

## AIDS V SLOVENIJI – SITUACIJA DO NOVEMBRA 1987

Ludvik Vidmar, Peter Kobler, Viktor Čeč

UDK/UDC 616.42-005.9

AIDS IN SLOVENIA UNTIL NOVEMBER 1987

DESCRIPTORJI: *aids – epidemiologija*

DESCRIPTORS: *AIDS – epidemiology*

**IZVLEČEK** – V prispevku je opisana situacija v zvezi z aidsom v Sloveniji ob koncu leta 1987. Prvi bolnik je bil prepoznan v maju 1986, drugi pa v septembru istega leta. Kljub pričakovanemu porastu števila bolnikov pa v letu 1987 ni bilo novih bolnikov. Pri treh bolnikih ugotavljajo ARC, 20 pa je še zdravih seropozitivnih oseb. Podane so osnovne epidemiološke, klinične ter laboratorijske značilnosti pri obolelih, oziroma s HIV okuženih osebah. Opisana je tudi dejavnost posvetovalne ambulante za aids in nakazani številni problemi, ki nastajajo pri delu z bolniki, okuženimi s HIV. Pričakovati je porast števila obolelih, vendar ne v taki meri kot v nekaterih zahodnih državah in njih velemestih.

**ABSTRACT** – In the article, the situation regarding aids in Slovenia until november 1987 is described. The first patient was discovered in May 1986, and the second in September of the same year. In opposition with the expectations of growing numbers of patients, no new cases were discovered in 1987. There are three patients with ARC and 20 seropositive persons. Epidemiological, clinical and laboratory test characteristics of ill respectively HIV infected persons are described. The work of the consulting clinic for AIDS patients is presented, along with several problems, arising in the work with HIV infected subjects. A growth in the number of patients is expected, but not to such an extent as in some Western countries and capitals.

### Uvod

V prispevku prikazujemo situacijo v zvezi z aidsom v Sloveniji ob koncu leta 1987 z vidika kliničnega zdravnika, ki se ukvarja s to problematiko. Za nami sta dve leti izkušenj. Na Univerzitetni kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani se s klinično problematiko za zdaj ukvarja en zdravnik, pri ambulantnem delu pa sodelujeta še dva. Pred kratkim smo oblikovali še delovno klinično skupino za aids, v kateri so zdravniki infektologi in pediatri, višje in srednje medicinske sestre in socialni delavec.

### PRIMERI

Prvi bolnik z aidsom je bil v Sloveniji diagnosticiran maja 1986. Prve težave je imel že poleti 1985. Okužen je bil že nekaj let prej, najverjetneje kmalu po letu 1980. Leta 1982 so pri njem ugotovili trombocitopenijo, ki je bila že verjetno v zvezi z infekcijo s HIV. Prvi trije so bili okuženi zunaj naše domovine. Zdravili smo namreč še enega bolnika, ki pa je bil iz druge republike in ga več ne vodimo v naši statistiki. Hemofiliki so se okužili z uvoženimi koncentraty faktorja 8 in 9. Avtohtonih primerov bolezni trenutno še nimamo, pač pa prve okužene, ki so še

---

As. Ludvik Vidmar, dr. medicine.,

Peter Kobler, dr. med.,

Viktor Čeč, dr. med., vsi Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, Ljubljana

zdravi ali pa imajo le lažje simptome in znake. Ker je bil prvi bolnik homoseksualno promiskuitetna oseba, obstaja možnost, da je okužil več partnerjev.

Tabela 1 kaže osebe, okužene z virusom HIV v Sloveniji do novembra 1987. Tretjega bolnika z aidsom se zaradi novega načina prijavljanja (bolnik se mora prijaviti v republiko, v kateri ima stalno prebivališče, ne pa v republiko, kjer bolezen ugotovijo) sedaj ne prištevamo k bolnikom iz Slovenije, tako da sta uradno v Sloveniji trenutno prijavljena le dva bolnika. Bolnik z ARC pod številko 3 je trenutno hospitaliziran na kliniki zaradi poslabšanja stanja. Zdi se, da se bo v kratkem času razvil aids v pravem smislu, trenutno pa še ne izpolnjuje kriterijev za aids niti po novi definiciji Centra za nadzor bolezni (CDC) iz avgusta 1987.

**Tabela 1: Osebe, okužene s HIV, registrirane v Sloveniji do novembra 1987**

SKUPNO ŠTEVILO 27	NAČIN OKUŽBE
<b>AIDS – 3 BOLNIKI</b>	
1. HOMOSEKSUALEC 37 LET	homoseksualni spolni odnosi v Zah. Evropi
2. HOMOSEKSUALEC 30 LET	homoseksualni spolni odnosi v Zah. Evropi
3. HETEROSEKSUALEC 41 LET (iz druge republike)	heteroseksualni spolni odnosi v Afriki
<b>ARC – 4 BOLNIKI</b>	
1. HEMOFILIK B 63 LET	prejemanje okuženih uvoženih preparatov
2. I/V NARKOMANKA 22 LET	intravenska aplikacija mamil
3. BISEKSUALEC 31 LET	homoseksualni spolni odnosi v Zah. Evropi
4. I/V NARKOMAN 26 LET	intravenska aplikacija mamil
<b>SEROPOZITIVNI – 20 OSEB</b>	
<b>B 9</b>	
14 HEMOFILIKI	prejemanje okuženih uvoženih preparatov
<b>A 5</b>	
2 NARKOMANA	intravenska aplikacija mamil
1 PARTNERKA NARKOMANA	spolni odnos z okuženo osebo
1 HETEROSEKSUALEC	heteroseksualni odnosi v tujini?
1 BISEKSUALEC	homoseksualni spolni odnosi?
1 HOMOSEKSUALEC	homoseksualni spolni odnosi

Zanimivo je, kako so bile osebe, okužene s HIV, odkrite. To kaže tabela 2. Pri bolnikih z aidsom in z ARC, vidimo, da pogosto obiščejo različne druge specialiste, preden pridejo do infektologa. Zdi se, da včasih namerno, kajti večina okuženih dobro ve za svojo rizično dejavnost, največkrat pa je tudi dobro seznanjena s simptomi aidsa. Najbrž je v ozadju strah in beg pred resnico. V ambulanti za testiranje na Kliniki za infekcijske bolezni smo odkrili štiri seropozitivne osebe. Vse osebe so imele pozitivna protitelesa, potrjena s testom ELISA in testom Western blot v referenčnem laboratoriju za aids na Mikrobiološkem inštitutu Medicinske fakultete v Ljubljani. V zadnjem času isti laboratorij opravlja tudi test

**Tabela 2: Kako so bile odkrite osebe, okužene s HIV**

## 3 AIDS – simptomatika

## 4 ARC

1. HEMOFILIK – rutinsko testiranje hemofilikov (10% pozitivnih)
2. SIMPTOMATIKA – perzistentna generalizirana limfadenopatija (PGL)
3. KRVODAJALEC – pregled vsakega vzorca krvi od 8. januarja 1986
4. SIMPTOMATIKA – PGL, temperatura, TBC pljuč

## 20 SEROPOZITIVNE OSEBE

- 14 HEMOFILIKI – rutinsko testiranje
- 2 KRVODAJALCA (1 HOMOSEKSUALEC) – pregled vseh vzorcev krvi
- 1 ZAPORNIK NARKOMAN<sup>+</sup> – testiran zaradi suma na aids
- 1 MEDICINSKA OSEBA – rutinski pregled\*\*
- 1 NARKOMAN (PARTNER\*\*) – svetovano testiranje
- 1 HOMOSEKSUALEC<sup>+</sup> – testiran samoiniciativno

\* Heteroseksualni odnos med osebama

<sup>+</sup> Odkriti v posvetovalni ambulanti za aids na Infekcijski kliniki Ljubljana

na antigen HIV, ki ga uporabljamo za dokaz začetne infekcije, ko še ni protiteles zoper HIV, pa tudi za dokaz napredovanja infekcije v bolezen. V tej kasni fazi se pojavi ponovno HIV antigen, izginejo pa protitelesa proti antigenu sredice.

Na tabeli 3 so naštetih simptomi, lažje infekcije ter prave oportunistične infekcije, ki smo jih opazovali pri naših treh bolnikih. Žal vzrok pljučnice pri dveh umrlih za živa ni bil ugotovljen, obducirana pa nista bila. Če želimo, da bomo čim bolj uspešno zdravili oportunistične infekcije, jih moramo kar najhitreje in natančno etiološko opredeliti. To je v naših razmerah za zdaj še težko. Klinična slika je bila pri naših bolnikih tipična, nismo pa še imeli bolnika s Kaposijevim sarkomom.

**Tabela št. 3: Simptomi in oportunistične bolezni pri naših bolnikih za AIDS**

1. Hujšanje, temperatura, pomanjkanje fizične kondicije, limfadenopatija, kronični hepatitis, soor, diseboreja, izpadanje las, toksoplazmozni encefalitis (smrt po enem letu).
2. Herpes zoster, soor, kronični herpes genitalis, moluska kontagioza, kandida ezofagitis, periferna polinevropatija, (smrt po dveh letih – umrl doma verjetno zaradi pljučnice).\*
3. TBC pljuč, kondilomata akuminata, kronični herpes perianalis, kandida ezofagitis (smrt po sedmih mesecih bolezni verjetno zaradi PC pljučnice).

\* Bolnik je bil iz druge republike.

Na tabeli 4 so laboratorijski izvidi pri bolnikih z aidsom, na tabeli 5 pa simptomi in znaki pri štirih bolnikih z ARC. Epidemiologija aidsa in hepatitisa B sta si podobni: to kaže tudi podatek, da večina naših s HIV okuženih bolnikov kaže znake predhodne infekcije z virusom hepatitisa B. Kar 80% okuženih ima

Tabela 4: **Laboratorijski izvidi pri bolnikih z AIDS**

ZVIŠANA SR  
 ANEMIJA  
 TROMBOCITOPENIJA  
 LEVKOPENIJA  
 ZNIŽANO ŠTEVILO  $T_H$  LIMFOCITOV  
 ZNIŽANA VREDNOST TESTA TRANSFORMACIJE LIMFOCITOV  
 HIPERGAMAGLOBULINEMIJA  
 KOŽNA ANERGIJA (MULTITEST – MERIEUX)

bodisi pozitivna protitelesa proti virusu hepatitisa B, pozitiven HBsAg ali pa celo znake kroničnega hepatitisa B. Zaradi možnosti prenosa infekcije s heteroseksualnim stikom smo pregledali 7 oseb, spolnih partnerjev obolelih, oziroma okuženih, šest žensk in enega moškega. Ugotovili smo, da je šlo v enem primeru zelo verjetno za okužbo z heteroseksualnim spolnim odnosom od seropozitivnega moškega – narkomana na partnerko.

Tabela 5: **Simptomi in znaki pri bolnikih z ARC**

LIMFADENOPATIJA > 3 M.	3	ZNIŽANO ŠTEVILO $T_H$ LIMFO	4
SUBFEBRILNOST	3	INVERZNI INDEKS $DC_4/CD_8$	4
HUJŠANJE	2	KOŽNA ANERGIJA/HIPERGIJA	4
UTRUJENOST	2	HIPERGAMAGLOBULINEMIJA	3
HEPATOSPLENOMEGALIJA		TROMBOCITOPENIJA	2
KRONIČNI HEPATITIS	2		
DIAREJA	1		
MIALGIJE (MIOPATIJA ?)	1		
DISEBOREJA	1		
MIKOZA KOŽE	1		
POTENJE	0		

Na tabeli 6 je prikazana dejavnost posvetovalne ambulante za aids, ki ni zgolj ambulanta za testiranje. Z vsako osebo se pred testom pogovorimo in jo po potrebi pregledamo. Večina oseb ne navede pomembne rizične dejavnosti (34%). Test pogosteje kljub temu napravimo, kajti zavedamo se, da marsikdo ni iskren in rizično dejavnost zamolči. Osebe, ki so navedle pravo rizično dejavnost, glede na celoten obisk v ambulanti zavzemajo manjši del. Homoseksualci/biseksualci 8,6%, i.v. narkomani 2,3%, spolni partnerji seropozitivnih oseb 2%. Ta hip imamo v ambulanti odkrite štiri seropozitivne osebe (0,4% pozitivnih).

Pri spopadanju s tem problemom, s to novo boleznijo, pa se srečujemo s številnimi težavami. Ni treba, da je to bolnik, problemi so včasih neskončno veliki že s samo preplašeno osebo. Pogosto se srečujemo z ljudmi, ki imajo prave duševne motnje zaradi fobije ali obsesije pred aidsom. Takim je težko pomagati in tudi negativni test jih ne pomiri. Seveda nastopi veliko včasih nerešljivih problemov pri seropozitivnih osebah, kaj šele pri bolnikih z ARC in aidsom.

Na tabeli 7 so prikazani problemi, s katerimi se srečujemo pri delu z osebami, okuženimi s HIV. Diagnostika oportunističnih infekcij je zelo zahtevna in je ne

bomo zmogli, če ne bomo razvili idealnega sodelovanja med ustreznimi dejavnostmi, se pravi kliniko, laboratoriji, specialnimi dejavnostmi za različne diagnostične posege (biopsije, endoskopije, kirurške posege). Vsem, ki se ukvarjajo s tem problemom, je treba omogočiti potrebne kadrovske, tehnične in materialne pogoje za dobro delo. Zdajšnji položaj je vse prej kot zadovoljiv.

### Tabela 6: Ambulantna preventivna dejavnost za AIDS na infektivni kliniki Ljubljana

Od oktobra 1985 do septembra 1987 smo pregledali 729 oseb – povprečno 30 na mesec

Razlog	Število	%
Osebe brez prave rizične dejavnosti (strah)	247	34
Zdravstveni delavci	235	32
Homo/biseksualci	63	8,6
Državljeni Angole	43	6
Spolni odnos z osebo z rizično dejavnostjo	31	4
Kontakt s prostitutkami (mornarji)	19	2,6
Potovanje ali delo v tujini	19	2,6
I/V narkomani	17	2,3
Spolni partnerji seropozitivnih oseb	14	2
Promiskuiteta	12	1,6
Duševni bolniki	10	1,4
Družabni kontakt s HIV pozitivno osebo	8	1
Poroka	3	0,4
Odkrite seropozitivne osebe	3	0,4

### Tabela 7: Nekateri problemi, s katerimi se srečujemo pri delu z osebami okuženimi s HIV

1. DIAGNOSTIKA OPORTUNISTIČNIH BOLEZNI  
SODELOVANJE S STROKAMI – LABORATORIJI  
(parazitologija, mikrobiologija, imunologija, patologija, onkologija-citologija, pulmologija, gastroenterologija, kirurgija, stomatologija) – omogočiti je treba kadrovske, tehnične in materialne pogoje za dobro diagnostiko oportunističnih bolezni.
2. PRESKRBA Z ZDRAVILI  
za zdravljenje oportunističnih infekcij in antivirusne substance (AZT)
3. PROBLEMI V ZVEZI Z ANONIMNOSTJO, DISKRECIJO
4. KADROVSKI PROBLEMI  
zdravniki, medicinske sestre, negovalno in strežno osebje (vzroki so splošni in specifični)
5. PROBLEM DEKONTAMINACIJE KUŽNIN, ODPADKOV, INSTRUMENTOV, STERILIZACIJE
6. NEGA BOLNIKOV NA DOMU  
patronaža, socialna služba, problem obiskovanja vrtca, šole ter zaposlitve HIV pozitivnih oseb
7. PROBLEMI PRI EPIDEMIOLOŠKI ANKETI  
zaradi nesodelovanja, neiskrenosti nekaterih okuženih oseb, nujnega upoštevanja diskrecije
8. VEČ OKUŽENIH OSEB SE NE BO ODZVALO NA KONTROLNE PREGLEDE

Vemo, da zdravila, ki bi ozdravilo aids, še ni, moramo pa zdraviti tiste oportunistične infekcije, ki jih lahko, in poskušati tudi z antivirusno terapijo, ki je, kot kaže, vsaj delno uspešna (AZT – Azidothymidine, Retrovir). Vseh teh zdravil ni na voljo, kljub temu, da so registrirana. Zatakne se pri uvozu in predolgo čakamo na dobavo.

Soočamo se s kadrovskimi problemi. Primanjkuje medicinskega osebja vseh profilov, strežnega in negovalnega, pa tudi višjih medicinskih sester in zdravnikov. Vzroki so splošni (fluktuacija osebja, težki delovni pogoji, rigidna sistematizacija, slabi dohodki) in, vsaj zdi se tako, manj specifični (strah pred aidsom). Sprašujemo se, ali nima morda osebje, ki neposredno dela z okuženimi, celo prednost pred drugimi zdravstvenimi delavci, saj dobro pozna nevarnosti okužbe pri delu s kužninami in se zna tudi ustrezno zaščititi.

Kaj hitro pa nastopijo težave z anonimnostjo. Postopek je lahko resnično anonimen le, ko gre za testiranje in če je test negativen. Takoj pa, ko je test pozitiven, lahko govorimo le o bolj ali manj diskretnem postopku, nikakor pa ne več o anonimnosti.

Postopki za dekontaminacijo kužnin, odpadkov in sterilizacijo instrumentov so znani in natančno opredeljeni, vprašanje pa je, ali imamo tehnične možnosti in ali se bomo vseh navodil zares in natančno držali?

Ko bo več okuženih oseb in bolnikov, se bo pojavil problem nege bolnika na domu, pa obisk pozitivnega otroka v vrtcu in šoli ter pri zaposlovanju seropozitivne osebe.

Področje epidemiološkega poizvedovanje je pri tej infekciji izredno občutljivo. Strogo se moramo držati človekovih pravic in upoštevati diskretnost. Vendar je težko vedno povsem obvarovati bolnika in hkrati njegovega partnerja, oziroma partnerje.

Že zdaj vemo, da vse seropozitivne osebe ne bodo prihajale na redne kontrolne preglede, in lahko si predstavljamo, da tudi vse ne bodo dosledno upoštevale naših navodil za preprečevanja širjenja infekcije.

Kljub temu, da smo šele na začetku epidemije, pa že čutimo, kakšno novo veliko finančno breme aids že je in še bo.

### *Sklep*

Aids imamo tudi v Sloveniji in Jugoslaviji. Trenutno število bolnikov v Jugoslaviji je 21 in v Sloveniji 2. Ko bo prispevek objavljen, bodo številke že bistveno višje. Oba bolnika sta bila registrirana že leta 1986. V letu 1987 bi pričakovali, da bodo štirje, pa nismo imeli novega bolnika. Seveda se bodo pojavili, nastal pa je vendarle nekakšen premor, ki ga morda lahko razložimo z dejstvom, da so se prvi bolniki okužili v tujini, oziroma z uvoženimi krvnimi produkti in da avtohtonih primerov obolenja še ni. Videli bomo, kaj bo prinesel čas. Odgovor bo kmalu znan. Nekaj pa je jasno, takšne epidemije, kakršne so v nekaterih zahodnih državah, oziroma njihovih centrih, nikakor ne pričakujemo. Razlogi so znani, četudi smo zelo odprta država. Navedem naj le neke glavne: promiskuiteta med homoseksualci, gotovo eden najpomembnejših razlogov za naglo širjenje HIV infekcije, pri

nas ni šla tako daleč kot v nekaterih bogatejših zahodnih državah oziroma njih velemestih. Podobno je z narkomani, ki si dajejo drogo v žilo. V naši deželi jih je na srečo malo. Odstotek okuženih hemofilikov v ZDA 33–92% (CDC 1987) in pri nas 10% se bistveno razlikuje. Lahko rečemo, da epidemiološka situacija v Sloveniji ni najugodnejša, nikakor pa ni kritična.

#### LITERATURA

Centres for Disease Control. Revision of the CDC Surveillance Case Definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. MMWR 1987; (Supl. no 1 S): 3–15.

Centres for Disease Control: HIV Infection and Pregnancies in Sexual Partners of HIV-Seropositive Hemophilic Men – United States. JAMA, 1987; 258: 1872–1877.

---

### NAJPOMEMBNEJŠA JE VARNOST

Kakih šestindvajset držav poroča o vseh stranskih učinkih zdravil koordinacijskemu centru SZO v Uppsali na Švedskem. Tu se je do sedaj zbralo približno 400000 poročil, ki predstavljajo edinstveno osnovo za nadaljnje raziskave.

Nenehno iskanje še učinkovitejših in še bolj specifičnih zdravil ne razkriva le koristnosti njihove uporabe, ampak tudi tveganje – tako imenovane stranske učinke zdravil. Vlade številnih držav je prav katastrofa v zvezi s talidomidom spodbudila, da so uvedle stroge varnostne predpise, ki urejajo uvajanje novih zdravil; prav tako so uvedle poseben nadzor nad njimi, potem ko so že v prodaji, z namenom, da bi morebitne stranske učinke, ki so jih prezrli dotlej, čimprej opazili.

Leta 1968 so SZO ustanovila Mednarodni nadzorni program za zdravila v humani medicini, za katerega je čez nekaj let finančno in organizacijsko odgovornost prevzela Švedska.

Dandanes v programu sodeluje 24 razvitih dežel in dve deželi v razvoju. Vsaka dežela ima svoj center, ki obdeluje in ocenjuje poročila o stranskih učinkih zdravil, svoje ugotovitve pa posreduje zdravnikom in Centru v Uppsali. Tam poročilo računalniško preverijo in ga potem vključijo v bazo podatkov.

Štirikrat na leto pregledajo prispela poročila in izločijo tista o resnih zapletih in do tedaj neznanih povezavah. Posameznim centrom potem pošljejo poročila o:

- zdravilih, ki so povzročila smrt, okvaro zarodka, novotvorbo ali odvisnost,
- zdravilih, pri katerih so odkrili dotlej neznano medsebojno učinkovanje,
- povzetek vseh poročil o sumljivih reakcijah ob uporabi posameznih zdravil. To je najbrž eden izmed najbolj branih dokumentov.

Izkazalo pa se je, da je prvotna zamisel o takšni organizaciji, ki naj bi služila kot zgodnji opozorilni sistem, le previsoko postavljen cilj. Menili so, da bodo lahko zgolj s statistično analizo odkrili nove, nepričakovane stranske učinke zdravil, a se je izkazalo, da to ne gre: noben računalniški program, pa naj bo še tako zapleten, ne more ločiti med že znanimi stranskimi učinki kakega zdravila in navideznimi zvezami, ki pa nimajo nobene prave osnove. Pri tem delu je nepogrešljivo izkušeno medicinsko osebje, ki poskrbi za smiselne interpretacije.