про ВІЛ/СНІД на зрозумілому для пацієнта рівні;

- розповісти про процедуру тестування, можливість хибно-позитивних або хибнонегативних результатів, можливість "періоду вікна";
- отримати згоду на проходження тестування;
- обговорити потенційне значення (особисте, медичне, соціальне, психологічне, юридичне) позитивного або негативного результату тесту;
- встановити дружні взаємовідносини як підставу для післятестового консультування;
- сформулювати уяву про безпечну поведінку або підтримати наміри про її зміну або спроби таких змін.

Метою післятестового консультування є обговорення результатів тестів на ВІЛ, надання необхідної підтримки та заохочення до поведінки, що знижує ризик інфікування.

Зміст післятестового консультування залежить від результатів тесту (негативний, сумнівний або позитивний).

Важливо уважно обговорити значення негативного результату, звістка про який, звичайно, викликає почуття полегшення, навіть ейфорії. Необхідно підкреслити, що результат тестування може бути не зовсім надійним внаслідок "періоду вікна"; треба зорієнтувати пацієнта на повторне обстеження через три-чотири місяці; нагадати, що лише від самого пацієнта залежить можливість недопущення інфікування ВІЛ; ще раз нагадати про шляхи передачі ВІЛ та можливі засоби попередження інфікування.

Консультування в випадку сумнівного результату тесту повинно передбачити, що:

- мінімум через 2 тижні слід взяти для дослідження другий зразок крові;
- період невпевненості після отримання сумнівного результату може продовжуватись до трьох місяців і навіть більше після

останнього випадку можливого інфікування ВІЛ або попереднього тестування. Важливо роз'яснити, що пацієнт повинен дотримуватись усіх заходів передстороги, рекомендованих для ВІЛ-позитивних осіб, поки його статус не з'ясується. Треба пам'ятати, що почуття невпевненості, пов'язані з цим періодом, можуть викликати в особи, що обстежується, значні психологічні труднощі. Тому завдання лікаря-зрозуміти та допомогти перебороти їх.

Найбільш складним є повідомлення про позитивний результат тестування, особливо особі, яка дізнається про це вперше. При цьому лікарю необхідно мати спеціальні знання та навички. Не потрібно обговорювати можливість прогресу захворювання або скільки пацієнту залишилося жити. Треба знайти час для адаптації до шоку від діагнозу, надати психологічну підтримку та стимулювати позитивне мислення. На цьому етапі взаємовідносини лікаря і інфікованого виходять на нову стезю.

Лікар не зобов'язаний любити своїх пацієнтів, але він повинен поважати їх, не засуджувати і не звинувачувати за поведінку в минулому, пам'ятати, що консультування спрямоване на допомогу людям.

Т.О.Трецька, О.Г.Самойленко.

### **Психологічні аспекти та особливості післятестового консультування ВІЛ-позитивних осіб**

Обласне управління охорони здоров'я, м. Суми

При повідомленні пацієнту про позитивний результат необхідно враховувати, що діагноз ВІЛ-інфікування створює для нього значні психологічні навантаження.

Перед лікарем, який повідомляє про це, стоять два основних завдання:

1 Надати психологічну й інформаційну підтримку тим, в чиє життя ввійшла ВІЛ-інфекція.

2 Попередити розповсюдження ВІЛ-інфекції.

При співбесіді в центрі уваги мають бути інтереси і проблеми пацієнта, при цьому йому треба дати час, щоб сприйняти звістку.

Можливі різні реакції на повідомлення про інфікування - від шоку до депресії.

Шок - це нормальна реакція на звістку про загрозу для життя. Вона може включати мовчання, невпевненість, емоційну нестабільність, відстороненість. Деякі реагують на звістку, просто заперечуючи, - це неможливо. Якщо не протистояти запереченню, людина може не сприйняти ту соціальну відповідальність, яка накладається на ВІЛ-інфікованого. Деякі люди обурюються, їх поведінка може стати руйнівною як до себе, так і до інших. Інколи у осіб, що отримали повідомлення про наявність у них ВІЛ-інфікування, може розвинути депресія, виникає ризик суїциду.

Консультування може продовжуватись від 30 хвилин до години і більше. Надзвичайно важливе значення при цьому має тепла, відверта і конфіденційна атмосфера. Під час консультування дві людини - лікар і пацієнт - зустрічаються для вирішення кризи, вирішення проблеми і прийняття рішень, стосовно дуже особистих і інтимних питань і поведінки.

Після позитивного результату під час консультування необхідно:

- з'ясувати, як людина розуміє, що означає позитивний результат;
- забезпечити психологічну підтримку, щоб допомогти інфікованій особі впоратись з почуттями;
- обговорити з нею плани на найближче майбутнє та надати інформацію про особливості її стосунків та поведінки;
- запланувати подальші медичні огляди;
- домовитись про зустрічі для консультування партнерів або інших контактних, якщо це можливо;
- встановити взаємовідносини для майбутнього консультування.

А.Г.Дяченко, В.В.Смир

**Дія рослинних препаратів на репродукцію ВІЛ в культурі клітин**

Державний Університет, м.Суми. Абхазький інститут лікарських рослин

Проблема боротьби з пандемією СНІДу не може обмежуватись санітарно-освітньою роботою і створенням вакцин. Враховуючи велику кількість хворих у світі, важливим напрямком медичної науки є пошук ефективних препаратів, здатних на тому чи іншому рівні якщо не припинити, то хоча б контролювати репродукцію вірусу. Важливо розірвати фатально інваріантний ланцюг подій: зараження - захворювання - смерть. Подовження латентного періоду ВІЛ-інфекції до 20-30 років - повністю придатний ідеал, досягнення якого слід домагатися. В рамках цієї концепції в світі кожен рік проводиться скринінг тисяч різних препаратів, у тому числі рослинного походження. Нами був проведений аналіз декількох десятків препаратів, виділених із широко розповсюджених (морква, петрушка та ін.) і ендемічних для кавказького регіону (копієчник кавказький) рослин. Вивчалась противірусна і цитотоксична активність препаратів у культурах клітинних ліній С-10, НИТ-102 (МТ-2, МТ-4), 594 S, пермісивних для вірусів НТЛV-1, НІV-1 і лімфотропного герпес-вірусу типу EBV відповідно. До дубльованих 5 мл аліквотам культури добавляли 10% розчин рослинного препарату (РП) в диметилсульфоксиді до кінцевої концентрації 0,1; 0,05; 0,01; 0,005 і 0,001%. Через 24, 48, 72 і 96 годин визначали кількість живих клітин у культурі та осаджували їх, а культуральну рідину використовували для визначення активності віруснеспецифічної РНК-залежної ДНК-полімерази.

Виявлено, що найбільшою активністю володіють два препарати, виділені з насіння моркви (препарат X) та з копієчника (препарат А). Активність препарату "X" на 40-50% поступалася препарату "А", тому основні зусилля були зосереджені на вивченні останнього. Всі використані концентрації "А" значно інгибували



ревертазну активність, причому, залежність доза-ефект найбільш чітко проявлялась через 72 і 96 годин після внесення "А" в культуру. Звертає на себе увагу ще одна особливість: через 24 години після початку дії максимальні концентрації 0,1 і 0,05%, РП викликали значне підвищення полімеразної активності, яке вже через добу змінювалось катастрофічним зниженням ферментної активності майже до повного її пригнічення. Цей ефект пов'язаний, ймовірно, з бінарною дією "А": вірусінгибуючою і цитотоксичною. Високі концентрації РП, вище 0,05%, призводять до знищення клітини. Сублетальні концентрації хоча і не підвищують процент мертвих клітин у культурі, також в деякій мірі пригнічують контроль клітини над реплікацією вірусу, що й призводить до його індукції. Але через 48 годин фаза індукції змінюється фазою пригнічення ревертазної активності. При концентрації "А" 0,01% і нижче цитотоксична дія препарату, судячі з усього, виражена набагато слабше або повністю відсутня. В цих умовах спостерігається лише інгибування реплікації вірусу. Оптимальна концентрація "А" в культурі - 0,005%. При цій концентрації вже через добу після додавання препарату продукція ретровірусів клітинами складає близько 25% від початкової і практично повністю блокується через 96 годин після впливу. Що стосується лімфотропного герпесвірусу типу EBV, то ступінь його експресії також вдається контролювати препаратом "А", хоча відсоток інгибування полімеразної активності не перевищував 50. Попередні експерименти показали також, що культуральна рідина оброблених "А" культур не містить у собі інфекційного вірусу. Однак цей важливий результат потребує додаткових доказів.

## Зміст

П.О.Павлюк	
СНІД - як медико-соціальна проблема.....	3
М.Д.Чемич	
Епідеміологічні особливості сучасної ВІЛ-інфекції ....	4
М.М.Каплін	
Сучасні дані про патогенез ВІЛ-інфекції.....	6
З.Й.Красовицький, Л.П.Кулеш	
Клініко-епідеміологічна характеристика ВІЛ-інфекції...	9
З.Й.Красовицький, Л.П.Кулеш	
СНІД-індикаторні хвороби та частота їх виявлення....	12
І.О.Троцька	
Особливості деонтології при ВІЛ-інфекції.....	13
Н.І.Ільїна	
Токсоплазмоз у хворих на СНІД.....	15
Я.С.Жернова, В.А.Анджеєвська, А.Б.Сухарєв, Л.Л.Семенюк, П.С.Вержанський, С.А.Сміян	
Особливості перебігу вагітності та пологів у ВІЛ- інфікованих .....	17
Т.П.Бинда, С.І.Кругляк	
Особливості перебігу СНІДу у дітей.....	18
Ф.Г.Коленко	
НейроСНІД.....	21
Н.В.Кліменко	
Лікування мікозів у хворих на ВІЛ-інфекцію.....	23
Є.Г.Альперн, О.П.Панченко, І.О.Троцька	
Диспансерне спостереження за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД у Сумській області.....	25
Т.О.Трецька	
Завдання та підходи до та післятестового консуль- тування на ВІЛ- інфекцію.....	28
Т.О.Трецька, О.Г.Самойленко	
Психологічні аспекти та особливості післятестового консультування ВІЛ-позитивних осіб.....	30

## **ВІЛ - СНІД**

**Матеріали обласної науково-практичної конференції  
(24 листопада 1999 року, м. Суми)**

**Стиль та орфографія авторів збережені**

**Підписано до друку 02.11.99.      Формат 60 x 84 1/16.  
Умовн. - друк. арк. 2,03.              Облік. - вид. арк. 1,42,  
Тираж 80 прим.              Замовлення № 449**

**СумДУ. 244007, Суми, вул. Р.-Корсакова, 2.  
"Різоцентр" СумДУ. 244007, м. Суми, вул. Р. - Корсакова, 2.**