

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-