

**Галан Наталія Василівна** –  
кандидат медичних наук, доцент кафедри  
криміналістики та судової медицини  
Національної академії внутрішніх справ

## **ВИПАДОК ВІЛ/СНІДУ СЕРЕД ОСОБОВОГО СКЛАДУ ОПЕРАТИВНИХ ПІДРОЗДІЛІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ М. КИЄВА**

*Розглянуто питання розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, що несе загрозу життю і здоров'ю працівників міліції та оперативних підрозділів ОВС. Проаналізовано виявлення випадків ВІЛ/СНІД серед працівників міліції, які проходять щорічні профілактичні огляди. Доведено актуальність запровадження обов'язкового консультування та анонімного добровільного тестування на ВІЛ-інфекцію працівників міліції та оперативних підрозділів з метою надання інформації працівникам з питань попередження інфікування ВІЛ і виявлення носіїв ВІЛ.*

**Ключові слова:** ВІЛ/СНІД; профілактичний огляд; консультування; анонімне добровільне тестування.

*Рассмотрены вопросы развития эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине, несущей угрозу жизни и здоровью работников милиции и оперативных подразделений ОВД. Проанализировано выявление случаев ВИЧ/СПИД среди работников милиции, которые проходят ежегодные профилактические осмотры. Доказана актуальность введения обязательного консультирования и анонимного добровольного тестирования на ВИЧ-инфекцию работников милиции и оперативных подразделений с целью предоставления информации работникам по вопросам предупреждения инфицирования ВИЧ и выявления носителей ВИЧ.*

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД; профилактический осмотр; консультирование; анонимное добровольное тестирование.

*The question of the epidemic of HIV/AIDS Alliance in Ukraine, which is a threat to life and health of police officers and police operational units. After analyzing the detection of HIV/AIDS among police officers who undergo annual preventive examinations. The urgency of mandatory counseling and anonymous voluntary testing for HIV and operational police units to provide information to employees on the prevention of HIV infection and detection of HIV carriers.*

**Keywords:** HIV/AIDS; preventive examination; counseling; voluntary anonymous testing.

Метою дослідження є вивчення поодинокого випадку інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та розвитку синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) у працівника одного з оперативних підрозділів внутрішніх справ м. Києва. Ураження центральної нервової системи є одним

із характерних симптомів СНІДу. Ранні ураження зумовлені проникненням вірусу імунodefіциту людини в центральну нервову систему, генералізацією його за допомогою макрофагів та системи здатністю розмножуватися в деяких клітинах центральної нервової.

У патогенезі цієї хвороби виділяють три напрями, що визначають її виникнення, розвиток і завершення: 1) сам збудник з комплексом характеристик; 2) захисні властивості самого організму людини: його генетичні особливості, вік, стать, реактивність; 3) умови зовнішнього і соціального середовища, у яких формується інфекція: фактори харчування, насиченість організму вітамінами, психоемоційні навантаження. Усе це настільки глибоко діє на сприйняття організмом інфекції, що в деяких учених виникли сумніви щодо ролі збудника як головного причинного фактора розвитку захворювання [1]. У випадках захворювання працівників оперативних підрозділів органів внутрішніх справ важливу роль відіграє саме третій напрям патогенезу – часті стресові ситуації, ненормований робочий день, недоліки харчування і режиму праці та відпочинку, часті контакти з особами, що вживають алкоголь, наркотики, ведуть асоціальний спосіб життя та є правопорушниками. ВІЛ викликає захворювання при безпосередньому попаданні у кров. Тому часті поранення, садна шкіри та слизових оболонок у правоохоронців теж підвищують ризик інфікування ВІЛ [2].

Попавши у кров, ВІЛ проникає в клітини, у яких здатний розмножуватися. Установлено три типи клітин, де вірус розмножується: у Т-лімфоцитах-хелперах, у макрофагах крові й органів, у гліальних клітинах центральної нервової системи. Саме пошкодження Т-лімфоцитів-хелперів призводить до розвитку імунodefіцитного стану. Розмноження вірусу в гліальних клітинах центральної нервової системи пояснює симптоми її раннього ураження.

Період розмноження ВІЛ триває від 4–6 місяців до 4–6 років, що й зумовлює довгий інкубаційний період. У цей період «преСНІДу» клінічні ознаки є неспецифічними, характерними для багатьох інших вірусних інфекцій, що ускладнює ранню діагностику. Характерні зниження працездатності, слабкість, апатія, депресія, тривала субфібрильна температура, нічний піт, утрата ваги тіла до 10 % за 2–3 місяці, лімфаденопатія, часта діарея, приєднання бактеріальної інфекції. У 50 % ВІЛ-інфікованих виявляють генералізований герпес, цитомегаловірусну інфекцію, грибки роду *Candida*.

Поєднання ураження різних систем організму з ураженням центральної нервової системи призводить до різкого зниження тривалості життя до 15–18 місяців та високої смертності. Опуртуністичні інфекції погано піддаються лікуванню. Більшість хворих помирають від тривалої септицемії, що не піддається лікуванню антибіотиками.

Клінічний розбір саме такого випадку описаний нижче в повідомленні: «Хворий А., працівник управління карного розшуку в м. Києві, поступив у неврологічне відділення госпітально в 17.30 каретою швидкої допомоги з

діагнозом «стан після синкопального пароксизму неясного генезу, підозра на нейроінфекцію з ліквородинамічними порушеннями». При поступленні скаржився на головний біль постійного характеру, переважно в потиличній області, загальну слабкість, біль в області лівої лопатки, з іррадіацією в ліву руку, запаморочення, «туман» перед очима, постійну нудоту, позиви на блювоту при зміні положення тіла з вертикального в горизонтальне, хитання при ходьбі.

Захворів тиждень тому, з діагнозом «гостра респіраторна вірусна інфекція» перебував на лікарняному в дільничного терапевта. У день поступлення на декілька секунд втрачав свідомість, тому був направлений на обстеження і лікування в неврологічне відділення. З анамнезу хвороби відомо, що впродовж останніх чотирьох років часто хворів на простудні захворювання: фарингіт, бронхіт. Переніс гострий ентероколіт, гострий епідидиміт. Останні півроку турбував постійний головний біль, що заважав виконанню професійних обов'язків, різке зниження ваги за два місяці.

Дані об'єктивного обстеження нервової системи виявили ослаблення конвергенції більше зліва, горизонтальний ністагм великої амплітуди, асиметрію носо-губної складки, більше зліва. Мали місце жмутикові аміотрофії на спинці та бокових поверхнях язика. Сумнівна ригідність потиличних м'язів. Позитивний ротовий феномен Бехтерева за відсутності симптома Марінеску-Родовичі. Виявлялися дифузні гіпотрофії м'язів плечового поясу, стегнових м'язів. Глибокі рефлексії з кінцівок не викликаються. Пірамідні ступеневі феномени не відмічаються. Розладів поверхневих видів чутливості не встановлено. Різке порушення статокінетичної функції.

Дані додаткових методів дослідження. З діагностично-лікувальною метою проводилась люмбальна пункція: взято 5 мл мутного ліквору у дві стерильні пробірки. Ліквор витікав під високим тиском. Аналіз ліквору: білок – 0,99 %, реакція Панді – (++) , цукор – 6,0 ммоль/л, еритроцити – малозмінені, незмінені, покривають усе поле зору, лейкоцити – 1–3 в полі зору, цитоз 4:3 в 1 мл, МБТ не знайдено. Флора відсутня, атипові клітини не знайдено.

В аналізі крові знайдено імуноглобуліни G до вірусів герпесу, тип 1, цитомегаловірусу, до ядерного антигену EBV, до капсидного антигену EBV, імуноглобулін M – негативний.

У загальному аналізі крові, що проводився в динаміці через день, помічено поступове зменшення кількості лейкоцитів, токсична зернистість нейтрофілів.

У загальному аналізі сечі виявлено білок – 0,165г/л, токсична зернистість еритроцитів, зменшення кількості лейкоцитів у динаміці з 15–20 г/л до 0,035г/л, до лише слідів лейкоцитів.

У біохімічному аналізі крові виявлено підвищення КФК, АСТ, АЛТ, тимолової проби, лужної фосфатази.

Консультація окуліста: у динаміці картина очного дна змінювалася: при поступленні – ДЗН бліді, границі чіткі, розширені по ходу судин, біля

диска зорового нерва правого ока з темпоральної сторони свіжі штрихові крововиливи. Артерії сітківки звужені нерівномірно, вени повнокровні; через тиждень – ДЗН бліді з темпоральної сторони на обох очах, границі розмиті по ходу судин з темпоральної і носової сторони. Біля диска зорового нерва правого ока з темпоральної сторони крововиливи. Свіжих крововиливів не виявлено. Артерії звужені, нерівномірні, вени повнокровні.

Консультація онколога: гемангіома тіла Т6.

Консультація гематолога: даних про системну патологію крові не виявлено.

Консультація інфекціоніста: герпесвірусна, цитомегаловірусна, Епштейн-Бар інфекція. Правобічна пневмонія.

УЗД внутрішніх органів: хронічний холецистит, сольовий діатез, хронічний калькулезний простатит.

ФГДС – еритематозна гастропатія, кандидоз стравоходу.

ЕКГ: ритм мінусовий, ЕВС у нормі. Відносне сповільнення AV-провідності. Помірні зміни в міокарді.

Ехо-КГ: пролапс мітрального клапана I ступеня, додаткова хорда в порожнині лівого шлуночка. Гіпертрофія міокарда лівого шлуночка.

ЕЕГ: значне підвищення рівня активності в потиличній ділянці.

МРТ головного мозку: ознаки помірно вираженого атрофічного процесу у вигляді розширення субарахноїдального простору і цистерн латеральних щілин. Бокові шлуночки помірно розширені. Серединні структури не зміщені. Розширена премедулярна цистерна справа. Вогнищевих змін у суб- і суператенторіальних структурах не виявлено.

МРТ головного мозку з ангиографією: зони периваскулярного лейкоареоза шириною до 0,4 см. У проекції периваскулярних просторів Вірхова-Робена, більше зліва, відмічаються без чітких контурів вогнища гіперінтенсивного МР-сигналу діаметром до 0,3 см, що зливаються між собою. Висновок: нейроінфекційний процес.

МРТ головного мозку з контрастним підсиленням: на рівні передніх рогів бокових шлуночків, у проекції базальних ядер, візуалізуються вогнища патологічного підвищення інтенсивності МР-сигналу на Т2ВИ діаметром до 4–8 мм, схильні до зливання, без ознак їх контрастного підсилення, які в Т1ВИ чітко не візуалізуються. Висновок: МРТ-картина початкових атрофічних змін головного мозку, прояви ДЕП.

МРТ грудного відділу хребта: гемангіома Т6 d=30 мм.

Через тиждень перебування на стаціонарному лікуванні стан хворого різко погіршився: виникли скарги на відсутність зору на праве око й різке зниження зору на ліве око. При огляді виявляли крупнорозмашистий горизонтальний і вертикальний ністагм, симптом Керніга сумнівний зліва, лівобічну пірамідну недостатність. Пальце-носова проба виконувалася з вираженим промахуванням, через виражені стато-координаторні розлади хворий не міг вставати. Хворий консультований професором-нейроінфекціоністом. Попередній діагноз: «гострий розсіяний енцефаломієліт, переважно церебральна форма з вираженим звучанням

верхньостовбурових структур із синдромом верхньощлуночкової і лікворної гіпертензії та лівобічної пірамідної недостатності».

Хворому було призначено інтенсивне детоксикаційне і дегідратаційне лікування, противірусні та гормональні препарати, пізніше було застосовано імуносупресивні засоби, імуноглобулін по схемі, ретаболіл по схемі, нуклео ЦМФ форте. Та, незважаючи на сильнодіючі ліки, стан хворого лише погіршувався. На десятій день перебування в стаціонарі хворий утратив зір, через чотири дні після втрати зору різко погіршився слух, ще через добу хворий зовсім перестав чути. Консиліум лікарів прийняв рішення перевести хворого в палату інтенсивної терапії після короткочасної втрати свідомості хворим. Проаналізувавши динаміку аналізу крові, поступове падіння кількості лейкоцитів у периферичній крові, імунологічний статус, лікарі запідозрили ВІЛ-інфекцію/СНІД. З дозволу дружини у хворого було взято кров на антитіла до ВІЛ. Підозри підтвердились: на підставі лабораторних досліджень методом ІФА, зразок крові пацієнта розцінили як такий, що містить антитіла до ВІЛ.

Стан хворого продовжував погіршуватися. Окрім вираженої загальноомозкової симптоматики з'явився виражений лівобічний геміпарез, корінцеве ураження II, III, IV, V, VII, VIII, XII пар черепних нервів. Порушилась мова. Через два тижні перебування в лікарні, незважаючи на інтенсивне лікування, хворий уже перебував у коматозному стані. На двадцятий день перебування в лікарні, у палаті інтенсивної терапії з'явилися виражені бульварні розлади, на фоні падіння гемодинаміки зафіксовано зупинку серцевої діяльності та дихання. Проведена інтенсивна терапія виявилася неефективною. Констатовано смерть.

Патологоанатомічний діагноз: «розсіяний криптококовий менінгоенцефаліт з ураженням структур кори, підкорки, стовбуру мозку та оболонки. Розсіяна мікроогнищева абцедуюча пневмонія – хвороби, зумовлені ВІЛ». Ускладнення головного діагнозу: набряк тканин головного мозку та оболонки, повнокрів'я легень, кандидозний езофагіт, гастрит, загальне виснаження з утратою ваги. Безпосередня причина смерті – інтоксикаційний синдром. Захворювання, що зумовило причину смерті – енцефаліт підкоркових структур. Хворобу спричинено ВІЛ з інфекційними проявами».

Описаний випадок свідчить про те, що пацієнт поступив у стаціонар в термінальній стадії захворювання. Будучи, напевно, не один рік інфікованим ВІЛ, він про це і не здогадувався. Працюючи офіцером органів внутрішніх справ, пацієнт проходив щорічні профілактичні огляди, і лікарі жодної спеціальності, у першу чергу дільничний терапевт, не запідозрили в нього ВІЛ-інфекції. Захворювання було виявлено лише в термінальній стадії за декілька днів до смерті. Закономірне запитання – чому хворобу було ідентифіковано так пізно? Чому реакція Васермана є обов'язковою при проведенні профілактичних оглядів, а виявлення ВІЛ-інфекції, незважаючи на епідемічний характер в Україні, є добровільним, конфіденційним, анонімним?

За своїми психологічними особливостями працівники правоохоронних органів мають досить високу психологічну закритість. З іншого боку, їх професійна діяльність входить до групи ризику щодо інфікування ВІЛ: постійна загроза з боку правопорушників і злочинців у зв'язку з їх професійною діяльністю, носіння й використання вогнепальної зброї, часті поранення та висока ймовірність інфікування ВІЛ через кров [2].

На нашу думку, слід запровадити обов'язкове консультування й анонімне добровільне тестування на ВІЛ-інфекцію працівників міліції та оперативних підрозділів, метою якого є надання інформації та здобуття працівниками міліції навичок більш безпечної поведінки, з урахуванням специфіки їх роботи, інформації з питань попередження інфікування ВІЛ.

Для проведення консультативної роботи серед працівників міліції доцільно використовувати потенціал Центрів професійного та психофізіологічного відбору на базі обласних ГУОВС, у штаті яких є досвідчені психологи, що мають практичні комунікативні навички роботи з цільовою групою. Консультування та тестування слід проводити під час щорічних профілактичних оглядів [3]. Це стимулюватиме працівників міліції вчасно проходити обстеження на інфікування ВІЛ.

Отже, епідемія розвитку ВІЛ/СНІД в Україні несе загрозу життю і здоров'ю працівників міліції та оперативних підрозділів ОВС.

Виявлення випадків ВІЛ/СНІД серед працівників міліції, які проходять щорічні профілактичні огляди, є свідченням неефективності цих оглядів щодо виявлення ВІЛ/СНІД-інфікування, адже консультування та тестування є добровільними.

Актуальним є запровадження обов'язкового консультування та анонімного добровільного тестування на ВІЛ-інфекцію працівників міліції та оперативних підрозділів, з метою надання інформації з питань попередження інфікування ВІЛ та раннього виявлення носіїв ВІЛ. Для обов'язкового консультування слід використовувати потенціал Центрів професійного та психофізіологічного відбору на базі обласних ГУОВС, у штаті яких є досвідчені психологи та психофізіологи.

У випадку виявлення носіїв ВІЛ серед працівників міліції вони повинні бути захищеними, а інформація про хворобу – конфіденційною [3]. Виявлення вірусносійства не має впливати на виконання працівниками міліції їх професійних обов'язків. Навпаки, медичні працівники повинні забезпечити активне медичне спостереження та профілактику загострень хвороби, своєчасне лікування. І лише за неможливості виконання службових обов'язків у зв'язку з хворобою працівник повинен звільнитися, згідно з внутрішніми наказами, з подальшим установленням проценту втрати працездатності або інвалідності.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Інфекційні хвороби, що набули соціального значення // Додаток до підручника з основ медичних знань для студентів усіх спеціальностей вищих педагогічних навчальних закладів. – К. : Освіта України, 2006. – 56 с.
2. Основи консультування військовослужбовців та працівників правоохоронних органів України з питань профілактики ВІЛ/СНІД/ПСШ : [навч.-метод. посіб.] / уклад. : Миронюк І. С., Авраменко О. О., Скляр С. І., Лотоцька-Голуб Л. Л. – К. : ТОВ «День печати», 2006. – 116 с.
3. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу : [навч.-метод. посіб.] / за ред. Страшка С. В. – [2-ге вид., переробл. і доповн.]. – К. : Освіта України, 2006. – 260 с.