

2. *Вплив* амлодипіну на параметри центральної й периферичної гемодинаміки при гіпертонічній хворобі в пацієнтів літнього віку / О. В. Коркушко, К. Г. Саркисов, Л. К. Заб'яка та ін. // Там же. — 2001. — № 4. — С. 43-48.

3. *Вплив* амлодипіну на стан інтракардіальної і центральної гемодинаміки у хворих з артеріальною гіпертензією, обумовленою системними захворюваннями сполучної тканини / А. В. Кур'ята, Т. К. Лисунець, С. І. Задунаєв, І. А. Карпунін // Там же. — 2002. — № 6. — С. 61-64.

4. *Жарінов О. Й.* Фармакологічні властивості та клінічне застосування амлодипіну з позицій доказової медицини // Там же. — 2003. — № 1 (додаток). — С. 45-54.

5. *Маньковський Б. Н.* Застосування блокаторів кальцієвих каналів у

комплексному лікуванні артеріальної гіпертензії у хворих цукровим діабетом // Там же. — С. 55-58.

6. *Досвід* застосування амлодипіну в кардіологічній практиці / Т. А. Перцева, О. Г. Черкасова, І. В. Тищенко, Н. М. Циганкова // Там же. — 2002. — № 5. — С. 63-66.

7. *Свищенко Е. П., Коваленко В. Н.* Артеріальна гіпертензія. Практичне керівництво. — К.: Моріон, 2001. — С. 363.

8. *Смертність* та інвалідність населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань (проблема сучасності) / В. М. Коваленко, А. П. Дорогою, В. М. Корнацький та ін. // Укр. кардіол. журнал. — 2003. — № 6. — С. 9-12.

9. *Сучасний* стан та перспективи застосування препаратів амлодипіну

в Україні / Н. Горчакова, Р. Притула, В. Трохимчук та ін. // Ліки України. — 2004. — № 5. — С. 111-114.

10. *CAMELOT: Comparison of amlodipin versus enalapril to limit occurrences of thrombosis. Data on file.* — N. Y.: Pfizer Inc, 1999. — 386 p.

11. *Lindholm L. H., Hansson L.* Swedish trial in old patients with hypertension 2 (STOP-Hypertension 2) // Blood Press. — 1996. — Vol. 5. — P. 300-304.

12. *Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT)* // JAMA. — 2002. — Vol. 288. — P. 2981-2997.

УДК 616.12-008.313.2 005

Л. В. Ануфрієва, М. І. Яблчанський

#### ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АМЛОДИПІНУ В ТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

Мета роботи — оцінка залежності клінічного ефекту амлодипіну від початкового рівня загального індексу якості життя (ЗІЯЖ) у пацієнтів похилого віку з АГ на амбулаторному етапі. Оцінювали ЗІЯЖ, показники систолічного та діастолічного артеріального тиску, частоту серцевих скорочень, показники спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму до лікування, при проведенні гострої фармакологічної проби та на фоні терапії амлодипіном. За початковим рівнем ЗІЯЖ пацієнти поділені на 2 групи: з ЗІЯЖ $\leq$ 105 балів і ЗІЯЖ $>$ 105 балів. За 4 тиж терапії в усіх пацієнтів відмічено вірогідне зростання ЗІЯЖ однакового ступеня. У пацієнтів із початково більш вищим ЗІЯЖ терапія амлодипіном дозою 5 мг/добу достатньо ефективна для досягнення нормального рівня АТ. Пацієнти з початково меншим ЗІЯЖ потребують збільшення дози амлодипіну до 10 мг/добу з початку терапії або його комбінації з іншими гіпотензивними препаратами.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, якість життя, амлодипін.

UDC 616.12-008.313.2 005

L. V. Anufrieva, M. I. Yabluchansky

#### QUALITY OF LIFE AND CLINICAL EFFICACY OF AMLODIPINE FOR ARTERIAL HYPERTENSION THERAPY IN ADULT PATIENTS AT THE OUTPATIENT STAGE

The purpose of the work: estimation of amlodipin clinical effect dependence on the initial level of general index of quality of life (GIQL) in elder patients with arterial hypertension (AH) at the outpatient stage.

GIQL, systolic and diastolic blood pressure (BP), heart rate, and spectral parameters of heart rate variability before treatment, in acute pharmacological test and during amlodipin therapy were estimated. In 4 weeks of therapy by amlodipin at the initial dose of 5 mg/day GIQL was improved. The patients with initially higher GIQL level normal BP level was reached in a dose amlodipin 5 mg/day and earlier. For normalisation of BP level the patients with initially lower GIQL needed higher dose of amlodipin (10 mg/day) or its combination with other hypotensive drugs.

**Key words:** arterial hypertension, quality of life, amlodipin.

УДК 616-053.2:616.98:578.828ВІЛ

М. Л. Аряєв, д-р мед. наук, проф.,  
Н. В. Котова, канд. мед. наук, доц.,  
О. О. Старець, канд. мед. наук, доц.

## ЗНИКНЕННЯ МАТЕРИНСЬКИХ АНТИТІЛ ДО ВІЛ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, НАРОДЖЕНИХ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ЖІНКАМИ

*Одеський державний медичний університет*

ВІЛ-інфікована жінка може народити як не інфіковану вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) дитину, так і дитину,

інфіковану ВІЛ. Зараження дитини від ВІЛ-інфікованих матерів може відбутися в період внутрішньоутробного розвит-

ку, в пологах або при грудному вигодовуванні. Це основний шлях інфікування дітей ВІЛ в Україні й у всьому світі.

За роки епідемії в Україні ВІЛ-інфікованими матерями народжено більше 14 000 дітей, більшість з них (75–90 %) — не інфіковані ВІЛ.

Основний спосіб діагностики ВІЛ-інфекції — визначення антитіл до ВІЛ у сироватці крові методом імуноферментного аналізу (ІФА). Складність уточнення ВІЛ-статусу в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими (ВІЛ-серопозитивними) матерями, зумовлена тим, що в сироватці крові дітей визначаються материнські антитіла (імуноглобуліни класу G), передані у внутрішньоутробному періоді. Материнські антитіла до ВІЛ протягом кількох місяців циркулюють у крові у всіх дітей, народжених ВІЛ-серопозитивними жінками, у тому числі й у дітей, не інфікованих ВІЛ. Діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, здійснюється на підставі 1 позитивного результату дослідження антитіл до ВІЛ методом ІФА у віці 18 міс і старше, доведеного імунним блотом або іншою підтверджуючою діагностичною системою. Дітей вважають не інфікованими ВІЛ на підставі 2 негативних результатів ІФА у віці молодше 18 міс або 1 негативного результату ІФА у віці 18 міс і старше [1; 2].

У літературі наведена недеталізована інформація про те, що у неінфікованих дітей материнські антитіла до ВІЛ можуть зникати, починаючи з 6–9-місячного віку, але у переважній більшості вони зникають до 18 міс; більш тривале збереження антитіл спостерігається рідко [1–3]. Згідно з існуючими в Україні рекомендаціями, перше дослідження на наявність антитіл до ВІЛ у дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою, проводять у сироватці крові, одержаної з пупкового канатика; подальші дослідження рекомендується проводити кожні 3 міс або до виявлення 2 негативних ре-

зультатів у віці молодше 18 міс, або 1 негативного чи 1 позитивного результату у віці 18 міс і старше [1–3]. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, серологічні дослідження доцільно проводити тільки у віці 15–18 міс [4]. Більш рання діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, має здійснюватися шляхом визначення генетичного матеріалу ВІЛ (прівірусної ДНК чи РНК ВІЛ) методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) [1–4].

**Мета** дослідження — вивчити терміни зникнення антитіл до ВІЛ у сироватці крові неінфікованих дітей раннього віку, народжених ВІЛ-серопозитивними жінками.

#### Матеріали та методи дослідження

Матеріалом для даного дослідження послужили дані обстеження 314 не інфікованих ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Дітей було обрано за принципом випадкової вибірки серед неінфікованих дітей, які знаходилися під спостереженням в Одеському обласному центрі з профілактики і боротьби зі СНІДом у 1999–2004 рр. Усі діти від народження перебували на штучному вигодовуванні, що виключало можливість зараження при грудному вигодовуванні. В сироватці крові дітей визначали наявність антитіл до ВІЛ методом ІФА діагностичною системою DIAPROF. Позитивні результати ІФА підтверджували імунним блотом або повторними дослідженнями порції крові діагностичною системою АВВОТ чи іншими діагностичними системами, рекомендованими МОЗ України. В усіх дітей у крові, одержаній із пупкового канатика, було виявлено антитіла до ВІЛ. Доказом того, що діти не інфіку-

валися ВІЛ, було зникнення в сироватці крові антитіл до ВІЛ і відсутність у дітей клінічних проявів ВІЛ-інфекції/СНІДу або інших лабораторних доказів ВІЛ-інфекції. Спостереження за дітьми здійснювалося протягом 18–30 міс. Статистична оцінка одержаних даних проводилася за допомогою пакета програм STATISTICA 5,5a на персональному комп'ютері.

#### Результати дослідження та їх обговорення

У 314 дітей було проведено 721 дослідження антитіл до ВІЛ у сироватці крові методом ІФА (2,3 дослідження на одну дитину). Кратність обстеження дітей була такою: 1 раз — 18,6 %, 2 рази — 43,9 %, 3 рази — 33,12 %, 4 рази — 4,5 %, 5 разів — 0,3 %. Найраніше зникнення антитіл до ВІЛ було виявлено в 1 дитини в 3 міс, найпізніше виявлення антитіл — у 1 дитини в 29 міс.

Кількість обстежених дітей кожного місяця істотно розрізнялася, інколи вона була незначною, що утруднювало статистичну оцінку вірогідності зникнення або збереження антитіл до ВІЛ у крові у неінфікованих дітей по місяцях. Щоб оцінити імовірність зникнення антитіл у сироватці крові не інфікованих ВІЛ дітей, дані оброблялися згідно з наступним положенням. Материнські антитіла циркулюють у крові дитини від народження і до певного моменту часу, тому виявлення антитіл до ВІЛ у сироватці крові (ІФА+), взятій у певному віці, свідчить, що протягом усіх попередніх місяців у дитини були антитіла до ВІЛ. Якщо у неінфікованої ВІЛ дитини зникли материнські антитіла, то вони не можуть з'явитися знову, за винятком випадків інфікування ВІЛ при грудному вигодовуванні або неперинатальним шляхом; тому якщо доведено, що дитина не інфікована ВІЛ, то відсутність антитіл до ВІЛ

у сироватці крові (ІФА-) дозволяє вважати, що в подальші місяці у неї немає антитіл. Таким чином, у неінфікованої дитини весь період від народження до віку (місяця), коли було одержано останній позитивний результат ІФА, можна умовно вважати, що антитіла є; а весь період після отримання першої негативної відповіді ІФА можна умовно вважати, що антитіл до ВІЛ немає. В період між відповідями — останнім ІФА (+) та першим ІФА (-) — не можна з певністю твердити про наявність або відсутність антитіл. Одержані нами дані про кількість дітей у різні вікові періоди з наявністю і відсутністю антитіл до ВІЛ, а також про кількість дітей, дані яких трактувати неможливо, подано в табл. 1.

Як впливає з табл. 1, кількість серопозитивних дітей віком до 6 міс залишається приблизно однаковою, потім

поступово зменшується і до 21 міс сягає 1 %. Кількість серонегативних дітей поступово збільшується, особливо істотно в період з 12 до 18 міс. Проте у віковий період до 18 міс приблизно у 35,8–51,6 % дітей серологічний статус невідомий. Велика кількість дітей із невизначеним серологічним статусом пов'язана з нерегулярністю обстеження дітей протягом перших 18 міс життя. У вікові періоди 4–6, 7–9, 13–15 міс відсоток обстежених дорівнював 28,7, 21,3 і 24,5 відповідно. Найбільш активно дітей обстежували у віці 12 і 18 міс. Із загальної кількості досліджень протягом перших 18 міс було проведено 566 (78,5 %). Проте після 18-місячного віку для остаточного уточнення діагнозу було здійснено 155 (29,9 %) досліджень ІФА.

Для статистичної оцінки імовірності зникнення або збе-

реження антитіл до ВІЛ у сироватці крові діти з неуточненим серологічним статусом у кожному віковому періоді були виключені з аналізу. Приймаючи кількість дітей із відомими даними про наявність і відсутність антитіл до ВІЛ у сироватці крові у кожному віковому періоді за 100 %, було проведено аналіз частоти зникнення і збереження антитіл (табл. 2). Імовірність події розраховувалася за співвідношенням кількості випадків зникнення (або збереження) антитіл до ВІЛ до сумарної кількості випадків зникнення і збереження антитіл до ВІЛ у певному віковому періоді.

Як видно з табл. 2, до 9 міс серопозитивних дітей було 87,6 % (імовірність збереження антитіл до ВІЛ — 0,88); до 12 міс материнські антитіла зберігаються у 55,5 % дітей (імовірність збереження антитіл до ВІЛ — 0,56, імовірність їх зникнення — 0,45). У віці 12–13 міс співвідношення серопозитивних і серонегативних дітей змінюється на протилежне: кількість серонегативних дітей починає переважати (рисунк). У віці 13 міс — 62,0 %, 15 міс — 76,4 %, 18 міс — 88,3 % неінфікованих дітей уже втрачають материнські антитіла (імовірність зникнення антитіл до ВІЛ у 13, 15 і 18 міс — 0,62, 0,76 і 0,88 відповідно). Проте у 18 міс у 11,7 % неінфікованих дітей материнські антитіла ще зберігаються (імовірність збереження антитіл до ВІЛ — 0,12). У період з 19 до 21 міс кількість дітей, що втратили материнські антитіла, швидко збільшується і сягає 99 %. Слід зазначити, що в окремих випадках (імовірність 0,3) зникнення материнських антитіл до ВІЛ у неінфікованих дітей відбувається в період після 24 міс.

Для оцінки впливу часу на процес зникнення материнських антитіл до ВІЛ у сироватці крові неінфікованих дітей користувалися поняттям

Таблиця 1  
Розподіл кількості серопозитивних, серонегативних дітей і дітей із неуточненим серологічним статусом за віком

Вік, міс	ІФА+		ІФА-		Неуточнений серологічний статус	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
3	203	64,7	1	0,3	110	35,0
4	200	63,7	1	0,3	113	36,0
5	196	62,4	5	1,6	113	36,0
6	190	60,5	8	2,5	116	36,9
7	159	50,6	9	2,9	146	46,5
8	145	46,2	15	4,8	154	49,0
9	134	42,7	19	6,0	161	51,3
10	126	40,1	26	8,3	162	51,6
11	119	37,9	34	10,8	161	51,3
12	105	33,4	84	26,8	125	39,8
13	57	18,2	93	29,6	164	52,2
14	44	14,0	103	32,8	167	53,2
15	39	12,4	126	40,1	149	47,5
16	37	11,8	140	44,6	137	43,6
17	32	10,2	157	50,0	125	39,8
18	29	9,2	219	69,8	66	21,0
19	13	4,1	243	77,4	58	18,5
20	8	2,5	263	83,8	43	13,7
21	3	1,0	286	91,0	25	8,0
22	1	0,3	292	93,0	21	6,7
23	1	0,3	301	95,9	12	3,8
24	1	0,3	303	96,5	10	3,2
25–27	1	0,3	308	98,1	5	1,6
28 і більше	0	0,0	314	100,0	0	0,0

Таблиця 2

## Розподіл кількості серопозитивних і серонегативних дітей за віком

Вік, міс	Загальна кількість дітей, осіб	ІФА+		ІФА-	
		осіб	%	осіб	%
3	204	203	99,5	1	0,5
4	201	200	99,5	1	0,5
5	201	196	97,5	5	2,5
6	198	190	96,0	8	4,0
7	168	159	94,6	9	5,4
8	160	145	90,6	15	9,4
9	153	134	87,6	19	12,4
10	152	126	82,9	26	17,1
11	153	119	77,8	34	22,2
12	189	105	55,5	84	44,5
13	150	57	38,0	93	62,0
14	147	44	29,9	103	70,1
15	165	39	23,6	126	76,4
16	177	37	20,9	140	79,1
17	189	32	16,9	157	83,1
18	248	29	11,7	219	88,3
19	256	13	5,1	243	94,9
20	271	8	3,0	263	97,0
21	289	3	1,0	286	99,0
22	293	1	0,3	292	99,7
23	302	1	0,3	301	99,7
24	304	1	0,3	303	99,7
25–27	309	1	0,3	308	99,7
28 і більше	314	0	0	314	100

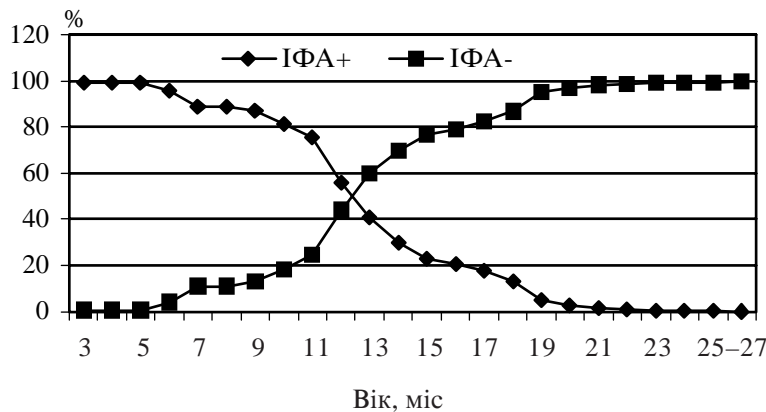


Рисунок. Динаміка кількості не інфікованих ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, із позитивними та негативними результатами ІФА

відношення шансів (ВШ, *англ.* odds ratio — OR) [5–7]. У даних дослідженнях поняття «шанс» — це відношення імовірності зникнення антитіл до імовірності їх збереження в різні вікові періоди. Інакше кажучи, ВШ показує, у скільки разів збільшується шанс (імовірність) зникнення антитіл за певний період часу. Для розра-

хунку показників ВШ у кожному віці складалася чотириклітинкова (2×2) таблиця. З урахуванням частотного розподілу вибірових даних розраховувався 95%-й довірчий інтервал (95 % ДІ) — межі, в яких із вірогідністю 95 % знаходилися параметри показника [5–7]. Результати розрахунків ВШ та їх 95 % ДІ довели таке:

ВШ імовірності виявлення антитіл у 9 і у 12 міс становить 5,6 (95 % ДІ 3,2–9,8), у 15 і у 18 міс — 2,3 (95 % ДІ 1,4–4,0). Імовірність зникнення антитіл у 9–12 і 15–18 міс розрізняється вірогідно. Важливим є те, що імовірність зникнення антитіл до ВІЛ у неінфікованих дітей як у 18 і 19 міс (ВШ=1,01, 95 % ДІ 0,59–1,72), так і у 19 і 20 міс (ВШ=4,33, 95 % ДІ 1,96–9,58) також вірогідно відрізнялася. У віці після 21 міс, хоча відмінності у ВШ і перевищують 1, їх не можна вважати вірогідними: ВШ виявлення антитіл у 22 і 24 міс дорівнює 1,04 (95 % ДІ 0,06–16,7), до 24 і 28 міс — 1,02 (95 % ДІ 0,06–16,7).

Згідно з існуючими рекомендаціями, виключити діагноз ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, можна на підставі 2 негативних результатів ІФА у віці до 18 міс або на підставі 1 негативної відповіді ІФА у віці 18 міс і старше [1; 2]. У досліджуваній групі дітей віком молодше 18 міс 2 негативних результати ІФА було одержано тільки у 27 випадках (8,6 % загальної кількості досліджуваної групи). Перший негативний результат ІФА у 18 міс одержаний у 93 дітей (29,6 % від загальної кількості спостережуваних). Таким чином, протягом перших 18 міс проведено 566 (78,5 %) досліджень ІФА, що дозволило виключити діагноз ВІЛ-інфекції у 120 (38,2 %) дітей, а після 18 міс проведено 155 (29,9 %) досліджень, що дозволило виключити діагноз ВІЛ-інфекції у 61,8 % дітей.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ (2004), для виключення або підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції можна проводити серологічні дослідження у дітей в період 15–18 міс. Проте проведені дослідження свідчать, що у віці 15 міс кількість дітей зі зникненням антитіл в Україні хоча і перевищує кількість дітей з антитілами до ВІЛ, але імовірність зникнення

антитіл дорівнює 0,76, а імовірність їхнього збереження — 0,24. Якщо обстежувати всіх дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у віці 18 міс, то імовірність виявлення неінфікованих дітей зростає до 0,88, а імовірність збереження антитіл до ВІЛ у неінфікованих дітей зменшиться до 0,12. Імовірність виявлення неінфікованих дітей віком 19–21 міс наближається до 1.

Лабораторне виявлення зникнення материнських антитіл до ВІЛ у дітей, народжених серопозитивними матерями, є важливим критерієм того, що діти не інфіковані ВІЛ. Проте слід враховувати, що антитіла — це гаммаглобуліни. У хворих дітей у стадії СНІДу, при тяжких опортуністичних захворюваннях або септичному процесі може відбутися тяжке порушення білкового обміну, що призведе до агаммаглобулінемії. У цей період антитіла до ВІЛ не визначатимуться в крові пацієнта. Враховуючи можливість зникнення антитіл до ВІЛ у стадії СНІДу, дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою, можна вважати неінфікованою тільки за таких умов: 1) документовано не менше 2 негативних досліджень на визначення антитіл до ВІЛ методом ІФА у віці від 6 до 18 міс або 1 негативний результат у 18 міс і старше; 2) відсутні інші лабораторні докази інфекції — 2 позитивні тести на виявлення вірусу, його антигенів, його генетичного матеріалу (якщо вони проводилися); 3) відсутні захворювання, що свідчать про розвиток СНІДу [2]. Для підтвердження вищесказаного наводимо виписку з історії розвитку пацієнта з ВІЛ-інфекцією.

*Історія розвитку і хвороби дитини Д., 1 рік 2 міс.* Дитина народжена ВІЛ-інфікованою матір'ю в 36 тиж гестації з масою тіла 1600 г. Профілактику перинатальної трансмісії ВІЛ не проведено. Від народження дитина перебувала на

штучному вигодовуванні. На першому році життя перенесла стафілококовий сепсис, гострі респіраторні захворювання, пневмонію, фурункульоз, ентероколіт, у тому числі і сальмонельозний. Діагноз ВІЛ-інфекції був підтверджений за допомогою дослідження РНК ВІЛ методом ПЛР у віці 5 і 7 міс. Дослідження антитіл до ВІЛ методом ІФА виявили позитивний результат, підтверджений імунним блотом, у крові з пупкового канатика, а також у віці 3 міс; негативний результат ІФА був одержаний у віці 9 міс. У момент взяття крові для дослідження антитіл до ВІЛ стан дитини тяжкий внаслідок виснаження, гострої пневмонії. У дитини гарячка понад 3 тиж. Спостерігається різке відставання в психомоторному розвитку. Маса тіла 4500 г (дефіцит маси тіла — більше 50 %). У загальному аналізі крові виявлені анемія (Hb 65 г/л), зниження абсолютного числа нейтрофільних гранулоцитів, тромбоцитопенія. Біохімічне дослідження крові виявило гіпопротеїнемію (загальний білок крові — 35 г/л). При дослідженні імунного статусу виявлено III ступінь імуносупресії (кількість CD4 + T-лімфоцитів 1 мкл — 9 %), IgA — 0,01 г/л, IgM — 0,04 г/л, IgG — 0,1 г/л. Встановлено діагноз: ВІЛ-інфекція, III клінічна стадія за класифікацією ВООЗ (2002), синдром виснаження, пневмонія, затримка нервово-психічного розвитку, тяжкий ступінь імуносупресії, агаммаглобулінемія.

При уточненні ВІЛ-статусу дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою, необхідно враховувати вид вигодовування, оскільки при грудному вигодовуванні зараження ВІЛ може відбутися в будь-якому віці. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, уточнювати ВІЛ-статус дитини доцільно через 3–6 міс після припинення грудного вигодовування. Для підтвердження вищесказаного на-

водимо виписку з історії розвитку дитини з ВІЛ-інфекцією.

*Історія розвитку і хвороби дитини К., 1 рік 9 міс.* Доношена дитина народжена ВІЛ-інфікованою матір'ю. Було рекомендовано штучне вигодовування дитини. За словами матері, дитина перебувала на штучному вигодовуванні. Протягом першого року життя дитина росла і розвивалася задовільно. При дослідженні антитіл до ВІЛ методом ІФА було одержано 2 негативні результати у віці 12 і 15 міс. Проте у 18 міс стало відомо, зі слів соціального працівника, що мати годувала дитину груддю протягом 13 міс. Було запропоновано повторне обстеження дитини. В 19 міс було одержано позитивний результат дослідження антитіл до ВІЛ методом ІФА, який послужив підставою для встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.

## Висновки

1. Імовірність зникнення материнських антитіл до ВІЛ у сироватці крові у неінфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками в Україні, у віці 12 міс становить 0,45, у 15 міс — 0,76, у 18 міс — 0,88, у період 19–21 міс наближається до 1.

2. Для уточнення діагнозу ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, доцільно тестувати всіх ВІЛ-серопозитивних дітей на антитіла до ВІЛ у сироватці крові у віці після 18 міс — у 19–21 міс.

3. Більш раннє тестування дітей на наявність антитіл до ВІЛ доцільно здійснювати тільки за бажанням осіб, під чиєю опікою перебуває дитина. Для раннього встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції доцільно досліджувати генетичний матеріал ВІЛ методом ПЛР; чутливість і специфічність вживаних в Україні методик ПЛР потребує подальшого вивчення.

4. Знімати з диспансерного обліку дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою, на підставі негативних результатів ІФА можна тільки за умови, що у дитини немає інших лабораторних доказів інфекції (якщо такі дослідження проводилися), відсутні захворювання, що свідчать про розвиток СНІДу.

5. Якщо дитина, народжена ВІЛ-інфікованою жінкою, вигодовувалася материнською груддю, то уточнення її ВІЛ-статусу проводиться через 3–6 міс після припинення грудного вигодовування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Наказ* Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2000, № 344. Про затвердження методичних рекомендацій з удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

2. *Запорожан В. Н., Аряев Н. Л.* ВІЧ-інфекція и СПИД. — К.: Здоров'я, 2003. — 624 с.

3. *ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин.* — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — 496 с.

4. *Протоколи ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения*

при ВИЧ-инфекции и СПИДе. ВОЗ. — 2004. — 172 с. — <http://who.int>

5. *Реброва О. Ю.* Статистический анализ медицинских данных. — М.: МедиаСфера, 2002. — 168 с.

6. *Драгомирецкая Е. И.* Количественная оценка клинических характеристик в рамках понятия «доказательная медицина» // Тези доповідей конференції «Біофізичні стандарти та інформаційні технології в медицині». — Одеса, 2002. — С. 14.

7. *Аряев М. Л., Кукушкин В. Н., Драгомирецка О. І.* Епідеміологічний підхід і математичне моделювання в профілактиці синдрому раптової смерті дітей // Перинатологія та педіатрія. — 2002. — № 2. — С. 31-35.

УДК 616-053.2:616.98:578.828ВІЛ

М. Л. Аряев, Н. В. Котова, О. О. Старець

#### ЗНИКНЕННЯ МАТЕРИНСЬКИХ АНТИТІЛ ДО ВІЛ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, НАРОДЖЕНИХ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ЖІНКАМИ

У роботі наведено результати серологічного обстеження 314 не інфікованих ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Встановлено, що ймовірність зникнення материнських антитіл до ВІЛ у сироватці крові в неінфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у віці до 13 міс нижча, ніж імовірність їхнього збереження. У віці 18 міс імовірність зникнення антитіл становить 0,86, у 19–21 міс — наближається до 1. Отримані дані дозволяють вважати за доцільне серологічне обстеження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками в Україні, у віці після 18 міс (у 19–21 міс).

**Ключові слова:** не інфіковані ВІЛ діти, антитіла до ВІЛ.

UDC 616-053.2:616.98:578.828ВІЛ

M. L. Aryayev, N. V. Kotova, O. O. Starets

#### DISAPPEARANCE OF MOTHER'S ANTIBODIES TO HIV IN EARLY AGE CHILDREN BORN BY HIV-INFECTED MOTHERS

The results of serologic examination of 314 children born by HIV-positive mothers were presented. It was found that probability of disappearance of mothers' antibodies in non-infected children from HIV-positive mothers until 13 months is lower than probability of their presence. The probability of disappearance of mothers' antibodies at the age of 18 months is 0.86, at the age of 19–21 months is near 1. Serologic examination of all children born from HIV-positive mothers at the age after 18 months (at 19–21 months) is most advisable.

**Key words:** HIV uninfected children, antibodies to HIV.

УДК 616-002.5:616-084

О. А. Бабуріна, канд. мед. наук, доц.,

І. М. Смольська, канд. мед. наук,

Н. А. Герасимова, канд. мед. наук,

В. Д. Маренчук

## РОЛЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Одеський державний медичний університет,

Одеська обласна протитуберкульозна клінічна лікарня з відділенням

для інвалідів Великої Вітчизняної війни

Початок третього тисячоліття ознаменувався погіршенням епідеміологічної ситуації з туберкульозу в усьому світі. В Україні туберкульоз нині є

найпоширенішою інфекційною хворобою й посідає перше місце в структурі смертності населення від інфекційних захворювань [1].

Загострення епідемічної ситуації з туберкульозу у світі вчені пов'язують, насамперед, зі стрімким зростанням масштабів пандемії ВІЛ-інфекції. У