

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 субепендимарної 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 СНІДу 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 СНІДу 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);