

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