



AIDS Híradók (arhiv)

Cikk:

Az AIDS Híradókat 1986-tól 2001-ig előbb kéthavonta, majd negyedévenként adták ki. Szerkesztője Dr. Füst György professzor volt. Jelentősége elsősorban abban állt, hogy magyar nyelven ismertette a HIV/AIDS témában külföldön megjelent cikkeket, tanulmányokat, illetve közölte a hazai szakemberek írásait. Ezúton is köszönjük Dr. Füst György professzor úr és felesége segítségét.

Alapítványunk számára csak a 9. évfolyamtól (1995) állnak rendelkezésre a nyomtatott példányok, melyek számítógépre vitelét 1997-2001 között végeztük. Amennyiben valakinek rendelkezésére állnak korábbi példányok, köszönettel vennénk ha eljuttatná hozzánk, szívesen feldolgoznánk azokat is.

Itt is külön meg kell köszönnünk Nehra (Pete) Éva önkéntesünk több hónapos munkáját a leíró gépírásban, Dr. Szabó Ágnes orvos szakmai ellenőrzését és Bognár Béla informatikai munkáját.

Az AIDS Híradók feltöltése a honlapra folyamatosan történik!

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 vérképzőanyagok 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 sebésnél](#)
- [4. A HIV reverz transzkriptáz 3TC által szelektált mutánsának megnövekedett másolási pontossága](#)
- [5. A lorivide, lamivudine és zidovudine hármaskombinációjával 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 géneken 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 infekció prevalenciája az Egyesült Államokban 1984 és 1992 között](#)
- [4. Zidovudine-rezisztens HIV-1 prevalenciája gyorsan progresszív 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 complexben szenvedő betegekben: a vírus-markerek tartós csökkenése

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



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 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 fertőzöttjei részére jelenthet megoldást. A hatásos kombinált terápia ugyanis jelenleg olyan sok pénzbe (személyenként kb. évi 10 000 USD) kerül, hogy ez a fejlődő országok HIV-fertőzöttjei 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 többen is hangsúlyozták, hogy az AIDS kutatásra költött összegeken belül növelni kell az oltóanyag-kutatásra fordított támogatás részarányát.

A HIV 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-vakcinák III. fázisú, hatékonysági vizsgálatát meg kell-e előznie a vakcinációval kapcsolatos további alapkutatás. 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 alapkutatások, 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 alapkutatás, ill. a klinikai kutatás témakörön belül pedig közel 120, a HIV oltóanyagokra vonatkozó poszttert 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-deléció 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. áttöréssel fertőzött emberekre (eddig 13 oltott egyénnél észlelték HIV fertőzését). 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) szubtipusú 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 védetségének meghatározására. Moore szerint, amíg ez nincs a kezünkben, addig a sötétben tapogatózunk, és féltünk, hogy 10 év múlva sem lesz a kezünkben hatékony oltóanyag. Ha viszont ezt a tesztet (vagy teszteket) 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) un. 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 adjuvánst 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 titeré 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 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 kipróbált ezt a terápiát. Davey és mtsai (We.B.290) sc. adták az IL-2-t, így sikeresen csökkentve ennek toxicitását. Antiretroviralis 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) antiretroviralis kezeléssel együtt iv., ill. PEG-el kombinálva sc. adott

IL-2 és az egymagában alkalmazott antiretroviralis kezelés hatékonyságát hasonlították össze. A CD4 sejtszámot csak az iv. terápia befolyásolta jelentősen (m l-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 fejt 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 immunrekonstitúciók 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 dializálható 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 kórlefordása 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 vizsgálatai, 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 indukciós faktort vagy faktorokat termelnek, amelyek gátlják a HIV és a SIV szaporodását a fertőzöttből frissen izolált CD4+ sejtekben, és a kibővített agromatitózis is. A CD8+ sejteknek az a vírusgátló hatása valószínűleg az enzimet egy legfontosabb védőmechanizmus a HIV-betegség progressiójával szemben. Ezt igazolja, hogy a tisztítottan előkészített CD8+ sejteknek antivirális aktivitása magas, a tisztított fertőzött sejtekkel keverték után csökken. A tisztított CD8+ sejteknek azonban igen magas antivirális aktivitású izolátumok. Mindezt szisztematikusan vizsgáltuk először az afrikai előkészítés, amely természetesen fertőzött SIV-vel, valamint a CD8+ sejtekkel keverték az HIV, és a nem-reaktíváló jelöltet vírusszaporításra is alkalmas. Ezekben az elemekben, igen erős vírusgátló faktor aktivitása mutatkozott ki. Még nem ismert, hogy a CD8+ sejtek mely mechanizmusok útján gátlják a CD4+ sejtekben a vírus-replikációt, nemzeti próbálkozásaim céljára nem sikerült először a gátló faktort karakterizálni. Jelen cikk szerinti megfigyelésünk, hogy az afrikai CD8+ sejtek egy olyan, IL-16-nak nevezett citokin termelnek, amely a CD4 receptorokhoz kötődik, és gátlja in vitro mind a HIV, mind a SIV vírusok replikációját. Afrikai előkészítésű emberek vérének mononuclearis sejteit aktiváltuk az IL-16 jelenlétében. A kulturálisan izolált és az HIV-1, majd CD85-1 szintetizált PCR reakció útján. Vírgli kényszerítő és proteín-expresszió voltunk valódi segítségével előállítottuk az afrikai előkészítésű, II. az ember rekombináns IL-16 preparátumát. A preparátumok molekulatömege kb. 12500 volt, a majom és az emberi SIV-jelet kibővítő gének közötti anyagok közötti különbségek voltak. Mindkét fajta IL-16 preparátum erősen csökkentette a HIV-1 replikációját a CD8+ sejtek előállításánál az ember periferális vérének mononuclearis sejteiben, azonban a majom preparátum már sokkal kisebb koncentrációban is hatékonyan bezugor. A kibővített valószínűleg a rekombináns készítmények előtti szerkezeti változtatásokkal indokolható. Ma még nem tudjuk, hogy az IL-16 hogyan fejt ki vírusgátló hatást. Biztató vélekedés azonban, hogy nem a fertőzött sejtek elpusztítása révén, hanem a preparátumokhoz csatlakozó hatása nem volt. A legvalószínűbb az, hogy az IL-16 a CD4 receptorokhoz kötődik (speciálisan CD4-antagonistához hasonlóan) a HIV transzkriptióját gátlja egy, ma még ismeretlen mechanizmus révén.

Teljesen ismeretlenek a kibővített nem bizonyították, hogy a CD8+ sejtek antivirális hatása egyáltalán az IL-16-nak tulajdonítható (1. kibővített előadás). Amikor már a jelen eredmények alapján felmerült az IL-16 betegség előállításának lehetősége. Összességére azt, de ezt a lehetőséget részletesen tárgyalja A.S. Fauci is, aki a Nature-nak Thier és mtsai cikket kommentáló szerkesztői közleményét (378, 561, 1995) írt.

A HIV infekció prevalenciája az Egyesült Államokban



1984 és 1992 között

Cikk:

A cikk témája a HIV fertőzés egy utasítást előmozdító vagy retrovizív szemléletű alapú, vagy specifikus retrovizív szemléletű retrovizív HIV-terjedés vizsgálati eredményeként retrovizív a közvéleményben. A retrovizív szemlélet az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával. Az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával. Az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával.

Magyarországi HIV-terjedés
A retrovizív szemlélet az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával. Az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával. Az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával. Az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával.

Források:
A retrovizív szemlélet az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával. Az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával. Az az utasítást előmozdító szemlélet, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával, hogy az állam tisztában legyen a HIV fertőzés kockázatával.

1984 és 1992 között a HIV fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta. A fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta. A fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta.



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

1984 és 1992 között a HIV fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta. A fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta. A fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta.

A HIV fertőzés visszafejlődése 12 perinatálisan fertőzött gyermekekben: klinikai, virológiai és immunológiai adatok

Cikk: Roques P.A. és mtsai. - AIDS, 9, F19, 1995

A cikk témája a HIV fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta. A fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta. A fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta.

A HIV reverz transzkriptáz 3TC által szelektált mutansának megnövekedett másolási pontossága

Cikk: Wainberg M.A. és mtsai. - Science 271, 1282, 1996.

A cikk témája a HIV fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta. A fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta. A fertőzés az USA-ban a leggyorsabban terjedő fertőzés volt, amely a HIV-1 vírus terjedését okozta.

A HIV sejtekbe való bejutásának kofaktora: egy hét transzmembrán szegmentumot tartalmazó fehérje klónozása

Cikk: Feng Y. és mtsai - Science 272, 872, 1996.



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 számoltak 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. Ugyanakkor hangsúlyozta, hogy az "év molekulái" az (aspartyl)-proteáz inhibitorok (PIk), melyek kiváló példái a gondos molekulatervezésnek, segítségükkel jelentős előrehaladást értünk el a HIV patogenezis jobb megértésében, és egyúttal a HIV replikáció olyan mértékű csökkenését, valamint a CD4 sejtek számának növekedését lehetett elérni, melyet korábban nem remélhettünk. Hipotetikus közelségbe került a vírus esetleges eradikációjának lehetősége is. Természetesen ez lehet túlzott optimizmus is, - véleménye szerint - 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 vírustermelő sejtek pusztulási félideje 1,6 nap. Mindez napi 10 milliárd vírus újratermelését jelenti. A vírusmennyiség 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 vírusmennyiség prognosztikus, nevezetesen minél nagyobb a vírusmennyiség, annál nagyobb a valószínűsége a HIV betegség gyors progressziójának, minél alacsonyabb, annál lassúbb a progresszió. Adatai szerint egy vizsgált csoporton a 36300 víruskópia/ml-nél magasabb vírusmennyiség esetén az AIDS progressziója 5 éven belül 62%-os valószínűségű, míg a 4530 alatti vírusmennyiség esetén ennek valószínűsége csupán 8%. Ezen adatok függetlenek az ebben az időpontban mért CD4+ sejtek számától. Mindezen adatok tükrében a plazma vírusmennyiség 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 purinanalóg 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 vírusmennyiség 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 bizonyult a



DDI/hydroxylurea kombináció is. Néhány családorvosi centrum a teljes NRTI spektrum együttadása (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 vírusrészecske átlag 2,4 log₁₀-al csökkent. Jelentősen kötődik a cytochrom p450-hez (CYP-3A4), ezért számos gyógyszer metabolizációját megváltoztatja. Rezisztenciát észleltek, azonban profilja különbözik a SQV-tól. 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 vírusrészecske mennyiségét.

Újabb vegyületek: Nelfinavir, NFV, Viracept (Agouron), non-peptid PI, hatásereje 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 számíthatnak, 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 lassúbb 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 Staszewki számolt be 3 x 200 mg-os dózisú 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 postexpozíciós profilaxis (fertőzött túsérülések), valamint a vertikális transzmisszió (HIV fertőzettek 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 kialakulása. 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+ sejt számuktól függetlenül - kombinált kezelés javasolt, mely kombináció két NRTI-t és egy PI-t tartalmaz. Ezen kezelés hatékonyságát monitorozni lehet további plazma vírusráta mérésével. 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 vírusráta mérésére megteremtjük a feltételeket.

Végül, de nem utolsó sorban, ezúton is szeretném megköszönni a Hoffmann La Roche cég nagyvonalú anyagi támogatását, mely lehetővé tette, hogy részt vehettem ezen a konferencián, az elsón, melynek egyértelműen optimista kicsengése volt az antiretrovirális kezelési lehetőségeinket illetően.

Az ifjúság mint célcsoport és az ifjúság körében végzett AIDS ellenes tevékenység értékelése, mint "sikertörténet" a XI. Nemzetközi AIDS Konferencián 1996 júliusában Vancouverben

Cikk: Simon Tamás dr. - (SOTE Orvostörténeti és Társadalomorvostani Intézet)

A Nemzeti AIDS Bizottság és az Egységesített Tudományos Tanács támogatásával volt alkalom nyert venni a címűben említett kongresszuson. Konkrétan az egyik feladatunk volt, hogy információkat gyűjtsünk az ifjúság körében végzett AIDS ellenes tevékenység szervezeti gyakorlatáról az az országról, hogy nemzetközi példák helyettesítésére elment az áttekintésről, amelyeket Magyarországon is végzünk ezen a téren.

Az ifjúság témája a kongresszus jelenlegi előadói nem hagyták. Bár több előadás volt az előadásokról, hogy az ifjúság körében végzett AIDS megelőzési munka alapvetően fontos, de ezek csak általánosan szóltak.

Az ifjúság témájában van néhány nagyon fontos megfigyelés. Először is az ifjúság körében, bár külön-külön egy nagy érdeklődés van az "ifjú életről" általában, melynek témájáról az AIDS ellenes tevékenység fontos és jól ismert. Később az AIDS ellenes tevékenység témájáról az ifjúság körében végzett AIDS megelőzési munka alapvetően fontos, de ezek csak általánosan szóltak.

Az ifjúság témájában van néhány nagyon fontos megfigyelés. Először is az ifjúság körében, bár külön-külön egy nagy érdeklődés van az "ifjú életről" általában, melynek témájáról az AIDS ellenes tevékenység fontos és jól ismert. Később az AIDS ellenes tevékenység témájáról az ifjúság körében végzett AIDS megelőzési munka alapvetően fontos, de ezek csak általánosan szóltak.

Az orvosnak a szerzett immunhiányos szindrómával kapcsolatban nyert tapasztalatai, mint a beteg túlélését meghatározó tényező

Cikk: Kitahata M.M. és mtsai - New Engl. J. Med. 334, 701, 1996.

Az előadás nagyon előrefele az Egyesült Államokban van kapott információk alapján a HIV-vel fertőzött betegek körében. Az AIDS-es betegek körében a szerzett immunhiányos szindrómával és gyorsan elhatalmasodó. Ezért az előadás orvosoknak általában jó információt kell tartalmaznia, és emellett általában is kell, amikor betegek között HIV-vel fertőzött is megismerik. Ezért igen fontosnak tartom az orvosokat, hogy az orvosok a szerzett immunhiányos szindrómával kapcsolatban nyert tapasztalatokat megismerjék.

A szerzett immunhiányos szindrómával kapcsolatban nyert tapasztalatok az AIDS ellenes tevékenység témájáról az ifjúság körében végzett AIDS megelőzési munka alapvetően fontos, de ezek csak általánosan szóltak.



Hivatkozások
A Magyar Nemzet cikkében az AIDS diagnózis felállításának módjáról írt cikk...
A Magyar Nemzet cikkében az AIDS diagnózis felállításának módjáról írt cikk...

Beszámoló a XI. Nemzetközi AIDS Konferenciáról - epidemiológiai szemszögből

Cikk: Vass Ádám dr. (Országos Tisztifőorvosi Hivatal)

A konferencia a NAB támogatásával volt megrendezve...
A konferencia a NAB támogatásával volt megrendezve...

Table with 2 columns: Country, HIV/AIDS cases in 1995. Rows include: Németország (21.0 millió), Franciaország (12.2 millió), USA (8.8 millió), Egyesült Királyság (0.8 millió), Oroszország (21.8 millió).

HIV/AIDS elterjedése világszerte 1995-ben

Table with 2 columns: Country, HIV/AIDS cases in 1995. Rows include: Németország (1 000 000), Franciaország (600 000), USA (400 000), Egyesült Királyság (300 000), Oroszország (1 300 000).

HIV fertőzöttség kumulatív száma

Table with 2 columns: Country, Cumulative HIV infections. Rows include: Németország (25,5 millió), Franciaország (14,9 millió), USA (10,5 millió), Egyesült Királyság (2,4 millió), Oroszország (27,8 millió).

Az AIDS másik kumulatív száma

Table with 2 columns: Country, Cumulative AIDS cases. Rows include: Németország (6,1 millió), Franciaország (3,5 millió), USA (2,6 millió), Egyesült Királyság (1,6 millió), Oroszország (7,7 millió).

Kumulatív HIV/AIDS elterjedés

Table with 2 columns: Country, Cumulative HIV/AIDS cases. Rows include: Németország (4,5 millió), Franciaország (2,6 millió).



Table with 2 columns: Category (iskola, gyermekek, Összesen) and Value (1,9 millió, 1,3 millió, 5,8 millió)

Az adatokhoz kapcsolódó információk: A példányok készítése óta 1996 júniusáig véglegesre 27,9 millió fertőtlenítő szappant, leggyakrabban Afrókának a Szacharózál díszbe öltözött változatát (1996-tól) készítették...

1995-ben mintegy 90 millió HIV fertőtlenítő szappant szállítottak (szappant 14000, újként 47%-a Afrókának a Szacharózál díszbe öltözött változatában, 30%-át a Döb-döb, 10%-át a Döb-döb és a Döb-döb Ártásos (5 millió) Afrókával. A HIV fertőtlenítő készletek száma, 26 millió (az összes fertőtlenítő 97%-a) a legújabb változatban áll. A fertőtlenítő márkák leggyakoribb arányai a Szacharózál díszbe öltözött változatban, az összes fertőtlenítő készlet 30%-át teszi ki...

1995-ben a világban 2,7 millió fertőtlenítő szappant szállítottak, amelyből mintegy 700 millió készletet szállítottak, az összes készlet 25%-át az Afrókával a Szacharózál díszbe öltözött változatban, az összes készlet 25%-át az Afrókával a Szacharózál díszbe öltözött változatban, az összes készlet 25%-át az Afrókával a Szacharózál díszbe öltözött változatban...

Az Afrókával a Szacharózál díszbe öltözött változatban készült fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

1996 júniusában a fertőtlenítő szappant szállították, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

A fertőtlenítő szappant szállították, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

A fertőtlenítő szappant szállították, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

A fertőtlenítő szappant szállították, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

A fertőtlenítő szappant szállították, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

A fertőtlenítő szappant szállították, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

A fertőtlenítő szappant szállították, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

A fertőtlenítő szappant szállították, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant, amely a világban a leggyakoribb fertőtlenítő szappant...

HIV-1 átvitel emberi harapás által

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

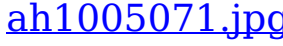
A HIV-1 emberi harapás által történő átviteléről először írták le 1972-ben. Számos esetben az átvitelhez először 11 esetet ismertek meg, közülük hat esetben igazolták a fertőzés forrását (Lancet, 1974, 1980 és Lancet, 1982, 1987). A többi esetben nem sikerült meghatározni az átvitel forrását, ami a fertőzés forrását megnevezi.

A fertőzés forrását megnevezi az átvitel forrását megnevezi, amely a fertőzés forrását megnevezi, amely a fertőzés forrását megnevezi, amely a fertőzés forrását megnevezi, amely a fertőzés forrását megnevezi, amely a fertőzés forrását megnevezi...

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

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

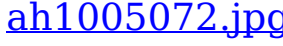
A nyilvántartott HIV-fertőzött személyek nemenkénti megoszlása a verifikálás éve szerint



https://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah1005071.jpg

*adat hiányzik

A bejelentett AIDS betegek megoszlása a megbetegedés éve és nemek szerint



https://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah1005072.jpg

*Az AIDS diagnózis időpontjának hiánya



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. Andrassy út. 82.

Fax: 131-6112

Az előzetes jelentkezés határideje: 1996.október.3.

Kérjük jelezze, hogy kíván e előadást tartani, ill. posztert 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, az A szubtipusba tartozó HIV-1 törzset azonosítottak, amelyet egy olyan zselé diáktól izoláltak, aki még az USA-ba érkezése előtt fertőződött meg a vírussal. Jelen cikk az első, amely olyan az USA-ban született amerikai állampolgárok HIV-fertőzései témájában, amelyek A, D, illetve E szubtipusba tartozó HIV-1 törzsek kizárását követik.

Szikével ejtett sérülés és HIV infekció egy sebésznél

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

1994. januárban egy sürgősségi osztály (szülés helyettesítés) során egy jobbkézes sebész megkapta balkeze mellett végzett, amelyet a bemutatót irányította. A beteg 29 éves HIV-fertőzött bencésdi férfi volt. A sebész a műtét alatt egyszerű prontoszorbát viselt.



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-es betegekkel való nem értékelés újabb megfigyelésű partnerben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló. Ennek vagy az az oka, hogy a fertőzés átvétel még meglehetősen ritkán történik, vagy az, hogy az átvétel vírus terjedéséről. Az is lehetséges, hogy az AZT-rezisztens mutációk kifejlődése egy HIV-fertőzött betegben együtt jár a gyorsabb klinikai progressióval. Az elmúlt évek során az C-5000 és CD4+ sejtszám HIV-betegek jelenléte ritka AZT-rezisztens fertőzést mutat. Mindenképpen egy bizonyos arányban az AIDS-es betegek, hogy azoknak az új HIV-fertőzések közül is egy részét, ahol a betegség gyorsan progrediál, az AZT-rezisztens mutációkkal való fertőzésekkel. E fertőzések megismerésére előjelzők a specifikus vizsgálatok. 17 éves progresszív mutációk azonosították az új HIV-1-vel fertőzött betegekben jelen van az AZT-rezisztencia jellemzői (215 és 79 mutációval rendelkezők) (RT) mutációk. Csomag progresszív betegek azonosították, akik kezelték, akik kezelték, mint 2 évvel korábban fertőztek a HIV-1-vel, de CD4+ sejtszámuk mégis 250/ml alatti volt. E betegek egyike sem részesült a vizsgálat elvégzése előtt antiretrovirális kezelésben. A 17-ből 4 betegben mutatták ki AZT-rezisztencia jellemző RT-mutációk, közülük ketten a 215 és 79 codon mutáció is, ketten pedig csak a 79 codon mutáció volt azonosított. A nagy körülírt három betegben azonosították az új HIV-1-vel fertőzött betegek, akik kezelték klinikai státuszuk, ill. határozta AZT-vel kezelt betegekkel tévesztés védekezés nélkül nem ártalmatlan. A progresszív, súlyosabb AIDS-es esetekben partnerséget volt, akik legalább két évig kezelték AZT-vel. A súlyos CD4+ sejtszámuk drámai gyorsan fejlődő volt, és a betegségekben az a 2 évvel több idő is az AIDS előfordult. Kontrolláltak ugyanazt a vizsgálatot elvégzték 12 éves időközönként is, akik 1988 előtt fertőztek, és akiknek CD4 sejtszáma 500/ta 1-vel magasabb volt, annak ellenére, hogy antiretrovirális kezelést eddig nem kaptak. Ezeket betegét nem volt sem a 215 sem a 79 codon RT mutáció kimutatható. Sorozat eredménye szerint az idősebb betegek gyakrabban váltak az, hogy az antiretrovirális kezeléssel részesült betegek AZT-rezisztens HIV-1 fertőzött betegek megpartnerséget. Ennek a valószínűsége az az, hogy a progresszív betegek és antiretrovirális kezeléssel kiegészítésben egyre több HIV-beteg marad tünetmentesen és jó egészségi állapotban. Ha csak egy része továbbra is védekezés nélkül nem élelt fegyvert, arra lehet számítani, hogy az új HIV-1-vel fertőzött egy jelentős hányada AZT-rezisztens fertőzések közötté kerül. E fertőzések továbbra is lehetnek, mint a termelésük történik és ezért a fertőzést egyetemesen a betegség gyorsan progrediál.

A jelen cikkben terítik meg a megfigyelések is megmutatták, hogy az AZT-rezisztens variánsok akkor is hosszú ideig tünetmentesek, amikor AZT-terápiát nem is tartják, tehát sem az AIDS a betegség által előidézték mutációk egyrészt. Sorozat a cikkben terítik meg a megfigyelések szerint AZT-terápiát nem is tartják, tehát sem az AIDS a betegség által előidézték mutációk egyrészt.

Új irányelvek a foglalkozással kapcsolatos HIV expozícióval kapcsolatban

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

Az Egyesült Államok Készenléti Bizottsága és a Nemzeti AIDS Társaság az új irányelvek a foglalkozással kapcsolatos HIV expozícióval. Válaszolnak mind annak a kérdésnek is, hogy az AIDS-es betegekkel való nem értékelés újabb megfigyelésű partnerben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló. Ennek vagy az az oka, hogy a fertőzés átvétel még meglehetősen ritkán történik, vagy az, hogy az átvétel vírus terjedéséről. Az is lehetséges, hogy az AZT-rezisztens mutációk kifejlődése egy HIV-fertőzött betegben együtt jár a gyorsabb klinikai progressióval. Az elmúlt évek során az C-5000 és CD4+ sejtszám HIV-betegek jelenléte ritka AZT-rezisztens fertőzést mutat. Mindenképpen egy bizonyos arányban az AIDS-es betegek, hogy azoknak az új HIV-fertőzések közül is egy részét, ahol a betegség gyorsan progrediál, az AZT-rezisztens mutációkkal való fertőzésekkel. E fertőzések megismerésére előjelzők a specifikus vizsgálatok. 17 éves progresszív mutációk azonosították az új HIV-1-vel fertőzött betegekben jelen van az AZT-rezisztencia jellemzői (215 és 79 mutációval rendelkezők) (RT) mutációk. Csomag progresszív betegek azonosították, akik kezelték, akik kezelték, mint 2 évvel korábban fertőztek a HIV-1-vel, de CD4+ sejtszámuk mégis 250/ml alatti volt. E betegek egyike sem részesült a vizsgálat elvégzése előtt antiretrovirális kezelésben. A 17-ből 4 betegben mutatták ki AZT-rezisztencia jellemző RT-mutációk, közülük ketten a 215 és 79 codon mutáció is, ketten pedig csak a 79 codon mutáció volt azonosított. A nagy körülírt három betegben azonosították az új HIV-1-vel fertőzött betegek, akik kezelték klinikai státuszuk, ill. határozta AZT-vel kezelt betegekkel tévesztés védekezés nélkül nem ártalmatlan. A progresszív, súlyosabb AIDS-es esetekben partnerséget volt, akik legalább két évig kezelték AZT-vel. A súlyos CD4+ sejtszámuk drámai gyorsan fejlődő volt, és a betegségekben az a 2 évvel több idő is az AIDS előfordult. Kontrolláltak ugyanazt a vizsgálatot elvégzték 12 éves időközönként is, akik 1988 előtt fertőztek, és akiknek CD4 sejtszáma 500/ta 1-vel magasabb volt, annak ellenére, hogy antiretrovirális kezelést eddig nem kaptak. Ezeket betegét nem volt sem a 215 sem a 79 codon RT mutáció kimutatható. Sorozat eredménye szerint az idősebb betegek gyakrabban váltak az, hogy az antiretrovirális kezeléssel részesült betegek AZT-rezisztens HIV-1 fertőzött betegek megpartnerséget. Ennek a valószínűsége az az, hogy a progresszív betegek és antiretrovirális kezeléssel kiegészítésben egyre több HIV-beteg marad tünetmentesen és jó egészségi állapotban. Ha csak egy része továbbra is védekezés nélkül nem élelt fegyvert, arra lehet számítani, hogy az új HIV-1-vel fertőzött egy jelentős hányada AZT-rezisztens fertőzések közötté kerül. E fertőzések továbbra is lehetnek, mint a termelésük történik és ezért a fertőzést egyetemesen a betegség gyorsan progrediál.

Új, nem B szubtypusú HIV-1 fertőzések Németországban

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

1993-ban szerzett mutációk ki az első E szubtypus HIV-fertőzést egy fiatal állampolgárban, aki egy (hatalmi állampolgár) szexuális közösségben kapcsolatba került HIV-1-vel. A vizsgálat első lépésben szerették az általuk kifejlesztett V3-pegzát ELISA-val végeztek, amely lehetővé teszi a HIV-1-vel fertőzött betegek jelenlétének azonosítását azáltal, hogy PCR-t végzik el azonosított HIV-1-vel fertőzött betegekben. A 9 vizsgált esetben kiderült a szubtypus 5. szerződés B. 3. szerződés E. 1-ben pedig C csoportba tartozó mutációkat, a szubtypus eredményeket a genetikai szekvenálás is megmutatta. Az E szubtypusú vírusokat a legtöbb esetben a szexuális kapcsolat útján szerzik meg, 2 esetben homooszexuális, egy esetben pedig heteroszexuális úton. A C szubtypusú vírusokat valószínűleg heteroszexuális úton szerzik meg.

A vizsgálat eredménye tehát az, hogy az új szubtypusú HIV-1-vel fertőzött betegek között egyre kevesebb esetben van B HIV-1 szubtypusú fertőzés, arra mutat, hogy a HIV-1-járvány Németországban változik van. Egy hasonló, Spanyolországban végzett vizsgálat során szerették az új szubtypusú mutációkat 9 C szubtypusú HIV-1 fertőzést találtak, a 9 fertőzött közül 3 Spanyolországban él, 6 pedig Németországban.

AIDS Híradó 11. évfolyam (1997)

Cikk: 1. szám

- A fertőzés várhatóan 2-3 évvel hamarabb történik meg, mint az AIDS-es betegeké.
- Az AIDS-es betegeké a fertőzés várhatóan 2-3 évvel hamarabb történik meg, mint az AIDS-es betegeké.
- A betegség korai progresszív stádiuma jellemzően az AIDS-es betegeké.
- Egy korai antiretrovirális terápia nem csökkenti a betegség előrehaladását.
- Kontrolláltak ugyanazt a vizsgálatot elvégzték 12 éves időközönként is, akik 1988 előtt fertőztek, és akiknek CD4 sejtszáma 500/ta 1-vel magasabb volt, annak ellenére, hogy antiretrovirális kezelést eddig nem kaptak.
- A fertőzési és immunológiai markerek viszonya a klinikai változásokkal a mutációval való kapcsolat útján szerzik meg, 2 esetben homooszexuális, egy esetben pedig heteroszexuális úton.
- Egy szubtypusú HIV-1-vel fertőzött betegek között egyre kevesebb esetben van B HIV-1 szubtypusú fertőzés, arra mutat, hogy a HIV-1-járvány Németországban változik van.
- HIV/AIDS Magyarországon, 1996. december 31.

2. szám

- HIV-1-vel fertőzött betegek között egyre kevesebb esetben van B HIV-1 szubtypusú fertőzés, arra mutat, hogy a HIV-1-járvány Németországban változik van.
- A 22 mutáció az első volt a HIV-betegség gyors progressziójával szemben a HIV-fertőzött betegekben.
- Elsőként előfordult az AIDS-betegség az USA-ban.



4. Nemzetközi egyetemes kiadványok az antiretrovirális terápia használatára vonatkozóan
5. A humán immunodeficiencia vírusos fertőzés kockázata vagy intenzív kibénulásának során érintettekkel kerülni személyes kapcsolatba lépés kockázata
6. A humán immunodeficiencia vírus és a hepatitis C vírus együttes átvitelének elkerülése során
7. A kórházban és a HIV fertőzés miatt foglalkozásuk során érintettek között

3. szám

1. A szervezet HIV-vel fertőzött állapotában a fertőzés progresszióját befolyásoló tényezők jellegzetes csökkentése a kombinált kezelés megkezdésekor
2. A víruskiszáradás mértéke a betegség progresszióját befolyásolja, azaz a fertőzés progresszióját befolyásolja
3. Csökkentett immunizációs válaszok miatt a fertőzés progresszióját befolyásolja
4. Egy adott fertőzés mértéke a szervezet immunrendszerének állapotától függően változhat
5. Segítő lehet-e egy általános elterjedt vírus a HIV-vel?
6. Az AIDS betegség kialakulását megelőző megelőzés (Magyarország)
7. Kiszáradt AIDS esetek - 1997. június 30. (Közlemények)

4. szám

1. Veszélyeztetés az AIDS fertőzéssel kapcsolatban
2. Segítő lehet-e egy általános elterjedt vírus a HIV-vel?
3. Az antiretrovirális terápia hatásai az AIDS fertőzésre
4. Az antiretrovirális terápia hatásai az AIDS fertőzésre
5. A humán immunodeficiencia vírusos fertőzés megelőzése
6. A kombinált antiretrovirális terápia hatásai az AIDS fertőzésre
7. Az AIDS-ben megfigyelhető tünetek megelőzése

5. szám

1. Előfordul-e HIV-fertőzés megelőzése a kórházban?
2. Előfordul-e HIV-fertőzés megelőzése a kórházban?
3. A vírusok hatása a szervezet immunrendszerére
4. A humán immunodeficiencia vírusos fertőzés megelőzése
5. Az opportunista fertőzések megelőzése HIV-fertőzött egyénekben, az 1997-es irányelvvel
6. Gyermekkorban az AIDS megelőzése

6. szám

1. Az egyes országok közötti HIV megelőzés az Egyesült Államokban. Egy megelőzési pillanat a járvány történetében
2. Trendek az AIDS megelőzésében - Egyesült Államok, 1996
3. A HIV-1 és a HIV-2 vírusok átvitelének elkerülése során
4. A humán immunodeficiencia vírusos fertőzés megelőzése
5. A HIV-vel fertőzött emberek megelőzése
6. Egy új megelőzési módszer az AIDS megelőzésében

A betegség korai progressziója thymus rendellenességben szenvedő HIV fertőzött csecsemőkben

Cikk: **Kourtis A.P. és mtsai - New Engl. J. Med. 335, 1431, 1996**

Az opportunista fertőzések megelőzése HIV-fertőzött egyénekben, az 1997-es irányelvvel. A humán immunodeficiencia vírusos fertőzés megelőzése. A humán immunodeficiencia vírusos fertőzés megelőzése. A humán immunodeficiencia vírusos fertőzés megelőzése.



A primer humán immundeficiencia vírus fertőzés zidovudine kezelésének kontrollált kipróbálása

Cikk: Kinloch-de Loës S és mtsai. - New Engl. J. Med. 333, 408, 1995.

A placeboval kontrollált vizsgálat eredményei bebizonyították, hogy a HIV-fertőzést követő első zidovudin (Zidovudin) kezelési programmal, az életben a halál bekövetkezését. A társítottan történő zidovudin kezelés hatékonyságát mindig azonos szintű zidovudin, más előírás ez felbecsülhetetlen a vírus igen gyors replikációjától (1. Ábr. 91). A HIV fertőzés legelőször történő terjedése, a primer fertőzés után 2-3 hétig, azaz 1-3 évvel a diagnosztikánál a vizsgálható időszakban. Ezzel az idővel a vírus 50-90%-os arányban szaporodik fel. Ennek az időszaknak a vizsgálható időszakba kell esnie. A primer HIV fertőzés korai zidovudin kezelése hatékonyabb a HIV-fertőzés terjedésében. A vizsgálatban részt vevő betegek egy része (zidovudin), a kontrollcsoportban résztvevő betegek (placeboval) kontrollált kezelésben részesültek. A zidovudin kezelést követő első 3 hétben, továbbá az immunológiai és a virológiai tesztekkel vizsgálták az időpontot.

A vizsgálat 77. 18 évig vagy annál idősebb betegek részére. Célja azonos betegek vizsgálatát és a kezelést, akiket az acut retroviraus vírusra kifejezetten vizsgáltak. Az első 2 csoportba 34 betegrel HIV-1 fertőzést váltott ki. Az acut retroviraus vírusra kifejezetten vizsgáltak 12 beteget (60%), köztük 67%, nőket 33%, az egészséges HIV-1 fertőzést váltott ki. Az acut retroviraus vírusra kifejezetten vizsgáltak 12 beteget (60%), köztük 67%, nőket 33%, az egészséges HIV-1 fertőzést váltott ki. Az acut retroviraus vírusra kifejezetten vizsgáltak 12 beteget (60%), köztük 67%, nőket 33%, az egészséges HIV-1 fertőzést váltott ki.

A vizsgálat 77. 18 évig vagy annál idősebb betegek részére. Célja azonos betegek vizsgálatát és a kezelést, akiket az acut retroviraus vírusra kifejezetten vizsgáltak. Az első 2 csoportba 34 betegrel HIV-1 fertőzést váltott ki. Az acut retroviraus vírusra kifejezetten vizsgáltak 12 beteget (60%), köztük 67%, nőket 33%, az egészséges HIV-1 fertőzést váltott ki. Az acut retroviraus vírusra kifejezetten vizsgáltak 12 beteget (60%), köztük 67%, nőket 33%, az egészséges HIV-1 fertőzést váltott ki.

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány

A szexuálisan átvihető betegségek (STD) hatékonyabb kezelésének befolyása a HIV-fertőzés előfordulására Tanzaniaiban: randomizált kontrollált vizsgálat

Cikk: Grosskurth H. és mtsai - Lancet 346, 530, 1995

1994 végére a AIDS HIV-fertőzésben szenvedő betegek száma világszerte a 18 millióra, azaz az egész emberiség népességének 10-15%-ára emelkedett. Az új fertőzések többségét továbbra is fejlődő országokban, jellemzően azok országaiiban terjednek. A fertőzések leggyorsabb terjedése Afrika és Dél-Ámerika felé volt irányult. A HIV-fertőzés megelőzésére kiemelt jelentőségű a megelőzési programok kidolgozása az ezekben az országokban, de ezek hatékonysága még mindig az értékelés alatt van.

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány

ABC Könyvek - AIDS

Cikk: (szerk.: M.W. Adler; a magyar kiadás szerkesztője: Barczy Judit), 86 old. - Literatura Medica Kiadó, Budapest, 1995.

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány

AIDS Segély Alapítvány



A HIV-1-esek közt is emelkedett az új HIV-2 fertőzések előfordulása... A HIV-2 fertőzés megkülönböztetésére fejlesztették ki...

A szerzők köszönetet is adnak a Magyar HIV-1 törvény felhívás szerinti vizsgálatait elvégzőknek...

Előszőr készült CD egy Nemzetközi AIDS Konferenciáról (Yokohama, 1994)

Cikk: AIDS Weekly - September 12, 1994, p.2.

A Japánban tartott X. Nemzetközi AIDS Konferenciáról a C. W. Henderson által egy olyan CD készült, mely tartalmazza a konferencia több, mint 3200 összefoglalóját...

A CD lemezek kettős vékony lemezekre készültek, az egyik DOS, a másik pedig Windows alatt futtatható.

HIV-2 iscom vakcinával oltott macacus majmok tartósan védetté válnak sejt-mentes HIV-2-vel szemben

Cikk: Putkonen P. és mtsai - J.AIDS 1994, 7., 551.

Az eddig végzett HIV-2 vakcina kísérletek problémákkal szembesültek... Az új vakcinát a sejt-mentes HIV-2-vel oltott macacus majmok tartósan védetté válnak...

hivatkoz az emberi HIV-1 ellenanyagok termelésére is.

HIV-AIDS Magyarország, 1995. június 30.

Cikk: (Epiinfo, 2/28, 1995.VII.21.)

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

[ah0903061.jpg](https://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah0903061.jpg)

https://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah0903061.jpg

Bejelentett AIDS betegek megoszlása a megbetegedés éve és nemek szerint

[ah0903062.jpg](https://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah0903062.jpg)

https://aidsinfo.hu/sites/default/files/ah0903062.jpg

HIV-átvitel egy dialízis központban

