

І. В. Богадельніков, А. В. Бобришева, О. О. Крюгер,
Ю.В. Вяльцева, Н. І. Мужецкая, Г. І. Смірнов
КОНТРОЛЬ ЗА ДІТЬМИ, НАРОДЖЕНИМИ ВІД ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ МАТЕРІВ
Кримський медичний університет імені С. І. Георгієвського,
м. Сімферополь

Жодна біологічна складність не може бути вирішена за допомогою механістичних чи силових методів. Застосування їх на перших порах створює ілюзію успішності. Як правило, природа досить швидко знаходить не тільки адекватну, але й часом просто езуїтську відповідь на заходи, що вжиті людиною. Прикладом цьому може бути китайський метод боротьби із знищенням горобців і його наслідки та ін.

Сучасним прикладом висловленого положення є деякі результати боротьби зі СНІДом. На тлі певної зневіри від результатів боротьби з пандемією СНІДу (тривале глобальне поширення ВІЛ-інфекції, в тому числі серед жінок репродуктивного віку, відсутність ефективних засобів боротьби та профілактики), світлим променем виявилось народження ВІЛ-негативних дітей від ВІЛ-інфікованих матерів, які отримують антиретровірусну хіміопрофілактику, яка збільшує народження таких дітей у 4-20 разів (Кузьміна М.Н. з співавт., 2010). Кількість перинатально експонованих ВІЛ / АРВХ (група R75) дітей поступово зростає у всьому світі. Наприклад, якщо в Україні в 1995 році таких дітей народилося 99 осіб, у 2002 році - 1379, то в 2008 р. - вже 5828 [www.antiaids.org / ru / hiv-aids / ukraine], а сьогодні їх вже налічується десятки тисяч. Але відповідно до існуючої практики, «отримання двох негативних результатів генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР означає, що дитина, народжена від ВІЛ-інфікованої жінки, є не ВІЛ-інфікованою» і т.д., тобто є здоровою. Саме тут і закладений «підступ» природи, суть якого полягає у тому, що діти, які отримали антиретровірусну хіміотерапію, не є здоровими.

Сьогодні загальновідомо і багаторазово доведено, що такі діти народжуються з пригнаною імунною системою. Так, вони на піку вакцинальної відповіді слабкіше реагують на дифтерійний анатоксин і компонент кашлюку АКДП-вакцини. У цих дітей синтезується менше антитіл ізотипу IgG і всіх його субкласів, а також IgA, але підвищена продукція IgM. Їхня відповідь відрізняється надлишковою несбалансованою еспансією CD4 + Т-і γδ Т-клітин (типовою для ранньої стадії ВІЛ-інфекції). Вони слабкіше формують гіперчутливість уповільненого (ГЗТ) і негайного (ГНТ) типів до анатоксинів [Курка Р. з співавт, 2009, 5, 17, 19, 20]. У таких дітей підвищена захворюваність [Кузьміна М. М., 2010], а також сприйнятливість до умовно патогенних збудників інфекційних хвороб [Mussi-Pinhata М. М. з співавт, 2010]. У них порушений метаболізм [Vigano А. з співавт. 2007], що проявляється слабкою здатністю CD4 + Т-лімфоцитів до проліферативної відповіді, вироблення цитокінів [Foster С., 2008] і формування імунологічної пам'яті при вакцинації [Курка Р., 2009]. І, що особливо важливо, функціональна неспроможність Т-клітин у таких дітей може утримуватися до 10 років [Супотніцкий М. В., 2009].

Це є тією базою, на якій можуть розвинутиися будь-які, часто непередбачувані варіанти перебігу як інфекційних хвороб, так і відповіді на профілактичні щеплення. Тому лікарська тактика по відношенню до таких дітей повинна бути індивідуальною, всім лікарям відомою і строго виконуваною. Очевидно, що такі діти тривалий час повинні бути під наглядом у групі ризику, їм необхідна спеціалізована допомога і імунологічний контроль за станом і підтриманням їх здоров'я. Сьогодні такі діти, досягнувши віку 18 міс., фактично прирівнюються до практично здорових. І це неправильно.

На підтвердження висловлених положень, у доповіді буде приведений клінічний випадок 5-місячного дитини, хворої ГРВІ, бронхітом, народженої від ВІЛ-позитивної матері, будучи ВІЛ-негативним, але померлої від сепсису, що стрімко розвинувся.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 19-20 червня 2013 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, К.І. Бодня, Н.І. Ільїна, В.В. Захлебаєва. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 9-11.