

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%).