

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

світі більше 40 млн інфікованих ВІЛ. За оцінками фахівців ЮНЕЙДС, реальні масштаби пандемії значно більші і сягають 1 % дорослого населення. В Україні щороку реєструється понад 12 тис. нових випадків захворювання. Останніми роками проблема туберкульозу та ВІЛ/СНІДу для мешканців України набула загрозливого характеру. Поширеність туберкульозу серед хворих на СНІД дорівнює 17,3 %. Слід відмітити, що близько 90 % ВІЛ-інфікованих — особи із груп високого ризику захворювання на туберкульоз: хворі з наркоманією, асоціальні особи, які нерідко перебувають у місцях позбавлення волі [2].

На ранніх стадіях ВІЛ-інфекції за відсутності вираженого імунodefіциту туберкульоз перебігає без особливостей. Особливості перебігу починають з'являтися в періоди значного зниження імунного статусу і прямо залежать від ступеня його пригнічення. Зокрема, туберкульоз у хворих із ВІЛ/СНІДом може характеризуватися поширеністю уражень, схильністю до дисемінації з численними позалегеновими локалізаціями [3].

Особливе місце посідає туберкульоз нервової системи. Туберкульоз оболонки мозку і центральної нервової системи — інфекційно-запальне захворювання нервової системи, що виникає первинно або вторинно з утворенням специфічних гранулом в оболонках (менінгіт), речовині головного (енце-

фаліт) і спинного (мієліт) мозку, спричинене мікобактеріями туберкульозу. Це захворювання характеризується швидким наростанням клінічних ознак та їх поліморфізмом, зокрема наявністю щонайменше 3–4 синдромів: інтоксикаційного, менінгеального, патологічних змін ліквору та порушенням функції черепних (базальних) нервів часто у сукупності (70 %) з енцефалітним і дуже рідко (до 4 %) — з мієлітним синдромом. За відсутності етіотропної комбінованої антимікобактеріальної терапії прогресуючий перебіг призводить до летального кінця протягом 3 тиж [4].

Мета роботи — вивчення епідеміології туберкульозу нервової системи та виявлення особливостей його перебігу у ВІЛ-інфікованих. Робота проводилася на базі Обласної протитуберкульозної лікарні з відділенням для інвалідів Вітчизняної війни, де зосереджене лікування дорослих хворих на туберкульозний менінгіт з усієї Одеської області. Аналізувались історії хвороби пацієнтів із менінгітами, які перебували на лікуванні за останні 6 років.

Слід відмітити постійне зростання кількості хворих на менінгіти за період з 2000 до 2005 рр. (таблиця).

Як видно з таблиці, з 2000 р. відмічається значне збільшення хворих на туберкульозний менінгіт і частка серед них ВІЛ-інфікованих.

Останніми роками відмічається більш тяжкий перебіг за-

хворювання. Всім хворим за цей період встановлювався діагноз: туберкульозний менінгоенцефаліт, тобто хворі мали ознаки подразнення та випадіння функції з боку речовини мозку (парези і паралічі центрального походження, порушення мови та свідомості).

У 2005 р. до лікарні надійшло 42 хворих із туберкульозним менінгоенцефалітом (34 чоловіки і 8 жінок), з них у 34 захворювання перебігало на фоні ВІЛ-інфекції. Жінок було 3 (8,8 %), чоловіків 31 (91,2 %). У 30 ВІЛ-інфікованих туберкульоз було виявлено вперше, у 4 хворих було загострення туберкульозного процесу через 4–5 міс після попереднього ефективного лікування. Вік хворих — від 30 до 39 років. Усі хворі мали дисемінований туберкульоз легень: 30 — підгострий і 4 — гострий міліарний. Каверни у легенях відмічались у 6 (17,6 %) хворих, бактеріовиділення мали 7 (20,6 %) пацієнтів.

Тривалість ВІЛ-інфікування було складно встановити, тому що більшість хворих була обстежена на ВІЛ-інфекцію вперше після захворювання, а у деяких хворих діагноз встановлювався посмертно.

Діагностика захворювання проводилася всіма доступними інформативними методами: клінічним (анамнез, скарги, об'єктивне обстеження хворого), лабораторним (загальний аналіз крові, харкотиння, дослідження ліквору), променевим (рентгенографія органів грудної клітки (ОГК) та черепа, у деяких хворих при необхідності — комп'ютерна томографія ОГК та головного мозку).

Із анамнестичних даних слід відмітити, що відомий туберкульозний контакт у хворих був відсутній, проте 5 пацієнтів у минулому перебували в місцях позбавлення волі. З даного контингенту 32 хворих вживали наркотичні засоби; 26 хворих були переведені до

Таблиця
Динаміка захворювання на туберкульоз нервової системи в Одеській області

Контингент хворих	Роки					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Усього хворих на туберкульоз нервової системи	1	8	11	14	19	42
Із них ВІЛ-інфікованих	—	4	10	14	15	34
Усього хворих на менінгіт нетуберкульозної етіології	3	1	—	—	1	1
Із них ВІЛ-інфікованих	3	—	—	—	1	1

протитуберкульозної лікарні з інших медичних закладів міста (22 — з інфекційної лікарні). Попередня інтенсивна емпірична терапія антибіотиками широкого спектра дії протягом 7–10 днів виявлялася неефективною. У 8 хворих туберкульозний менингоенцефаліт розвинувся на фоні комплексної протитуберкульозної терапії, у 2 із них — з позитивною динамікою в легенях, у 6 — з наростанням туберкульозного процесу.

Скарги і дані об'єктивного обстеження у хворих на туберкульозний менингоенцефаліт на фоні ВІЛ-інфекції мали типову клінічну картину.

Аналіз лабораторних методів дослідження показав, що зміни в загальному аналізі крові були типовими для хворих на туберкульоз, бактеріовиділення відмічалось у 7 хворих із 34 ВІЛ-інфікованих. Найважливішим методом діагностики туберкульозного менингіту є дослідження ліквору. Про туберкульозну природу захворювання свідчили такі ознаки: наявність мікобактерій туберкульозу (у 2 хворих), лімфоцитарний плеоцитоз (кількість клітин коливалася у межах від 40 до 300 в 1 мл), випадіння плівки фібрину у вигляді сітки через добу (в усіх хворих), зниження вмісту цукру і хлоридів (коливання відповідно 1,5–2,5 і 90–100 ммоль/л), підвищений вміст білка (до 1,1 г/л), позитивні реакції Панді та Нонне — Апелта, лікворна гіпертензія. Домінантними ознаками уражень оболонки мозку та центральної нервової системи туберкульозної етіології є випадіння плівки фібрину та характерний лімфоцитарний плеоцитоз, який залишається постійним протягом 6–8 тиж від початку виявлення ознак менингеального синдрому, в тому числі незалежно від етіотропного лікування. Тому в сумнівних випадках спинномозкову пункцію повторювали з інтер-

валом у 3–4 дні. Якщо показники ліквору і, в першу чергу, кількість клітин нормалізувалися протягом 20 днів лікування, то туберкульозна етіологія хвороби виключалася.

Кількість CD4-клітин у хворих не визначалася через відсутність такої можливості в лабораторії лікарні.

Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки засвідчило, що в усіх хворих виявлялися вогнища дисемінації в легенях, у деякого (14 осіб, — 41 %) вони мали відносно обмежений характер. У 6 хворих спостерігався розпад легеневої тканини, у 19 хворих — збільшення лімфатичних вузлів коренів легень.

Комплексне лікування хворих включало як етіотропну, так і патогенетичну й симптоматичну терапію. У лікуванні хворих на туберкульоз вирішальне значення має етіотропна антимікобактеріальна терапія. Лікування призначалося залежно від категорії хворих. До першої категорії лікування були зараховані 30 хворих на туберкульозний менингоенцефаліт у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, враховуючи те, що вони були виявлені вперше і мали розповсюджений процес. Їм призначалася стандартна схема лікування першої категорії хворих — HRZS (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, стрептоміцин). Друга категорія була встановлена 4 хворим із загостренням туберкульозного процесу, лікування їм проводилося за схемою HRZSE (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, стрептоміцин, етамбутол). Етіотропна терапія доповнювалася дезінтоксикаційною, десенсибілізуючою, дегідратаційною, вітамінотерапією. Враховуючи можливість розвитку вторинної грибкової та бактеріальної інфекції на фоні ВІЛ-інфікування, комплексна терапія доповнювалася протигрибковими засобами та антибіотиками широкого спектра дії. Антиретровірусна те-

рапія в першу фазу інтенсивного лікування туберкульозу, яка у даного контингенту тривала не менше 3 міс, не призначалася, через її виражену гепатотоксичну дію. Друга фаза лікування проводилася амбулаторно, хворим рекомендувалося отримати кваліфіковану консультацію спеціаліста Центру СНІДу для призначення антиретровірусної терапії.

Незважаючи на інтенсивне лікування, з позитивним ефектом виписано тільки 10 хворих. Середній термін перебування їх у стаціонарі — 91 ліжко-день. Далі хворі продовжували лікування амбулаторно під наглядом районного фтизіатра та спеціаліста Центру СНІДу.

Померли 24 (70,6 %) ВІЛ-інфікованих із тубменінгоенцефалітом, середній термін перебування їх у стаціонарі — 31 день, із них 17 (60,7 %) лікувалися від 1 до 8 днів. Така висока смертність у даній категорії хворих пов'язана, на нашу думку, з генералізацією туберкульозного процесу на фоні поліорганної недостатності та імунодефіциту, спричинених ВІЛ-інфекцією. У хворих, яким було проведено розтин, відмічався генералізований туберкульозний процес з ураженням легень, мозкових оболонок і речовини мозку, печінки, селезінки, нирок, кишок, очеревини, мезентеріальних лімфатичних вузлів.

Висновки

1. Останніми роками відмічається значне зростання кількості хворих з туберкульозом нервової системи: від 1 хворого — у 2000 р. до 42 у 2005 р. (по Одеській області), причому більшість із них (80 %) були ВІЛ-інфікованими.

2. В усіх випадках туберкульоз нервової системи розвивається як генералізація специфічного легеневого процесу.

3. У частини хворих (23,5 %) туберкульозний процес про-

гресував на фоні адекватної протитуберкульозної терапії з розвитком менінгоенцефаліту.

4. У 41 % хворих із генералізованим туберкульозним процесом з ураженням мозкових оболонки та центральної нервової системи зміни в легенях мали відносно обмежений характер.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Питання епідеміології та програмний принцип боротьби з туберкульозом в сучасних умовах* / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. П. Костроміна та ін. // Укр. пульмонолог. журнал. — 2000. — № 3. — С. 5-8.

2. *Матеріали III з'їзду фтизіатрів та пульмонологів України* // Укр. пульмонолог. журнал. — 2003. — № 2. — 422 с.

3. *Фролова О. П.* Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: клинико-морфологические и эпидемиологические аспекты // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 6. — С. 30-33.

4. *Клінічна класифікація, діагностика і лікування туберкульозу оболонок мозку і центральної нервової системи: Метод. рекомендації (МОЗ України)* / В. О. Панасюк, В. П. Мельник, В. М. Мельник, О. В. Панасюк. — К., 2002. — 23 с.

УДК 616-002.5:616-084

О. А. Бабурина, І. М. Смольська, Н. А. Герасимова, В. Д. Маренчук

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

В умовах погіршення епідемічної ситуації з туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні зростає захворюваність на туберкульоз нервової системи. Ретроспективний аналіз історій хвороб осіб, хворих на туберкульоз нервової системи в Одеській області за період з 2000 по 2005 рр., свідчить про зростання цієї недуги: від 1 випадку у 2000 р. до 42 — у 2005 р.

У 80 % хворих туберкульоз нервової системи перебігав на фоні ВІЛ-інфекції та мав більш тяжкий характер із розвитком менінгоенцефаліту.

Ключові слова: туберкульоз, ВІЛ-інфекція, менінгоенцефаліт, особливості перебігу.

UDC 616-002.5:616-084

O. A. Baburina, I. M. Smolska, N. A. Gerasimova, V. D. Marenchuk

ROLE OF HIV-INFECTION IN EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS OF THE NERVOUS SYSTEM IN ODESSA REGION

In tuberculosis and HIV-infection deteriorated situation in Ukraine the incidence of tuberculosis of the nervous system is increased. Retrospective analysis of patients history cases with tuberculosis of the nervous system in Odessa region from 2000 to 2005 testifies to the increase of its incidence from 1 case in 2000 till 42 — in 2005.

Tuberculosis of the nervous system combined with HIV-infection took place in 80 % of patients and had more severe clinical course with meningoencephalitis development.

Key words: tuberculosis, HIV-infection, meningoencephalitis, peculiarity of the clinical course.

УДК 616.22-006.6-089

Ф. Д. Евчев, канд. мед. наук

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ

Одесская городская клиническая больница № 11

Уровень заболеваемости раком гортани в Украине на 2000 г. составил 6,0 на 100 тыс. населения (мировой стандарт — 4,1). Для справки: процент заболевших раком гортани Т3 и Т4 у жителей Киева составляет 42,0 и 11,4 %, Киевской области — 55,4 и 15,7 %, в Одесской области — соответственно 44,6 и 19,5 %. Аналогичные показатели регистрируются и в других регионах Украины. Основная причина высокого уровня заболеваемости — поздняя обращаемость больных за помощью. Специальным ле-

чением охвачено лишь 75,7 % первичных больных.

Поздняя обращаемость больных за помощью и высокий уровень заболеваемости формируют смертность при раке гортани в Украине, которая на 2000 г. составила 4,1 на 100 тыс. населения (мировой стандарт — 2,7). Среди впервые выявленных больных 37,1 % не прожили одного года. Трехлетняя выживаемость не превышает 60 % от числа больных, пролеченных по радикальной программе, а пятилетняя составляет 36–45 % [1; 2; 4].

Хирургическая операция в лечении распространенного рака гортани до сих пор занимает ведущее место. Несмотря на успехи хирургического лечения, количество рецидивов рака гортани остается высоким [2; 5–7].

В то же время консервативная терапия (лучевая и химиотерапия) в значительном числе случаев указанных форм рака оказывается мало или совсем неэффективной. Рациональное использование методов химиолучевой терапии возможно только в составе