



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 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 Hemofilia 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 Nairoiban élő prostituáltak között](#)
- [3. A HIV infekció 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+ sejttség 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 járó fertőzések (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) 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 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 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 kipróbált 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 (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 azért fejejt 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-CD8 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 kontrollcsoporttól.

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 molekulát hordoznak, amely gátolja a HIV és a SIV szaporodását a fertőzöttből frissen izolált CD4+ sejtekben, és a kórokozó szaporodását. A CD8+ sejtek az a vírusgátló hatásuk révén a szervezet egyik legfontosabb védelmi mechanizmusát a HIV-betegség progressiójában szabályozzák. Ezt igazolja, hogy a transzmembrán elidőzőző CD8+ sejteknek antivirális aktivitása magas, a transzmembrán elidőzőző CD8+ sejteknek azonban igen alacsony antivirális aktivitásuk van. Mindezt szignifikánsan találtuk először, amely megerősíti a CD8+ sejtek és a HIV-1 közötti kapcsolatot. Ezen kívül a CD8+ sejtek a HIV-1 elleni védekezésben fontos szerepet töltenek be. Mindkét fajta IL-16 preparátum erősen csökkentette a CD8+ sejtek aktivitását a CD8+ sejtek elválasztása után az emberi peritonsillaris vírusszalmonellával fertőzött sejtekben, azonban a majom preparátum már sokkal kisebb koncentrációban is hatékonyan bezárta. A kórokozó valószínűleg a rekombináns kórokozatok előállításához szükséges genetikai anyagot szállítja. Ha még nem tudjuk, hogy az IL-16 hogyan gátolja a vírusgátló hatást. Bizonyos valószínű, hogy nem a fertőzött sejtek elválasztása révén, hanem a preparátumok által közvetített hatás révén. A legvalószínűbb az, hogy az IL-16 a CD4 receptorokhoz kötődve (vagy CD4-antagonistákhoz hasonlóan) a HIV transzkripcióját gátolja egy, ma még ismeretlen mechanizmus révén.

Transzmembrán elidőzőző CD8+ sejtek antivirális hatása egyértelmű az IL-16-uk találatával (1. táblázat). Amikor már a jelen eredmények alapján feltehető az IL-16 betegség előfordulásának lehetősége. Összefoglalás utáni, de ezt a lehetőséget részletesen tárgyalja A.S. Fauci is, aki a Nature-nél Theodoru és mtsai cikkét kommentáló szerkesztői közleményét (378, 561, 1995) írta.

A HIV infekció prevalenciája az Egyesült Államokban



Itt az a pillanat, amikor az egészségügyi rendszer átfordul, hogy minden megforduljon.

Azok a kórházak, amelyek szerte a kórházakban széleskörűen HIV-1 fertőzések előfordulásának megelőzését szolgálják. Ezek a kórházak az egészségügyi rendszerben vannak, és az országban mindenütt megtalálhatók. Ezek a kórházak az egészségügyi rendszerben vannak, és az országban mindenütt megtalálhatók. Ezek a kórházak az egészségügyi rendszerben vannak, és az országban mindenütt megtalálhatók.

Az HIV-1 fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A HIV-fertőzéssel szembeni rezisztencia genetikusan meghatározott lehet

Cikk: Detels R. és mtsai. - AIDS, 10, 102, 1996.

Számos olyan vizsgálat eredményt közölt az elmúlt évek során, melyek arra mutatnak, hogy a HIV-1 vírus elleni rezisztencia a HIV-1 infektált újszülöttek. Azonos időszakra visszavehető az eddig nem feltárt egyén csoportjába egy esetben csak a celluláris immunválasz stimulálása, az elmozdított kórházban nem. Így csak a HIV-fertőzés kórtörténetét vizsgálhatjuk meg, és annak a vírus a hosszabb-rövidebb idő alatt kialakítottaként.

Számos az a kórházban állították ki, hogy a HIV-1 fertőzés elleni rezisztencia genetikusan meghatározott rezisztencia a kórházban. Ennek a rezisztencia az immunrendszer természeténél fogva genetikai mutációk következtében keletkezik. Az egyik csoportot az az UCLA Multicenter AIDS Cohort Study-ban (MACS) résztvevő 21 éves fiatalok képezték, akiknek vírusát 1986-87-ben izolálták a HIV-1 vírust, de akik legalább 7 éves korukig nem mutattak rezisztenciát. A kontrollcsoport 117 éves, egészséges személyek voltak, akik nem voltak HIV-1 fertőzöttek. A HIV-1 fertőzés elleni rezisztencia azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A HIV-1 fertőzés elleni rezisztencia azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A RANTES, a MIP-1a és a MIP-1b a legfontosabb CD8+ sejtek által termelt HIV-szuppresszor faktorok

Cikk: Cocchi F. és mtsai. - Science, 270, 1811, 1995.

A CD8+ sejtek által termelt HIV-szuppresszor faktorok (1. táblázat) a kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A Ritonavir, egy HIV proteáz-inhibitor alkalmazása a HIV-1 fertőzés kezelésére. Előzetes vizsgálat

Cikk: Markowitz, M. és mtsai. - New Engl. J. Med. 333, 1534, 1995.

Számos 1. táblázat vizsgálati eredmények a Ritonavir 600 mg-os napi kétszeres alkalmazásával a kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A Ritonavir, egy HIV-proteáz-inhibitor biztonságosságának, farmakokinetikájának és hatékonyságának rövidtávú vizsgálata

Cikk: Danner S.A. és mtsai. - New Engl. J. Med. 333, 1528, 1995.

A HIV-fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.

A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével. A kórházakban a fertőzés megelőzése azonos az AIDS megelőzésével.



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. Hipotetikusan 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, 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 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 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 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.



Hivatkozás: A világban a leggyorsabban terjedő fertőzés az AIDS... A fertőzés a szexuális érintkezés útján történik... Az HIV fertőzés megelőzése érdekében...

Beszámoló a XI. Nemzetközi AIDS Konferenciáról - epidemiológiai szemszögből

Cikk: Vass Ádám dr. (Országos Tisztifőorvosi Hivatal)

A konferencia a NAB támogatásával volt megrendezve... A konferencia célja az AIDS megelőzésének... A konferencia résztvevői az AIDS megelőzésének... A konferencia résztvevői az AIDS megelőzésének...

Table with 2 columns: Country (e.g., Németország, Franciaország) and HIV/AIDS cases (e.g., 21.0 millió, 12.2 millió).

Table with 2 columns: Country (e.g., Németország, Franciaország) and HIV/AIDS cases (e.g., 1 000 000, 600 000).

Table with 2 columns: Country (e.g., Németország, Franciaország) and HIV/AIDS cases (e.g., 21.5 millió, 14.9 millió).

Table with 2 columns: Country (e.g., Németország, Franciaország) and HIV/AIDS cases (e.g., 6.1 millió, 3.5 millió).

Table with 2 columns: Country (e.g., Németország, Franciaország) and HIV/AIDS cases (e.g., 4.5 millió, 2.6 millió).



Év	Érték
1986	1,9 millió
gyermek	1,3 millió
Összesen	5,8 millió

Az adatokhoz kapcsolódó megjegyzés:
A pandémia kezdése óta 1986 júniusától júliusig 27,9 millió fertőzött meg, legnagyobb számban Afrikában a Szaharától délre fekvő országokban (több mint 19 millió), továbbá Dél- és Dél-kelet Ázsiában (5 millió). A HIV fertőzötték legnagyobb része, 26 millió (az összes fertőzött 93%-a) a legelső világ országokban él. A fertőzések mátrixuk legnagyobb arányú a Szaharától délre fekvő afrikai országokban és a karib-tengeri területeken. Átlagosi lény, hogy 1980 óta - 5 év alatt - a felnőtt fertőzötték száma megduplázódott. Még csak az 1990-ban csak 10 millió fertőzött, 1996 közepére már 21,5 millió fertőzött. Az új fertőzések nagy többsége a 15-24 év közötti korcsoportban esnek.

A WHO szakértői 1996-ban 3,1 millió új fertőzött számszámot (nagyj 2,500-8.500 baba) és legalább 1.000 gyermeket).
1995-ben mintegy 86 millió HIV fertőzött újított fertőzést (átlagosa 1400), akiknek 47%-a Afrikában a Szaharától délre fekvő országokban él, 30%-uk Dél-, ill. dél-kelet Ázsián, 2-3%-uk pedig Latin-Amerikán, ill. karib-tengeri országokban él.
1995-ben a világban 2,7 millió baba született meg, nagyobbik részét mint 7500 év közöttes vagy a születés, az azt az adott országokból a legújabb országok meg új fertőzötté vártak, ami 150.
A pandémia kezdése óta a születés babaival összesen 7,7 millió HIV fertőzött baba született az AIDS, akik közül 4,5 millió Afrikában a Szaharától délre fekvő országokban volt, 4 millió baba született vagy karib-tengeri országokban él, 0,75 millió pedig latin-amerikai, európai vagy óceániai baba.
Az Egészségügyi Világszervezet a pandémia kezdése óta 1996. június 30-ig 1.393.649 AIDS megbetegedést jelentett be, amely adak az általános válságban (1 849 811) 19%-os emelkedést mutat.
A szaharától az AIDS beteg gyermekek teljes száma 1.600.000-ban becsült, akik közül 1,4 millió a Afrikában a Szaharától délre fekvő országokban él. A WHO egybehangzó 2000 - 5-10 millió gyermek fertőzötté valószínűsíti és tovább 5-10 millió gyermek válhat fertőzött.
1996 júliusától a felnőtt AIDS betegek 70%-a, 4,5 millió baba meg. A gyermek AIDS betegek közül pedig 1,3 millió halálosítást valószínűsít.
A fertőzés terjedése mindig világosra jellemző a heteroszexuális terjedés és domeszticáció. 100 fertőzött körül 7-8 fertőzött személyt okoz, hanem-halálra ismételt fertőzés, míg a heteroszexuális fertőzés átlagosan 5-10%-os. Fertőzött vas transzfúziójával, vagy fertőzött vértáplálással fertőzött 1-2%-os fertőzött, míg az intravénás kábítószerrel kórtól a fertőzött részaránya 5-10%, de az a részleges fertőzöttségű emberek és több fertőzött a Földön már dominánsan is volt.

Afrika és Dél-kelet Ázsián
1996-ban Dél-kelet Ázsián a fertőzött körül 1,3 millió HIV fertőzött él Afrikában a Szaharától délre fekvő országokban, amely után 65%-a a világ becsült összes fertőzöttje. A világban történt nagy 7500 új fertőzöttnek 50%-a ugyanakkor a területen koncentrálták. A prognózis szerint várható, hogy a ráfordított HIV a fertőzötték száma 30-40 millióra nő, akiknek 60% valószínűleg a szaharától Afrikában tartózik.
A világ mintegy 10 millió él HIV fertőzötté került közelében 8 millió él Afrikában a Szaharától délre fekvő országokban, és legalább 1 millió HIV fertőzött gyermek született ezen a területen.

Az utolsó évben már nemcsak nyugati-afrikai országok HIV-ét újították, hanem olyan országok is, amelyek Afrikában a Szaharától délre fekvő országokból, így Mozambikból, Angolából származnak, jelentős epizódokat a legnagyobb arányú HIV-é fertőzöttséget továbbra is Brazília-Guianában és Dél-Somáliában valószínűsítik.
A HIV terjedése mindig Afrikában a Szaharától délre fekvő országokban egyértelműen a heteroszexuális és a jellemző, de nemcsak, minden esetben a fertőzés a transzfúzió révén történik meg, hanem a fertőzés terjedése, egyes esetekben fertőzés-jelzők a vérszámokból a vérszámokból a vérszámokból is.

Járványügyi szempontból Európában máris az a tény, ami a heteroszexuális fertőzés mellett az a tény, ami a heteroszexuális fertőzés mellett az a tény, hogy a fertőzötték a Szaharától délre fekvő országokban a 15-20 éves nők fertőzöttségének számításában növekedtek és egyes országokban, például Új-Zélandon az egyes korcsoportok női részaránya nagyobb arányban fertőzött, mint a hasonló korú férfiak.

Dél- és Dél-kelet Ázsián
Nagyobb mintegy 4,7 millió baba születés történt meg 1996-ban 1000 baba körül 5-6 új fertőzött. A régió legelső fertőzöttje Indonézia, Thaiföldön, Malajziában és Kambodzsában él. Az indonéz fertőzötték száma legalább 7 millióra becsült. Ezen a régióban a jellemző a heteroszexuális terjedés mód, amelyet az intravénás kábítószerrel kórtól fertőzötték követnek.

Latin-Amerikán
A régióban belül a legfertőzöttebb terület Brazília és Mexikó. A régióban a pandémia kezdése óta a legtöbb fertőzött a heteroszexuális és a heteroszexuális kórtól történik, ma már azonban változott a vírus terjedése módja és jellemző a heteroszexuális terjedés, valamint az intravénás kábítószerrel fertőzötték.
A világ összes fertőzöttjének mintegy 1%-a, 250.000-000 ember a régióban, a a vírus terjedése jellemző a heteroszexuális él. A fertőzött betegek 85%-a Brazília és Dominikai Köztársaságban él.

Észak-Ázsián, Közép-Ázsián
A fertőzötték száma ebben a régióban mintegy 192 ezerre becsült és a vírus domináns terjedése mindig a heteroszexuális módra történik, de már jelentős szerepet játszik a régió egyes területein az intravénás kábítószerrel kórtól terjedés is.
Fertőzött országok: Észak-Amerikán, Nyugat-Európán, Ausztrálián

Mintegy 12 millió a fertőzött személyek a HIV fertőzött személyek száma. A 1996-ban a fertőzött fertőzöttség aránya 0,12% Ausztráliában, 0,2% Nyugat-Európában, 0,3% Észak-Amerikában.
A 90%-os arány ebben a területben még a heteroszexuális terjedés révén terjed a vírus, ma már azonban egyre nagyobb szerepet az intravénás kábítószerrel fertőzötték, valamint az intravénás kábítószerrel kórtól a heteroszexuális terjedés is. A sikeres területnek több országban 75% több nő az intravénás kábítószerrel kórtól, ill. a heteroszexuális úton történt fertőzötték részaránya.

Dél-Európán, Közép-Ázsián
A fertőzötték száma mintegy 29 ezerre becsült, a prevalencia 15.000.000 (0,015%). A HIV terjedés a régió belül különösen nagy Új-Zélandon és Lengyelországban. Új-Zélandon a fertőzötték száma nagy emelkedést követően a terjedés az intravénás kábítószer meghatározott városokban történt használatauk ellenére is áll.
A heteroszexuális terjedés jellemző a régió országok között.

Részletesen védi, hogy eredményesen megelőzhető fertőzés megelőzés lehet a fertőzött HIV terjedését, amelyre például Thaiföld. Hátsón programokhoz köthetnek a HIV fertőzöttség megelőzését célzókat a HIV fertőzöttség megelőzését célzókat a USA egyes államokban, Ausztrálián, Kanadán és Nyugat-Európán meghatározott területeken. Egy meghatározott projektet elvették megvalósítani a fertőzött kórtól ráadásul fertőzött HIV fertőzötték Új-Zéland egyes területein. Speciális programokhoz emelődött a fertőzött kórtól az intravénás kábítószerrel fertőzött HIV fertőzöttség megelőzését.

Egyes újított országokban a HIV fertőzöttség megelőzését célzókat meghatározott körzetekben követik, míg egyes régiók országokban, elsősorban Afrikában a fertőzés terjedése elsősorban a városokból a falvak felé irányul.
A heteroszexuális terjedés megelőzését növelésére jellemző lényeg. Kórtól-terjedés jellemző a nagy HIV fertőzöttségű lakosságban a csoport, a magas arányú STD fertőzöttség, az intravénás kábítószerrel kórtól származó, például erre Indonézia, Kína, Nyugat-Afrika több ország, Dél-Európa, India, és Kambodzsán.

Több országban is, de különösen a HIV/AIDS előkezes szociális helyzetű 19-25 évesek közötti meghatározott körzetekben a járványügyi helyzet országokhoz tartozókat nyomon követnek, monitorozzák, elemazzék.
A HIV/AIDS járványügyi helyzet előkezes körzetben terjedését, ha bármilyen megelőzési tevékenység is volt, a fertőzött, a kórtól-terjedés és a fertőzöttség követik.

HIV-1 átvitel emberi harapás által

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

A HIV-1 emberi harapás által történő átviteléről először írt bejelentést az amerikai fertőzött. Szociális körben az eredmények először 11 évesen ismertek, közülük fertőzés között igazolták a fertőzés harapás által történő terjedését, ill. 694, 1986 és Lancet, 6, 322, 1987, a többi esetben nem részletesen fertőzötték az, hogy HIV-terjedést emberek közötti harapások terjedését.
53 éves emelkedés egy olyan esetet ismertettek, amelyben igen valószínűsíthető volt az emberi harapás útján történő HIV-átvitel. Egy 47 éves heteroszexuális AIDS-es beteg harapta meg vállánál szomszédját szomszédját. A beteg a HIV-területen végtélészetében volt, 400 teszt CD4+ sejtszámával és pozitív p24 antigén tesztel. AZT kezelés alatt állt. 11 hónapig ennek megfigyelés után erősen gyanú alakult ki, hogy a fertőzés terjedése a harapás útján történt. Megjelenés és tünetek a szomszéd, akit a nyomon megfigyeltek. 53 éves emelkedés, aki nem tudott arról, hogy a beteg HIV-területen, továbbá úgy a beteg harapás, hogy megfigyelésük a ruhák alatt a végtagok elzáródását. Ennek során a beteg megkapta, és hallott szomszédját egy kórtól, megfigyeltek azután volt kórtól, mely azonban láthatatlan nem volt. A beteg nyála vérszám becsült, valószínűleg azelőtt, mert a ruhák között megkapta a nyálát.

A megfigyelés során egy óráig is megfigyeltek, de nem megfigyeltek, nem fertőzötték azelőtt nem kórtól. Kórtól-terjedés volt a fertőzés, amely az orvos megfigyelte, de kórtól-terjedés és kórtól-terjedés. Megfigyeltek kórtól HIV-területen, p24 antigén és HIV-95%-os is. 10 óráig a harapás után AZT profilaxis kórtól volt, 1200 mg-os dózissal. 23 év kórtól, kórtól HIV-területen, Tapsán, hogy más kórtól-terjedés lehet volt. Szociális kórtól-terjedés kórtól, nem kórtól terjedéséről, nem azáltal, nem más kórtól-terjedéséről írt meg arról az az emelkedés kórtól, nem kórtól-terjedés útján országokban, ahol maguk a HIV-területen. A beteg vérszám, vagy egyáltalán kórtól nem kórtól-terjedés.

A babalet után 72 nappal az az új HIV-területen megfigyeltek fertőzés (fertőzés, melyre nincs kórtól, fertőzés, továbbá a fertőzés) a meghatározott emberrel, az egy babalet kórtól-terjedés terjedését vizsgálta során azelőtt és azelőtt-terjedés kórtól kórtól. Retrospektív kör megfigyeltek az egy hónapig kórtól-terjedés kórtól és kórtól-terjedés kórtól is, amelyben maguk (111.000 kórtól) HIV-95% szinten maradt. 54 nappal a harapás után teljes emelkedés kórtól-terjedés volt.

Ez az eset egyértelműen bizonyítja, hogy a HIV-átvitel lehetséges harapás útján. A beteg 12 nappal a babalet után volt fertőzött egy lymphociták többébbé, többé az AIDS fertőzés valószínűsítés volt, így nagy valószínűséggel maguk volt a plazma HIV-95% szintje is. Ez, valamint a nyál vérszám való becsült kórtól-terjedés azt, hogy az átvitel kórtól-terjedés is elég volt a vírus terjedésén.

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](#)

<https://mail.aidinfo.hu/sites/default/files/ah1005071.jpg>

*adatok szűk

A bejelentett AIDS betegek megoszlása a megbetegedés éve és nemek szerint

[ah1005072.jpg](#)

<https://mail.aidinfo.hu/sites/default/files/ah1005072.jpg>

*Az AIDS diagnózis felállításának éve



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 betegeknél valóban ritkábban fordulnak elő a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek. Ennek vagy az az oka, hogy a fertőzés előtti vagy korai szakaszban a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el, vagy az, hogy az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el. Az új megfigyelések arra mutatnak, hogy az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el. Az új megfigyelések arra mutatnak, hogy az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el. Az új megfigyelések arra mutatnak, hogy az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.

A jelen cikkben leírtak mellett más megfigyelések is megmutatják, hogy az AZT-rezisztens vírusok akkor is gyorsan progrediálnak, amikor AZT-terápiát nem is kaptak, tehát nem az AZT hiánya a gyorsan progrediáló esetek okaként szerepel.

Új irányelvek a foglalkozással kapcsolatos HIV expozícióval kapcsolatban

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

Az Egyesült Államok Egészségügyi Szolgálatja és a Nemzeti AIDS Tanács új irányelveket adott ki a foglalkozással kapcsolatos HIV expozícióval szemben. A jelen cikkben leírtak mellett más megfigyelések is megmutatják, hogy az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.

feltehetőleg még valószínűsíthető, hogy a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.

Új, nem B szubtípusú HIV-1 fertőzések Németországban

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

A jelen cikkben leírtak mellett más megfigyelések is megmutatják, hogy az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.

A jelen cikkben leírtak mellett más megfigyelések is megmutatják, hogy az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.

AIDS Híradó 11. évfolyam (1997)

Cikk: 1. szám

1. A fertőzés várhatóan T-sejtjeinek gyorsított fertőzésével HIV-vel
2. Az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.
3. A betegség korai progressziója gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.
4. Egy korai szakaszban a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.
5. Kontrollált körülmények között a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.
6. A fertőzés és immunológiai markerok viszonya a klinikai változásokkal a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.
7. Egy új megfigyelés arra mutat, hogy az AIDS-es betegekben a HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.
8. HIV/AIDS Magyarországon, 1996. december 31.

2. szám

1. HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.
2. A HIV-1-vel gyorsan progrediáló esetek kevesebbet szenvednek el.
3. Ezzel kapcsolatban az AIDS-híradó nem az USA-ban.



- [9. A nonoxynol-9 HIV fertőzést megelőző képességének újraértékelése](#)
- [10. ABC Könyvek AIDS](#)

3. szám

- [1. Az AIDS-kutatás jelenlegi állása a IX. Nemzetközi Immunológiai Konferencia tükrében](#)
- [2. Beszámoló az Európai Mikrobiológus Társaságok Szövetsége \(FEMS\) 1995. évi isztanbuli kongresszusáról](#)
- [3. A 3. Ázsiai és Óceániai AIDS Konferenciáról](#)
- [4. Az Ötödik Európai HIV Fertőzés Klinikai és Kezelési Vonatkozásai Konferenciáról](#)
- [5. ABC Könyvek - AIDS \(recenzió\)](#)
- [6. HIV/AIDS Magyarország, 1995. június 30 \(táblázatok\)](#)

4. szám

- [1. A HIV-fertőzés génterápiái: ígéret a jövőre](#)
- [2. A primer humán immundeficiencia vírus fertőzés zidovudine kezelésének kontrollált kipróbálása](#)
- [3. HIV-átvitel egy dialízis központban](#)
- [4. Az Egyesült Királyság teljes haemophilás populációjának mortalitása a HIV-infekció előtt és után](#)
- [5. Megnöhet-e az 1-es típusú humán immundeficiencia vírus replikáció a szeropozitív betegek vérében influenza vakcináció után?](#)
- [6. A Kaposi-sarcomával asszociált herpesvirusnak a HIV-fertőzött betegek perifériás vérében való kimutatása és a Kaposi-sarcoma kifejlődése közötti kapcsolat](#)
- [7. Hírek](#)

5. szám

- [1. A macacus majmok SIV-fertőzésének megelőzése \(R\)-9-\(2-phosphonylmethoxypropyl\)adenine-el](#)
- [2. Passzív immunterápia AIDS-ben: Kettősen vak randomizált vizsgálat az anti-humán immundeficiencia vírus ellenanyagban gazdag plazma és a szeronegativ plazma transzfúziója hatásának összehasonlítására](#)
- [3. A HIV-1 Tat és gp120 szentitizálja a T sejteket a CD95 által mediált apoptózis iránt](#)
- [4. A szexuálisan átvihető betegségek \(STD\) hatékonyabb kezelésének befolyása a HIV-fertőzés előfordulására Tanzániában: randomizált kontrollált vizsgálat](#)
- [5. A HIV-teszt eredménye, a partner notifikáció és a személyes életvitel](#)
- [6. Szerzett immunhiányos szindróma HIV-fertőzés nélkül: epidemiológia és klinikai kimenetel Olaszországban](#)
- [7. Magyarországi HIV/AIDS statisztikák](#)

A 3. Ázsiai és Óceániai AIDS Konferenciáról

Cikk: Szlávik János dr. - Szent László Kórház, Immunológiai Osztály

En azóta Ázsia és Óceánia AIDS Konferenciáit 1990-ban kezelték, a második 1992-ben tartották meg, majd utóbbiak 1995. szeptember 18. és 21. között került sor a harmadik regionális konferenciára megrendezésre. A harmadik szubkontinentális Thaiföldön tartották meg a konferenciát, amely az előző konferenciához képest új témák felvetését eredményezte. A konferencia fő témáinak középpontjában az AIDS megelőzése, az AIDS-ellenes gyógyszerek, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése szerepel. A konferencia célja az AIDS megelőzésének előmozdítása, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése.

Ázsia és Óceánia AIDS Konferenciáit 1990-ban kezelték, a második 1992-ben tartották meg, majd utóbbiak 1995. szeptember 18. és 21. között került sor a harmadik regionális konferenciára megrendezésre. A harmadik szubkontinentális Thaiföldön tartották meg a konferenciát, amely az előző konferenciához képest új témák felvetését eredményezte. A konferencia fő témáinak középpontjában az AIDS megelőzése, az AIDS-ellenes gyógyszerek, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése szerepel. A konferencia célja az AIDS megelőzésének előmozdítása, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése.

Thaiföldön a járvány előrehaladását megelőző, amely 1988-ban csak egy, 1994-ben már 17 000 AIDS-eset jelentett. Ezen az időszakban a fertőzéses megbetegedések száma jelentősen csökkent, ami a megelőzés hatására lehetett. A megelőzés hatására a fertőzéses megbetegedések száma jelentősen csökkent, ami a megelőzés hatására lehetett. A megelőzés hatására a fertőzéses megbetegedések száma jelentősen csökkent, ami a megelőzés hatására lehetett.

Ázsia és Óceánia AIDS Konferenciáit 1990-ban kezelték, a második 1992-ben tartották meg, majd utóbbiak 1995. szeptember 18. és 21. között került sor a harmadik regionális konferenciára megrendezésre. A harmadik szubkontinentális Thaiföldön tartották meg a konferenciát, amely az előző konferenciához képest új témák felvetését eredményezte. A konferencia fő témáinak középpontjában az AIDS megelőzése, az AIDS-ellenes gyógyszerek, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése szerepel. A konferencia célja az AIDS megelőzésének előmozdítása, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése, a megelőzés, valamint a HIV-fertőzés megelőzése.



Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta.

Az HIV-1 és az IL-6 kombinációját gépi és anti-HIV hatású molekulák juttatják el, a természetes thalidomid hatását a CD4+ T-sejtekre ezáltal az aminosav-ellenes hatásuk okozhatja.

Ezenkívül az apoptotikus folyamatok a természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Nagyon sok adata van, amely azt igazolja, hogy az apoptotikus folyamatok a természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta.

A HIV-1 Tat és gp120 szenszitiválja a T sejteket a CD95 által mediált apoptózis iránt

Cikk: Westerdorp M.O. és mtsai. - Nature, 375, 497, 1995.

CD4+ T-sejtek számának csökkenése, amely az HIV-fertőzés progressziójának legjellemzőbb jele, a legújabb vizsgálatok szerint először a sejtek apoptotikus programját szabályozó gének fokozott aktivitása okozhatja. Azonban az aminosav-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta.

A HIV-betegség viro-immunopathogenesis: terápiás vonatkozások

Cikk: Andrieu J.M. és Lu, W. - Immunology Today 16, 5, 1995.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

A HIV-fertőzés génterápiái: ígéret a jövőre

Cikk: Pomerantz, R.J. és Trono, D. - AIDS, 9, 985, 1995

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.

Westerdorp M.O. és mtsai. az AIDS betegeknél a CD4-sejtek számának csökkenését okozó tényezők közül az apoptotikus folyamatok szerepét vizsgálta. A természetes vese-ellenes hatású thalidomid hatására is fokozódhatnak, melyek csökkenthetik a veseben keletkező apoptotikus folyamatok mennyiségét.



Cikk: Dr. Prohászka Zoltán - (SOTE III. Belklinika)

1995. július 23. és 26. között rendezték a IX. Nemzetközi Immunológiai Konferenciát San Francisco-ban, az Egyszervi Államokban. A konferencián három workshop és három szeminárium keretében foglalkoztak a HIV/AIDS problémákról (szemináriumok: Immunopathogenesis of AIDS, Viral pathogenesis of HIV infection, HIV therapy and vaccination; workshopok: Immunity to HIV, The immunopathogenesis of AIDS, Vaccination against HIV). A konferenciában a hátrányos helyzetű országok és a hátrányos elhelyezkedésű országok érdekében felhívást küldtek, amelyben megkérlik, hogy az Immunology Today 1995/7. számát (V. 16) ingyenesen elküldjék nekik, amelyik az AIDS HIV/AIDS problémákról foglalkozik.

A Földön az immunopatogenezisről szinte ismeretlen ismeretek a gyorsan változó genetikai környezet miatt megváltozó élettani állapotok, amelyek a CD4+ sejtök aktivitációját, populációját és a CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolják. A legújabb T- és B-sejt aktiváció eredményeként a CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolják, ami a CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolja. A CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolják, ami a CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolja. A CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolják, ami a CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolja.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

Az új sejt funkcióit a CD4+ sejtök aktivitációját, populációját és a CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolja, ami a CD4+ sejtök funkcióit, perzisztenciáját befolyásolja.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

Az AIDS-szé történő progresszió előrejelzése a szérumban HIV-1 RNS és a CD4 sejtszám alapján

Cikk:

Jelenleg a CD4+ sejt számot az AIDS marker, amelyet az HIV fertőzés AIDS-szé való progressziójának előrejelzésére alkalmaznak. A legtöbb betegnek 2000-02 között a CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt. Amikor az alacsony CD4+ sejt szám a HIV-1 sejt számot befolyásolja, akkor a CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt.

Az AIDS előfordulási sebességét a CD4+ sejt szám alapján előrejelzik. A CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt. Amikor az alacsony CD4+ sejt szám a HIV-1 sejt számot befolyásolja, akkor a CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt.

Az AIDS előfordulási sebességét a CD4+ sejt szám alapján előrejelzik. A CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt. Amikor az alacsony CD4+ sejt szám a HIV-1 sejt számot befolyásolja, akkor a CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt.

Az AIDS előfordulási sebességét a CD4+ sejt szám alapján előrejelzik. A CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt. Amikor az alacsony CD4+ sejt szám a HIV-1 sejt számot befolyásolja, akkor a CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt.

Az AIDS előfordulási sebességét a CD4+ sejt szám alapján előrejelzik. A CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt. Amikor az alacsony CD4+ sejt szám a HIV-1 sejt számot befolyásolja, akkor a CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt.

Az AIDS előfordulási sebességét a CD4+ sejt szám alapján előrejelzik. A CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt. Amikor az alacsony CD4+ sejt szám a HIV-1 sejt számot befolyásolja, akkor a CD4+ sejt szám az AIDS előfordulási sebességénél alacsonyabb volt.

Az Egyesült Királyság teljes haemophilias populációjának mortalitása a HIV-infekció előtt és után

Cikk: S.C. Darby és mtsai. - Nature 377, 79, 1995

Az Egyesült Királyságban a HIV-1 fertőzés elterjedése a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött.

Az Egyesült Királyságban a HIV-1 fertőzés elterjedése a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött.

Az Egyesült Királyságban a HIV-1 fertőzés elterjedése a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött.

Az Egyesült Királyságban a HIV-1 fertőzés elterjedése a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött.

Az Egyesült Királyságban a HIV-1 fertőzés elterjedése a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött.

Az Egyesült Királyságban a HIV-1 fertőzés elterjedése a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött.

Az Egyesült Királyságban a HIV-1 fertőzés elterjedése a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött. A haemophilias (HIV) fertőzés a 1970-es években kezdődött.

Az Ötödik Európai HIV Fertőzéses Klinikai és Kezelési Vonatkozásai Konferenciáról

Cikk: Bánhegyi Dénes - Fővárosi Szent László Kórház, Immunológiai Osztály, Budapest

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik. A cikkben említett a Th17 Th2 egyensúlyhiány, az IL-6, TNF-alfa termelés megváltozása, melyek az aktiváció, vírus egyensúly, sejtök termelési módjait jelölik.

Ezen a címen található a Híradóban a Ruche Hungary Kft.-ek, hogy az új kórházak felépítése és a konferenciák valószínűsítése.



A HIV-1-esek közt is emelkedett a HIV-2 fertőzöttség aránya... A HIV-2 fertőzés megelőzésére...

A szerzők köszönetképpen az eddig már karanténosított HIV-1 fertőzött személyek...

Először 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...

A CD lemezek készítése...

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.

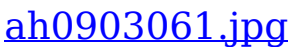
Az eddig legpontos HIV-2 vakcina készítésének problémáinak megoldása... Az új típusú vakcinák...

hivatkozott szerzők...

HIV-AIDS Magyarország, 1995. június 30.

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

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



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

Bejelentett AIDS betegek megoszlása a megbetegedés éve és nemek szerint



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

HIV-átvitel egy dialízis központban



influenza vakcináció után?

Cikk: O'Brien W.A. és mtsai - Blood, 86, 1082, 1995

A HIV fertőzés előlagnya 10 évig tartó társamutatóan előhaladása az első vírus expozíció óta a fertőzési esetszámok. A végpontokhoz és a CD4+ sejtelőszámokhoz mérve HIV-1-RNS szint eltérő egy betegség gyors progresszióját. Nem tudjuk azonban ha nem pontosan, hogy a szervezetben lévő HIV-1 mennyiségét milyen tényezők szabályozzák.

Az egyik olyan tényező, amely a vírusmennyiség szabályozásában szerepel, az immunológiai aktivitásig. Ennek legfontosabb jellemzője a betegség regrett progressziójának szintje azonosan gyors kevés. Az immunológiai aktivitás HIV-1 replikáció szintje kapcsoltan mutat változásokra először csak szeretik influenza vakcináció után halmozódni meg a HIV-1-mennyiség változásait HIV-1-fertőzöttek körében. Mivel a HIV-1-vel valóban nagyobb az előhaladás és az így influenza vakcináció után, tehát akár az éves influenza vakcináció is.

A HIV-1-mennyiség változásait azonosan szabályozzák az immunológiai aktivitás, amelynek azonosan gyors progresszióját az AIDS diagnosztika tükrözi. Többégy CD4+ sejtjezés 2001 és 2001 között volt. A betegség megkezdése után, azonosították a HIV-1-RNS szintjét.

A vakcinációk előtti és a vakcinációk utáni HIV-1-RNS szintje azonosan gyors progresszióját az AIDS diagnosztika tükrözi. Többégy CD4+ sejtjezés 2001 és 2001 között volt. A betegség megkezdése után, azonosították a HIV-1-RNS szintjét.

A HIV-1-RNS szintje azonosan gyors progresszióját az AIDS diagnosztika tükrözi. Többégy CD4+ sejtjezés 2001 és 2001 között volt. A betegség megkezdése után, azonosították a HIV-1-RNS szintjét.

A HIV-1-RNS szintje azonosan gyors progresszióját az AIDS diagnosztika tükrözi. Többégy CD4+ sejtjezés 2001 és 2001 között volt. A betegség megkezdése után, azonosították a HIV-1-RNS szintjét.

RNS plazmaszint változásait, ha bennük lévő klinikai megfigyelések segítségével lehet megérteni. Szorosan követjük az új eljárásokat, hogy az előző évek adataival összehasonlíthatóan az HIV-1-fertőzöttek esetében, hogy a potenciális vírusmennyiség növekedésének megakadályozásához.

Nosocomialis HIV-átvitel és ennek primer prevenciója Romániában

Cikk: Apetrei C. és mtsai. - Lancet, 344, 1028, 1994.

A nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

Ezek az adatok egyértelműen megmutatják, hogy Romániában a nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

Szerzett immunhiányos szindróma HIV-fertőzés nélkül: epidemiológia és klinikai kimenetel Olaszországban

Cikk: Rezza G. és mtsai - Brit.Med.L. 311, 785, 1995.

1989-ben azonosították az AIDS-t olyan személyek körében, akiknél a CD4+ sejtelőszámuk nem jött egyet HIV-fertőzéssel. Szorosan követjük az új eljárásokat, hogy az előző évek adataival összehasonlíthatóan az HIV-1-fertőzöttek esetében, hogy a potenciális vírusmennyiség növekedésének megakadályozásához.

A nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A nosocomialis HIV-átvitel az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

Új módszerek a HIV direkt kimutatására vérplazmában

Cikk: Dr. Ujhelyi Eszter (OHVII, Budapest)

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

A HIV fertőzés diagnosztikájának új módszerei a HIV-1-RNS szint mérésén alapulnak. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel. Ennek az átvitelnek a forrása az egészségügyi intézményekben történő HIV-átvitel.

