



AIDS Híradó 10. évfolyam (1996)

Cikk:

1. szám

- [1. A HIV gátlása interleukin 16-al](#)
- [2. A RANTES, a MIP-1* és a MIP-1* a legfontosabb CD8+ sejtek által termelt HIV-szuppresszor faktorok](#)
- [3. A Ritonavir, egy HIV-proteáz-inhibitor biztonságosságának, farmakokinetikájának és hatékonyságának rövidtávú vizsgálata](#)
- [4. A Ritonavir, egy HIV proteáz-inhibitor alkalmazása a HIV-1 infekció kezelésére. Előzetes vizsgálat](#)
- [5. A 3TC \(lamivudine\) I/II fázisú vizsgálata HIV-fertőzött, tünetmentes vagy enyhe AIDS-related complexben szenvedő betegekben: a vírus-markerek tartós csökkenése](#)
- [6. A HIV-fertőzéssel szembeni rezisztencia genetikusan meghatározott lehet](#)
- [7. A HIV infekció visszafejlődése 12 perinatálisan fertőzött gyermekben: klinikai, virológiai és immunológiai adatok](#)

2. szám

- [1. A HIV egyre fokozódó genetikai variabilitása. A globális nyomon követés jelentősége a diagnosztika, a kutatás és a prevenció szempontjából](#)
- [2. A HIV-1 E szubtypusának többszörös behurcolása a nyugati féltekére](#)
- [3. Különböző HIV-1 genetikai szubtypusok kimutatása az USA-ban](#)
- [4. Új, nem B szubtypusú HIV-1 fertőzések Németországban](#)
- [5. A HIV-1 tropizmusa a Langerhans sejtekhez összefüggésben áll a HIV heteroszexuális átvitelével](#)
- [6. A fertőző betegségek és a rosszindulatú daganatok előfordulásának változásai a HIV-infekcióban meghalt személyek között az Egyesült Államokban 1987 és 1992 között](#)
- [7. A vér és vércszítmények transzfúziójával kapcsolatos AIDS esetek előfordulásának változásai Európában és az Egyesült Államokban 1985 és 1993 között](#)

3. szám

- [1. A HIV sejtekbe való bejutásának kofaktora: egy hét transz-membrán szegmentumot tartalmazó fehérje klónozása](#)
- [2. Az orvosnak a szerzett immunhiányos szindrómával kapcsolatban nyert tapasztalatai, mint a beteg túlélését meghatározó tényező](#)
- [3. Szikével ejtett sérülés és HIV infekció egy sebésznél](#)
- [4. A HIV reverz transzkriptáz 3TC által szelektált mutánsának megnövekedett másolási pontossága](#)
- [5. A lorivide, lamivudine és zidovudine hármas kombinációjával HIV fertőzött betegekben végzett előzetes vizsgálat virológiai és immunológiai analízise](#)
- [6. A primer HIV-fertőzés: Új orvosi szükséghelyzet?](#)
- [7. A pávián graft nem tapadt meg, de a beteg testsúlya gyarapszik](#)

4. szám

- [1. Beszámoló a XI. Nemzetközi AIDS Konferenciáról - epidemiológiai szemszögből](#)
- [2. Beszámoló a XI. Nemzetközi AIDS Konferenciáról, 1996 július 7-12, Vancouver, Kanada](#)
- [3. A HIV fertőzés immunológiája a XI. Nemzetközi AIDS konferencián](#)
- [4. Beszámoló a XI. Nemzetközi AIDS Konferencia legfontosabb terápiás eredményeiről](#)
- [5. II. Nemzeti AIDS Konferencia \(meghívó\)](#)



5. szám

1. [Az ifjúság mint célcsoport és az ifjúság körében végzett AIDS ellenes tevékenység értékelése, mint "sikertörténet" a XI. Nemzetközi AIDS Konferencián 1996 júliusában Vancouverben](#)
2. [AIDS Világkonferencia a "One World. One Hope" jegyében. \(Vancouver, 1996. július 7-12.\)](#)
3. [Új irányelvek a foglalkozással kapcsolatos HIV expozícióval kapcsolatban](#)
4. [A génekben rejlik a HIV-fertőzés iránti rezisztencia](#)
5. [A szérumban mért HIV-1 RNS szintek és az AIDS kifejlődéséig eltelt idő közötti összefüggés a Multicentrikus Hemofília Cohort Vizsgálatban](#)
6. [A vírus klirensz kinetikája a plazmában, a perifériás vér mononuclearis sejtjeiben és a nyirokcsomókban](#)
7. [HIV/AIDS Magyarország, 1996 szeptember 30.\(táblázatok\)](#)

6. szám

1. [A szexuális magatartás változásai és HIV infekciók csökkenése thaiföldi fiatal férfiak között](#)
2. [A HIV-1 fertőzés iránti rezisztencia a tartósan szeronegatív, a kenyai Nairobiban élő prostituáltak között](#)
3. [A HIV fertőzés prevalenciája az Egyesült Államokban 1984 és 1992 között](#)
4. [Zidovudine-rezisztens HIV-1 prevalenciája gyorsan progrediáló HIV betegségben](#)
5. [HIV-1 átvitel emberi harapás által](#)
6. [A CD4+ sejtszám javulása alkohol-elvonás után HIV-pozitív alkoholista betegekben](#)

A 3TC (lamivudine) I/II fázisú vizsgálata HIV-fertőzött, tünetmentes vagy enyhe AIDS-related komplexben szenvedő betegekben: a vírus-markerek tartós csökkenése

Cikk: Ingrand D. és mtsai. - AIDS 9, 1323, 1995

Több 270 fő részvételével végzett vizsgálat során (közvetlenül, 600-650 fő) azonosították a HIV-fertőzött betegek, és a szerológiai vizsgálatok alapján a betegek jelentős részében előfordultak HIV-1 fertőzések. Ezeket a betegek két csoportra osztották: az egyik csoportba tartoztak azok a betegek, akiknél a HIV-1 fertőzés tünetmentes volt, a másik csoportba pedig azok a betegek, akiknél a HIV-1 fertőzés enyhe AIDS-related komplexben jelentkezett. A vizsgálat során a betegek 3TC-t kaptak, amely egy új típusú HIV-1 fertőzés elleni gyógyszer. A 3TC-t a betegek 12 hetes kezelésében kapták meg. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A CD4+ sejtszám javulása alkohol-elvonás után HIV-pozitív alkoholista betegekben

Cikk: Pol, S és mtsai. - AIDS 10, 1293, 1996

A HIV-pozitív betegek egy jelentős hányada alkoholisták, különösen azoknál, akiknél a HIV-fertőzés tünetmentes volt. Az alkoholizmus a HIV-fertőzés progresszióját gyorsítja, és a betegek életkilésének károsítja. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.

A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken. A vizsgálat során a betegek HIV-1 RNS szintjei jelentősen csökkentek, ami arra utalhat, hogy a 3TC hatására a vírus-tartalom csökken.



A HIV egyre fokozódó genetikai variabilitása. A globális nyomon követés jelentősége a diagnosztika, a kutatás és a prevenció szempontjából.

Cikk: Hu D.J. és mtsai. - JAMA 275, 210, 1996

Savannah városát a HIV-1 fertőzés a XX. században igazán jelentős területi körökben érintette, amely 1981-ben történt felfedezése óta világviszonylatú látnivaló volt. A HIV-1 fertőzés széleskörű terjedését és az antiretrovirális kezelési módokat, és megismerését a HIV-1 génetikai változások követték. A HIV-1 egyre változó genetikai variabilitása a vírus evolúciójának és a vírus genetikai variabilitásának szintjén mutatkozik meg, és a fertőzés terjedését és a fertőzés terjedését is befolyásolja. A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja. A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja. A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja.

A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja. A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja. A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja. A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja. A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja.

A HIV-1 fertőzés terjedését a vírus genetikai variabilitása befolyásolja, amely a fertőzés terjedését befolyásolja.

A HIV fertőzés immunológiája a XI. Nemzetközi AIDS Konferencián

Cikk: Füst György dr. - (SOTE III. Belkínika)

A NAB támogatásával részt vettem a Vancouverben tartott XI Nemzetközi AIDS Konferencián. A konferencián - ellentétben a legutóbbi évvel, amelyet a fokozott várakozás utáni családás jellemzett - a megalapozott optimizmus uralkodott, elsősorban a terápiás lehetőségekben bekövetkezett forradalmi fejlődés és néhány új alapkutatói eredmény miatt.

Sajnos immunológiai szempontból nem lehettünk tanúi ilyen látványos haladásnak, bár jelen beszámoló (melynek tárgya az AIDS immunológiája a vancouveri konferencia tükrében) is tartalmaz majd sok érdekes és részben biztató eredményt. Három témakörre szeretném a jelentést koncentrálni: a HIV vakcináció és az immunológiai terápia kérdéseire, valamint az immungenetikai faktorok szerepére a HIV-betegség progressziójában.

A HIV-vakcináció jelene és jövője

Első pillantásra úgy tűnik, hogy a HIV-1 terápia látványos fejlődése az oltóanyagok kidolgozásra tett erőfeszítéseket feleslegessé teszi. Minden, a vakcinációval foglalkozó előadó, és a megnyitó és összefoglaló üléseken felszólalók is hangsúlyozták, hogy ez teljesen téves felfogás. A HIV-betegség kezelése (még abban az esetben is, ha minden ezzel kapcsolatos remény valóra válik) csak a fejlett országok fertőzőttjei részére jelenthet megoldást. A hatóanyag kombinált terápia ugyanis jelenleg olyan sok pénzbe (személyenként kb. évi 10 000 USD) kerül, hogy ez a fejlődő országok HIV-fertőzőttjei részére (tehát a napi 7500 újonnan fertőződő ember közül kb. 6500-7000 számára) elérhetetlen lesz. Ebből egyértelműen következik, hogy a primer prevenció mellett az egyedüli megoldás csak a vakcináció lehet. Abban tehát, hogy a HIV-vakcinációval kapcsolatos kutatásra szükség van, senki sem kételkedett. Sőt, többek is hangsúlyozták, hogy az AIDS-kutatásra költött összegeken belül növelni kell az oltóanyag-kutatásra fordított támogatás részarányát.

A HIV-1 oltóanyag-kutatás fontosságát a konferencia programja is tükrözte. A négy plenáris ülés vitájának egyikét (minden ülésen egy ilyen vita-párbajt tartottak) annak a kérdésnek szentelték, hogy a HIV-vakcináció III. fázisú, hatékonysági vizsgálatát meg kell-e előznie a vakcinációval



kapcsolatos további alapkutató kutatás. A vita két résztvevője: a konferencia és az AIDS kutatás egyik új sztárja, Dr. John Moore (Aaron Diamond Research Center, New York), aki szerint igen, szükségesek az alapkutató kutatások, és Dr. Edward K Mbidde (Uganda), aki szerint minden további kutatás nélkül azonnal el kell kezdeni a hatékonysági vizsgálatokat a fejlődő országokban, ahol erre az igény óriási, és rendelkezésre áll a megfelelő infrastruktúra is.

Javarészt a HIV-oltóanyagokkal foglalkozott előadásában William E. Paul, az USA AIDS kutatásait (legalább is névlegesen) irányító Office of AIDS Research vezetője is. Ezenkívül a párhuzamos ülésszakok közül csaknem minden időpontban talált az érdeklődő a HIV vakcináció eddigi eredményeivel, problémáival, ill. a további vakcina-kipróbálásokkal kapcsolatos szekciót vagy kerekasztal konferenciát. Az alapkutató, ill. a klinikai kutatás témakörön belül pedig közel 120, a HIV oltóanyagokra vonatkozó posztert mutattak be.

A HIV vakcinációra vonatkozó eredményeket tézisszerűen az alábbiakban foglalhatjuk össze:

1. A betegség természetes lefolyása (tartósan tünetmentes fertőzöttek, a HIV-infekciónak kitett, de nem fertőződött egyének), ill. egyes állatkísérletes eredmények (különösen az élő nef-deléciós SIV vakcina teljes protektív hatása) alátámasztják azt a felfogást, hogy a jövőben lehetséges lesz hatékony HIV vakcinát kidolgozni.
2. A jelenleg rendelkezésünkre álló kísérleti oltóanyagok nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket, további tömeges kipróbálásuk hiba lenne, igen fontos azonban az eddig elvégzett emberi vizsgálatok minél gondosabb analízise, különös tekintettel az ún. áttörései infektációkra (eddig 13 oltott egyénnél észlelték HIV infektáció kifejlődését). A jövőben viszont arra kell törekedni, hogy minél több ígéretes vakcina kerüljön kipróbálásra, és a lehető leggyorsabban el lehessen dönteni azt, hogy az adott vakcinával érdemes-e tovább foglalkozni, vagy sem.
3. A jövő oltóanyagának elsősorban a nem-B (E esetleg E, D, C) szubtipusu HIV törzseken kell alapulniuk.
4. A fő kérdés továbbra is az, hogy sikerül-e megtalálni azt az in vitro immunológiai tesztet, amely alkalmas az oltottak védettségének meghatározására. Moore szerint, amíg ez nincs a kezünkben, addig a sötétben tapogatózunk, és féltő, hogy 10 év múlva sem lesz a kezünkben hatékony oltóanyag. Ha viszont ezt a tesztet (vagy tesztek) sikerül megtalálni (megfelelően végzett állatkísérletek ebben igen sokat segíthetnek) akkor nem zárható ki egy olyan rohamos fejlődés (több hatékony vakcina megjelenése párhuzamosan) sem, mint amelynek a közelmúltban a HIV terápia esetében voltunk tanúi. Így tehát (mint ezt Paul és Moore is hangsúlyozta) alapvető kérdés az AIDS immunológiai kutatások fejlesztése, a legjobb immunológusok „odacsábítása” erre a területre.
5. Alapvető kérdés az immunizálás módszereinek (oltóanyagok alkalmazási útja, adjuvánsok) fejlesztése, mert (mint ezt W.E. Paul elmondta) ma is 50 év előtt kidolgozott immunizálási eljárásokat használunk olyan modern oltóanyagokkal, melyek még 5 évvel ezelőtt is elképzelhetetlenek voltak.
6. A HIV oltóanyag-kutatás területén a cégek csak akkor képesek a fejlesztési munkát folytatni, ha állami garanciát kapnak arra, hogy termékeiket (természetesen megfelelő előzetes eredmények elérése esetében) az állam megvásárolja és ezek kipróbálásra kerülnek.
7. Igen lényeges, hogy a vakcinációra fordított erőfeszítések koordinált formában történjenek. A vakcina kutatás központja (elsősorban anyagi okokból) feltétlenül az USA-ban kell, hogy legyen. John Moore szerint a NIH a legalkalmasabb erre a célra. Léteznek azonban más kezdeményezések is a világ AIDS oltóanyag kutatásának összehangolására. Ilyen (a Rockefeller Alapítvány által indított) ún. International AIDS Vaccine Initiative, melyről Margaret J. Johnston számolt be előadásában (Th.A.280)
8. A fent említett okokból igazi haladásról az új oltóanyagok kidolgozása terén sem lehet beszámolni. bár Johnston előadása szerint több, mint 20 vakcina került már kipróbálásra I fázisú vizsgálat keretében, közülük csak igen kevés jutott el a vizsgálat II fázisába is. Barney S, Graham (Mo.A. 280) ugyanakkor arról számolt be, hogy a NIAID által koordinált AIDS Vaccine Clinical Trials Network eddig több, mint 1700 szeronegatív egyént vakcinált. 16 különböző vakcinát, 12 adjuvánt és különböző immunizációs sémákat próbáltak ki több, mint 30 vizsgálat keretében. II fázisú vizsgálat azonban Graham szerint is csak kevés zajlott le. A kevés kivétel egyike a canarypox vektorba épített oltóanyag (Clements et al, Mo.A.281,



Corey et al., Mo.A.282). A madár vírusba különböző HIV fehérjéket építettek be, és vizsgálták a rekombináns gp120 oltóanyaggal való kombinált alkalmazás lehetőségét. A kapott eredmények (az immunválasz sokrétűsége és erőssége) ígéretesek. A további oltóanyag fejlesztés szempontjából nagyon érdekesek Finkielsztejn et al. (We.A.394) vizsgálatai is, akik szerint szoros korreláció áll fenn a HIV fertőzöttekben a vérben és a különböző testnedvekben mérhető antitestek titere között. Beszámolót hallottunk az első HIV DNS-vakcinával emberekben végzett vizsgálatról is (MacGregor et al, We.B.293). Ezt HIV-szeropozitívokban végezték. Az oltóanyag ártalmatlannak bizonyult, csak enyhe mellékhatásokat idézett elő. Néhány oltott betegben emelkedett a CD4+ sejtszám, a vérben mérhető vírusrészlet mennyisége lényegesen nem változott.

Elméleti szempontból igen érdekesek W.E. Paul elgondolásai, melyek szerint a teoretikus immunológia legújabb felismerései alapján lehetne a vakcinák hatékonyságát fokozni. Ilyen lehetőségek pl.: a) az effektív antigén prezentációt elősegítő CD28 expressziójának fokozása a T sejteken (mint később látni fogjuk, ez valószínűleg a közeljövőben gyakorlati alkalmazásra is kerül) b) az apoptózis csökkentése különböző inhibitorok segítségével és c) az immunizálás IL-4 antitest és/vagy IL-12 jelenlétében való elvégzése, abból a célból, hogy a létrejövő immunválasz ne TH2, hanem TH1 típusú, tehát feltehetően protektív legyen.

Az immunológiai rekonstitúció lehetőségei

A terápiás előadások egyik záró kérdése igen gyakran az volt, hogy ha a HIV replikációt sikerül a szervezetben minimálisra csökkenteni, akkor a károsodott immunrendszer magától is helyre áll-e a fertőzöttek szervezetében, vagy ennek elérésére szükséges-e az immunrendszer rekonstituálását célzó kezelés. Ilyen kezelési módok már ma is rendelkezésünkre állnak. A legtöbb szó ezek közül az IL-2 terápiáról esett. Az IL-2 kezelés első eredményeiről a Fauci munkacsoport már korábban is beszámolt ugyan, de ma már több csoport is nagyobb beteganyagot kipróbálta ezt a terápiát. Davey és mtsai (We.B.290) sc. adták az IL-2-t, így sikeresen csökkentve ennek toxicitását. Antiretrovirális kezeléssel kombinálva, igen nagy dózisban (7.5 millió IU naponta kétszer, 5 napon át, négyhetenként) a CD4 sejtszám csaknem kétszeresére való növekedését (ml-enként 565-ről 1019-re) észlelték 3 hónap alatt. A HIV-RNS szint azonban nem változott ez alatt az idő alatt.

Carr és mtsai (We.B. 292) antiretrovirális kezeléssel együtt iv., ill. PEG-el kombinálva sc. adott

IL-2 és az egymagában alkalmazott antiretrovirális kezelés hatékonyságát hasonlították össze. A CD4 sejtszámot csak az iv. terápia befolyásolta jelentősen (ml-enként 305-ről 520-ra nőtt a CD4 sejtszám a kezelt 27 betegben), a HIV-RNS szintben változást ők sem észleltek. Kedvező klinikai változásokat vagy legalább is a HIV betegség stabilizálódását észlelte IL-2 kezelés hatására két másik csoport (Timmerman és mtsai, Th.B.4175 és Ollila-Pickus és mtsai, We.B.3197) is.

Elméleti szempontból igen érdekes volt Lempicki et al. (Tu.A.382) előadása, akik bizonyították, hogy az IL-2 kedvező terápiás hatását valószínűleg azáltal fejtik ki, hogy megakadályozza a CD8 sejtek (az immunaktiváció következtében létrejövő) osztódásra és ezáltal működésre képtelenné válását. Skolnik et al. (Mo.A.141) vizsgálatai szerint pedig az IL-15 cytotoxikus T sejteket stimuláló hatása legalább olyan erős, mint az IL-2-é, de in vitro a fertőzött sejtek HIV-termelését ez a citokin kevésbé fokozza.

Más immunrekonstitúciós lehetőségekről is beszámoltak a konferencián. Így érdekes a dinitrochloro-benzene (DNCB) ismételt bőrön való alkalmazása útján elért rendkívül kifejezett in vivo antivirális hatás (Stricker et al., Th.B.4182), és a leukocyták dialízis-érzékeny extractumából kivont IMREG-1 és IMREG-2 erőteljes immunstimuláló aktivitása (Gottlieb és mtsai, Tu.A.270). A leglényegesebb eredménynek kétségen kívül az látszik, melyek szerint immobilizált anti-CD28 segítségével tenyészetben a CD4 sejtek száma nagymértékben megnövelhető, és e sejtek a kezelés hatására rezisztenssé válnak a HIV-vel szemben (StLouis és mtsai, Tu.A.271). Szerzők szerint az így „előállított” HIV-re rezisztens sejtek a visszajuttathatók a szervezetbe az immunrendszer helyreállítása, ill. génterápia céljából.

Végül még egy lehangoló eredményről kell beszámolnom ezen a téren. Hosszú idő óta él a remény, hogy a fertőzöttek vakcinációjával a HIV betegség lefolyása lassítható. Két nagy (csaknem 300, ill.

több, mint 600 betegen végzett) randomizált, placebóval kontrollált vizsgálat eredménye is most került bemutatásra (Tsoukas et al Tu.A.274, ill. Birx et al., Tu.A.275) A 2-4 évig két fajta gp160 vakcinával immunizált betegek kórlefolýása semmiben sem különbözött a placebóval oltott kontrollokétól.

Immungenetikai faktorok szerepe a HIV betegség progressiójában

A konferencián lehangzott több előadás, ill. bemutatott poszter is megerősítette azt a korábbi konklúziót, amely szerint egyes HLA alleleket hordozókban az átlagosnál gyorsabban, más allelek hordozóiban pedig az átlagosan lassabban progrediál a HIV betegség. Így Theodoru és mtsai (Tu.B.195) francia hosszú ideig nem progrediáló, ill. átlagosan progrediáló HIV betegekben végeztek HLA meghatározásokat. A két csoport között a HLA-A3 (21.8, ill. 9.2%, p=0.0019), a HLA-B27 (11.0, ill. 3.1%, p=0.0036) és a HLA-DR1 (17.2, ill. 7.0%, p=0.0053) frekvenciában észleltek különbséget, ezek az allelek tehát védelmet jelenthetnek a betegség progressiója ellen, annál is inkább, mert a második csoportban ezeknek a géneknek a frekvenciája megegyezett az átlagos francia populációban találttal. A HLA-B27 hordozás protektív jelentőségére mutattak Ashton et al. (Tu.C.551) ausztráliai non-progresszorokban végzett, és Kroner et al. (Tu.C.2565) haemophiliás testvérpárokban végzett vizsgálatait, akik a HIV fertőzéssel szembeni rezisztencia és a HLA-B27 hordozás között találtak szignifikáns összefüggést.

A HIV gátlása interleukin 16-al

Cikk: Baier M. és mtsai. - Nature 378, 563, 1995.

A CD8+ sejtek olyan citotoksikus felhárít vagy felhárítók termelnek, amelyek gátolják a HIV-1 és a HIV-2 vírus replikációját a fertőzött sejtben. A CD8+ sejtek és a vírusgátló hatás valószínűleg a szervezet egyik legfontosabb védelmi mechanizmusa a HIV-betegség progressiójának csökkenésére. Ezt igazolja, hogy a tünetmentes újdonszármazó fertőzött CD8+ sejteket aktiválva elegendő maguk, a tünetes fertőzött sejtjeit megsemmisítve. A tünetmentes fertőzött CD8+ sejteket továbbra is meg lehet aktiválni, ami megkönnyíti a vírus replikációját. Tehát a tünetmentes fertőzött CD8+ sejtek, sokan nemcsak a vírus replikációját gátolják, hanem a tünetmentes fertőzött CD8+ sejteket is. A tünetmentes fertőzött CD8+ sejteket a vírus replikációja gátolja, ami megkönnyíti a vírus replikációját. Tehát a tünetmentes fertőzött CD8+ sejteket a vírus replikációja gátolja, ami megkönnyíti a vírus replikációját. Tehát a tünetmentes fertőzött CD8+ sejteket a vírus replikációja gátolja, ami megkönnyíti a vírus replikációját.

Természetesen csak a kísérletek nem bizonyítják, hogy a CD8+ sejtek aktiválása hatékonyan gátolja az HIV-1-16-ot találtak. (1) Kísérletek elvégzésekor azonban már a jelen eredmények alapján feltételezhető, hogy az HIV-16 fertőzés előfordulhat a fertőzött sejtben. Összességére az, de az a feltevéstől eltérően tartja A.S. Fauci is, aki a Nature-nál Baier és mtsai cikkét kommentáló szerkesztői közleményét (278, 561, 1995) írt.

A HIV fertőzés prevalenciája az Egyesült Államokban 1984 és 1992 között

Cikk:

Az 1984 és 1992 között az USA-ban a HIV fertőzés prevalenciájának vizsgálata a fertőzés terjedését és a betegség előfordulását mutatja. A fertőzés terjedését a HIV-1 vírus terjedése okozza, amely a fertőzött sejtjeit megsemmisíti. A fertőzés terjedését a HIV-1 vírus terjedése okozza, amely a fertőzött sejtjeit megsemmisíti. A fertőzés terjedését a HIV-1 vírus terjedése okozza, amely a fertőzött sejtjeit megsemmisíti. A fertőzés terjedését a HIV-1 vírus terjedése okozza, amely a fertőzött sejtjeit megsemmisíti.

ah1006031.jpg

<http://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah1006031.jpg>

Mint látható, valamennyi vizsgálat megerősítette a HIV-16 fertőzés terjedését és a betegség előfordulását. Tehát a tünetmentes fertőzött CD8+ sejteket a vírus replikációja gátolja, ami megkönnyíti a vírus replikációját. Tehát a tünetmentes fertőzött CD8+ sejteket a vírus replikációja gátolja, ami megkönnyíti a vírus replikációját.

A HIV fertőzés visszafejlődése 12 perinatálisan fertőzött



Magyarországi HIV/AIDS Terjedését és Ellenőzését Elősegítő Alapítványok Egyesülete (MAGYHIV). Az egyesület célja az HIV/AIDS elleni megelőzés, oktatás, információszolgáltatás, valamint a fertőzöttek számára nyújtott pszichológiai és társadalmi támogatás biztosítása.

A HIV fertőzés megelőzésére az életmódot is meg kell változtatni. A legbiztonságosabb módszer az egyidős szexuális kapcsolat tartása. A legbiztonságosabb szexuális kapcsolat az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat.

A HIV fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.

A HIV fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.

A génekből rejlik a HIV-fertőzés iránti rezisztencia

Cikk: Fauci A.S. - Nature Medicine 2, 966, 1996.

Egy brit kutatócsoport új felismerést tett fel az HIV-fertőzés iránti rezisztenciáról. A rezisztencia az a képesség, hogy a szervezet képes legyen ellenállni az HIV-fertőzés elleni támadásoknak. A rezisztencia genetikai eredetű, és a HIV-fertőzés elleni védekezésben fontos szerepet játszik.

A kutatócsoport új felismerést tett fel az HIV-fertőzés iránti rezisztenciáról. A rezisztencia az a képesség, hogy a szervezet képes legyen ellenállni az HIV-fertőzés elleni támadásoknak.

A lorivide, lamivudine és zidovudine hármas kombinációjával HIV fertőzött betegekben végzett előzetes vizsgálat virológiai és immunológiai analízise

Cikk: Staszewski S és mtsai - AIDS, 10, F1, 1996.

A HIV-fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.

A HIV-fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.

A primer HIV-fertőzés: Új orvosi szükséghelyzet?

Cikk: Jolles S és mtsai - Brit. Med. J. 312, 1243, 1996

A HIV-fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.

A HIV-fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.

A HIV-fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.

A pávián graft nem tapadt meg, de a beteg testsúlya gyarapszik

Cikk: Taylor R. - Nature Medicine, 2, 259, 1996.

A HIV-fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.

A HIV-fertőzés megelőzése érdekében fontos a szexuális életmód megváltoztatása. A legbiztonságosabb módszer az egyidős, kizárólagos szexuális kapcsolat tartása.



A szexuális magatartás változásai és HIV infekciók csökkenése thaiföldi fiatal férfiak között

Cikk: Nelson, K. E. és mtsai. - New Engl. J. Med. 335, 297, 1996

Thaiföldön a HIV-járvány nem régves kezdődött. 1988-ban vált nyilvánvalóvá, hogy a HIV-epidémia dráma módon elterjedt az új, különböző nemű kiűlt férfiakban. Ezek a férfiak többsége volt nyugatiakkal, akiket országokra vezdosmon vitáznak 1989 óta. Ezek során kiértékelt, hogy Thaiföld északi tartományában igen magas a HIV-epidémia, különösen a prostituáltok körében. Váltakozott módon az adatokra, a minisztérium egy 1995-os kerdőmondatos felmérésén alapulva 1996-ban az epidémia terjedését az országban az új, különböző nemű kiűlt férfiak között. Ennek eredményeként a Thaiföldi HIV-epidémia a legújabb HIV-epidémia. Az új, különböző nemű kiűlt férfiak között a HIV-epidémia dráma módon elterjedt az új, különböző nemű kiűlt férfiak között. A Thaiföldi HIV-epidémia a legújabb HIV-epidémia. Az új, különböző nemű kiűlt férfiak között a HIV-epidémia dráma módon elterjedt az új, különböző nemű kiűlt férfiak között.

Abstract és **Keywords**: Thaiföldön a HIV-járvány nem régves kezdődött. 1988-ban vált nyilvánvalóvá, hogy a HIV-epidémia dráma módon elterjedt az új, különböző nemű kiűlt férfiak között. Ennek eredményeként a Thaiföldi HIV-epidémia a legújabb HIV-epidémia. Az új, különböző nemű kiűlt férfiak között a HIV-epidémia dráma módon elterjedt az új, különböző nemű kiűlt férfiak között.

háttérinformációk elterjedési kampány fejlesztése során elvégezték.

A szérumban mért HIV-1 RNS szintek és az AIDS kifejlődéséig eltelt idő közötti összefüggés a Multicentrikus Hemofilia Cohort Vizsgálatban

Cikk: O'Brien T.R. és mtsai - JAMA 276, 105, 1996

Abstract és **Keywords**: A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása. A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása. A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása.

Introduction, **Methods**, **Results**, **Conclusions**: A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása. A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása. A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása.

A vér és vérkészítmények transzfúziójával kapcsolatos AIDS esetek előfordulásának változásai Európában és az Egyesült Államokban 1985 és 1993 között

Cikk: Franceschi S. és mtsai - Brit. Med. J. 311, 1534, 1995.

Abstract és **Keywords**: A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása. A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása. A HIV-1 RNS szintek azonosításának célja az AIDS megelőzésének azonosítása.



A vírus klirensz kinetikája a plazmában, a perifériás vérében és a nyirokcsomókban

Cikk: Lefeuillade A. és mtsai - AIDS, 10, 801, 1996.

Más névvel ismert lehet, hogy a HIV területe, a vírus klirensz kinetikája vizsgálata az AIDS elterjedésének azonosításában és megelőzésében fontos szerepet játszó témakör. A klirensz a szervezetben a vírus terjedését szabályozó tényező, amely a vírus klirensz kinetikáját szabja meg. A klirensz a szervezetben a vírus terjedését szabályozó tényező, amely a vírus klirensz kinetikáját szabja meg. A klirensz a szervezetben a vírus terjedését szabályozó tényező, amely a vírus klirensz kinetikáját szabja meg.

Alkotmányos megnevezés: A rendeltetés és a megnevezés lényeg az a terület, amelyen azonos nemű férfiakban, hogy milyen sebességgel terjednek azok a vírusok, amelyek a plazma klirensz elvételét és a vérplazmát.

AIDS Világkonferencia a "One World. One Hope" jegyében. (Vancouver, 1996. július 7-12.)

Cikk: Dr. Bolváry Katalin - (Nemzeti Egészségvédelmi Intézet)

A XI. Nemzetközi AIDS Konferencia 125 ország 15 000 résztvevővel az AIDS elterjedésének azonosításában és megelőzésében fontos szerepet játszó témakör. A klirensz a szervezetben a vírus terjedését szabályozó tényező, amely a vírus klirensz kinetikáját szabja meg. A klirensz a szervezetben a vírus terjedését szabályozó tényező, amely a vírus klirensz kinetikáját szabja meg.

Az antiretrovirális kezelés lehetőségei, - új remények. Beszámoló a XI. Nemzetközi AIDS Konferencia legfontosabb terápiás eredményeiről.

Cikk: Bánhegyi Dénes dr. - (Fővárosi Szent László Kórház Immunológiai Osztály, Budapest)

A július 7-12. között megrendezésre került konferencia jelszava a "One World, One Hope" volt, és valóban ez volt hosszú évek óta az a konferencia, melyen reális, reményekre jogosító kezelési lehetőségekről szóáltak be a résztvevők. Scott A. Hammer (Boston, USA) az első nap plenáris előadásában összefoglalta a HIV patogenezis, az antiretrovirális terápia és a vírusmennyiség mérésének legfontosabb eredményeit. Nagy klinikai vizsgálatok egyértelműen bizonyították a kombinációs nukleozid-analóg kezelések előnyét a monoterápiával szemben, mely a betegek túlélésében is megnyilvánult.



azonban egyértelműen kijelöli a gyógyszerfejlesztés, valamint a racionális, ám agresszív kezelések fontosságát.

A HIV betegség patogenezisének klinikai vonatkozásai:

David Ho (Aaron Diamond AIDS Research Centre, USA) plenáris előadásában ismertette a HIV dinamikáját, azaz vizsgálatai szerint a viraemia 99%-a két naponta újratermelődik, a virionok fele 6 óránál gyorsabban tűnik el a keringésből, az aktívan vírusstermelő sejtek pusztulási félideje 1,6 nap. Mindez napi 10 milliárd vírus újratermelését jelenti. A vírusrészecske klinikai jelentőségét támasztják alá azon adatai, melyek szerint a HIV fertőzést követően mintegy kilenc hónap múlva egy egyensúlyi állapot (set point) alakul ki, melyért maga a vírus, valamint a fertőzött szervezet immunrendszere együttesen felelősek. Az ebben az időben mért plazma vírusrészecske prognosztikus, nevezetesen minél nagyobb a vírusrészecske, annál nagyobb a valószínűsége a HIV betegség gyors progressziójának, minél alacsonyabb, annál lassabb a progresszió. Adatai szerint egy vizsgált csoporton a 36300 vírusrészecske/ml-nél magasabb vírusrészecske esetén az AIDS progressziója 5 éven belül 62%-os valószínűségű, míg a 4530 alatti vírusrészecske esetén ennek valószínűsége csupán 8%. Ezen adatok függetlenek az ebben az időpontban mért CD4+ sejtek számától. Mindezen adatok tükrében a plazma vírusrészecske mérése nagyon hatékony prognosztikai eszköz a klinikus kezében.

Újabb antiretrovirális vegyületek és gyógyszerek a klinikai vizsgálatok tükrében.

1. Nukleozid reverz transzkriptáz inhibitorok.

Két újabb NRTI analóggal bővült ez a csoport, az USA-ban regisztrálták a lamivudine-t, 3TC, Epivir (Glaxo Wellcome) és a stavudine-t, d4T, Zerit, (ezen vegyületek közül a 3TC már rendelkezésünkre áll, a d4T reményeink szerint még ebben az évben szintén hozzáférhetővé válik). új, fázis II vizsgálatban lévő purinanalog a 1592U82, melynek dóziseszkalációs vizsgálatai most folynak.

A Delta klinikai vizsgálat, - mely elsőnek igazolta, hogy a NRTI kombinációi (mind a ZDV/DDC, mind a ZDV/DDI) klinikailag és túlélés szempontjából is előnyösebb a ZDV monoterápiánál, - virológiai vizsgálatai a betegek mintegy felénél mutattak ki ZDV rezisztens vírus mutánsokat, ugyanakkor csak ritkán DDC vagy DDI rezisztenciát (Diane Descamps, Bichat, Franciaország). Ezzel párhuzamosan a rezisztens mutánsok megjelenésével emelkedett a plazma vírusrészecske is. Újabb NRTI kombinációkról is beszámoltak a már ismert ZDV/DDC, ZDV/DDI és ZDV/3TC mellett. A DDI/d4T és a d4T/3TC tűnnek a legígéretesebbeknek. Korlátozottan hatékonyak bizonyultak a DDI/hydroxylurea kombináció is. Néhány családorvosi centrum a teljes NRTI spektrum együttes használata (ZDV/DDC/DDI/3TC/d4T) mellett a vírusreplikáció nagymértékű csökkenéséről számolt be rövid idejű vizsgálatokban.

2. Proteáz inhibitorok.

Az (aspartyl)-proteáz egyike a négy HIV-kódolt enzimeknek, mely lehetséges támadáspontja lehet egy antiretrovirális kezelésnek. A vírus transzláció során szintetizálódó gag és gag-pol polyproteinek ezen enzim segítségével darabolódnak fel funkcionáló struktúr és enzim fehérjékké (p17, p24, p7, p6, proteáz, reverz transzkriptáz, ribonukleáz és integráz). Amennyiben ez lépés nem következik be, úgy a képződő, éretlen HIV nem rendelkezik fertőzőképességgel. A proteáz aktív kötőhelyét gátló vegyületek szintézise mintegy öt évvel ezelőtt kezdődött és most számoltak be részletesen klinikai alkalmazásuk első eredményeiről. A legjobban vizsgált három vegyület ma már gyógyszerre vált. Ezek a következők: saquinavir, SQV, Inviráz (Roche); ritonavir, RTV, Norvir (Abbott); és indinavir, IDV, Crixivan (MSD).

A SQV a legjobban vizsgált PI, bioavailabilitása alacsony (4%), a plazma fehérjékhez erősen kötődik (98%), alacsony toxicitással, relatív lassan kialakuló rezisztenciával. Két nagy klinikai vizsgálatot végeztek, az egyik az ACTG 229, a másik az európai SV14604 (ez utóbbi még folyik, és osztályunk is részese a vizsgálatnak). A SQV leghatékonyabbnak 3 x 600 mg-os adagban bizonyult ZDV és DDC kombinációban. A legalább 48 hetes vizsgálatban a CD4+ sejtszám átlag 33 sejt/ml-el emelkedett, a plazma vírusrészecske tartósan csökkent (0,74 - 0,23 log10) előzetesen tartósan ZDV-vel előkezelt betegeken. Monoterápiában 3-6 x 1200 mg-os adagban vizsgálták, ez utóbbiban átlag 100 sejt/ml



CD4+ emelkedést találtak, 24 héten át.

A RTV klinikai vizsgálatai még jelenleg is folynak, a SQV-vel összehasonlítva a bioavailabilitása jobb (60-70%), szintén erősen kötődik a plazmafehérjékhez, mellékhatásai közül a hányinger, perioralis paresthesia említendő. Sven Danner (Academic Medical Centre) és Christine Katlama (Hospital Pitie-Salpetriere, Franciaország) adatai alapján ZDV/DDC nukleozid kombináció mellé adott 2 x 600 mg RTV hatására 100 - 160 sejt/ml CD4+ emelkedést észleltek és a plazma vírusmennyiség átlag 2,4 log₁₀-zel csökkent. Jelentősen kötődik a cytochrom p450-hez (CYP-3A4), ezért számos gyógyszer metabolizációját megváltoztatja. Rezisztenciát észleltek, azonban profilja különbözik a SQV-től. SQV-vel együttadva emeli ennek plazmaszintjét, és a későbbiekben a PI-kal történő kombinációs kezelésében ezen kombináció alkalmazása szóba jön.

Az IDV hasonlóan aktív PI, mint a RTV, bioavailabilitása alacsonyabb nála, azonban kevésbé kötődik a plazmafehérjékhez, ezért a szövetekben és a központi idegrendszerben magasabb koncentrációk alakulnak ki, mellékhatásai közül a vesekőképződés emelhető ki. Monoterápiában alkalmazva viszonylag gyorsan alakul ki rezisztencia, mely hasonló a RTV-éhoz. Michael Saag (University Alabama, USA) előadása szerint a ZDV/3TC nukleozid kombinációhoz adott IDV (3 x 800 mg) tartósan emelte a CD4+ számot és mintegy századrészére csökkentette a plazma vírusmennyiséget.

Újabb vegyületek: Nelfinavir, NFV, Viracept (Agouron), non-peptid PI, hatáserevése hasonló az előzőekhez, jelenleg klinikai fázis III vizsgálatban van. Vx-478 Ventex (Glaxo Wellcome) a fázis I/II értékelése befejeződött, kezdődnek a fázis III vizsgálatok. KNI 272 és KNI 241: peptid alapú allophenylnorstatine derivátumok, preklinikai vizsgálatban vannak. Dihydroxycoumarin származékok, ezek ebben a csoportban már 3. generációs számítanak, a vezető vegyület az U140690. Az első generáció nem volt elég hatékony, a második generációs vegyületek humán fázis 1/2 vizsgálatban hepatotoxikusnak bizonyultak.

3. Non-nukleozid reverz transzkriptáz inhibitorok.

A non-nukleozid reverz transzkriptáz inhibitorok (NNRTI) a HIV replikáció gátlásának különleges csoportját képviselik, első fejlesztésükre még 1990 előtt került sor, azonban a kezdeti in vitro valamint klinikai vizsgálatok a hatékonyságukon túl a rezisztens mutánsok rendkívül gyorsan, napok alatt végbe menő kialakulását igazolták, ezért fejlesztésük és vizsgálatuk háttérbe szorult. A vegyületek különböző kémiai csoportokba tartoznak, közös jellemzőjük, hogy csak a HIV-1 ellen hatékonyak és közvetlenül, foszforiláció nélkül gátolják a reverz transzkriptáz enzimet, természetesen nem épülnek be keletkező DNS láncba. Aránylag atoxikus vegyületek, leggyakoribb mellékhatásuk a bőrkiütés, mely az esetek nagy részében átmeneti és nem akadályozza a további kezelést. Az azóta elvégzett vizsgálatok kimutatták, hogy még monoterápiában alkalmazva is a betegek egy bizonyos csoportjánál nem alakul ki rezisztencia, és ezen betegeknél az antiretrovirális hatás hosszú ideig megmarad. David Cooper foglalta össze az ezen csoportba tartozó vegyületekkel végzett klinikai vizsgálatok eredményeit. A klinikai vizsgálatokat olyan tünetes HIV fertőzött betegeken végezték, akik CD4 + sejt száma < 350/ml volt, és általában NRTI kezeltek voltak. A vizsgálatokba bevont vegyületek a nevirapine (NRV), Boehringer Ingelheim; a delavirdine (DLV), Pharmacia Upjohn; és loviride (LVD), Janssen voltak. Mark Wainberg (McGill AIDS Centre, Kanada) számolt be egy Ausztráliában, Hollandiában, Kanadában és Olaszországban folytatott ZDV/DDI/NRV klinikai vizsgálatról (2 x 200 mg), mely a plazma vírusmennyiség csökkenése mellett a NRV rezisztencia lassú kialakulását is igazolta. Ezen vizsgálatok tükrében igazolni látszott az a feltételezés, hogy a jelentősen csökkentett vírusreplikáció a rezisztens mutánsok kialakulását nagymértékben gátolja. William Freimuth (Pharmacia Upjohn, USA) vizsgálatai szerint a "standard of therapy", SOT mellé adott DLV (3 x 600 mg) tartósan és jelentősen csökkentette a HIV replikációt és mérsékelten emelkedett a CD4+ sejt szám, kevesebb HIV-hez társuló betegség jelentkezett, (ilyen európai - ausztráliai vizsgálatban vesz részt osztályunk is). Az LVD (alpha-APA derivátum) most került fázis III vizsgálatokba, Slomo Staszewski számolt be 3 x 200 mg-os dózisu kombinált eredményekről, melyek biztatóak.

4. Integráz inhibitorok

A vírus specifikus kettős DNS lánc a HIV eredetű integráz enzim segítségével kerül a fertőzött sejt kromoszóma állományába. Az AR-177 (Zintevir) egy oligonukleozid derivát (17 db) in vitro

hatékonyan gátolja az integrázt, hátránya, hogy csak parenterálisan adható, az eddigi klinikai vizsgálatok szignifikáns plazma vírusmennyiség csökkenést nem igazoltak.

Újszerű alkalmazási területei lehetnek ezen vegyületeknek a postexpoziációs profilaxis (fertőzött túsérülések), valamint a vertikális transzmisszió (HIV fertőzöttek terhessége) gátlása.

5. Immunmodulátorok

A nyolcvanas évek elején alkalmazott immunmodulációs és immunstimuláló kezelések vakvágánynak bizonyultak elsősorban azért, mert minden esetben együtt jártak a HIV replikáció ugrásszerű növekedésével és hosszabb távon a betegség gyorsabb progresszióját eredményezték. Ma amikor hatékony kombinációs kezeléssel a HIV replikációját nagymértékben vissza lehet szorítani, ezen kezelések ismét előtérbe kerültek (részletesen l. előző cikk).

Néhány kiemelés (nagyon szubjektív)

Martin Markowitz (Aaron Diamond AIDS Research Centre, USA) 12 korai HIV fertőzött betegről számolt be, akiknél kombinált (ZDV/3TC/IDV) antiretrovirális kezeléssel sikerült a vírus replikációt a mérhető szint alá csökkenteni kilenc hónapon át és most nyirokcsomó biopsziákat terveznek, hogy ott is megszűnt-e a vírusreplikáció. Ez már felveti annak a lehetőségét, hogy a fertőzés korai időszakában esetleg tartósan fel lehet függeszteni a replikációt, esetleg eliminálhatóvá válik a HIV!?

Joep Lange (Academic Medical Centre, Hollandia) előadásában a korai, intenzív kombinált kezelést ajánlotta, felvetve annak a lehetőségét, hogy egy ilyen intenzív 3 - 4 hónapos kezelést követően a vírusreplikáció tartós visszaszorítása után esetleg monoterápiával lehet folytatni a fenntartó kezelést egészen addig, amíg a replikáció újra megindul, amikor egy újabb intenzív kezelési periódus következne. Ez a kezelés hasonló a daganatos betegségekben sikeresen alkalmazott terápiákhoz. Véleménye szerint elérhető közelségbe került a tartós ?remisszió?, akár 5-10 évre is.

A foglalkozási HIV-expozíció kérdése. A CDC ajánlása a post-expozíciós profilaxisra (PEP) a ZDV/3TC/IDV kombinációt 3-6 héten át. Emellett szóba jön a ZDV/NVR kombináció adása PEP-ra. Ez utóbbi racionalitása, hogy a NVR rendkívül hatékony NNRTI, és ilyen rövid profilaxisban nem hátrány a relatív gyors rezisztencia kialakulás. Felvetették a pre-expozíciós NNRTI kezelést sebészeknél, figyelembe véve ezen vegyületek atoxicitását. Természetesen mindezek további adatgyűjtést igényelnek.

A vertikális transzmisszió csökkentésének első eszköze a ZDV kezelés volt, mely 60%-kal csökkentette a magzati fertőzést. A magzati fertőzések döntően a terhesség késői szakaszában és a szülés alatt jönnek létre, ezért várhatóan egy hatékonyabb, kombinált és rövidebb idejű profilaxissal a transzmissziót akár 2%-ra (a jelenlegi egy tizedére) lehet csökkenteni.

Évek óta tartó multinacionális klinikai vizsgálatok eredményéről számolt be Luc Perrin (Egyetemi Kórház, Genf, Svájc) akut HIV tünetegyüttes agresszív, kombinált antiretrovirális kezelésével kapcsolatban. ZDV/DDI kezelés hatására a kezdeti viraemia gyorsabban csökkent és a HIV-hez társuló betegségek, az AIDS is ritkábban alakultak ki a kezelt betegeknél a csak monoterápiában ill. nem-kezelt csoporttal összehasonlítva.

Az antiretrovirális kezelés stratégiája várhatóan rövid időn belül változni fog. Azoknál a HIV fertőzött személyeknél, akiknek plazmájában magas HIV RNS kópiaszámot mérünk, akiknél tehát a HIV betegség progressziója várható, - a CD4+ sejtszámuktól függetlenül - kombinált kezelés javasolt, mely kombináció két NRTI-t és egy PI-t tartalmaz. Ezen kezelés hatékonyságát monitorozni lehet további plazma vírusmennyiség méréssel. Így, mintegy személyre szabottan lehet kiválasztani a leghatékonyabb kezelést. A fertőzötteknek közvetlen érdeke lesz a minél korábbi kezelés, hiszen túlélési esélyeik és betegség mentes éveik jelentősen nőnek (jelen becslések szerint 5-10 évvel). Számunkra most az a legfőbb feladat, hogy a leghatékonyabb kombinációk bevezetésére és a vírusmennyiség mérésére megteremtjük itthon is a feltételeket.

Végül, de nem utolsó sorban, ezúton is szeretném megköszönni a Hoffmann La Roche cég



Értek	12,2 millió
sők	8,8 millió
gyermek	0,8 millió
Összesen	21,8 millió

HIV/AIDS eloszlás hazánkban 1995-ben

Iskolák	1 000 000
Értek	600 000
sők	400 000
gyermek	300 000
Összesen	1 300 000

HIV fertőzött személyek száma

Iskolák	25,5 millió
Értek	14,9 millió
sők	10,5 millió
gyermek	2,4 millió
Összesen	27,8 millió

Az AIDS miatt keletkezett esemény

Iskolák	6,1 millió
Értek	3,5 millió
sők	2,6 millió
gyermek	1,6 millió
Összesen	7,7 millió

Külföldi HIV/AIDS eloszlás hazánkban

Iskolák	4,5 millió
Értek	2,6 millió
sők	1,9 millió
gyermek	1,3 millió
Összesen	5,8 millió

Az adatokhoz kapcsolódó kommentár: A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.

A WHO adatai alapján 1995-ben 21,8 millióan éltek HIV fertőzött személyként a világon. Ebből 12,2 millióan Európában, 8,8 millióan Ázsiában, 0,8 millióan a fejlődő országokban, és 21,8 millióan az Amerikai Egyesült Államokban éltek.

A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.

A WHO adatai alapján 1995-ben 21,8 millióan éltek HIV fertőzött személyként a világon. Ebből 12,2 millióan Európában, 8,8 millióan Ázsiában, 0,8 millióan a fejlődő országokban, és 21,8 millióan az Amerikai Egyesült Államokban éltek.

A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.

A WHO adatai alapján 1995-ben 21,8 millióan éltek HIV fertőzött személyként a világon. Ebből 12,2 millióan Európában, 8,8 millióan Ázsiában, 0,8 millióan a fejlődő országokban, és 21,8 millióan az Amerikai Egyesült Államokban éltek.

A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.

A WHO adatai alapján 1995-ben 21,8 millióan éltek HIV fertőzött személyként a világon. Ebből 12,2 millióan Európában, 8,8 millióan Ázsiában, 0,8 millióan a fejlődő országokban, és 21,8 millióan az Amerikai Egyesült Államokban éltek.

A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.

A WHO adatai alapján 1995-ben 21,8 millióan éltek HIV fertőzött személyként a világon. Ebből 12,2 millióan Európában, 8,8 millióan Ázsiában, 0,8 millióan a fejlődő országokban, és 21,8 millióan az Amerikai Egyesült Államokban éltek.

A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.

A WHO adatai alapján 1995-ben 21,8 millióan éltek HIV fertőzött személyként a világon. Ebből 12,2 millióan Európában, 8,8 millióan Ázsiában, 0,8 millióan a fejlődő országokban, és 21,8 millióan az Amerikai Egyesült Államokban éltek.

A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.

A WHO adatai alapján 1995-ben 21,8 millióan éltek HIV fertőzött személyként a világon. Ebből 12,2 millióan Európában, 8,8 millióan Ázsiában, 0,8 millióan a fejlődő országokban, és 21,8 millióan az Amerikai Egyesült Államokban éltek.

A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.

A WHO adatai alapján 1995-ben 21,8 millióan éltek HIV fertőzött személyként a világon. Ebből 12,2 millióan Európában, 8,8 millióan Ázsiában, 0,8 millióan a fejlődő országokban, és 21,8 millióan az Amerikai Egyesült Államokban éltek.

A hazánkban élő HIV fertőzött személyek száma 27,8 millióra nőtt, ami a hazai lakosság 10,5%-át teszi ki. A legtöbb fertőzött személy a férfiak között él, akiknek száma 14,9 millióra nőtt. A nők között 10,5 millióan, a gyermekek között pedig 2,4 millióan élnek HIV fertőzött személyként.



HIV-1 átvitel emberi harapás által

Cikk: Vidmar, L. és mtsai. - Lancet 347, 1762, 1996

A HIV-1 emberi harapás által történő átviteléről eddig igen kevés bizonyított adat látható a szakirodalomban. A fertőzés első jelei általában 12 héttel a harapás után jelentkeznek, hasonlóan a fertőzés által okozott akut retrovírus fertőzéshez. A fertőzés forrásának azonosítása azonban nehéz feladat. A fertőzés a harapás során történhet, a harapás során a fertőzött személy vérének a sebbe kerülése okozhatja a fertőzést. A fertőzés a harapás során történhet, a harapás során a fertőzött személy vérének a sebbe kerülése okozhatja a fertőzést.

A fertőzés átviteléről az elmúlt években számos tanulmány készült. A fertőzés a harapás során történhet, a harapás során a fertőzött személy vérének a sebbe kerülése okozhatja a fertőzést. A fertőzés a harapás során történhet, a harapás során a fertőzött személy vérének a sebbe kerülése okozhatja a fertőzést.

Ez az eset egy lehetséges bizonyíték arra, hogy a HIV-1 fertőzés átvitelére képes a harapás, ami a fertőzés forrásává válhat, ha a fertőzött személy vérének a sebbe kerülése okozza a fertőzést.

HIV/AIDS Magyarország, 1996 szeptember 30.(táblázatok)

Cikk: (Epiinfo, 3/41, 1996.X.16.)

A nyilvántartott HIV-fertőzött személyek nemenkénti megoszlása a verifikálás éve szerint

[ah1005071.jpg](#)

<http://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah1005071.jpg>

*módosított adatok

A bejelentett AIDS betegek megoszlása a megbetegedés éve és nemek szerint

[ah1005072.jpg](#)

<http://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah1005072.jpg>

*Az AIDS diagnózis táblázatának éve

II. Nemzeti AIDS Konferencia (meghívó)

Cikk:

A Nemzeti AIDS Bizottság megrendezi a II. Nemzeti AIDS Konferenciát. A konferencia interdiszciplináris a HIV/AIDS epidemiológiai, virológiai, klinikai, és ápolási, pszichoszociális, megelőzési és társadalmi vetületeit foglalja magába, melyek előadásokon, valamint poszter szekciók keretében kerülnek ismertetésre ill. megvitatásra.

Három témakörben szervezünk kerekasztal megbeszélést: "A szexipar és prostitúció szerepe a HIV/AIDS járványban", "Újabb eredmények a HIV/AIDS kutatásban" " A drogfogyasztás és HIV fertőzés kockázata"

A konferencia helyszíne: MEDOSZ SZÁLLODA
Budapest VI. Jókai tér 9.

A konferencia időpontja:1996.december 5-6.(csütörtök, péntek)

Várjuk mindazok jelentkezését, akik a konferencia iránt érdeklődnek, előadást ill. posztert kívánnak bemutatni.

A jelentkezéseket ill. előadás/poszter kivonatokat kérjük a II.Nemzeti AIDS Konferencia Szervező Bizottsága címére elküldeni:

Dr.Gálné Szendi Katalin, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, 1062, Bp. Andrássy út. 82.



Fax: 131-6112

Az előzetes jelentkezés határideje: 1996.október.3.

Kérjük jelezze, hogy kíván e előadást tartani, ill. poszttert bemutatni.

A jelentkezők címére részletes jelentkezési lapot előadás/poszter kivonatmintát, valamint a részletes költségeket megküldjük.

A konferencia részvételi díja, amely az étkezéseket is magában foglalja: 4000 Ft

Szállás: egyágyas szobában: 1800 Ft, kétágyas szobában: 1500 Ft/nap

A szervezők szándékai szerint a konferencia résztvevői számára korlátozott számban ingyenes részvételt és szállást biztosítunk. Amennyiben ezt igénybe kívánja venni, ezen szándékát is jelezze.

Budapest. 1996.szeptember 18.

Dr.Bánhegyi Dénes sk.

a Szervező Bizottság nevében

Különböző HIV-1 genetikai szubtipusok kimutatása az USA-ban

Cikk: Brodine S.K. és mtsai - Lancet 346, 1198, 1995.

Eddig az USA-ban egyetlen, sem a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzset azonosítottak, amelyet egy olyan zsidó diáknál találtak, aki még az USA-ba érkezése előtt fertőződött meg a vírussal. Jelen cikk az első, amely olyan az USA-ban született amerikai állampolgárok HIV-fertőzéséről számol be, amelyeket A, D, illetve E szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek keltettek elő.

Az USA Hadtengeres és Tengeryelvonásügyi Igazgatóság 1992 óta rendszeresen (hétévente) szervez HIV-1 vizsgálatot. A HIV-1 vizsgálatok közül szándékosan választották ki a fertőzésforrásokat, akik különböző körülmények valószínűsíthetően vezetnek HIV-fertőzéshez, mint például a vértól való fertőzés, közös tűhasználat, közös szexuális kapcsolat stb.

Összesen 24 ilyen esetről számoltak be. A vizsgálatok eredményei szerint a Walter Reed Kórház Kórokozótenyésztési Osztályánál, ahol vagy az ottani HIV-törzsek, vagy a genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

A 5. vizsgálati pontnál 20 nemi aktusát a genetikai analízissel elvégezték. 21 törzset a B, 3-t az E, 3-t pedig az A/B-vevő szubtipusba tartozónak találtak meg. A sem B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek (21:25 éves férfi körül 4 eset) azonban összesen 13 HIV-1 törzset tartalmaztak, amelyeket azonosítottak a különböző körülmények. Mindhárom E szubtipusba tartozó HIV-1 törzset a Thaddeus törzset 1983-ban, a D szubtipusba tartozó HIV-1 törzset pedig Kentonban, 1987-ben, az 1988-as, a típusú HIV-1 törzset határozta ki azonosított HIV-1 törzset és 1994-ben az 1980-ban azonosított HIV-1 törzset.

Számos konkrét megfigyelés és valószínűsítés, hogy a fertőzést amerikai katonák voltak azok, akik a különböző körülmények között HIV-1 törzsetek. Ez azaz lehetséges, hogy a különböző körülmények között HIV-1 törzsetek, amely kiegészítő törzsek fertőzését, mely kiegészítő törzsek fertőzését, mely kiegészítő törzsek fertőzését, mely kiegészítő törzsek fertőzését.

magas HIV-prevalenciájú országokban végzett térségi vizsgálatok szerint. Az ilyen vizsgálatok következtében a HIV-1 globális terjedését célzó különböző törzsek komponensek tekinthetők.

A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Szikével ejtett sérülés és HIV infekció egy sebésznél

Cikk: Ippolito G. és mtsai - Lancet, 347, 1042, 1996

1994. januárjában egy szikével történt sérülés következtében szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

A sérülés utáni vizsgálatok a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Zidovudine-rezisztens HIV-1 prevalenciája gyorsan progrediáló HIV betegségben

Cikk: Garcia-Lerma, G. és mtsai. - AIDS 11, 1292, 1996

Egyes új megfigyelések arra mutatnak, hogy az AIDS-ot megelőzően a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Az eddigi adatok, a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak. A különböző és a fertőzés forrása azonos, hogy megfigyeléseket az elő megfigyelt HIV-1 törzsek között. A genitális vagy szexuális kapcsolatban a közös tűhasználatot végezték el az átlagot, az esetek 80%-ában a B szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek voltak azonosítottak.

Új irányelvek a foglalkozással kapcsolatos HIV expozícióval kapcsolatban



Cikk: Rowe P.M. - Lancet 348, 48, 1996.

Az Egyesült Államok Kétféle HIV-1 vírusa van a Nemzetközi AIDS Társaság ma már ajánlja a kombinált kezelését a hivertartóknak az egészségügyi dolgozóknak bebiztosított HIV-1-esztétis után. Várhatóan már orvos szervezetek is hasonló ajánlásokat jelentenek majd majd a közeljövőben. Egy bizonyos mértékig, az NCI által irányított vizsgálatban az olyan egészségügyi dolgozóknak, akik HIV-1-vírusosok voltak kétféle (különböző) alkalommal, ha az egészségügyi szervezetben és a hivertartóknak kétféle kombinált kezelését ajánlják fel. A kezelés 3 HIV-1-gátlóval együttes adásával áll: a didanosin egy héttel az AZT-t, majd 2150 mg lamivudin (3TC) és napi 34800 mg indinavir kezelést kapják. (Lancet 1996, 348, 48, 1996). Ha lehetséges, a kezelést a betegség, a kezelés és a betegség között egy évvel el kell távolítani. Az egészségügyi dolgozóknak a kezelés a vizsgálati csoportban az AZT-t és az AZT-t az HIV-1-esztétis után ajánlják fel. A CDC megadta az egészségügyi dolgozóknak HIV-1-esztétisét megelőzően 20, vizsgálati időpont vizsgálati eredményeit. A HIV-1-esztétis kockázata 0,2%, ha az egészségügyi dolgozóknak, és 0,1% ha a egészségügyi dolgozóknak ajánlják, hogy az antiretrovirális szerek gátló legyenek a HIV-1-esztétis, ha a HIV-1-esztétis nem károsítja meg az AZT-t, és a HIV-1-esztétis nem károsítja meg az AZT-t, és a HIV-1-esztétis nem károsítja meg az AZT-t, és a HIV-1-esztétis nem károsítja meg az AZT-t.

Új, nem B szubtypusú HIV-1 fertőzések Németországban

Cikk: Ruppach H. és mtsai - Lancet, 347, 697, 1996.

1995-ben szerzett megfertőzött az első E szubtypusú HIV-1 fertőzést egy német államgyógyász, aki ezt egy általános egészségügyi dolgozóval hozta össze. Jelen vizsgálat olyan véletlenes módon közzétett német országokra terjedt ki, kik 1994 októberétől és 1995 márciusáig közötti fertőzések meg a HIV-1-el. A vizsgálat első lépését követik az általános egészségügyi dolgozókat, amely befejező lezár a HIV-1-esztétis gyors vizsgálata megfigyelésével. A pozitív eredmények alapján megfigyelés az ország vagy PCR-ét segítségével vírus-DNS (g)120 VS megfigyelés követésével is. A 9 vizsgált ország közül a szerológiai típusok 5 esetben B, 3-ban E, 1-ben pedig C csoportos jellemzőre mutatott, a szerológiai eredményeket a genetikai következtetés is megerősítette. Az E szubtypusú vírusokat a német országok területén való szerológiai megfigyelés után akörválták, 2 esetben hozzászámolt, egyben pedig heterozimotikus típusú típus. A C szubtypusú típusokat valószínűleg heterozimotikus típusú típusok. A vizsgálat eredménye, tehát az, hogy az új német fertőzések közül véletlenes módon közzétett egyének jelenléte részben nem B HIV-1 szubtypusú fertőzések, arra mutat, hogy a HIV-1-járvány Németországban változik van. Egy hasonló, Spanyolországban végzett vizsgálat során szerkelt meg szerológiai megfigyelést 9 C szubtypusú HIV-1 fertőzést találtak, a 9 fertőzést közül 3 Spanyolországban áll, spanyol országok egyik volt.