

O.I.Gulaga, V.K. Tashchuk, O.S. Polianska

Register of Myocardial Infarction in North Bukovyna: Neurohumoral Abnormalities and Chronic Disease of Kidneys

Summary. While studying patients with the acute myocardial infarction in case of kidney disfunction with the indexes of glomerular filtration ≤ 90 ml/min and > 90 ml/min were found certain features on indexes cardiac hemodynamics and neurohumoral regulation. In patients with the acute myocardial infarction with chronic kidney disease of stage II reliable reduction of minute volume of blood ($p < 0.05$), re-

liable increasing of level aldosterone ($p < 0.05$) and certain higher concentration of ACF ($p < 0.05$) was observed. Neurohormonal parameters are not only diagnostic markers of the disease, but also some of them are independent predictors of the development and progression of cardiovascular catastrophes.

Keywords: acute myocardial infarction, heart failure, echocardiography, aldosterone.

Надійшла 15.04.2013 року.

УДК: 616 – 058 + 616.98: 578.828

Дикий Б.М., Грижак І.Г., Нікіфорова Т.О., Місюра В.О. *, Герасимчук Л.О. *, Іванців О.Р.

Соціальний статус ВІЛ-інфікованих жінок молодого віку

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології (зав. каф. – проф. Б.М.Дикий)

Івано-Франківського національного медичного університету

*Івано-Франківський обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції і боротьби зі СНІДом

Резюме. Вивчено соціальні умови життя та поведінкові особливості 96 ВІЛ-інфікованих жінок у віці 19-49 років, які перебували на диспансерному обліку в обласному центрі профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, шляхом аналізу медичних карт, а також за допомогою анонімного анкетування. Виявлено, що більшість жінок (64,58%) підлягає впливу несприятливих соціальних чинників: низький рівень освіти, матеріального становища, відсутність житла, недостатнє харчування, відсутність роботи та постійного заробітку, зловживання алкоголем та наркотичними середниками. Статевий шлях інфікування в жінок переважав над ін'єкційним і становив 88,5%. Сприяли зараженню: комерційний секс, численні статеві стосунки зі споживачами ін'єкційних наркотиків або постійне партнерство з ВІЛ-інфікованою особою, гендерна нерівність, сексуальне насильство, наявність нелікованих хвороб, які передаються статевим шляхом, байдужість до проблем ВІЛ-інфекції. Погіршення стану здоров'я і прогресування ВІЛ-інфекції пов'язані із запізнілими термінами звертання за тестуванням і медичним спостереженням в середньому на 5 років від часу інфікування.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, жінки, репродуктивний вік, соціальні чинники, сексуальна поведінка.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Україна переживає фазу розгорнутої епідемії ВІЛ-інфекції і демонструє значну поширеність та високу захворюваність населення (станом 1.01.2012 р., відповідно, 264,3 і 46,2 на 100 тис. населення) [1]. На початку епідемії рушійною силою були чоловіки із комплексом ризикованої поведінки (гомосексуалізм, безладні статеві стосунки, схильність до вживання наркотиків). Однак, з кожним роком в епідемію все більше втягувалися жінки. Вони менше схильні до вживання наркотиків, але ризик їх інфікування в статевих контактах в 5-10 разів перевищує ризик інфікування чоловіка-партнера [5]. Жінки, порівняно з чоловіками, частіше опиняються в залежному і уразливому становищі, їм притаманні складні соціально-побутові умови: відсутність професії, роботи, трудових доходів, власного майна і житла. Одночасно, спостерігається залежність від алкоголю та психотропних середників [2, 3, 4, 9]. Гендерна нерівність у суспільстві не раз супроводжується домашнім насильством, сексуальними домаганнями в сім'ї і на роботі, у приниженні жінки, нижчій середній оплаті праці тощо [8, 9]. Поруч з іншими факторами, які сприяють розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, особливу увагу слід приділити сексуальній поведінці та культурі, які тісно пов'язані із репродуктивним здоров'ям жінки та її репродуктивним вибором [6]. Дві третини зареєстрованих ВІЛ-позитивних жінок мають вік 20-29 років, що припадає на пік їхньої фертильності. В Україні серед вагітних щоразу зростає частка ВІЛ-позитивних жінок і, відповідно, збіль-

шується кількість ними народжених дітей [5, 10]. За чинним законодавством ВІЛ-інфікованим особам надається комплекс спеціалізованого медичного обслуговування, вагітним жінкам гарантується належна акушерсько-гінекологічна допомога, яка спрямована на повноцінне підтримання стану здоров'я, забезпечення репродуктивних прав, профілактику вертикального шляху передавання інфекції від матері до дитини. Проте в силу деяких соціальних причин жінки малообізнані у своїх правах, або не здатні ними повноцінно скористатися [7].

Мета роботи: вивчити соціальні передумови розповсюдження ВІЛ-інфекції серед жінок в Івано-Франківській області.

Матеріал і методи дослідження

Вивчено статистичні матеріали, які характеризують поширеність ВІЛ-інфекції в області. Проаналізовано 96 медичних карт ВІЛ-позитивних жінок, які перебували на диспансерному обліку в обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом в 2009-2012 рр., дані їх епіданамнезу і соціального статусу. Проводилось також анонімне опитування згідно з розробленими анкетами стосовно соціального стану і сексуальної поведінки.

Результати досліджень та їх обговорення

В Івано-Франківській області за всі роки епідемії до 2012 р. виявлено 1672 та померло 331 ВІЛ-позитивних осіб (з них 95 жінок). На обліку перебувало 574 особи (з них 208 жінок). В останні роки є тенденція до збільшення частки жінок у загальній кількості ВІЛ-інфікованих осіб. Якщо у 2009 році вона складала 34,5%, то у 2011 – 36,2%. За місцем проживання жінки розділилися на жительок міст області – 70 (72,9%) та сіл – 26 (27,1%). Їх вік був у межах 19 - 49 років, а середній – становив 28,9 років. Відзначено, що середній вік жінок залежав від давності інфікування, що пов'язано з поступовим прогресуванням імунodefіциту. Так, при взятті на облік жінок із 1-ю стадією хвороби – вони виявилися наймолодшими, а середній їх вік становив 27 повних років). Жінки в 2-ій стадії ВІЛ-інфекції мали середній вік 31 рік, а в 3-ій і 4-ій стадії – 32 роки. Віковий розрив між жінками в 1-й і в 3-4-й стадії становив 5 років, що свідчило про діагностику і взяття на облік останніх в середньому на 5 років пізніше від перших.

Велике значення для підтримання соматичного й імунологічного здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб має своєчасне диспансерне спостереження. Вважається, що постановка на облік до 1 року після підтвердження факту інфікованості є своєчасним, яке спостерігається тільки в 78,1 % пацієнток. Най-

Таблиця 1. Шляхи інфікування жінок з різними стадіями ВІЛ-інфекції

Шляхи зараження	Кількість обстежених жінок									
	Всього		I стадія n=57		II стадія n=15		III стадія n=20		IV стадія n=4	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стагевий (всього):	82	88,6	55	96,5	12	80,0	15	75	3	75
- Постійне партнерство в ВІЛ-позитивним чоловіком	42	51,2	24	42,1	6	50,0	10	66,7	1	33,3
- Численні статеві контакти	40	48,8	28	49,1	6	50,0	5	33,3	2	66,6
Ін'єкційний	11	11,5	2	3,5	3	20,0	5	25	1	25
Нез'ясований	3	3,1	3	5,3	-	-	-	-	-	-

вищий відсоток своєчасного взяття під нагляд спостерігався серед осіб у 1-й стадії недуги (87,7%), менше - в 2-й стадії (73,3%), далі в 3-й стадії (65%) та в 4-й - 25%, що пояснюється низьким інтересом до медичного обслуговування з їхнього боку або соціальними перешкодами до активної життєвої позиції.

Шляхи інфікування жінок з різними стадіями ВІЛ-інфекції представлені у таблиці 1.

Серед жіночого контингенту, як видно з даних таблиці 1, спостерігається абсолютне переважання статевих шляхів зараження (88,6%) над парентеральним (11,46%). Статеві стосунки з численними партнерами притаманні близько половині з них (48,58%), а інша половина контингенту інфікувалася в постійному співжитті з ВІЛ-позитивним чоловіком. Така обставина свідчить про підвищену вразливість жінок в статевих контактах, як в сім'ї, так і поза нею. Значна частка одружених жінок (31,7%) не підозрювала про ВІЛ-позитивний статус чоловіка, що призвело до невідворотного інфікування. Не могли встановити шлях зараження 3-є жінок (3,1%). Найбільше значення статевий шлях інфікування мав у осіб більш молодого віку в I і II стадії ВІЛ-інфекції (96,5 і 80,0%), натомість у старших – в 3 і 4 стадії хвороби значну частку займав ін'єкційний шлях (25,0%). Така закономірність відображала зростання значення статевих шляхів поширення ВІЛ-інфекції за останні 5 років в загальній популяції і особливо в контингенті жінок.

За даними опитування визначено значну кількість ВІЛ-інфікованих жінок з негативними соціальними умовами, які впливають на стан адаптації людини в суспільстві: відсутність професійної освіти, відсутність роботи, житла, низький рівень заробітків тощо (табл.2).

Як видно з даних, представлених в таблиці 2, соціально вразливих осіб з контингенту обстежених є більшість - 64,58%, в тому числі без професійних знань (отримали тільки неповну середню та середню освіту) є 55,21%, безробітних – 32,21%, заробітки менше від прожиткового мінімуму – 47,91%, користуються повним чи частковим утриманням батьків або чоловіка – 45,83%, перебувають на інвалідності – 5,21%, не мають певного житла – 4,17%, харчуються незадо-

Таблиця 2. Негативні соціальні чинники у ВІЛ-інфікованих жінок

Негативні соціальні показники	Кількість жінок (n=96)	
	Абсолютна	%
Неповна середня і середня освіта	53	55,21
Доходи менше прожиткового мінімуму	46	47,91
На утриманні	44	45,83
Не працює	31	32,21
Інвалідність	5	5,21
Немає житла	4	4,17
Недостатнє харчування (власна оцінка)	4	4,17
Зловживання алкоголем	22	22,92
Вживання наркотиків	6	6,25
Комерційний секс	3	3,13
Тютюногаління	27	28,13
Всього соціально вразливих осіб	62	64,58

вільно (за власною оцінкою) – 4,17%. Крім того, в частині жінок існує негативна соціальна поведінка - тютюногаління – 28,13%, зловживання алкоголем - 22,92%, вживання наркотиків – 6,25%, комерційний секс – 3,13%.

Аналіз анонімного анкетування стосовно сексуальної поведінки свідчив, що найнебезпечнішими чинниками з огляду на можливість зараження на ВІЛ є: поширеність статевих зносин зі споживачами ін'єкційних наркотиків (33,33%); вживання ін'єкційних наркотиків самими жінками (6,25%); примушення жінок до нефізіологічних позавагінальних стосунків та без захисту (11,45%); поширена практика

використання дешевих і ненадійних презервативів (83,33%). Підвищує вразливість до ВІЛ-інфекції застосування деяких видів контрацепції та захворювання, що передаються статевим шляхом. За даними опитування, наявність внутрішньоматкової спіралі, в минулому чи тепер, виявлено у 5,2% пацієнок. За даними карт амбулаторних хворих, під час профілактичних оглядів значна кількість осіб страждали на хронічний тривало нелікований хламідіоз (64,6%). Частина пацієнок (13,5%) ставиться байдуже до проблем ВІЛ-інфекції через дві причини - недостатнє розуміння та неможливість змінити модель свого особистого життя на іншу, більш безпечну.

Частота вагітностей в обстежених жінок залежала від стадії хвороби. Так, за останні 5 років, вагітніли 32 жінки з 1-ю стадією ВІЛ-інфекції (56,1%); з 2-ю стадією - 4 (26,7%), з 3-ю стадією – 4 (20%), і жодна жінка в 4-й стадії не мала вагітностей. Дана ситуація відображає доволі високий репродуктивний потенціал жінок в I і II стадії ВІЛ-інфекції, який не відрізняється від фертильної здатності здорових осіб.

Висновки

1. У більшості жінок Івано-Франківської області переважає статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції (88,5%).
2. Кількість соціально-неблагополучних осіб серед ВІЛ-інфікованих жінок складає більше половини (64,58%).
3. Основні несприятливі чинники - це низький рівень освіти, економічні проблеми, зловживання алкоголем і тютюногалінням, пізні звернення за медичною допомогою.
4. В сексуальній поведінці переважають ризиковані статеві зносини: з ВІЛ-інфікованими партнерами і споживачами ін'єкційних наркотиків, сексуальне насильство, нехтування проблемами збереження здоров'я, ВІЛ-інфекції та захворювань, які передаються статевим шляхом.
5. Висока фертильна функція притаманна ВІЛ-інфікованим жінкам у першій і другій стадії хвороби, а з прогресуванням імунodefіциту вона знижується.

Перспективи подальших досліджень

Виявлення і усунення негативних соціальних чинників і неправильної сексуальної поведінки допоможе зменшити ризику зараження жінок на ВІЛ-інфекцію, покращити епідеміологічну ситуацію відносно захворюваності на ВІЛ/СНІД. Налагоджена система профілактики вертикального шляху передачі ВІЛ від матері до дитини та необхідна соціальна підтримка жінок дасть їм можливість досягнути здорове материнство і дитинство.

Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень №37 / МОЗ України – К., 2012 р. – 62 с.
2. Волкова К.И. СПИД, наркоманія и материнство / К.И. Волкова, А.Н. Кокосов // Пульмонология. – 2001. - № 2. – С. 98-107.
3. Впровадження сучасних методів епідеміологічного нагляду за ВІЛ в Україні / [О.О. Яременко, О.М. Балакірева, М.Ю. Варбан та ін.] - К.: Здоров'я, 2003. – 52 с.
4. Кириченко П.Д. Статеві детермінанти поведінки ризику

споживачів ін'єктивних наркотичних речовин щодо зараження ВІЛ / П.Д.Кириченко, В.В. Полонезь, Т.О. Кирилук // Укр. мед. часопис. - 2003. - №4. - С. 125-128.

5. Медико-профілактичні аспекти ВІЛ-інфекції та СНІДу в лікарській практиці: навч. посіб. для студентів ВМНЗ і лікарів / [Б.М. Дикий, І.Г.Грижак, А.Д. Щербінська та ін.] - Івано-Франківськ: Видавництво ІФДМУ, 2007. - 236 с.

6. Нагорна А.М. Профілактична освіта – складова частина комплексної системи медико-соціальної профілактики ВІЛ-інфікування підлітків / Нагорна А.М., Варивончик Д.В., Буранова М.І. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. - №2. - С.48-51.

7. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Діагностика, лікування та соціально-психологічна підтримка людей, які живуть з ВІЛ / [В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв, Н.В. Котова та ін.] - Біла Церква: ВАГ Білоцерківська книжкова фабрика, 2010. - 143 с.

8. Розвиток епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Прикарпатському регіоні / І.Г. Грижак, Б.М. Дикий, Т.З. Кобрин [та ін.] // Вчення Л.В. Громашевського на сучасному етапі розвитку епідемічного процесу, до 120-річчя від дня народження: наук.-практ. конф., 9-10 жовтня 2007 р.: тези допов. – К., 2007. – С.71-76.

9. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози / [Балакірева О., Галустьян Ю., Яременко О. та ін.]; під ред. М.М. Ілляш, Т.М. Тележенко – К.: Український інститут соціальних досліджень, 2003. – 146 с.

10. Щербінська А.М. СНІД – проблеми і перспективи, від розуміння до протидії / А.М. Щербінська, М.Г. Люльчук // Журнал практичного лікаря. – 2001. - №1. – С. 2-5.

Дикий Б.Н., Грижак І.І., Никифорова Т.А., Мисюра В.А., Герасимчук Л.О., Іванців О.Р.

Соціальний статус ВІЧ-інфіцирваних жінок молодого віку

Резюме. Изучены социальные условия жизни и поведенческие особенности 96 ВІЧ-інфіцирваних жінок в віці 19-49 лет, которые находились на диспансерном учете в областном центре профилактики ВІЧ-інфекции и борьбы со СПИД, путем анализа медицинских карт, а также с помощью анонимного анкетирования. Выявлено, что большинство женщин (64,58%) подвержены влиянию неблагоприятных социальных факторов: низкий

уровень образования, материального положения, отсутствие жилья, работы и постоянного заработка, недостаточность питания, злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами. Половой путь инфицирования женщин преобладал над инъекционным и составлял 88,5%. Способствовали заражению: коммерческий секс, многочисленные половые связи с потребителями инъекционных наркотиков или постоянное партнерство с ВІЧ-инфицированным лицом, гендерное неравенство, сексуальное насилие, наличие нелеченых болезней, которые передаются половым путем, безразличие к проблемам ВІЧ-инфекции. Ухудшение состояния здоровья и прогрессирование ВІЧ-инфекции зависели от запоздалых сроков обращения за тестированием и медицинским наблюдением - в среднем на 5 лет после инфицирования.

Ключевые слова: ВІЧ-інфекция, женщины, репродуктивный возраст, социальные факторы, сексуальное поведение.

B.N. Dikij, I.H. Gryzhak, T.A. Nikiforova, V.A. Misjura, L.O. Gerasymchuk, O.R. Ivantsiv

Social Status of the HIV-Infections in Women of Young Age

Summary. The social terms of life and behaviour features are studied on 96 HIV - infected women aged 19-49 which were under supervision in the regional center of prophylaxis and fight against AIDS by way of the analysis of medical cards, and anonymous questionnaire. It was shown that most women (64.58%) were influenced by unfavorable social factors: low level of education and material state, absence of home, job and permanent profits, insufficiency of feed, abuse of alcohol and drugs. The sexual way of infection was found in 88.5% of women. Commercial sex, numerous sexual contacts with the consumers of injection drugs or permanent partnership with HIV-infected person, genders inequality, sexual violence, presence of the untreated diseases which are passed by a sexual way, indifference to the problems of HIV-infection assisted infection. Worsening of health and progressing of HIV-infection depended on belated terms of testing and taking under medical supervision on the average 5 years after infecting.

Key words: the HIV-infection, women, reproductive age, social factors, sexual behaviour.

Надійшла 05.11.2012 року.

УДК 616.314.022.7+616.314.18-002.4

Довганич О.В., Куцик Р.В., Герелюк В.І.

Дослідження прямого впливу синглетного кисню, генерованого апаратом «МИТ-С», на представників мікрофлори ротової порожнини

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології (зав. каф. - Р.В. Куцик)

Кафедра терапевтичної стоматології (зав. каф. - В.І. Герелюк)

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Проведено низку досліджень впливу синглетного кисню на мікрофлору ротової порожнини у хворих на генералізований пародонтит І-ІІ ступенів розвитку. Доведено, що час життя синглетного кисню, генерованого лазерним опроміненням пористого кремнію, при кімнатній температурі в газовій фазі складає 15 нс, а в біологічних системах ще значно коротший – ≈100 нс. Тому на його бактерицидний ефект можна було очікувати в найкоротший термін експозиції мікробних клітин з «активованою водою». Бактерицидна дія синглетного кисню в організмі може бути реалізована лише при умові його пролонгованої генерації в безпосередній близькості до поверхні мікробної клітини. Висловлені міркування разом з експериментальними даними свідчать про те, що лікувальні ефекти СКТ, описані в клінічних умовах, не можуть бути пов'язані з прямою протимікробною дією синглетного кисню. Можливо, вони реалізуються за рахунок інших механізмів (наприклад, впливів на медіаторні системи, систему антиоксидантного захисту, рецепторний апарат імунокомпетентних клітин). Пароводяна суміш, і «активована вода», які генеруються апаратом для СКТ «МИТ-С», не проявляють помітної прямої протимікробної

активності відносно клінічних штамів стафілококів, β- і α-гемолітичних стрептококів та дріжджоподібних грибів роду *Candida* пародонтального походження.

Ключові слова: синглетно-киснева терапія, протимікробна активність, періодонтальні патогени.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Синглетний кисень є різновидом молекулярного кисню, молекула якого перебуває у збудженому стані, характеризується надлишковою енергією, а тому має підвищену реакційну здатність. Йому, поряд з іншими активними формами кисню (пероксидом водню, супероксид-аніоном, радикалами гідроксилу та пероксинітрилу), відводиться важлива роль у розвитку багатьох фізіологічних і патологічних процесів [5, 12]. За участю синглетного кисню відбувається окислення різноманітних біомолекул (передусім нуклеїнових кислот, ліпідів, амінокислотних залишків метіоніну, гистидину, триптофану, які формують функціональні центри