

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. β -хемокіни RANTES, MIP -1 α і β , 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 позалегеновий; криптококоз позалегеновий; 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 позалегеновий; ізоспороз з діареєю понад один місяць; інфекції, викликані *M. avium* або *M. kansasii*, поширені або позалегенові; легеновий туберкульоз у дорослих або підлітків, старших 13 років; позалегенові форми туберкульозу; інші захворювання, спричинені мікобактерією, крім *M. tuberculosis*, поширені або позалегенові; 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-