

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ”
ДВНЗ “ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ”

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ І ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

**Всеукраїнська науково-практична конференція
інфекціоністів і пленум ГО “Всеукраїнська
асоціація інфекціоністів”**

(5-6 жовтня 2017 року, м. Житомир)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2017

УДК 616.9-036.22(063)

Е 67

ББК 51.9

Редакційна колегія:

академік НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, проф., д. мед. н. *М.А. Андрейчин* (відповідальний редактор), проф., д. мед. н. *Н.А. Васильєва*, заслужений лікар України, проф., д. мед. н. *О.А. Голубовська*, доц., канд. мед. н. *О.Л. Івахів* (відповідальний секретар), заслужений лікар України, проф., д. мед. н. *С.О. Крамарьов*, проф., д. мед. н. *В.П. Малий*, проф., д. мед. н. *М.Д. Чемич*.

М.А. Андрейчин

НЕБЕЗПЕЧНА ДИНАМІКА ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В УКРАЇНІ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

В останні роки збільшилась актуальність низки інфекційних хвороб. Проте в українському суспільстві домінує уявлення про відносно епідемічне благополуччя. Виняток зроблено тільки щодо туберкульозу, ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів. Ці хвороби супроводжуються особливо частою хронізацією, інвалідністю та смертністю, тому заперечувати їх медичну, соціальну й економічну вагу ніхто не наважується.

Мета роботи – проаналізувати інфекційну захворюваність в Україні за останні роки та обґрунтувати причини її приросту й епідемічних ускладнень.

До нових загроз інфекційних хвороб в Україні необхідно віднести інтенсифікацію їх глобального поширення; повернення старих і появу нових інфекцій, частішу реєстрацію екзотичних та орфанних інфекцій, активізацію наявних і ризик формування нових ендемічних осередків.

Сумарна інфекційна захворюваність (без урахування ВІЛ-інфекції), за даними ДЗ “Український центр контролю і моніторингу захворювань МОЗ”, зросла на 17,82%, головним чином за рахунок грипу та ГРЗ. Приріст дали: сальмонельозна інфекція (на 7,08%), за винятком черевного тифу і паратифів А, В, С, шигельоз Зонне (12,04%), харчова токсикоінфекція (5,50%), лептоспіроз (7,31%), кашлюк (29,10%), вірусний менінгіт (8,99%), гепатит А (21,97%), гострий гепатит В (8,43%), інфекційний мононуклеоз (12,51%), трематодози (1,10%), у тому числі опісторхоз (1,94%), аскаридоз (8,66%), гострі інфекції верхніх дихальних шляхів (17,99%), грип (у 3,77 разу), пневмококовий менінгіт (89,47%), інші бактерійні менінгіти (4,15%). А ще зареєстрована захворюваність показала зростання низки важливих інфекцій на один або декілька випадків (дифтерія, паракашлюк, рикетсіози, кліщовий вірусний енцефаліт, геморагічна гарячка з нирковим синдромом, носії збудників черевного тифу і паратифів).

Водночас відбулося значне або помірне зниження захворюваності на шигельоз Флекснера, ерсиніоз, скарлатину, менінгококову інфекцію, хворобу Лайма, вірусні гарячки, краснуху, гострий гепатит С, хронічний вірусний гепатит, у тому числі хронічний гепатит В, епідемічний паротит, малярію, гіменолепідоз, трихуроз, менінгіт, спричинений *H. influenzae*.

Безперечно, зростання захворюваності на низку інфекцій у 2016 р. може бути зумовлено кращою їх діагностикою, а також періодичністю багаторічного епідемічного процесу. Однак на прикладі зниження захворюваності на хворобу Лайма з 7,96 до 6,45 випадків на 100 тис. населення, що склало 19,19%, можна висловити здивування. Адже в деяких областях, в яких проведено значну санітарно-освітню роботу серед населення, тематичні семінари з профільними спеціалістами і відносно краще налагоджено специфічну лабораторну діагностику цієї інфекції, різко почастишало звертання людей у зв'язку з укусами кліщів і виявлення Лайм-бореліозу. Специфічне обстеження хворих з хронічною запально-дистрофічною патологією шкіри, суглобів, серця, периферичної та центральної нервової системи дає змогу значно частіше діагностувати цю небезпечну інфекцію. Так, тільки у Тернопільській області у 2016 р. порівняно з 2015 р. частота діагностики Лайм-бореліозу збільшилася на 27,8%.

Дуже складна епідемічна ситуація щодо ВІЛ-інфекції. Як свідчать оперативні дані ДУ “Центр громадського здоров'я МОЗ України”, за період 1987-2016 рр. у країні офіційно зареєстровано 297 424 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 92 897 хворих на СНІД і 41 710 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІД. Станом на 01.01.2017 р., під медичним наглядом перебуває майже 133 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, з них кожен третій має діагноз СНІД. У 2016 р. в Україні спостерігалось збільшення числа зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб до 17 066 проти 15 869 у 2015 р., темп приросту становив + 7,5%, показник захворюваності досяг 40,0 на 100 тис. населення проти 37,0 у попередньому році. Аналіз цих даних свідчить про те, що створена свого часу сітка автономних обласних і міських СНІД-центрів не виконала покладених на них сподівань.

Особливе занепокоєння серед медичних працівників і громадського загалу викликають все частіші епідемічні спалахи

інфекційних захворювань. З 2012 по 2016 рр. їх число зросло з 34 до 166. Відповідно збільшилася кількість постраждалих – з 673 до 3 140 осіб, у тому числі дітей. Епідемічні спалахи були спричинені головним чином сальмонелами, шигелами, ротавірусами та вірусом гепатиту А, тобто збудниками кишкових інфекцій. У 2016 р. порівняно з 2015 р. майже у 2 рази збільшилося число щорічних спалахів, які виникли в організованих колективах (72 проти 37). Особливий резонанс у суспільстві спричинив епідспалах 2016 р. на півдні Одещини, пов'язаний з вживанням недоброякісної питної води. За офіційними даними, тоді постраждало 776 осіб, у т. ч. 449 дітей. У поточному році, станом на серпень, зареєстровано 104 випадки ботулізму, від якого померло 10 осіб. Ці та інші спалахи свідчать про незадовільний санітарно-гігієнічний контроль у країні й подальше його зниження.

Несприятлива епідемічна ситуація в Україні загалом і в окремих регіонах має своє пояснення. На нашу думку, до основних причин наведеного зростання інфекційної захворюваності чи збереження її на стабільно високих рівнях та почастищення епідемічних ускладнень необхідно зачислити таке: провали планової імунопрофілактики; тривале зниження матеріального добробуту більшості населення; кризу системи охорони здоров'я і відсутність дієвих реформ; розвал санітарно-епідеміологічної служби і поки що малу ефективність нових державних структур, на які покладено завдання ліквідованого відомства; інтенсифікацію міграційних процесів; екологічні проблеми; зростання резистентності збудників до антибіотиків і хіміотерапевтичних препаратів; серйозні прорахунки в забезпеченні населення і лікувальних закладів якісними ліками, зокрема біологічними препаратами невідкладної допомоги; вкрай недостатнє фінансування державної медицини і наукової сфери; трьохрічну війну, що триває.

Перманентна інфляція та соціально-політична напруга у державі гальмують боротьбу з інфекційними хворобами. Однак історія медицини вже не раз довела, що економія коштів на боротьбу з інфекційними хворобами з часом неминуче призводить до зростання захворюваності та епідемічних ускладнень, що потребують значно більших фінансових витрат.

Таким чином, в Україні спостерігається активізація низки інфекційних хвороб та почастишали епідемічні спалахи, головним чином кишкових інфекцій. Для покращення епідситуації потрібно здійснити комплекс невідкладних заходів на загальнодержавному і місцевому рівнях.

О.П. Адамович, В.М. Кальчук, С.А. Сафонов

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Національний аграрний університет, м. Львів

Актуальність. Важливість проблеми гострих кишкових інфекцій (ГКІ) на теренах України не викликає сумнівів. На території нашої держави щорічно спостерігаються стабільно високі показники захворюваності на цю групу інфекцій, адже ГКІ займають одне з перших місць за чисельністю зареєстрованих випадків, поступаючи лише ГРВІ. Так, за перший квартал 2017 р. на Львівщині зареєстровано 1 702 випадки ГКІ, що майже в 1,5 разу більше, ніж протягом ідентичного періоду минулого року. Беручи до уваги вище викладене, особливої уваги заслуговує питання надання ранньої адекватної медичної допомоги такому контингенту хворих із урахуванням усіх сучасних тенденцій і нових здобутків у галузі фармації.

Ще у вісімдесятих роках минулого сторіччя ВООЗ запровадила застосування розчинів для пероральної регідратації для лікування ексикозу, спричиненого ГКІ, завдяки чому вдалось суттєво знизити кількість летальних випадків при цій патології, особливо серед дітей. Надзвичайно важливим є раннє призначення розчинів для пероральної регідратації, що також істотно знижує відсоток госпіталізованих пацієнтів. Дані клінічних досліджень свідчать, що в усіх хворих на ГКІ уже в перші дні відзначається дисбіоз кишечнику того чи іншого ступеня. Доведено, що від інтенсивності дисбіотичних явищ залежить і тяжкість перебігу хвороби.

Враховуючи наведені вище факти, нашу увагу привернув сучасний засіб для пероральної регідратації, який поєднує ефекти

гіпоосмолярного глюкозо-сольового розчину і властивості лактобактерій LGG, посилених дією пребіотика, – регідрон біо. Це порошок для приготування розчину для орального застосування, який знаходиться у двох пакетах-саше. До складу саше входять кукурудзяний мальтодекстрин (1 900 мг), *Lactobacillus rhamnosus GG* (100 мг), глюкоза (3 020 мг), натрію цитрат (580 мг), натрію хлорид (360 мг). Загальна осмолярність розчину, який отримується при змішуванні вмісту саше із 200 мл води, складає 225 ммоль/л, а вміст ліофілізованих бактерій *Lactobacillus rhamnosus GG* – 1×10^9 КУО/г.

Результати та обговорення. За нашими попередніми даними, застосування цього препарату виявилось високо-ефективним у дорослих пацієнтів із ГКІ на ранніх етапах лікування. Використання регідрону біо у хворих на ГКІ засвідчило вищу його ефективність порівняно з препаратом регідрон, який тривалий час застосовується в Україні.

Висновки. Використання регідрону біо в якості засобу патогенетичної терапії для пероральної регідратації у хворих із проявами ГКІ є запорукою швидшого регресу клінічних симптомів, запобігання дисбіотичним порушенням, які відносно часто трапляються у хворих після перенесених кишкових інфекцій.

М.А. Андрейчин, Н.А. Ничик, Н.Г. Завіднюк, Я.І. Йосик

НІПАГ-ІНФЕКЦІЯ – НОВА ПРОБЛЕМА

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Після того як людство продемонструвало свою нездатність швидко протистояти лихоманкам Ебола та Зіка, з'явилися ще декілька небезпечних гарячкових інфекцій, зокрема хвороба, спричинена вірусом *Nipah (NiV)*. Про неї йшла мова на Всесвітньому економічному форумі 2017 р. в Давосі.

Мета роботи. Опрацювати наявні джерела літератури та інтернет-ресурси для виявлення особливостей хвороби, спричиненої NiV.

Матеріали і методи. Проаналізовано звіти ВООЗ, матеріали інтернет-ресурсів Центру по контролю за захворюваннями USA (CDC), EU CDC, MedScape, Medline та ін.; проведено

порівняльний аналіз основних епідеміологічних та клінічних даних захворювань, спричинених NiV.

Результати та обговорення. Захворювання, спричинені NiV, вперше описано в 1998-1999 рр. під час спалахів серед свиней і людей в Малайзії. Вірус, ймовірно, передався від кажанів, згодом став циркулювати серед свиней. З часом NiV поширився на фермерів і працівників боень у Малайзії та Сингапурі, викликавши тяжкий, часто зі смертельними наслідками, енцефаліт у більш ніж 250 осіб. Також інфекція була виявлена у кішок, собак і кіз. Щоб зупинити малайзійську епізоотію, прийшлося знищити понад мільйон свиней. CDC відніс NiV до 4-го рівня BSL (biosafety level). Це найвища категорія біологічної безпеки стосовно збудників інфекційних хвороб, що можуть поширюватися за допомогою повітряно-краплинного механізму, проти яких не розроблені етіотропне і специфічне лікування та профілактика.

NiV є представником недавно створеного роду *Henipavirus* з родини параміксовірусів, до якої також входять споріднені віруси *Hendra* і *Cedar*. Плодоїдні кажани з роду *Pteropus* (летючі лисиці) є основним резервуаром для NiV.

Зараження людей NiV відбувається при безпосередньому контакті з інфікованими свинями, ймовірно, через слизові оболонки, а також через пошкоджену шкіру. Люди можуть виділяти вірус із респіраторними секретами, слиною, сечею. Саме контакт з респіраторними виділеннями вважають основним шляхом поширення збудника. Інкубаційний період захворювання складає 2-30 діб. У людей, уражених NiV, розвивається енцефаліт із сонливістю, дезорієнтацією, дисфункцією стовбура головного мозку, конвульсіями, комою тощо. У частини перехворілих може бути рецидивний енцефаліт. Інколи ознаки енцефаліту з'являються досить пізно (через місяці або роки) у людей, які не мали в анамнезі симптомів гострого захворювання. В Малайзії частим проявом у хворих з енцефалітом був фрагментарний міоклонус. Випадки менінгіту та енцефаліту були зареєстровані і на Філіппінах. При тяжкому перебігу хвороби можливий розвиток сепсису, кровотеч з шлунково-кишкового тракту, ниркової недостатності тощо.

Противірусних препаратів або вакцин для лікування і профілактики *Nipah*-інфекції немає. Інтенсивна підтримувальна терапія є єдиним підходом у наданні допомоги таким пацієнтам.

У разі підозри хвороби серед свійських тварин необхідно негайно встановити карантин у приміщеннях, де вони утримуються. Обов'язковим є забій інфікованих особин з ретельним дотриманням санітарних правил поховання або спалювання туш. У зв'язку з тим, що спалахи Ніпаг-інфекції серед домашніх тварин передують появі випадків захворювання людей, має дуже важливе значення створення системи епідагляду за здоров'ям тварин для раннього виявлення у них хвороби.

Вчені з медичного відділення Техаського університету в Гальвестоні разом з науковцями Військово-медичного університету в Бетесді успішно випробували вакцину проти смертоносного NiV на мавпах.

Висновки. На сьогодні Ніпаг-інфекція, яка здатна спричинити масову загибель людей, є проблемою світового значення. В Україну NiV може бути завезений пасажирськими та вантажними суднами, літаками, що прибувають з неблагополучних країн і на борту яких є інфіковані люди чи тварини. З метою недопущення цього в міжнародних пунктах пропуску слід посилити санітарно-епідеміологічний контроль транспортних засобів, виявлення хворих серед членів екіпажу, пасажирів, імпортованих тварин. Одним із способів зниження ризику інфікування є підвищення обізнаності населення та медичної спільноти про Ніпаг-інфекцію.

М.А. Андрейчин, М.І. Шкільна, С.О. Никитюк,
С.С. Подобівський, О.М. Марчук, І.М. Кліщ, М.М. Корда

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ БОРЕЛІЙ І АНАПЛАЗМИ У КЛІЩІВ, ВИЛУЧЕНИХ ВІД МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Іксодові кліщі (родина *Ixodidae*) є переносниками збудників таких природно-вогнищевих інфекційних хвороб людини, як кліщовий енцефаліт, Лайм-бореліоз, гранулоцитарний анаплазмоз, моноцитарний ерліхіоз, бабезіоз.

Нозоареали цих інфекцій займають більшу частину території нашої країни, простягаючись від східних до західних кордонів і співпадаючи з ареалами кліщів – основних переносників збудників.

Тернопільська область розташована в зоні з родючими ґрунтами, помірним континентальним кліматом, лісними ландшафтами (загальна площа лісового фонду області становить 199,3 тис. га з широколистяними та змішано-широколистяними породами дерев), що сприяє збереженню в природі основного резервуару борелій – іксодових кліщів. Ендемічні осередки кліщових бореліозів виявлено в 57 населених пунктах 14 районів та у м. Тернополі.

У липні 2017 р. при ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України” був створений Центр із вивчення Лайм-бореліозу та інших інфекцій, що передаються кліщами. Одним із напрямків роботи центру є проведення досліджень іксодових кліщів та їх інфікування основними видами *B. burgdorferi* та збудниками інших трансмісивних інфекцій (анаплазмозу, ерліхіозу), що дасть можливість вивчити їх регіональне поширення та з’ясувати етіологічну структуру різних клінічних форм, у тому числі мікст-інфекцій.

Метою роботи було встановити частоту природного зараження кліщів, відібраних від мешканців Тернопільської області, такими трансмісивними інфекціями, як бореліози та гранулоцитарний анаплазмоз людини.

Матеріали і методи. У вказаний Центр звернулися 122 батьки дітей, які принесли кліщів, що напали на їхніх дітей віком від 1 року до 15 років. Слід зазначити, що 80,0% членистоногих були видалені лікарями травмпункту Тернопільської обласної комунальної дитячої клінічної лікарні, решта – забрані батьками. Кліщів ідентифікували за допомогою стереомікроскопічної системи SEO, яка включає стереомікроскоп, кольорову цифрову камеру і фотоадаптер. Види кліщів розрізняли за допомогою прийнятих таблиць (І.А. Акімов і І.В. Небогаткін, 2017). Серед німф, знятих з дітей, переважали особини молодшого (довжина 0,6-0,8 мм) і середнього (1,4-1,6 мм) віку. ДНК *B. burgdorferi sensu lato* (*B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii* та *B. garinii*), *B. miyamotoi* та *A. phagocytophilum* визначали за допомогою ПЛР у режимі реального часу.

Результати та обговорення. Зі слів батьків і дітей, напади кліщів сталися у 33 (27,0%) потерпілих у межах села, у 54 (44,5%) – міста; у 3 (24,6%) – у лісі; 32 (26,3%) – не пам’ятають.

Усі досліджені кліщі належали до роду *Ixodes* (*I. ricinus*), з них 75,0% німфи, 25,0% – дорослі особини. Із 122 досліджених кліщів 32 (26,3%) були інфіковані. Зокрема, *B. burgdorferi sensu lato* мали 15 (12,3%) кліщів, *B. miyamotoi* – 1 (0,8%), *A. phagocytophilum* – 16 (13,1%). У 4 (3,3%) кліщів виявлено ДНК *B. burgdorferi sensu lato* та *A. phagocytophilum* у поєднанні.

Отримані нами результати співзвучні з даними літератури про рідкісне (1,4%) виявлення *B. miyamotoi* у кліщах, відібраних на території автономного краю Воєводіна, Сербія (Potkonjak A. et al., 2016). Водночас на значно частіше поєднання декількох інфекцій у кліщах, вилучених від людей, вказали дослідники Словаччії (Namšnkovb Z. et al., 2016) та Польщі (Cisak E et al., 2006).

Висновки. Підтверджено зараження частини кліщів, відібраних від мешканців Тернопільщини, *B. burgdorferi sensu lato*. Факт інфікування їх *B. miyamotoi* та *A. phagocytophilum* встановлено вперше. Можливість передачі кліщами збудників цих інфекцій мешканцям Тернопільської області потребує подальшого вивчення.

О.Б. Архипенко

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ РІЗНИХ ГЕНОТИПІВ ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С У НАСЕЛЕННЯ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Обласна клінічна лікарня, м. Київ

Актуальність. Від наслідків хронічних вірусних гепатитів (ХВГ), за даними ВООЗ, щорічно помирає близько 1,34 млн осіб, що відповідає рівням смертності від туберкульозу та ВІЛ. У зв'язку з цим ВООЗ розробила Глобальну стратегію сектору охорони здоров'я щодо вірусних гепатитів, метою якої є надання широкого доступу до лікування ХВГ. З 2013 р. в Україні діє “Державна цільова соціальна програма (ДЦСП) профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів”, яка надала можливість отримувати лікування хворим на хронічний гепатит С (ХГС), у тому числі і найбільш соціально незахищеним верствам населення. Одним з основних показників, що визначають тактику противірусної терапії (ПВТ), є генотип вірусу гепатиту С (ВГС),

тому визначення розповсюдженості різних генотипів має вирішальну роль у плануванні заходів щодо лікування ХГС.

Мета роботи – проаналізувати розповсюдженість різних генотипів вірусу гепатиту С на території Київської області.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось з використанням даних оперативного реєстру (ОР) хворих на ХВГ Київської області. ОР містить інформацію про вік, стать, вид діяльності, місце реєстрації, генотип вірусу, ступінь фіброзу печінки, результати лабораторно-інструментального обстеження і схему терапії.

Визначення генотипу вірусу гепатиту С проводилось за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з виявленням основних генотипів (1-, 2-, 3-, 4-ий). Результати визначення генотипу вірусу гепатиту С у 1 374 хворих (35% від тих, хто перебуває на обліку в ОР) і стали матеріалом нашого дослідження.

Статистичні обчислення проведені за допомогою персонального комп'ютера з використанням Microsoft Excel 2007 згідно з рекомендаціями до статистичної обробки медико-біологічних даних.

Результати та обговорення. ОР хворих на ХВГ у Київській області на теперішній час налічує 3 927 хворих на ХГС. З них у 1 077 (27,5%) пацієнтів проведено всебічне обстеження, яке включає визначення генотипу ВГС та оцінку ступеня фіброзу печінки, а у 297 (7,5%) хворих був визначений тільки генотип вірусу. У 65,0% хворих генотип ВГС взагалі не був визначений, переважно через високу вартість дослідження. Тільки пільгові категорії хворих змогли пройти його безкоштовно. Серед обстежених хворих переважали ті, які проживають у містах, – 906 (66,0%), чоловіків було 819 (59,6%). Розподіл за генотипами: 1-ий – 732 (53,3%) хворих, 2-ий – 79 (5,7%), 3-ій – 563 (41,0%). Таким чином, у жителів Київської області переважає 1-ий генотип ВГС – 53,3% ($p < 0,01$). Другим за частотою виявлення є 3-ій генотип, який реєструється достовірно частіше, ніж 2-ий ($p < 0,01$), але достовірно рідше, ніж 1-ий ($p < 0,05$). Одержані результати відповідають даним літератури і підтверджують переважання ВГС 1-го генотипу.

Висновки. У Київській області найбільш поширений 1-ий генотип ВГС, він переважає над 3-ім ($p < 0,05$) і 2-им ($p < 0,01$). Визначення генотипу ВГС проведено лише у 35,0% хворих,

оскільки це дослідження не забезпечується фінансуванням ДЦСП і лікувальних закладів. У багатьох випадках мотивацією для визначення генотипу ВГС за власний кошт є можливість отримати лікування в межах ДЦСП профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів.

Ю.І. Бажора, О.М. Усиченко, К.М. Усиченко

ВИЗНАЧЕННЯ КОМБІНАЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С І ЇХ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Національний медичний університет, Одеса

Актуальність. Відомо, що генетична неоднорідність вірусу гепатиту С та імуногенетичні особливості хазяїна обумовлюють гетерогенність імунної відповіді на HCV-інфекцію і відмінності перебігу та наслідків хвороби. У зв'язку з цим триває пошук генетичних маркерів, що дозволяють прогнозувати стійку вірусологічну відповідь на противірусну терапію, а також впливають на швидкість прогресування фіброзу печінки.

Мета дослідження – визначення взаємозв'язку між поліморфізмом генів інтерлейкінів (IL)-4, IL-10, TNF α , SMAD family member 7 (SMAD7 C>T) у хворих на ХГС залежно від ступеня фіброзу печінки.

Матеріали і методи. Обстежено 100 хворих на ХГС; вони були віком від 18 до 62 років. Пацієнти – жителі Одеського регіону, чоловіків було 44%, а жінок – 56%. Контрольна група складена з 30 практично здорових осіб; кількість жінок і чоловіків була однаковою (по 15 осіб).

Верифікація діагнозу ХГС включала традиційні біохімічні тести і серологічні маркери. Оцінку морфологічних змін у печінці здійснювали за шкалою METAVIR з використанням неінвазивного методу Fibrotest.

Молекулярно-генетичні дослідження полягали у визначенні поліморфних варіантів генів IL-4 (C589T), IL-10 (G1082A), TNF α (G308A), SMAD7 C>T. Проводили їх на базі Німецького діагностичного центру ім. Св. Павла (м. Одеса).

Результати та обговорення. У здорових осіб значно переважав гомозиготний генотип CC IL-4 (C589T). У хворих на

ХГС також відзначали його переважання, але в значно меншій мірі ($p < 0,05$, $\chi^2 = 4,77$). Крім того, у хворих на ХГС значно частіше зустрічався гетерозиготний генотип СТ IL-4 (C589T) ($p < 0,05$, $\chi^2 = 6,78$).

У здорових осіб переважав гомозиготний генотип СС IL-10 (G1082A) ($p < 0,05$, $\chi^2 = 9,33$). При дослідженні поліморфізму IL-10 (G1082A) у хворих на ХГС встановлено переважання гетерозиготної алелі (комбінація GA у 53% хворих) ($p < 0,05$, $\chi^2 = 6,44$).

При вивченні алельного поліморфізму TNF α (G308A) у контрольній групі виявлено переважання гомозиготного генотипу GG TNF α (G308A) у 91% ($p < 0,05$, $\chi^2 = 50,88$). У хворих на ХГС відзначали переважання гетерозиготної алелі GA (77%) ($p < 0,05$, $\chi^2 = 47,88$).

При вивченні алельного поліморфізму SMAD7 C>T у контрольній групі виявлено гомозиготний генотип СС SMAD7 у 50% ($p < 0,05$, $\chi^2 = 43,88$). У хворих на ХГС зазначалося переважання гетерозиготної алелі СТ (56%) ($p < 0,05$, $\chi^2 = 47,88$).

Для оцінки асоціації ступеня змін печінкової тканини і алельного поліморфізму генів усі хворі були розділені на три групи за ступенем фіброзу.

Встановлено наявність таких кореляційних зв'язків:

- зворотний кореляційний зв'язок між генотипами IL-4 і TNF α , $p < 0,01$;
- прямий кореляційний зв'язок між ступенем фіброзу і генотипами IL-4, $p < 0,01$ (менший ступінь фіброзу відзначається у носіїв генотипу СС, більший – у носіїв генотипу ТТ);
- зворотний кореляційний зв'язок між ступенем фіброзу і генотипами TNF α , $p < 0,01$ (менший ступінь фіброзу відзначається у носіїв генотипу GG, більший – у носіїв генотипу AA);
- прямий кореляційний зв'язок між ступенем фіброзу і генотипами SMAD7, $p < 0,01$ (менший ступінь фіброзу відзначається у носіїв генотипу СС, більший – у носіїв генотипу ТТ).

Висновки. Наявність взаємозв'язку ступеня фіброзу печінки і певних генотипів IL-4, SMAD7 і TNF α дозволяє використовувати отриману інформацію як один з критеріїв швидкості прогресування фібротичних процесів печінки. Комплексний підхід в обстеженні пацієнтів з ХГС дозволить скласти більш повну картину про ступінь змін печінкової тканини.

А.В. Бондаренко, В.М. Козько, О.В. Бондаренко, О.П. Черкасов

КРОСС-СЕКЦІЙНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ БАРТОНЕЛЬОЗУ СЕРЕД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Національний медичний університет, Обласний центр
профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, м. Харків

Мета роботи – провести епідеміологічне одновекторне кросс-секційне дослідження поширеності бартонельозу серед ВІЛ-інфікованих осіб віком від 20 до 60 років.

Матеріали і методи. Учасників рекрутували випадковим чином серед пацієнтів, які знаходились на обліку в ОЦПБС м. Харкова. Збір даних проводився у момент візиту в суб'єктів, що дали письмову згоду (спеціально розроблена форма інформованої згоди на участь у дослідженні). Програма включала: 1) опитування з оцінкою анамнестичних відомостей і детальний аналіз медичної документації; 2) тестування на наявність специфічних антибартонельозних антитіл; 3) тестування на наявність інфекцій, що обумовлені HBV, HCV, *Toxoplasma gondii* та *Mycobacterium tuberculosis* (у тому числі рентгенографія органів грудної клітки, туберкулінова проба). Дослідження не передбачало призначення лікарських препаратів і/або наступне спостереження за учасниками. Критерії виключення: суб'єкт не підписав форму інформованої згоди до початку збору даних; суб'єкт не надав відповіді при опитуванні; суб'єктові виконана тільки частина діагностичних процедур. Статистичний аналіз проведено з використанням пакету застосованих програм Statistica v. 10.0 (StatSoft). Перевірку статистичної значущості асоціації оцінювали за розрахунком критерію χ^2 Пірсона. Статистично значимими відмінностями вважали рівень значущості менший 0,05.

Об'єкт дослідження – 176 ВІЛ-інфікованих осіб. Пацієнтів, які взяли участь в дослідженні, можна розглядати як типовий для означеного періоду “зріз” суспільства зі специфічними поведінковими та епідеміологічними особливостями.

Результати та обговорення. За результатами тестування 34,7% осіб дали позитивну реакцію з бартонельозним антигеном, що свідчить про значне поширення інфекції серед цієї групи населення і про активний характер епідпроцесу. Проведено аналіз

інфікованості бартонелами в зіставленні з комплексними епідеміологічними даними і наявністю основних опортуністичних інфекцій з різними шляхами зараження. Інфікування *M. tuberculosis* діагностовано у 25,6%, *T. gondii* – у 25,0%, HBV – у 16,5%, HCV – у 41,5%. Встановлений очікуваний зв'язок між інфікуванням бартонелами й *T. gondii* ($\chi^2 = 4,42$, $p=0,04$), що пояснюється спільним джерелом інфекції для обох збудників. Однак, крім того, нами виявлений зв'язок між інфікуванням бартонелами й HCV ($\chi^2 = 4,64$, $p=0,03$), при відсутності достовірного зв'язку з інфікуванням HBV ($\chi^2 = 2,84$, $p=0,09$). Для останнього була більш характерна небезпечна статева поведінка респондентів. При подальшому аналізі даних встановлено більший відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків у групі осіб, які дали позитивну реакцію з бартонельозним антигеном (44,3 і 25,2% відповідно), і наявність зв'язку між інфікуванням бартонелами й наркозалежністю ($\chi^2 = 6,66$, $p=0,01$).

Відомо, що поведінкові й імунологічні характеристики, що асоціюються з використанням наркотиків, сприяють збільшенню поширеності гемоконтактних патогенів. Так, нами встановлений зв'язок між наркозалежністю й HCV-інфекцією ($\chi^2 = 38,02$, $p<0,01$) і HBV-інфекцією ($\chi^2 = 11,5$, $p<0,01$). Крім того, вживання ін'єкційних наркотиків сприяє збільшенню поширеності деяких патогенів, що не мають гемоконтактного шляху інфікування, як, наприклад, *M. tuberculosis* ($\chi^2 = 18,78$, $p<0,01$, за нашими даними). Однак, у досліджених нами осіб не встановлений достовірний зв'язок між інфікуванням мікобактеріями та бартонелами ($\chi^2 = 2,56$, $p=0,11$), що виключає аерогенний механізм інфікування бартонелами. Також нами не був встановлений зв'язок між наркозалежністю та інфікуванням *T. gondii* ($\chi^2 = 0,14$, $p = 0,71$). Для оцінки зв'язку між інфікуванням бартонелами й наркозалежністю використали розрахунок відношення шансів і встановили, що вживання ін'єкційних наркотиків підвищує імовірність інфікування бартонелами (OR=2,36, 95%, CI 1,22-4,55). Враховуючи тривалу внутрішньоеритроцитарну персистенцію бартонел і здатність спричиняти хронічну бактеріємію в господаря, цей факт підіймає питання про можливість гемоконтактного шляху передачі.

Висновки. Висока поширеність антитіл до бартонел свідчить, що ці мікроорганізми є убіквітарними й інфікування у

ВІЛ-інфікованих осіб носить ординарний характер. Основною субпопуляцією, залученою в епідемічний процес, і категорією ризику щодо інфікування бартонелами є споживачі ін'єкційних наркотиків.

Н.А. Васильєва, Н.І. Годована, Ю.А. Кравчук

ЛЕПТОСПІРОЗ ВНАСЛІДОК УКУСІВ ГРИЗУНАМИ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Обласний лабораторний центр МОЗ України, м. Тернопіль

Актуальність. Тернопільська область є ендемічною щодо лептоспірозу. На стаціонарне лікування потрапляють, як правило, хворі з тяжким перебігом (71,3%) і жовтяничною формою (78,9%) хвороби. У той же час, лептоспіроз характеризується широким спектром клінічних проявів, які варіюють від інапарантної інфекції до фульмінантного захворювання.

При ретроспективному епідеміологічному обстеженні одного із свиноккомплексів у літні місяці в Тернопільській області, де спостерігалась епізоотія серед свиней, у 21,5% робітників виявлено позитивну реакцію мікроаглютинації (РМА) з тим самим сероваром лептоспір (*L. rotorna*) у титрах 1:100-1:400, що свідчило про недавно перенесену інфекцію, яка, проте, не була діагностована.

За даними Тернопільської обласної станції переливання крові, у різні роки (1995-2000 рр.) частка донорів з високим титром протилептоспірозних антитіл коливалась від 6,12 (у 1996 р.) до 15,33% (у 1995 р.). У жодного з донорів при опитуванні даних за перенесений раніше лептоспіроз виявити не вдалось.

Враховуючи, що основним резервуаром збудника лептоспірозу в природі є мишоподібні гризуни, заслуговують на увагу випадки покусів гризунами людей, які значно почастишали останнім часом. Так, серед 1 386 пацієнтів з лептоспірозом, госпіталізованих у Тернопільській області у 1972-2011 рр., в анамнезі вказівки на безпосередній контакт з гризунами (укус) були у 10 (0,7%), у 2012-2016 рр. зі 106 – у 8 (7,5%).

Матеріали і методи. Проаналізовано матеріали Тернопільського обласного лабораторного центру МОЗ України і клініки інфекційних хвороб ТДМУ щодо лептоспірозу. Лептоспіри виявляли методом темнопольної мікроскопії (ТМП) у крові пацієнтів і відловлених в осередках гризунів. Серовар збудника визначали в реакції мікроаглютинації з відповідними живими культурами лептоспір (РМАЛ).

Результати та обговорення. Усього з травня 2014 по 2016 рр. зареєстровано 83 випадки укусів людей гризунами. Серед постраждалих чоловіків 40, жінок – 24, дітей – 19; вік – від 3 до 90 років. Сільських мешканців 73,5%, укуси відбулись переважно у підсобних приміщеннях, пов'язаних з веденням господарки; у міських – частіше з утриманням декоративних тварин. Значно зросла частка міських мешканців – з 16,7 до 36,4%. Укуси нанесені переважно щурами (52), рідше – мишами (17), хом'яками (7), зрідка – кажанами (2), декоративними щурами чи мишами, ондатрою, бурундуком. Локалізація укусів – найчастіше кисті рук (56), нижня третина передпліччя (4), стопи (10), також у поодиноких випадках були рани на гомілці (3), стегні, сідниці, тімені. За час спостереження, що проводилось у плані профілактики сказу, скарг і клінічних симптомів, за винятком тих, що стосувались саме рани, у пацієнтів не було. Лабораторне обстеження, в умовах реорганізації системи охорони здоров'я, проводилось за рахунок власних коштів пацієнтів, з урахуванням їх фінансових можливостей.

Усього у 2014-2016 рр. підтверджено безсимптомний лептоспіроз у 7 пацієнтів із 37 (18,9% від числа покусаних гризунами, обстежених лабораторно; у 6 виявлено антитіла до *L. icterohaemorrhagiae* у титрах 1:400-1:800, в 1 – до *L. pomona* 1:1600).

Практично усі осередки були заселені гризунами, але відловити їх за допомогою пасток вдалося лише у 28 (33,7%). Інфікованість відловлених гризунів виявилась від 17,6 до 33,3%. Проводилось у динаміці одночасне обстеження постраждалих людей і гризунів. Хоча в усіх обстежених осередках у людей реєстрували укуси щурів і в 1 – кажана, однак у пастки (і відповідно на лабораторне дослідження) нерідко потрапляли також миші. З 16 досліджених щурів лептоспіроз підтверджено у 3: в усіх позитивні результати ТПМ, а також РМАЛ з

L. icterohaemorrhagiae 1:100 (1) та *L. polonica* 1:40 (1); крім того, з 13 відловлених мишей 5 виявились позитивними щодо лептоспір: у всіх ТПМ позитивні, в 1 – позитивна РМАЛ з *L. icterohaemorrhagiae* (1:40). У 2 випадках підтвердженого лептоспірозу людей в осередках були відловлені миші (а не щури!), в 1 з яких виявлено лептоспіроз (ТПМ+, РМАЛ з *L. icterohaemorrhagiae* 1:40) і то через 4 міс. після інциденту.

Висновки. Після укусів мишоподібними гризунами у 18,9% пацієнтів розвився лептоспіроз, що підтверджено результатами лабораторного обстеження. Заселеність гризунами осередків, де мали місце випадки укусів людей, склала 33,7%, інфікованість відловлених гризунів – від 17,6 до 33,3%. Результати проведеного дослідження диктують необхідність ретельного медичного спостереження за пацієнтами після укусів мишоподібними гризунами та лабораторного обстеження людей з метою своєчасної діагностики лептоспірозу та адекватної лікувальної тактики.

Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневіська, Я.І. Йосик,
О.А. Герасименко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ (за Державною програмою)

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Міська лікарня швидкої допомоги, м. Тернопіль

Актуальність. В Україні за ступенем негативного впливу на здоров'я населення і рівнем захворюваності вірусні гепатити займають домінуюче місце у структурі інфекційної захворюваності. Задля полегшення доступу хворих до лікування цієї патології впроваджено “Державну цільову соціальну програму профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року”.

Мета роботи – визначити ефективність противірусної терапії хронічного гепатиту В (ХГВ) у пацієнтів, яких лікували за Державною програмою.

Матеріали і методи. Протягом 2013-2016 рр. у Тернопільській області у межах Державної програми проліковано 29 хворих на ХГВ. Діагноз верифіковано виявленням HBsAg, HBeAg, анти-HBcor, ДНК HBV. Чоловіків виявилось достовірно більше, ніж жінок, – 89,7 проти 10,3% ($p < 0,05$). Пацієнти були віком від 20 до 60 років, з них 71,4% – до 40 років; середній вік склав ($34,7 \pm 1,6$) року.

Хворі отримували протівірусну терапію (ПВТ): рекомбінантні пегільовані інтерферони-альфа (ІФН) протягом 24 тиж. у дозі, залежно від маси тіла, – 7 пацієнтів, з них 5 – у подальшому продовжили лікування тенофовіром (тенохоп) добовою дозою 0,3 г протягом 1 року, решта 22 – приймали лише тенофовір упродовж 48 тиж.

У динаміці пацієнти обстежені: біохімічний аналіз крові, кількісна детекція ДНК HBV у сироватці крові, визначення ступеня фіброзу і гістологічної активності біохімічним методом (за фібротестом), а також загальноклінічні аналізи.

Результати та обговорення. До лікування у 15 (51,7%) хворих ступінь фіброзу був F0, у 7 (24,1%) – F1, у 5 (17,2%) – F2, в 1 (3,4%) – F3, в 1 (3,4%) – F4. Гістологічна активність була такою: у 15 (51,7%) – A0, у 9 (31,1%) – A1, у 5 (17,2%) – A3.

Повторно фібротест після терапії проведено в 11 (37,9%) із 29 хворих, з них у 3 (27,2%) ступінь фіброзу зменшився, у 4 (36,4%) – залишився попереднім, у 4 (36,4%) – відзначено наростання фібротичних змін. Однак варто зазначити, що F3-F4 перед початком ПВТ був у 6,8% (2 з 29) осіб, а після лікування – таких хворих не було. Щодо гістологічної активності процесу – A3 перед початком був у 17,2% (5 з 29), на кінець лікування – у 2 з 11 (18,2%) ($p > 0,05$). У динаміці після лікування у 4 з 11 (36,4%) пацієнтів ступінь активності зменшився, у 5 (45,4%) – залишився попереднім, у 2 (18,2%) – відзначено деяке наростання активності.

Після закінчення курсу ІФН-терапії в усіх пацієнтів у сироватці крові визначали ДНК HBV, хоча і зі значним зниженням вірусного навантаження – на 3-4 порядки. При подальшому лікуванні тенофовіром лише у 2 осіб із 6 вдалось досягти зменшення вмісту ДНК HBV до невизначеного рівня. У пацієнтів, які отримували лише тенофовір, після 24 тиж. лікування ДНК HBV виявляли лише у 8 з 22 (36,4%), з яких у

5 відповіді взагалі не отримано (невідповідачі). ДНК HBV у крові не визначалась у 17 (58,6%) пацієнтів.

Висновки. Таким чином, у пролікованих хворих на ХГВ вірусологічну відповідь досягнуто у 58,6%, ступінь фіброзу зменшився у 27,3%, гістологічної активності – у 36,4% осіб. З метою кращого використання виділених державних коштів необхідний ретельніший відбір пацієнтів для проведення ПВТ, більш зважене рішення про можливі протипоказання.

Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневська, Я.І. Йосик,
О.А. Герасименко

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СХЕМ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ (за Державною програмою)

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Міська клінічна лікарня швидкої допомоги, м. Тернопіль

Актуальність. Триває пандемія гепатиту С, яка за масштабами і кількістю інфікованих осіб у 4-5 разів перевищує пандемію ВІЛ-інфекції. Проте реальний рівень захворюваності та поширеність хронічного гепатиту С (ХГС), за оцінками експертів, значно вищий, ніж фіксується статистичною звітністю. В Україні реалізується “Державна цільова соціальна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року”, що сприяє доступу ширшого кола пацієнтів до сучасної терапії цієї недуги.

Мета роботи – визначити ефективність противірусної терапії (ПВТ) ХГС при різних методах лікування у хворих Тернопільської області, яких лікували за Державною програмою.

Матеріали і методи. Протягом 2013-2016 рр. у Тернопільській області у межах Державної програми проліковано 45 хворих на ХГС. З них чоловіків було 64,4%, жінок дещо менше – 35,6%. Пацієнти були віком від 20 до 60 років: від 20 до 30 років – 8,9%, від 31 до 40 – 35,6%, від 41 до 50 – 24,4%, старше 50 років – 31,1%; середній вік пацієнтів склав $(43,1 \pm 1,4)$ року.

Діагноз недуги встановлювали на підставі клініко-лабораторних даних, верифікували виявленням анти-HCV, РНК

НСV з визначенням її кількості й генотипу вірусу у ПЛР. Ступінь фіброзу печінки і гістологічну активність оцінювали біохімічним методом за допомогою фібротесту. Обстеження проводили у динаміці: перед призначенням лікування, через 4, 12, 24, 36, 48 і 72 тиж. від початку терапії.

Розподіл хворих за генотипами НCV був таким: 1b виявлено у 30 осіб, 2-ий – в 1, 3-ій – у 3, 3a – у 8, не з'ясовувався – у 3.

Хворі отримували лікування: пегільований інтерферон (ІФН) у поєднанні з рибавірином, з урахуванням маси тіла, тривалість терапії відповідно до генотипу (24-48 тиж.) – 16 осіб, ІФН з рибавірином і препаратом прямої противірусної дії (ПППД) софосбувіром (протягом 3 міс.) – 27, безінтерферонову схему рибавірин (лівел) і софосбувір – 2.

Результати та обговорення. Припинено лікування 2 хворих через протипокази, які виникли у процесі терапії; з них 1 отримував ІФН з рибавірином, 1 – рибавірин (лівел) і софосбувір. У 42 із 45 пацієнтів РНК вірусу у крові після лікування не визначалась, тобто отримано повну вірусологічну відповідь у кінці лікування (ПВВКЛ), ефективність лікування досягла 93,3%. Часткова вірусологічна відповідь у кінці лікування була в 1 хворого – на кінець курсу ІФН і рибавірину із софосбувіром РНК вірусу виявлено, але її концентрація була на 3 порядки меншою від початкової. Ще в 1 хворої стався вірусний рецидив через 9 міс. після закінченого річного курсу лікування ІФН і рибавірином.

Стосовно морфологічних змін у печінці до лікування: ступінь фіброзу у 3 (6,7%) пацієнтів був F0, у 9 (20,0%) – F1, у 10 (22,2%) – F2, у 8 (17,8%) – F3, у 15 (33,3%) – F4. Повторно фібротест після лікування визначено у 30 (66,7%) із 45 хворих із ХГС. У динаміці у 16 (53,3%) осіб ступінь фіброзу зменшився, у 8 (26,7%) – залишився попереднім, у 6 (20,0%) – відзначено наростання фібротичних змін (у тому числі у 3 за біохімічними показниками ступінь фіброзу не вдалося визначити). Проте, якщо F3-F4 перед початком ПВТ був у 51,1% (23 з 45) пацієнта, то на кінець лікування – у 12 з 30 (40,0%) ($p > 0,05$).

Щодо гістологічної активності процесу у печінці, то до лікування у 3 (6,7%) хворих відзначали A0, у 4 (8,9%) – A1, у 15 (33,3%) – A2, у 23 (51,1%) – A3. Варто відзначити, що наприкінці лікування відсоток пацієнтів з найвищою гістологічною

активністю суттєво знизився – з 51,1% (23 з 45) до 16,7% (5 з 30 ($p < 0,02$)). У динаміці у 23 хворих з 30 (76,7%) ступінь активності зменшився, у 2 (6,7%) – залишився попереднім, у 5 (16,7%) – відзначено збільшення активності, у тому числі у 3 осіб за біохімічними показниками ступінь активності не вдалося визначити.

При застосуванні терапії ІФН з рибавірином, за наявності ПВВКЛ, тим не менше зростала частка пацієнтів, в яких визначено високий ступінь фіброзу (F3-F4): з 31,2% до початку лікування до 50,0% після завершення курсу. У пацієнтів, які отримували у складі ПВТ ще й софосбувір, незважаючи на те, що до початку лікування ступінь фіброзу був значно вищим, ніж у попередній групі, – F3-F4 у 61,3% осіб, після завершення курсу частка їх суттєво зменшилась – до 33,3% ($p < 0,05$), що може опосередковано свідчити про антифібротичну дію софосбувіру.

Що стосується гістологічної активності процесу у пацієнтів, які отримували різну ПВТ, то динаміка була однаково позитивною як в осіб, котрі вживали ІФН і рибавірин, так й у тих, що приймали ІФН, рибавірин і софосбувір, – зменшилась частка хворих з А3 перед початком лікування відповідно з 50 і 51,7% до 0 і 21,7% після його завершення, А2 – з 25,0 і 36,7% до 0 і 9,1%. У той же час відсоток осіб з А0 суттєво збільшився відповідно – з 12,5 і 3,4% до 87,5 і 56,5%. Стосовно мінімальної гістологічної активності А1, то динаміка її була відповідно такою – до лікування 18,7 і 3,4%, після – 12,5 і 12,5% (за рахунок суттєвого зменшення частки пацієнтів з високою гістологічною активністю).

Висновки. Таким чином, ефективність противірусної терапії ХГС була досить високою і склала 93,3%. Застосування у комплексній ПВТ софосбувіра сприяло суттєвому зменшенню ступеня фіброзу печінки і скороченню тривалості лікування, що покращує комплаєнс хворих.

О.О. Волікова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин,
О.А. Кушнерова, О.В. Шевельова, І.Г. Кривуля, А.А. Гарагуля,
Ю.В. Донська, Н.В. Сімонова, А.П. Петулько, Т.М. Панікова,
І.І. Петрашенко

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИНИКНЕННЯ КО-ІНФЕКЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ АЛЕЛЯМИ ЛОКУСУ HLA DRB1

Медична академія, м. Дніпро, Центральна міська лікарня,
м. Першотравенськ, Дніпропетровська область

Актуальність. У теперішній час ВІЛ-інфекція розповсюджена в усьому світі і у тому числі й в Україні. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів спостерігається зниження клітинного імунітету, що обумовлює сприятливі умови для приєднання ко-інфекції туберкульозу. Ще недостатньо вивчені фактори, які впливають на індивідуальну сприйнятливість до ко-інфекції туберкульозу і прогресування ВІЛ-інфекції. Тому вивчення системи гістосумісності II класу, за даними літератури, може дати змогу прогнозувати приєднання туберкульозу у ВІЛ-інфікованих і перебіг саме ВІЛ-інфекції.

Мета роботи – вивчити взаємозв'язок виникнення ко-інфекції туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з різними алелями локусу HLA DRB1.

Матеріали і методи. Когорту дослідження склали 102 ВІЛ-інфікованих пацієнти віком від 24 до 58 років, середній вік – 38 років. Вони були розподілені на три групи залежно від стадій ВІЛ-інфекції. До 1-ї групи увійшли 30 (29,4%) пацієнтів з I та II клінічними стадіями – 7 (23,3%) і 23 (76,7%) особи відповідно; до 2-ї – 28 (27,5%) осіб з III, до 3-ї – 44 (43,1%) пацієнти з IV клінічною стадією. Діагноз ВІЛ-інфекції виставлено відповідно з чинною клінічною класифікацією. Усі пацієнти знаходились під спостереженням у центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом Дніпропетровської області.

Методом ПЛР проводили типування DRB1 так званим варіантом сиквенс-специфічних праймерів (PCR-SSOP). Дослідження здійснювалося наборами “HLA-ДНК-ТЕХ” для типування генів DRB1 виробництва “ДНК-Технологія” (Москва, РФ) у Діагностичному центрі Дніпропетровської медичної академії. Використані ампліфікаційні тест-системи визначають 15 специфічностей генів DRB1 на рівні алелей.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмних продуктів MathCad, STATISTICA 6.1 та Excel-2010. Статистично значущим вважали $p < 0,05$.

Результати та обговорення. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів з алелями локусів DRB1*13, DRB1*03 і DRB1*08 спостерігались достовірні відмінності за двостороннім точним критерієм Фішера між групами з проявами туберкульозу та без його проявів. Результати показали, що група ВІЛ-інфікованих пацієнтів з проявами туберкульозу мала більш високі статистично достовірні частоти алелей локусів DRB1*13 (37,5 проти 18,6%), DRB1*03 (18,8 проти 4,3%) і DRB1*08 (15,6 проти 2,9%).

Таким чином, з наявністю у ВІЛ-інфікованих пацієнтів алелей локусів DRB1*13, DRB1*03 і DRB1*08 пов'язана ко-інфекція туберкульозом.

ВІЛ-інфіковані пацієнти з проявами туберкульозу мають більше шансів наявності алелей локусів DRB1*13 [OR 2,631, 95% ДІ; 1,032-6,704], DRB1*03 [OR 5,154, 95% ДІ; 1,199-22,149] і DRB1*08 [OR 6,296, 95% ДІ; 1,151-34,444] на відміну від ВІЛ-інфікованих без проявів туберкульозу.

ВІЛ-інфіковані пацієнти з алелями локусів DRB1*13 [RR 2,019, 95% ДІ; 1,040-3,922], DRB1*03 [RR 4,375, 95% ДІ; 1,167-16,399] і DRB1*08 [RR 5,469, 95% ДІ; 1,120-26,700] мають більші ризики виникнення туберкульозу.

Висновки. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які мають алелі локусу DRB1*13, DRB1*03 і DRB1*08, спостерігалася більша можливість розвитку ко-інфекції туберкульозу.

О.О. Волікова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин,
О.А. Кушнерова, О.В. Шевельова, І.Г. Кривуля, А.А. Гарагуля,
Н.В. Сімонова, Ю.В. Донська, А.П. Петулько, Т.М. Панікова,
І.І. Петрашенко

ІМУНОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ НА ТЛІ КО-ІНФЕКЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Медична академія, м. Дніпро, Центральна міська лікарня,
м. Першотравенськ, Дніпропетровська область

Актуальність. На сучасному етапі ВІЛ-інфекція є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем у багатьох країнах

світу, у тому числі в Україні. Одним з найбільш розповсюджених ВІЛ-асоційованих захворювань є туберкульоз.

Мета роботи – дослідити зміни імунологічних показників у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з проявами туберкульозу і без проявів цієї недуги.

Матеріали і методи. Когорту дослідження склали 102 ВІЛ-інфікованих пацієнти віком від 24 до 58 років (середній вік – 38 років). Вони були розподілені на три групи залежно від стадій ВІЛ-інфекції. До 1-ї групи увійшли 30 (29,4%) пацієнтів з I та II клінічними стадіями – 7 (23,3%) і 23 (76,7%) особи відповідно, до 2-ї – 28 (27,5%) осіб з III, до 3-ї – 44 (43,1%) пацієнти з IV клінічною стадією. Діагноз ВІЛ-інфекції виставлено відповідно до чинної клінічної класифікації. Усі пацієнти знаходились під спостереженням у центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом Дніпропетровської області.

Викопіювання клініко-лабораторних даних проводили із карток у вище зазначених закладах охорони здоров'я.

Серед когорти спостереження отримували ВААРТ 90 (88,2%) пацієнтів; не отримували ВААРТ – 12 (11,8%).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмних продуктів MathCad, STATISTICA 6.1 та Excel-2010. Статистично значущим вважали $p < 0,05$.

Результати та обговорення. У ВІЛ-інфікованих хворих з проявами туберкульозу спостерігалась достовірно значуща різниця між показниками Т-хелперів (CD3+ + CD4+), лімфоцитів (CD45+) і Т-лімфоцитів (CD3+). Причому рівень показників CD4+ Т-хелперів (CD3+/CD4+) у пацієнтів без проявів туберкульозу був на 71,1% більшим, ніж у пацієнтів з проявами туберкульозу.

Таким чином, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з проявами туберкульозу спостерігалась більш виражена імуносупресія.

Під час дослідження не мали достовірної різниці вірусологічні та загальноклінічні показники у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з проявами туберкульозу або без проявів цієї недуги. Усі вони були у межах норми в групах обстежених. Спостерігали лише достовірність різниці показників вірусного навантаження і гемоглобіну за критерієм Фішера, що свідчило про виражену розбіжність показників.

Таким чином, показники вірусного навантаження знаходились у межах не визначального рівня як у пацієнтів з проявами туберкульозу, так і без проявів туберкульозу. Наявність туберкульозу у пацієнтів з ВІЛ не впливала на загальноклінічні показники.

Висновки. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів з проявами туберкульозу спостерігалась більш виражена імуносупресія. Показники вірусного навантаження знаходились у межах не визначального рівня як у пацієнтів з проявами туберкульозу, так і без таких, що свідчило про ефективність призначеної ВААРТ.

Л.А. Волянська, С.В. Євтушенко

ГЕРПЕТИЧНИЙ ЕНЦЕФАЛІТ У ДИТИНИ НА ТЛІ МАНІФЕСТНОЇ ФОРМИ ХВОРОБИ ЛАЙМА (клінічний випадок)

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Обласна дитяча комунальна лікарня, м. Тернопіль

Актуальність. Хвороба Лайма (бореліоз) в Україні істотно збільшила свою частоту з моменту офіційної реєстрації протягом останніх кількох років: у 2015 р. цей показник збільшився у 2,02 рази (7,96 випадків на 100 тис. населення), порівняно з попереднім роком (3,72 на 100 тис. населення). Через відсутність специфічних засобів профілактики необхідно якомога швидше виявляти і діагностувати цю хворобу і своєчасно проводити адекватну терапію повними курсами антибіотикотерапії, що дозволить запобігти хронізації чи розвитку рецидивів і зменшити ймовірність розвитку ускладнень. Опитування медичних спеціалістів засвідчили недостатній рівень знань про цю патологію, що диктує необхідність підвищення їх поінформованості, особливо про “некласичні” клінічні випадки.

Мета роботи – підвищити поінформованість лікарів різної спеціалізації про строкатість проявів бореліозу у дітей в умовах зростання захворюваності в Україні.

Матеріали і методи. Аналіз медичної документації дівчинки Е., 7 років, що перебувала на лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні протягом 10 днів з діагнозом: Герпетичний (HSV1, HSV2) енцефаліт. Лайм-бореліоз, маніфестна безеритемна

форма, дисемінована стадія, підгострий перебіг, середнього ступеня тяжкості.

Результати та обговорення. Дитина поступила на стаціонарне лікування в терміновому порядку у зв'язку з появою генералізованих клоніко-тонічних судом на четверту добу від виникнення фебрильної гарячки і помірних катаральних проявів з боку ВДШ. Діагноз при поступленні: ГРВІ, судомний синдром. При огляді: загальний стан тяжкий за рахунок судомного та інтоксикаційного синдромів; легка гіперемія м'якого піднебіння, над легенями перкуторно легеневий звук з коробковим відтінком, аускультативно підсилене везикулярне дихання, послаблені тони серця, м'язова гіпотонія, парестезії обох кінцівок зліва. В анамнезі укус кліща, тому проводиться діагностичний пошук у напрямку: вірусний енцефаліт, сенсорний симптоматичний парціальний епіанапад, бореліоз. За даними МРТ головного мозку, наявні зміни МР-сигналу в частках: лобно-скроневій справа (з ділянками порушення диференціації між білою та сірою мозковою речовинами) і скроневій зліва, частково базальних ядрах. При люмбальній пункції ліквор витікає без тиску, у СМР нейтрофільний (70%) цитоз 70 клітин в 1 мм³ (біохімічний аналіз не проводився через обмежену кількість СМР), виявлено IgM до *Borrelia burgdorferi* та ДНК HSV1/HSV2.

Висновки. Особливістю цього випадку є одночасне вірусно-бактерійне ураження, що зробило клінічну картину строкатою внаслідок поєднання симптоматики різних інфекційних захворювань. Етіотропна терапія скерована на обидва виявлені збудники, призвела до виразного клінічного ефекту і швидкого регресу хвороби.

О.Б. Ворожбит

ПОШИРЕНІСТЬ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ПОЗАПЕЧІНКОВИМИ ПРОЯВАМИ

Національний медичний університет ім. Данила
Галицького, м. Львів

Актуальність. Україна займає одне із чільних місць серед країн Європи за швидкістю поширення гепатиту С (хворі

складають приблизно 10% населення), тоді як у західноєвропейських країнах кількість інфікованих вірусом громадян коливається в межах 0,13-3,26%. Наступною невирішеною проблемою залишається своєчасна діагностика хронічного гепатиту С (ХГС), оскільки у більшості пацієнтів відсутні типові ознаки гепатиту і спостерігаються лише втома і позапечінкові прояви.

Мета роботи – оцінити поширеність втоми у хворих на ХГС і виявити зв'язок між втомою і позапечінковими проявами.

Матеріали і методи. Обстежено 91 хворого на ХГС. Діагноз підтверджено згідно загальноприйнятого стандарту. Під час першого візиту занотовано дані про наявність втоми, дерматологічних, ревматологічних, неврологічних, нефрологічних проявів, а також цукрового діабету, артеріальної гіпертензії. Пацієнтам визначали антинуклеарні антитіла (АНА), кріоглобуліни і оцінювали наявність депресії за шкалою Бека.

Результати та обговорення. Втома була виявлена у 57% пацієнтів. У 19% осіб втома була значно виражена, у результаті чого суттєво знижувалася їх активність. Серед позапечінкових проявів найчастіше спостерігалися артралгії, шкірний васкуліт, ураження щитоподібної залози. Найчастіше втому відзначали у жінок віком понад 50 років, також вона була пов'язана з цирозом печінки, депресією і рівнем кріоглобулінемії. Не встановлено зв'язку між наявністю втоми і рівнем вірусного навантаження.

Висновки. Втома є найбільш частим проявом у хворих на ХГС. Вона здебільшого асоціюється з жіночою статтю, віком понад 50 років, цирозом печінки, депресією, рівнем кріоглобулінемії. Наявність втоми у пацієнта є показанням для обстеження на ХГС.

Г.А. Гарагуля, О.А. Волікова, А.П. Петулько, В.В. Клоков,
О.М. Пеліна

ПЕРЕБІГ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ТЛІ ВАГІТНОСТІ

Медична академія, Міська клінічна лікарня № 9, м. Дніпро

Актуальність. Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ) є однією з найбільш розповсюджених екстрагенітальних патологій вагітних, яка розглядається як одна з основних причин

репродуктивних втрат. Це пов'язано, з одного боку, з прямою уражуючою дією збудника на плід, з іншого – зі зниженням імунної реактивності організму, на тлі якої виникають різні ускладнення.

Мета роботи – вивчити особливості перебігу ГРВІ у вагітних, характер ускладнень залежно від термінів госпіталізації у стаціонар.

Матеріали і методи. Обстежено 43 вагітні, госпіталізовані в гінекологічний стаціонар КЗ “Дніпропетровська міська лікарня № 9” з діагнозом ГРВІ, за період з грудня 2016 р. по лютий 2017 р. Усі хворі були зіставні за віком і термінами госпіталізації. Оцінювали дані фізикального огляду, лабораторних та інструментальних методів обстеження.

З обстежених 18 (41,9%) жінок були у I триместрі вагітності, 20 (46,5%) – у II і 5 (11,6%) – у III. Середній вік пацієнток склав $(26,6 \pm 0,4)$ року. Звернулися за медичною допомогою 41,9% вагітних з ознаками ГРВІ на $(1,8 \pm 0,4)$ -ий день хвороби, 46,5% – на $(2,2 \pm 0,6)$ -ий, 11,6% – на $(2,3 \pm 0,6)$ -ий день хвороби.

Результати та обговорення. Захворювання маніфестувало з гарячки у 28 (65,1%) вагітних, жінки відзначали температуру тіла $38,0^{\circ}\text{C}$ і вище. Легкий перебіг вірусної інфекції (коли симптоми інтоксикації були помірно виражені і спостерігалися мінімальні катаральні симптоми) відзначали тільки у 7 (16,3%) жінок.

У структурі захворювань, які ускладнили перебіг вірусної інфекції, перше місце займав гострий бронхіт – 22 (51,2%) випадки, з них – 11 (50,0%) відзначали в I триместрі вагітності, 7 (31,8%) – у II і 4 (18,2%) випадки – у III триместрі. Явища фарингіту і риноларингіту спостерігали у 23 (53,5%) і 19 (44,2%) жінок відповідно. Ці нозології супроводжували перебіг ГРВІ незалежно від терміну вагітності і з високою частотою. Гострий трахеїт перенесли 8 (18,6%) жінок у II триместрі вагітності. Пневмонія ускладнила перебіг ГРВІ у 4 (9,3%) жінок у I і II триместрах вагітності.

Усі вагітні були обстежені з урахуванням клінічних даних і відповідно до термінів вагітності, отримували симптоматичну, протівірусну та антибактерійну терапію за показаннями відповідно до клінічних протоколів.

Перебування у стаціонарі становило 4,0-7,6 доби і залежало від термінів госпіталізації з моменту виникнення перших симптомів захворювання.

Висновки. Більшість випадків ГРВІ у вагітних характеризується приєднанням гострого бронхіту, фарингіту, риноларингіту. При ранньому зверненні вагітних з ГРВІ за медичною допомогою скорочується число днів стаціонарного лікування і має місце сприятливий перебіг захворювання.

О.Б. Герасун, А.Л. Сороколіт, Т.В. Гриньох, О.Б. Ворожбит

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕКСПРЕС-ТЕСТУВАНЬ І СЕРОМОНІТОРИНГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У РІЗНИХ ГРУПАХ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Національний медичний університет ім. Данила Галицького, Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Львів

Актуальність. Україна залишається одним із лідерів серед країн Європейського континенту за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. В Україні станом на 01.01.2017 р. офіційно зареєстровано 297 422 кумулятивних випадки ВІЛ-інфекції. Львівська область займає 17 рангове місце серед регіонів України за рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію. У 2016 р. під медичним спостереженням у закладах охорони здоров'я області з діагнозом ВІЛ-інфекції перебувало 3 263 особи, з них 1 012 – у стадії СНІДу.

Мета роботи – проаналізувати результати експрес-тестувань і серомоніторингу ВІЛ-інфекції у різних групах населення Львівської області.

Матеріали і методи. Методом імунохроматографії (СІТО TEST HIV ½, Фармаско, Україна) обстежено 137 студентів ЛНМУ ім. Данила Галицького. Отримані результати було порівняно з даними Львівського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом у Львівській області у 2016 р.

Результати та обговорення. При обстеженні 137 студентів медичного університету виявлено 1 позитивний результат, що становить 0,73%. Ця цифра приблизно зіставна з результатами експрес-тестувань населення області за кодом 116 (згідно таблиці 1 000 “Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції”; особи, обстежені за власною ініціативою): 1 (0,68%) хворий зі 146. При обстеженні методом ІФА аналогічний показник є дещо менший – 34 (0,45%) хворих зі 7 508 обстежених.

Серед мешканців Львівської області під час акції, проведеної благодійним фондом “Салюс” до Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом, зареєстровано 6 позитивних результатів серед 623 обстежених, що становить 1,0%.

Привертає увагу результат порівняння частоти виявлення антитіл серед студентів медичного університету і результатів обстеження “здорового населення”. Так, позитивні результати швидких тестів серед вагітних виявляли рідше у 5 разів, а серед донорів – у 10 разів.

Як і очікувалось, інфікованість серед студентів медичного університету є значно меншою, ніж в уразливих групах, за даними сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ у Львівській області у 2016 р., а саме: 2,5% у хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом (код обстеження 104); 2,2% серед осіб із ризикованою статевою поведінкою (код 105); 10,2% у людей, які вживають наркотики ін’єкційно (код 102).

Отже, захворюваність на ВІЛ-інфекцію у Львівській області є не високою, порівняно з даними інших регіонів, і середньою по Україні. Але стурбованість викликає пізнє виявлення хвороби і, як наслідок, високий рівень СНІДу. Причиною цього може бути, зокрема, низький рівень поінформованості населення, про що свідчить і наше дослідження. При проведенні експрес-тестування на наявність антитіл до ВІЛ серед студентів ЛНМУ ім. Данила Галицького нами виявлено, що рівень серопозитивності становить 0,73%, і це вище за аналогічні показники серед донорів і вагітних.

Висновки. Обізнаність щодо ВІЛ-інфекції серед молоді є недостатньою, навіть у студентів медичних вузів, тому слід приділяти більше уваги інформаційно-просвітницькій роботі та пропаганді здорового способу життя.

О.А. Голубовська, В.М. Маргітич

МІЖНАРОДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНІСАМІУМУ ЙОДИДУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГРИПУ ТА ІНШИХ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) щорічно уражають 5-10% дорослого і 20-30% дитячого населення. На даний час у клінічній практиці використовують імунізацію за допомогою інактивованої або ослабленої вакцини, а також лікування противірусними засобами типу озельтамівіру і занамівіру (інгібітори нейрамінідази). На жаль, вакцинація проти сезонного грипу не забезпечує повного захисту від вірусів грипу типу А і В, а використання інгібіторів нейрамінідази обмежене їх недостатньою клінічною ефективністю і виникненням резистентності штамів збудника до них.

Створення нових ефективних противірусних засобів займає в середньому 10-12 років і потребує значних інвестицій, що зазвичай перевищують 1 млрд доларів США. Клінічний етап розробки препарату є найбільш коштовним, але він дозволяє зробити важливі висновки щодо ефективності лікарського засобу, що відображається послабленням основних клінічних симптомів, тривалості захворювання, наявності ускладнень, та профілю безпеки препарату. При дослідженні препарату використовуються і вірусологічні методи, які дозволяють оцінювати ступінь зменшення вірусного навантаження у верхніх дихальних шляхах людини.

Регуляторними органами, що здійснюють нагляд за обігом лікарських засобів у деяких економічно розвинутих країнах, розроблено настанови для проведення неклінічних і клінічних досліджень противірусних препаратів. Програма досліджень і розробки інноваційних молекул повинна повністю відповідати вимогам до ефективності/безпеки, сформульованим у таких посібниках. Це є необхідною умовою для подальшого допуску нових молекул у клінічну практику.

Викладені вище факти наполегливо диктують необхідність розробки інноваційних противірусних молекул відповідно до

високих вимог, що пред'являються до такої категорії препаратів. Вельми привабливим є виявлення противірусної дії вже добре відомих лікарських засобів, які протягом тривалого часу демонстрували високий профіль безпеки. До таких засобів можна віднести широко застосовуваний в Україні та інших країнах колишнього Радянського Союзу енісаміуму йодид (Амізон). В клінічній практиці цих країн вже використано 845 млн доз цього препарату.

Енісаміум йодид був розроблений вченими ДУ “Інститут фармакології та токсикології НАМН України” і виведений на фармацевтичний ринок в 1997 р. як ненаркотичний аналгетик і запроваджений у виробництво ПАТ “Фармак”. У 2005 р. член-кореспондент НАН і НАМН України, АМН РФ, доктор медичних наук, професор А.Ф. Фролов відкрив його противірусний ефект щодо грипової інфекції.

У 2007 р. з метою підтвердження ефективності та безпеки енісаміуму йодиду відповідно до критеріїв, описаних у згаданих вище інструкціях щодо проведення досліджень противірусних препаратів, ПАТ “Фармак” прийняв рішення здійснити програму міжнародного неклінічного і клінічного вивчення препарату і провести її у відповідності з високими регуляторними вимогами ЕМА і FDA. Ця програма була реалізована в провідних наукових установах країн Європейського Союзу, Сполучених Штатів і Російської Федерації. Так, вченими Іллінойського технологічного інституту (ІТТІ) в Чикаго (США) були отримані дані про те, що *in vitro* у первинній культурі нормальних бронхоепітеліальних клітин людини (ННВЕ), інфікованих вірусом грипу *A/Brisbane/59/2007 (H1N1)*, енісаміуму йодид викликає достовірне зниження вірусних титрів в 1 000 разів протягом перших 24 год інкубації з досліджуваним препаратом. Методом RT-PCR було виявлено також і пригнічення експресії М-гену вірусу грипу майже на два порядки.

У дослідженнях *in vivo* на тхорах у лабораторії Retroscreen (Лондон, Великобританія), яким було здійснено інокуляцію вірусу грипу через верхні дихальні шляхи, енісаміум виявляв чіткий противірусний ефект, який, зокрема, супроводжувався статистично достовірним зниженням вірусних титрів у назальних змивах вже на другу добу після інфікування. Встановлено статистично значуще зниження АUC (area under curve, англ. –

площі під кривою) вірусних титрів у носових змивах піддослідних тварин, які отримували енісаміуму йодид, протягом усього експерименту (10 днів) у порівнянні із контрольними тхорами, які отримували плацебо.

Результати токсикологічних досліджень, проведених в декількох наукових центрах Чеської Республіки, Нідерландів і ФРН, продемонстрували низьку токсичність енісаміуму йодиду. Результати досліджень репродуктивної токсичності, проведених в США, показали відсутність будь-яких несприятливих ефектів на репродуктивну систему самців і самок піддослідних тварин, процес запліднення та ембріональний розвиток.

Результати першої фази клінічних досліджень Амізону, в якій взяло участь 156 добровольців у клінічних центрах Відня (Австрія) і Мангайму (ФРН), показали високий профіль безпеки препарату. Було встановлено, що дворазове застосування енісаміуму йодиду протягом доби в кількості 1000 мг на один прийом дозволяє підтримувати активні концентрації енісаміуму в плазмі крові по суті на такому ж рівні, як і триразовий прийом по 500 мг, що істотно підвищує прихильність пацієнта до лікування.

Особливий інтерес представляють результати 3 фази клінічних досліджень енісаміуму йодиду, виконаних на базі ФДБУ "Науково-дослідний центр грипу" МОЗ РФ (Санкт-Петербург, РФ) за участю 100 пацієнтів із грипом та ГРВІ (60 отримували досліджуваний препарат, 40 – плацебо). Було продемонстровано, що в групі, яка приймала енісаміум, середній період тривалості гарячки склав 2,7 дня, у групі плацебо – 3,8 дня. При оцінці самопочуття значне поліпшення стану на 3-ій день лікування відзначали 43,3% хворих в основній групі і 15% пацієнтів у контрольній ($p < 0,001$). На 7-ий день лікування практично всі пацієнти (59 осіб з 60), які одержували енісаміум йодид, повернулися до звичного способу життя, в той час, як 37,5% пацієнтів, що приймали плацебо, продовжували відчувати нездужання і не повернулися до звичайного режиму праці та відпочинку. При цьому істотно знижувалась частота розвитку ускладнень по типу синуситів, середнього отиту і пневмонії.

Найбільш частою причиною ураження респіраторного тракту обстежених пацієнтів був вірус грипу А (А/Н1N1 і А/Н3N2) у вигляді моноінфекції (43% випадків). Наступними за частотою виявлення були аденовірусна інфекція (16% випадків) та грип В

(12% випадків). Мікст-інфекція була представлена поєднанням вірусів грипу А чи В і аденовірусної інфекції. Для оцінки противірусної ефективності енісаміуму йодиду вивчалось виділення вірусних антигенів у носових змивах з використанням методу імунофлюоресценції в 1-, 3- і 7-ий день дослідження. Встановлено, що на 3-ій день від початку лікування вірусні антигени визначались у 28,3% випадків у групі пацієнтів, що приймали енісаміум, і в 72,5% випадків – у групі пацієнтів, які отримували плацебо ($p < 0,004$). При подальшому обстеженні (7-ий день терапії) вірусні антигени були ідентифіковані тільки в 1,7% пацієнтів, які приймали препарат, і в 15% випадків у пацієнтів, які отримували плацебо.

Таким чином, в ході проведених міжнародних неклінічних і клінічних досліджень енісаміуму йодиду було доведено його високу противірусну ефективність при грипі та інших ГРВІ, яка проявлялася зменшенням симптомів і скороченням тривалості захворювання, а також істотним зниженням частоти розвитку ускладнень на кшталт синуситів, середнього отиту і пневмонії.

О.А. Голубовська, А.В. Шкурба, К.І. Чепілко

ЗНАЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ “ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ”

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Актуальність. Спрямованість України на інтеграцію з країнами Європейського союзу потребує покращення якості і медичної допомоги, яка стоїть на одному з перших місць вітчизняної охорони здоров'я. Медична освіта не може не враховувати змін, що відбуваються в медичній науці.

Мета роботи. Якісна підготовка лікаря-фахівця вимагає постійного вдосконалення навчального процесу, на основі наукової організації навчання й безперервного підвищення кваліфікації викладання. У сучасному світі усе більш гостро відчувається дефіцит живого діалогу. Формування спілкування можна розглядати як одну із складових становлення особистості майбутнього лікаря.

Матеріали і методи. Реформування вищої освіти супроводжується введенням нових специфічних форм організації пізнавальної діяльності. Управління освітнім процесом з боку педагога – це постійний моніторинг за ходом процесу навчання, розробкою та втіленням своєчасних коректуючих дій. Головним навчальним засобом на заняттях у специфіці викладання клінічної дисципліни на прикладі нашої кафедри інфекційних хвороб НМУ є реальний хворий. У випадку їх відсутності використовують вирішення клінічних ситуаційних задач різного ступеня складності у вигляді активної моделі навчання – бесіди, дискусії, фронтального опитування, рольових ігор, круглого столу, дебатів. Переваги активних методів навчання полягають у полегшенні сприйняття нового матеріалу в результаті залучення студентів безпосередньо в освітній процес.

Результати та обговорення. Тому важливим моментом навчального процесу є передусім професійно-педагогічне спілкування – виховування культури спілкування, культури мовлення. Причини труднощі у спілкуванні можуть залежати від викладача, студента або обох суб'єктів. Знання і практичні уміння передаються студентам завдяки живому прямому спілкуванню з ними, що допоможе у становленні особистості майбутнього лікаря. На етапі формування студента як лікаря відчутний пріоритет належить загальнолюдським цінностям. У клініці студент, безпосередньо спілкуючись з пацієнтом, повинен буде вияснити анамнез хвороби, провести огляд та диференційну діагностику, сформулювати правильний діагноз, призначити обстеження та відповідне лікування. Студент має бути готовим використовувати засвоєні не тільки фундаментальні знання, уміння й навички для їх реалізації в подальшій роботі, а й майстерність спілкування між собою, викладачем, пацієнтом. Функціями спілкування є: комунікативна (встановлення та реалізація взаємовідносин між студентом, викладачем, пацієнтом), психологічна (створення умов для забезпечення психологічної свободи студента), пізнавальна (створення повноцінного сприймання навчальної інформації студентами), організаційна (забезпечення раціональної організації навчально-практичної діяльності студента). Було доведено, що якщо виключити елемент спілкування, то не можна досягти поставлених цілей. Звичайно треба враховувати і негативні сторони з боку студентів, тобто їх зацікавленість по даній

темі/випадку/ситуаційній задачі – спілкуються тільки з викладачем, не спілкуються між собою, бояться сказати “не те”, знаходиться постійно в напрузі “спитає чи не спитає” і т. п. Суттєвим принципом проведення практичних занять є не тільки якісний і якомога об’єктивний контроль теоретичної підготовки студента до заняття, а й активне навчання під час самого заняття з врахуванням матеріалів прослуханих студентом лекцій, методичних розробок, існуючих підручників не тільки з дисципліни, що вивчається, а й з суміжних.

Висновки. Таким чином, робота майбутнього лікаря складається не тільки з набутих ним знань, практичних навиків, а й емоційної діяльності. Спілкування відіграє вирішальну роль у розвитку й становленні. Без комунікації з оточуючими лікар не зможе повноцінно розвиватися й досягати своїх цілей. Спілкуючись у процесі навчання, студенти вчаться шукати рішення, відстоювати свою думку, удосконалювати свої навички. Тому ми на кафедрі при проведенні практичних занять акцентуємо увагу на формування лікарської майстерності – розширеного безпосереднього спілкування, що є одним із напрямків навчально-пізнавальної діяльності.

І.Л. Горішна, О.М. Дивоняк

ВИПАДОК ГЕПАТИТУ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ ЯК ПЕРВИННОГО ПРОЯВУ EBV-ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Міська дитяча комунальна лікарня, м. Тернопіль

Другою за частотою причиною вірусного ураження печінки (після класичних гепатотропних вірусів) є група герпесвірусів. Частими збудниками гепатиту із родини герпесвірусів є, насамперед, цитомегаловірус (CMV) і вірус Епштейна-Барр (EBV).

Найчастішим проявом первинної EBV-інфекції є інфекційний мононуклеоз. У дітей гостра інфекція часто має субклінічний перебіг, тому не діагностується. Вважається, що гепатит розвивається приблизно у 50% хворих з клінічними проявами інфекційного мононуклеозу і проявляється гепатомегалією (10-25%) і

підвищенням активності амінотрансфераз зазвичай у 2-3 рази вище верхньої межі норми. Клінічно він перебігає переважно в легкій формі, хоча описані випадки фульмінантного перебігу, в основному на тлі імуносупресії.

Наводимо випадок тяжкого гепатиту у дитини, що був первинним проявом EBV-інфекції.

Дівчинка, віком 2 р. 3 міс., госпіталізована в інфекційне відділення Тернопільської МДКЛ зі скаргами на жовтяницю шкіри і склер, темне забарвлення сечі, знебарвлені випорожнення, знижений апетит, періодичне блювання, субфебрильну температуру тіла. Захворіла 4 дні тому, коли виникло блювання 1-2 рази за добу. З 3-ї доби приєднався жовтяничний синдром, субфебрилітет (впродовж 2 діб).

Епіданамнез: протягом 1,5 міс. дитина не контактувала із хворими на подібне захворювання, жодних парентеральних втручань протягом останніх 6 міс. не проводилося.

Анамнез життя без особливостей.

Загальний стан дитини близький до тяжкого за рахунок вираженого жовтяничного, гепатомегалічного, диспепсичного синдромів. Свідомість не порушена. Інверсії сну немає. Інтенсивна жовтяниця шкіри і слизових оболонок, рум'янець на щоках, пальмарна еритема, розширення венозної сітки на грудях, животі. Язик вологий, обкладений біло-жовтим нальотом. Ротогорло не гіперемічне, мигдалики і периферичні лімфовузли не збільшені. ЧСС 124 за 1 хв, тони серця звучні, ритмічні. Дихання носом не утруднене, аускультативно над легеньми везикулярне дихання, ЧД 24 за 1 хв. Живіт не болючий при поверхневій пальпації. Печінка на 5 см виступає з-під правого реберної дуги, щільна, з гладкою поверхнею. Селезінка не виступає з-під реберної дуги. Сеча цегляно-коричневого кольору, випорожнення світло-коричневі.

Через 2 тиж. від початку хвороби повторно підвищилась температура тіла до 37,5°C, відмічався лімфопроліферативний синдром (пальпувались задньошийні лімфовузли до 0,8 см, еластичні, неболючі; утруднилось носове дихання), селезінка виступала до +2,5 см з-під реберної дуги, з'явилась енантема на м'якому піднебінні. Температура тіла коливалась від субфебрильної до норми впродовж 8 діб. Лімфопроліферативний синдром утримувався впродовж 2,5 тиж., лієнальний синдром – понад 1 міс.

У загальному аналізі крові виявлено лейкоцитоз $11,5 \times 10^9$ /л, вміст лімфоцитів 62%; через місяць від початку захворювання відмічався плазмоцитоз (4 на 100) і поява атипівих мононуклеарів (2 на 100).

У біохімічному аналізі крові: білірубін – 221,9 мкмоль/л (прямий – 93,1 мкмоль/л), гіпертрансфераземія: АлАТ 1 907 од./л, АсАТ 873 од./л, ГГТП – 201 од./л, гіперфосфатаземія 482 од./л, гіперамілаземія 125 од./л. Коагулограма у межах норми.

Дослідження крові на маркери гепатитів А (IgM до НАV), В (HBsAg), С (анти HCV) – не виявлено; IgM до CMV не виявлено, IgM до капсидного антигену EBV виявлено.

Скринінг на автоімунні гепатити – негативний результат.

Загальні аналізи сечі без відхилень. Яєць глистів, ентеробіозу не виявлено.

При УЗД органів черевної порожнини відзначено ознаки дифузних змін паренхіми печінки, гепатомегалію (ПЗР правої частки 109 мм (+49 мм), лівої – 82 мм (+45 мм); набряк жовчного міхура, спленомегалію 85×45 мм (норма – до 65 мм), селезінкова вена не розширена.

Встановлено клінічний діагноз: EBV-гепатит, гострий перебіг, активність високого ступеня.

Дівчинка отримувала лікування: ліжковий режим, дієта № 5, преднізолон 3 мг/кг/добу в 4 прийоми (5 діб), гепатопротектори (гептрал, глутаргін), препарати лактулози, ентеросорбенти, інфузійну терапію (5% р-н глюкози, 0,9% р-н натрію хлориду, реосорбілакт), сечогінні препарати (лазикс).

Через 2 тиж. від початку лікування зник жовтяничний синдром. Виписана в задовільному стані через 6 тиж. від початку захворювання з нормальними біохімічними показниками. У загальному аналізі крові спостерігався лише лімфоцитоз (71%). При виписці печінка пальпаторно не збільшена, еластична. Відзначався нижній полюс селезінки (на 1 см виступав з-під реберної дуги), еластичний, неболючий.

Таким чином, в описаному випадку первинна EBV-інфекція у дитини раннього віку маніфестувала нетипово. Першим клінічним проявом став гострий гепатит високого ступеня активності з вираженим жовтяничним синдромом. А мононуклеозоподібний синдром виник лише через 2 тиж. від початку хвороби, був

незначним, проте окремі його симптоми (спленомегалія, лімфоцитоз) утримувались понад місяць.

Наведений випадок підтверджує необхідність скринінгу пацієнтів із гострим високоактивним гепатитом на наявність маркерів герпесвірусних інфекцій, у т. ч. CMV і EBV, поряд із скринінгом на гепатити А-Е.

І.В. Гущук, Р.Р. Драб, Р.В. Сафонов, О.В. Бялковський

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ПРИ ПРОФІЛАКТИЦІ ДИРОФІЛЯРІОЗУ В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Науково-дослідний центр “Екології людини та охорони громадського здоров’я” Національного університету “Острозька академія”, м. Острог, Рівненська область, Обласний лабораторний центр МОЗ України, м. Рівне

Актуальність. Проблема дирофіляріозу в Рівненській області на сучасному етапі набуває особливого значення у зв’язку з небезпекою погіршення епідемічної та епізоотичної ситуації, ветеринарного обслуговування тварин, екологічного стану довкілля, що сприяє збільшенню виплоду гнусу.

Підшкірний дирофіляріоз серед людей в області реєструється щорічно з 2005 р., на сьогодні зафіксовано 30 випадків цього захворювання, у тому числі 27 – місцеві. Джерело зараження у всіх випадках не встановлене.

Мета роботи – вивчити передумови поширення дирофіляріозу в геокліматичних умовах Рівненської області для вироблення стратегії його профілактики.

Матеріали і методи. Проведений епідеміологічний моніторинг з аналізом карт епідобстеження 30 осередків дирофіляріозу. Паразито-морфологічне дослідження 30 дирофілярій з ідентифікацією виду, статі, заміром розмірів тіла, вивченням співвідношення внутрішніх органів і ступеня зрілості статевої системи. Досліджено 27 гістологічних препаратів від хворих, захворювання яких перебігали під діагнозами непаразитарної етіології (пухлини).

Для оцінки поширення ареалів кровосисних комарів використовувались польові, лабораторно-мікробіологічні та ентомологічні методи, здійснено 622 розтини комарів родів *Anopheles*, *Aedes*, *Culex* на наявність у них мікрофілярій.

Результати та обговорення. За кожним випадком дирофіляріозу в Рівненській області чітко відпрацьоване сумісне проведення з представниками ветеринарної медицини епідеміологічного та епізоотологічного обстеження за місцем проживання хворого з обов'язковим лабораторним дослідженням тварин і кровосисних комарів з осередку на наявність мікрофілярій.

Однак відсутність узгоджених нормативно-правових документів ускладнює об'єднання сумісних зусиль зацікавлених міністерств, відомств, зокрема ветслужби, у боротьбі та запобіганні цій інвазії.

У Рівненській області у більшості випадків паразитів видаляли при хірургічному втручанні в ЛПЗ, декілька хворих видаляли його з-під шкіри самотійно. Біля 50% усіх зареєстрованих випадків припадало на дирофіляріоз з локалізацією збудника під шкірою повік, у слизовій оболонці і під кон'юнктивою ока. Частіше виявлялись самки. Проведена суттєва робота з навчання персоналу клініко-діагностичних лабораторій області стосовно первинного морфологічного дослідження й ідентифікації збудника після хірургічного видалення в лабораторіях лікувально-профілактичних закладів, лише потім направлення гельмінта (або фрагментів гельмінта) у паразитологічну лабораторію ДУ "Рівненський ОЛЦ МОЗ України" для підтвердження.

При ентомологічному контролі за осередками дирофіляріозу людей обов'язково здійснювали розтини усіх видів комарів (гоноактивних самок), відловлених у житлових і підсобних приміщеннях, а також у природних біотопах (у радіусі до 1,5 км). У результаті розтинів комарів усіх видів на наявність у них мікрофілярій ми отримали позитивні результати – виявлення інвазивних личинок мікрофілярій III і IV стадій, результати підтверджені в ДЗ "Український центр контролю та моніторингу захворювань МОЗ України", що свідчить про місцеву передачу підшкірного дирофіляріозу на Рівненщині.

За офіційними даними ветеринарної медицини, уражені мікрофіляріями тварини в Рівненській області реєструються лише

з 2015 р., що безпосередньо впливає на поширення дирофіляріозу в екологічних умовах регіону, адже епізоотичний і епідемічний процеси при ньому тісно пов'язані.

Висновки. На сьогодні традиційні підходи до боротьби з інвазійними захворюваннями потребують суттєвого доопрацювання. Запорукою ефективного прогнозу, визначення ризиків поширення та оздоровлення території держави й області від дирофіляріозу є об'єднання спільних зусиль фахівців науково-практичного спрямування з біології, медицини, ветеринарії.

Б.М. Дикий, О.Я. Пришляк, О.Є. Кондрин, Н.В. Васкул,
О.В. Копчак

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність. Професійний інтерес, важливе соціально-економічне значення гепатиту С (ГС) визначається значним поширенням цієї інфекції, високим рівнем захворюваності, схильністю до хронізації процесу і ускладнень. Особливо ці ознаки проявляються, якщо ГС виникає на тлі супутніх захворювань. ГС нерідко перебігає на фоні патології щитоподібної залози (ЩЗ), особливо в ендемічних регіонах, яким є Прикарпаття.

Захворюваність на ендокринну патологію ЩЗ в Івано-Франківській області за останні 10 років становить 13,4 на 100 тис. населення. За даними диспансерного спостереження, при парентеральних вірусних гепатитах на кожні 100 осіб припадає 6 хворих з патологією ЩЗ. Між печінкою і ЩЗ існують тісні функціональні зв'язки, що полягають у підтримці гормонального гомеостазу, регуляції різних сторін енергетичного та пластичного обмінів, тому можна думати про взаємний вплив ГС і патології ЩЗ.

До характерних особливостей ГС відносять частий розвиток поліморфних позапечінкових проявів, одним із яких є ураження ЩЗ. Окрім того, етіотропна терапія захворювання нерідко супроводжується таким серйозним небажаним ефектом, як аутоімунний тиреоїдит. У зв'язку з цим, дуже важливо в процесі

комплексного обстеження оцінювати функціональний стан ЩЗ, особливо коли планується проведення противірусної терапії.

Мета роботи – вивчити функціональний стан ЩЗ у хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Матеріали і методи. У клініці обласної Івано-Франківської клінічної інфекційної лікарні 39 хворим на ХГС окрім комплексного клініко-лабораторного обстеження визначали вміст сироваткових гормонів ТТГ, T_3 , T_4 , а також наявність антитіл до тиреоглобуліну. Більшість обстежених хворих були чоловіки (71%) віком від 16 до 50 років. Контрольну групу склали 7 здорових донорів (без маркерів HCV-інфекції).

Клінічні та біохімічні дослідження проводилися за загальноприйнятими методиками в лікувально-профілактичних і наукових закладах. Тиреоїдну функцію у хворих вивчали за допомогою радіоімунного методу. Визначення тироксину і трийодтироніну здійснювали за допомогою реактивів РОО- T_4 -ПГ і РІО- T_3 -ПГ. ХГС підтверджували шляхом визначення анти-HCV (ІФА) і ПЛР.

Результати та обговорення. Встановлено, що середній вміст гормонів ЩЗ у сироватці крові хворих на ХГС знаходився в межах фізіологічних коливань і не відрізнявся від таких у контрольній групі: ТТГ ($1,50 \pm 0,18$) мкМ/мл (норма 0,23-3,40), T_3 ($1,62 \pm 0,05$) ммоль/л (норма 1,0-2,8), T_4 ($155,2 \pm 3,7$) ммоль/л (норма 53-158). Проте рівень ТТГ був підвищений у 6 пацієнтів (від 3,55 до 10,95 мкМ/мл), T_3 – у 3 (3,05 ммоль/л) і T_4 у 17 (від 159 до 259 ммоль/л), чого не спостерігається в контрольній групі.

Антитіл до тиреоглобуліну ЩЗ не виявили у жодного пацієнта як у дослідній, так і в контрольній групах.

Кореляційний аналіз не виявив значних зв'язків між показниками функціонального стану ЩЗ і клініко-лабораторними проявами ХГС.

Висновки. Проведене дослідження свідчить про невисокий рівень змін функціонального стану ЩЗ, за даними гормонального статусу і рівня антитіл, у пацієнтів на ХГС. Дана ситуація пов'язана, перш за все, з переважанням чоловіків і віком обстежених. Проте оцінка стану ЩЗ хворих на ХГС дуже важлива, насамперед, для виключення протипоказань до застосування противірусної терапії.

Б.М. Дикий, О.Я. Пришляк, О.Є. Кондрин, Н.П. Гуровська,
У.Я. Мазурок

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЦИДИВНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ І ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність. Широке розповсюдження герпетичної інфекції, позитивна персистенція вірусу в організмі, пантропність, рецидиви захворювання, несприятливий вплив на перебіг вагітності і плід, дороговартісність діагностики і лікування висувають герпетичну інфекцію (ГІ) у ряд актуальних проблем сучасної охорони здоров'я. При ГІ розвивається імунодефіцит, обумовлений недостатністю різних ланок імунної системи та її неспроможністю елімінувати вірус з організму. Антитіла, які зберігаються протягом усього життя, перешкоджають дальшому розповсюдженню інфекції, але не запобігають виникненню рецидивів.

Мета роботи – вивчити клінічні та імунологічні особливості рецидивної ГІ та оптимізувати лікування хворих.

Матеріали і методи. Спостерігали 39 осіб віком від 18 до 70 років, хворих на ГІ. Чоловіків було 56,4%, жінок – 43,6%. Діагноз у 74,4% хворих підтверджений лабораторно (ІФА і виявлення ДНК вірусу у крові методом ПЛР), а в решта випадків він аргументувався клініко-епідеміологічними даними. У 69,2% осіб проведено визначення імунного статусу, який оцінювали до початку і після лікування. Групу контролю становили 16 здорових осіб.

Результати та обговорення. Розповсюджена форма ГІ діагностована у 12,8% пацієнтів, локалізований герпес – у 64,1%, оперізувальний – у 23,1%. У всіх відмічено рецидивний перебіг захворювання з переважанням (71,8%) середньотяжких форм. Рецидиву інфекції сприяли гострі і хронічні захворювання, інтоксикації, переохолодження. Анамнестична тривалість хвороби була від 1 до 12 років, частота рецидивів складала від 1 до 2 разів у місяць. У трьох випадках процес мав перманентний характер, коли новий висип виникав на тлі ще попередніх уражень.

Імунний статус хворих на ГІ виражався у зниженні відносного ($44,6 \pm 1,32$)% і абсолютного числа $(0,89 \pm 0,06) \times 10^9$ /л Т-лімфоцитів. Нормальні показники складали відповідно

(62,56±1,35)% і $(1,26±0,09) \times 10^9$ /л. У хворих на ГІ відмічали зниження кількості Т-хелперів до (33,42±1,10), при нормі (55,02±1,48)%, підвищення вмісту ЦК до (5,68±0,40), при нормі (3,08±0,26) од.

Встановлено зниження кількості тромбоцитів, лейкоцитів з відносним лімфо- і моноцитозом, пригнічення активності Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій (CD4+, CD8+), підвищення рівня ЦК, що тісно пов'язано зі зниженням активності інтерферонової системи. Причому, порушення імунного статусу однаково часто відмічалось як при рецидивах, так і у фазі ремісії захворювання, що, напевно, і визначає тривалу персистенцію вірусів і можливість рецидивів.

У лікуванні використовували комбінацію ацикловіру (400 мг 5 разів у день протягом 7-10 днів) і циклоферону (2,5% розчин по 2 мл внутрішньом'язово на 1-, 2-, 4-, 6-, 8-, 11-, 14-, 17-, 20-, 23-ій дні після завершення прийому прямих противірусних препаратів). Така терапія дала змогу пришвидшити регрес клінічної симптоматики і досягти нормалізації клітинної складової імунітету.

При повторному обстеженні імунного статусу відмічалось збільшення кількості тромбоцитів, лейкоцитів і відносного та абсолютного числа Т-лімфоцитів – (60,74±1,28)% і $(1,34±0,07) \times 10^9$ /л відповідно, збільшення кількості Т-хелперів – (49,84±1,17)%. Вміст ЦК залишався на попередньому рівні і склав (4,98±0,31) од.

При катамнестичному спостереженні відмічалось скорочення рецидивів ГІ до 2-3 за рік, а прояви хвороби мали легкий перебіг з швидкими процесами репарації.

Висновки. Хворі на рецидивну герпетичну інфекцію потребують лікування не тільки в гострому періоді, але й у період ремісії. Поєднане застосування хіміотерапії та імунотерапії сприяло швидшій нормалізації імунної відповіді і формуванню повноцінного імунного захисту.

Ю.В. Донська, Н.В. Сімонова, А.П. Петулько, Т.О. Лоскутова,
О.О. Волікова, А.А. Гарагуля, Т.М. Панікова, І.І. Петрашенко

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ВУЛЬВОВАГІНІТУ У ЖІНОК У МЕНОПАУЗІ

Медична академія, м. Дніпро

Актуальність. Менопауза вважається невід'ємним етапом старіння, кожна жінка переносить його по-своєму. Деякі не помічають особливих змін ні в тілі, ні у свідомості, інші відчувають себе некомфортно і погано переносять цей етап свого життя. Вік 48-50 років для жінок у нашій країні асоціюється, на жаль, з різними порушеннями сечостатевого тракту, зумовленими дефіцитом естрогенів. Зміни в гормональному статусі слід розглядати не тільки як причину розвитку вульвовагініту, але і як його можливі наслідки на рівні мікробіоценозу піхви.

Профілактика рецидивів вульвовагініту у жінок у менопаузі є актуальною проблемою сучасної гінекології, враховуючи вираженість клінічних проявів і високу частоту рецидивів порушень мікробіоценозу статевих шляхів.

Мета дослідження: оптимізація терапії вульвовагініту в пацієнток у менопаузі зі зниженням частоти рецидивів порушень мікробіоценозу статевих шляхів.

Матеріали і методи. Обстежено 62 жінки віком від 48 до 55 років, що перебували у менопаузі. Критеріями виключення з дослідження були пацієнтки з інфекціями, що передаються статевим шляхом. На момент відбору в групи використовували анкетно-анамнестичний метод, загальне гінекологічне обстеження, клініко-лабораторне дослідження виділень з піхви і каналу шийки матки із застосуванням бактеріоскопічних і бактеріологічних методів дослідження, вимірювання рН піхви.

Перед початком терапії всі пацієнтки були розподілені на дві групи: I – 30 пацієнток з вульвовагінітом, яким проводилася інтравагінальна терапія метронідазолом у комбінації з міконазола нітратом протягом 10 днів; II – 32 пацієнтки з таким же діагнозом, для лікування яких використовували препарат біоспорин у формі саше, що містить живі мікробні клітини *Bacillus subtilis* і *Bacillus licheniformis*, протягом 10 днів.

Результати та обговорення. При бактеріологічному дослідженні вагінального вмісту було діагностовано збільшення кількості колоній факультативних мікроорганізмів: *Staphylococcus*, *Enterococcus*, *Streptococcus faecalis*, а також виявлено гриби роду *Candida* у високому титрі. Слід зазначити, що вже через 4 дні від початку лікування пацієнтки групи II відзначили значне зменшення виділень і відсутність дискомфорту, порівняно з пацієнтками групи I. При контрольному обстеженні після закінчення лікування клінічна ефективність терапії була досягнута у 65% пацієток групи I і у 97% – II.

Через 3 міс. після проведеного лікування у пацієток групи II в 1,5 разу частіше відзначено нормалізацію біоценозу статевих шляхів, що виражалося в зменшенні лейкоцитарної реакції і скороченні темпів росту факультативних мікроорганізмів.

Висновки. Порушення гормонального фону зі зниженням продукції естрогенів у пацієток у менопаузі активізує умовно-патогенну флору, впливаючи при цьому на місцеву бар'єрну функцію. Адекватна патогенетично обґрунтована терапія вульвовагініту в жінок менопаузального періоду є досить ефективним методом профілактики порушень мікробіоценозу статевих шляхів.

О.А. Дралова, О.В. Усачова, А.В. Чаяло

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ АБДОМІНАЛЬНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ

Медичний університет, Обласна інфекційна клінічна
лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Частим проявом токсокарозної інвазії в дітей є абдомінальний синдром, який може бути як основним проявом хвороби, так і супроводжувати інші прояви цього паразитозу. Хворі можуть мати різні скарги: від нудоти до переймоподібного болю в животі, що часто призводить до не своєчасного призначення лікування.

Мета роботи – вивчити особливості клінічних проявів абдомінального синдрому в дітей на тлі токсокарозної інвазії.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 8 дітей з абдомінальним синдромом, їх вік від 3 до 14 років, середній вік – $(6,5 \pm 1,2)$ року. Усі були обстежені на наявність Ig G до *T. canis*, усі виявились серопозитивними.

Результати та їх обговорення. Біль у животі в дітей з'являвся після вживання їжі та локалізувався в епігастральній і навколупупкової ділянках. При обстеженні відмічалось обкладання язика білуватим нашаруванням. У дітей з токсокарозою інвазією больовий синдром тривав понад 3 дні, у 3 з них був пов'язаний з прийомом їжі. Біль мав поступовий початок, був помірним, проте відмічався монотонний характер його у 4 дітей. При обстеженні симптоми подразнення очеревини були негативні в усіх хворих. При цьому у 3 дітей відмічався підйом температури тіла до субфебрильних цифр, в 1 – до фебрильних. У частини пацієнтів (кожного другого) нудота супроводжувала абдомінальний біль. У таких випадках синдром інтоксикації був помірно виражений, блювання не було. Гепатомегалію реєстрували у 4 пацієнтів з токсокарозою інвазією, що підтверджувалося і даними ультразвукового обстеження. Змін сечі, випорожнень (потемніння чи знебарвлення) не відмічено. Спленомегалію реєстрували у половини дітей. При цьому скарг і дискомфорту при пальпації живота у пацієнтів не було відмічено.

Після проведеної етіотропної та патогенетичної терапії вже на 2-гу добу від початку лікування мало місце зменшення клінічних проявів абдомінального синдрому – болю з подальшим його зникненням, нормалізація температури тіла і покращення загального стану.

Висновки. Абдомінальний синдром у дітей з токсокарозою інвазією проявляється нудотою з больовим синдромом, гепатоспленомегалією, що часто супроводжує підвищення температури тіла. Своєчасне призначення етіопатогенетичного лікування призводить до швидкого нівелювання клінічних проявів цього синдрому та покращення загального стану дитини.

Г.М. Дубинська, Т.І. Коваль, О.В. Даниленко, О.М. Ізюмська,
О.В. Сабініна, Т.С. Кириченко, О.Г. Марченко

АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ CD4+-ЛІМФОЦИТІВ

Українська медична стоматологічна академія,
Обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби
зі СНІДом, м. Полтава

Актуальність. На теперішній час доведено, що існує зв'язок між ступенем імуносупресії у ВІЛ/ВГС коінфікованих пацієнтів та активністю реплікації ВГС, що ускладнює перебіг хронічного гепатиту С (ХГС) і сприяє прискоренню розвитку ураження печінки і формування цирозу. Зважаючи на обмежений доступ до обстеження й лікування з приводу ХГС ВІЛ-інфікованих пацієнтів в Україні, розробка критеріїв для першочергового включення хворих у програми лікування є актуальною проблемою.

Мета роботи – проаналізувати клініко-лабораторні характеристики ХГС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів залежно від початкового рівня CD4+-лімфоцитів та з'ясувати фактори, що сприяють швидкому прогресуванню фіброза печінки.

Матеріали і методи. Для з'ясування особливостей перебігу ХГС у ВІЛ-інфікованих було проведене кросс-секційне дослідження серед 104 хворих, які знаходились під спостереженням в Полтавському обласному центрі профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом. Пацієнти були розподілені на групи: I – із початковим рівнем CD4+-лімфоцитів менше 350 кл./мкл (n=71); II – із початковим рівнем CD4+-лімфоцитів більше 350 кл./мкл (n=33).

Результати та обговорення. Обстежені групи пацієнтів не відрізнялись між собою за статтю (в обох переважали чоловіки – 74,6% і 72,7% відповідно), генотипом ВГС, а також тривалістю інфікування ВІЛ-інфекції і ВГС. Однак, пацієнти із початковим рівнем CD4 лімфоцитів менше 350 кл./мкл виявились старшими (Me 41,1 рік (37,0-46,0), ніж у II групі (Me 38,1 (34,0-41,0) (p=0,010). За наявності супутньої патології серед пацієнтів обох груп найчастіше реєстрували захворювання шлунково-кишкового

тракту (ШКТ) (81,7 і 72,7% відповідно по групах). При цьому, у хворих I групи частіше виявляли стеатоз печінки – в 14,0%, (який взагалі не реєстрували у пацієнтів II, $p=0,028$), і хронічний панкреатит (46,5 проти 24,2%, $p=0,034$ відповідно). Серед клінічних синдромів ХГС у пацієнтів обох груп найчастіше діагностували прояви диспепсичного, астено-невротичного, артралгічного, гепатомегалічного та гарячкового. Клінічні прояви абдомінально-больового синдрому у хворих I групи виявлялися у 2,0 разу частіше ($p=0,070$). За біохімічними показниками крові відмінностей між групами не було. У пацієнтів I групи відзначені нижчі показники кількості еритроцитів – $4,2 (3,8-4,5) \times 10^{12} / \text{л}$ проти – $4,6 (3,9-5,2) \times 10^{12} / \text{л}$ у II ($p=0,031$) і лейкоцитів $4,9 (4,0-5,8) \times 10^9 / \text{л}$ проти $5,9 (4,7-7,1) \times 10^9 / \text{л}$ у II ($p=0,003$). Крім того, у пацієнтів I групи частіше реєстрували тромбоцитопенію – $177,0 (105,0-230,0) \times 10^9 / \text{л}$ проти $201,0 (177,5-238,1) \times 10^9 / \text{л}$ у II ($p=0,010$). Привертало увагу, що в обох групах переважали особи із фіброзом печінки F2 (49,3 і 48,5% відповідно групам). Частка осіб з фіброзом F0 виявилася у 2,1 разу більшою серед осіб II групи, однак без статистичної різниці між ними ($p=0,142$). Крім того, у пацієнтів II групи не виявлено жодного пацієнта із фіброзом F4, у той час як у пацієнтів I групи таких виявилось 7,0%. На підставі отриманих даних методом логістичної регресії визначені критерії швидкого прогресування фіброзу печінки: початковий рівень CD4+-лімфоцитів менше 350 кл./мкл ($p=0,022$), підвищені рівні загального білірубину ($p=0,012$), АсАТ ($p=0,041$), лімфоцитів ($p=0,001$), наявність супутніх захворювань ШКТ ($p=0,040$): стеатоза печінки ($p=0,016$), хронічного холециститу ($p=0,006$) і хронічного панкреатиту ($p=0,029$).

Висновки. Пацієнти із імуносупресією виявилися старшими за віком, із проявами панцитопенії (тромбоцитопенія, нижчі рівні еритроцитів та лейкоцитів) і більшою часткою осіб із фіброзом F4. Отримані дані свідчать про вплив ступеня імуносупресії на клінічний перебіг ХГС і швидкість прогресування фіброзу печінки. На підставі отриманих даних розроблена модель, що дозволяє виділити групу хворих, що потребують першочергового призначення протівірусної терапії ХГС.

Д.Г. Живиця, В.Г. Казека

ВІРУСОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИКИ, НА ФОНІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРОТЯГОМ 48 ТИЖ. СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

Актуальність. У рамках досягнення цілей стратегії ЮНЕЙДС Fast Track до 2020 р. в Україні необхідно одночасно реалізувати низку заходів, спрямованих на активне виявлення недиагностованої ВІЛ-інфекції та інтенсивне розширення ефективного лікування. У багатьох дослідженнях показано, що лікарі неохоче призначають антиретровірусну терапію (АРТ) ВІЛ-інфікованим людям, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), через поширену думку, що вони не зможуть дотримуватися призначеного режиму лікування. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) метадоном чи бупренорфіном як метод лікування наркозалежності є одним з потужних елементів профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції та підвищення прихильності до АРТ у ЛВІН.

Метою дослідження було визначити вплив ЗПТ на ефективність АРТ у ЛВІН, хворих на ВІЛ-інфекцію, порівняно з пацієнтами, що інфікувалися статевим шляхом.

Матеріали і методи. У дослідження включено 95 хворих на ВІЛ-інфекцію, які раніше не отримували АРТ. Усіх хворих було розподілено на три групи. У першу групу ввійшли 33 хворих на ВІЛ-інфекцію ЛВІН, які знаходились на ЗПТ з використанням метадону – 22 (66,0%) особи чи бупренорфіну – 11 (34,0%) осіб; у другу – 32 хворих на ВІЛ-інфекцію ЛВІН, які не отримували ЗПТ; у третю – 30 хворих зі статевим шляхом інфікування ВІЛ. Середній вік хворих склав 37 років (від 24 до 52). Жінок було 27 (28,4%), чоловіків 68 (71,6%). Після включення в дослідження усім хворим призначено АРТ.

Результати та обговорення. У хворих першої і третьої груп початковий рівень CD4+-лімфоцитів склав 277 (207-417) і 212 (97-327) мкл⁻¹ відповідно, у другій – 122 (61-254) мкл⁻¹. Через 6 міс. після початку лікування в усіх групах пацієнтів відмічали підвищення ($p < 0,05$) абсолютної кількості CD4+-лімфоцитів:

+145 мкл⁻¹ у першій, +184 – у третій і +67 мкл⁻¹ – у другій групі хворих. У подальшому, на 12 міс. лікування, мали місце подальше зростання імунологічного показнику ($p < 0,05$) і загальний приріст абсолютної кількості CD4⁺-лімфоцитів у хворих першої і третьої групи склав +212 і +207 мкл⁻¹ відповідно, а у другої – +121 мкл⁻¹.

Середній рівень вірусного навантаження в обстежених групах хворих до призначення АРТ статистично не розрізнявся і склав у першій – 4,89 (4,1-5,2) lg копій/мл, у другій – 5,0 (4,2-5,6), у третій – 5,2 (2,6-7,0) lg копій/мл. Через 6 міс. АРТ частка пацієнтів з повною супресією ВІЛ (HIV RNA < 50 копій/мл) у першій і третій групах була вищою, ніж у другій, втім ця різниця не була значимою (75,8; 76,7 і 61,3% відповідно). При оцінці через 12 міс. спостереження було виявлено значимо вищий ($p < 0,01$) відсоток хворих першої (93,9%) і третьої (90,0%) групи, які досягли повної вірусної супресії, порівняно з другою групою – 58,1%. Слід зауважити, що в останній групі хворих протягом 6-12 міс. лікування відбувалося зменшення частки пацієнтів з повною вірусною супресією з 61,3 до 58,1%.

Висновки. Імунологічна і вірусологічна ефективність АРТ у хворих на ВІЛ-інфекцію ЛВІН на фоні ЗПТ через 12 міс. лікування вища, ніж у хворих ЛВІН і хворих зі статевим шляхом інфікування ВІЛом. У хворих ЛВІН, які не отримували ЗПТ у період з 6 по 12 міс. лікування, відбувається збільшення кількості пацієнтів з вірусологічною невдачею.

Д.Г. Живиця, В.Г. Казека, Л.В. Живиця, Г.Ф. Пономаренко,
С.К. Лимар

ГОРМОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

Актуальність. В Україні ВІЛ-інфекція залишається актуальною проблемою для охорони здоров'я. Щодня реєструються нові випадки інфікування, поширення ВІЛ-інфекції набагато більше офіційних даних. При ВІЛ-інфекції спостерігається ураження багатьох систем організму, у тому числі ендокринної, провідну роль при цьому відіграє хронічна імунна активація.

Мета дослідження: дослідити зміни сироваткових рівнів тиреотропіну, гормонів щитоподібної залози та наднирників у хворих на ВІЛ-інфекцію залежно від ступеня імуносупресії.

Матеріали і методи. У дослідження ввійшли 64 хворих з ВІЛ-інфекцією, які перебували на обліку в Запорізькому обласному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом. Усі пацієнти не отримували АРТ. Їх розподілили на дві групи відповідно до ступеня імуносупресії (за кількістю CD4+-лімфоцитів). Перша група – це хворі з кількістю CD4+-лімфоцитів більше 200 мкл⁻¹, друга – менше 200 мкл⁻¹. Середній вік хворих склав 36 років (від 26 до 47). Жінок було 29 (45,4%), чоловіків – 35 (54,6%). Діагноз ВІЛ-інфекції встановлювали відповідно до класифікації ВООЗ 2006 р. Серед обстежених 14 (21,9%) пацієнтів були з I клінічною стадією ВІЛ-інфекції, 7 (10,9%) – з II, 13 (20,4%) – з III і 30 (46,8%) хворих з IV клінічною стадією.

У IV клінічній стадії найбільш поширеною опортуністичною інфекцією був туберкульоз – у 17 (56,7%) пацієнтів, у 3 (10,0%) хворих виявлено пневмоцистну пневмонію, у 3 (10,0%) – ураження печінки як вірусного генезу, так і токсичного; пневмонію та інші бактерійні та опортуністичні інфекції діагностовано у 7 (23,3%).

Імунологічне обстеження включало визначення абсолютного і відносного рівнів Т-лімфоцитів (CD3+), Т-хелперів (CD4+), Т-кілерів (CD8+) за допомогою моноклональних антитіл на проточному цитофлуориметрі, а також індексу імунореактивності (CD4+/CD8+). Вміст гормонів наднирників (кортизолу, дегідроепіандростерону сульфату – ДГЕА), тиреотропіну (ТТГ), гормонів щитоподібної залози (вільного тироксину – Т₄, вільного трийодтироніну – Т₃) у сироватці крові визначали за допомогою імуноферментного аналізу.

Результати та обговорення. При порівнянні вмісту гормонів наднирників у хворих з ВІЛ-інфекцією і контрольною групою (здорові особи) незалежно від рівня імунодефіциту виявлено зниження рівня ДГЕА ($p < 0,05$). Максимальне зниження (у 5 разів) вмісту ДГЕА зареєстровано у хворих другої групи – у середньому 0,8 (0,5-1,9) мкг/мл, при показнику в контрольній групі 5,3 (2-6,2) мкг/мл. Вміст сироваткового кортизолу і ТТГ у хворих на ВІЛ-інфекцію, незалежно від ступеня імуносупресії, і контрольної групи значимо не відрізнявся.

Рівень сироваткових вільних T_3 і T_4 був зниженим у хворих обох груп незалежно від ступеня імуносупресії ($p < 0,05$). Так, у хворих другої групи відмічали зниження вільного T_4 в 1,5 разу – до 12 (9,6-17) пмоль/л, порівняно з контрольною групою – 17 (16-19) пмоль/л. Рівень сироваткового T_3 також був знижений ($p < 0,05$) незалежно від тяжкості імунодефіциту і склав 4 (3,3-5) пмоль/л в осіб першої групи і 4,9 (4-7) пмоль/л – другої, порівняно з 6,5 (6-7) пмоль/л у контролі.

Висновки. У хворих на ВІЛ-інфекцію, незалежно від ступеня імуносупресії, спостерігається зниження рівня сироваткового дегідроепіандростерону, а також зменшення вмісту вільного трийодтироніну і вільного тироксину, при збереженій концентрації тиреотропіну.

Л.В. Живиця, Д.Г. Живиця, Г.Ф. Пономаренко, С.К. Лимар,
Л.Ю. Сіянова, О.В. Царьова, Г.В. Глазунова

ІНФОРМАТИВНІСТЬ СКРИНІНГУ НА ГЕПАТИТИ В І С ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ПРИЗОВНИКІВ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

Актуальність. Парентеральні гепатити В і С є серйозною проблемою медицини в Україні, враховуючи поширеність інфекцій, високий відсоток хронізації, багаторічний латентний перебіг з формуванням хронічних форм. Вакцинопрофілактика гепатиту В порушена у зв'язку з дефіцитом вакцин. Некерованою інфекцією залишається гепатит С. Активне виявлення інфікованих осіб серед здорових контингентів населення має протиепідемічне і діагностичне значення.

Мета роботи – проаналізувати інформативність скринінгу на гепатит В і С у призовників у Запорізькій області за 2010-2016 рр.

Матеріали і методи. У дослідження включено 806 призовників, з яких 511 (перша група) було направлено в інфекційну клініку за позитивними результатами скринінгу (знайдено HBsAg, анти-HCV), а 295 – за результатами виявлення гіпербілірубінемії (друга група). Обсяг обстеження усіх пацієнтів включав розширений спектр вірусних маркерів, загально-клінічні і біохімічні аналізи, УЗД.

Результати та обговорення. Вірусна природа печінкової патології була встановлена у 313 (38,8%) пацієнтів (зі всіх обстежених): у групі з позитивними результатами скринінгу – у 56,8%, у другій групі – у 7,8%. У 277 (88,5%) призовників останньої групи встановлено діагноз хронічного вірусного гепатиту, у тому числі: ХГС – у 227 (81,9%), ХГВ – у 42 (15,2%), ХГ В+С – у 8 (2,9%). У 68,0% хворих з хронічними вірусними гепатитами (ВГ) в анамнезі був парентеральний епідфактор (гемотрансфузії, операції, татуаж тощо), перенесли гострий ВГ 14 хворих, із сімейних осередків ВГ було 7 пацієнтів. У 8 (2,6%) осіб діагностовано гострий гепатит В (стадії розпалу, пізньої реконвалесценції), у 28 (8,9%) обстежених – пастінфекція HCV.

У 355 (44,0%) призовників встановлено печінкову патологію неінфекційної природи. У 43 пацієнтів цієї групи були хибно позитивні результати виявлення анти-HCV на етапі первинного скринінгу. Хворим були встановлені діагнози: синдром Жильбера (183), медикаментозний гепатит (7), неалкогольний стеатогепатит (10), автоімунний гепатит (3), реактивний гепатит (14).

Здоровими виявилось 138 (17,2%) призовників.

Таким чином, діагностична інформативність скринінгу на ВГ, проведеного на амбулаторному етапі обстеження призовників, склала 56,8%. Значно різнилися показники інформативності скринінгу за типами ВГ: при гепатиті В відсоток підтвердження був в 1,7 разу вищий, ніж при гепатиті С (відповідно 91,2 і 51,4%). Отримані результати інфікування пацієнтів з синдромом Жильбера (7,8%) дозволяють рекомендувати проведення скринінгу в цій групі осіб на етапі амбулаторного обстеження.

При порівнянні груп призовників у перші роки використання скринінгу (2010-2011 рр.) і в останні 3 роки (2014-2016 рр.) відмічено збільшення цього контингенту хворих в 1,5 разу, а також збільшення вікового контингенту віком 24-36 років (з 10,0 до 23,0%). Позитивні результати скринінгу на вірусні маркери були у 68,0% госпіталізованих пацієнтів. Знизився втричі (з 22,4% у 2010 р. до 7,1% у 2016 р.) відсоток здорових осіб серед обстежених контингентів призовників, що може свідчити про більш ретельний відбір пацієнтів при направленні у стаціонар. Збільшилася частина пацієнтів (до 52,6%) з патологією печінки невірусної природи, що потребує більшої уваги гастроентерологів до цього контингенту хворих. Інформативність скринінгу знизилася на 10,4%, що може бути пов'язано з якістю тест-систем.

Висновки. Діагностична інформативність скринінгу на ВГ у призовників Запорізької області складає 56,8%, (гепатит В – 91,2%, гепатит С – 51,4%). Рекомендується проведення скринінгу у пацієнтів із синдромом Жильбера, інфікування яких досягає 7,8%.

Д.А. Задирака, О.В. Рябоконт, О.В. Усачова, О.О. Фурик

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕНТЕРОВІРУСНОГО МЕНІНГІТУ В ДОРОСЛИХ І ДІТЕЙ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Серозний менінгіт (СМ) займає провідне місце серед уражень центральної нервової системи. Відомо, що СМ є однією з основних форм ентеровірусної інфекції, обумовлюючи понад 60% усіх СМ. Перебіг ентеровірусної нейроінфекції частіше сприятливий, проте останніми роками з'явилися повідомлення про спалахи менінгіту і менінгоенцефаліту з досить високою летальністю, обумовлених ентеровірусом 71-го типу, який має виражену нейротропність.

Мета роботи – визначити частоту ентеровірусної етіології серозного менінгіту і з'ясувати його клініко-лабораторні особливості.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходився 51 хворий на СМ. Діагноз встановлено клініко-лабораторно. Ентеровірусну етіологію СМ підтверджено методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з подальшою ідентифікацією рибонуклеїнової кислоти (РНК) ентеровірусів у калі та лікворі і визначенням 71-го типу ентеровірусу.

Результати та обговорення. Ентеровірусну етіологію СМ, за результатами ПЛР, було підтверджено у більшості (27; 52,9%) пацієнтів, проте 71-ий тип ентеровірусу не був виявлений у жодному випадку.

Аналіз вікового складу пацієнтів на СМ дав змогу встановити, що найчастіше хворіли діти віком від 8 до 11 років; частота виявлення ентеровірусу склала 40,8 проти 12,5% ($\chi^2=5,09$, $p<0,02$) захворілих на СМ нез'ясованої етіології цієї ж вікової групи, за відсутності статистично значущої різниці у статевому складі пацієнтів обстежених груп ($\chi^2=0,01$, $p>0,05$).

СМ характеризувався гострим початком з домінуванням у дебюті захворювання загальноінтоксикаційного, загально мозкового і менінгеального синдромів. Аналізуючи клінічні симптоми загальноінтоксикаційного синдрому виявлено, що гіперпірексія частіше реєструвалася у хворих на СМ нез'ясованої етіології, порівняно з хворими на ентеровірусний СМ: 29,2 проти 3,7% ($\chi^2=6,03$, $p=0,01$), тоді як фебрильна гарячка домінувала у більшості (18; 66,7%) хворих на СМ ентеровірусної етіології, а у хворих з нез'ясованою етіологією СМ підвищення температури тіла до фебрильних цифр реєструвалося майже в 1,5 разу рідше (11; 45,8%).

Аналіз загально мозкової симптоматики показав, що цефалгічний синдром переважав у всіх хворих на СМ незалежно від етіології процесу. Проте у пацієнтів на СМ нез'ясованої етіології біль в очних яблуках при рухах, пальпації та фотофобія виявлялися частіше, порівняно з хворими на ентеровірусний менінгіт: 62,5 проти 33,3% ($\chi^2=4,3$, $p=0,04$).

Аналізуючи наявність і ступінь виразності менінгеального синдрому виявлено, що позитивні менінгеальні знаки були наявні в усіх хворих. Проте у пацієнтів з СМ ентеровірусної етіології дисоціація менінгеальних знаків реєструвалася частіше (48,2 проти 20,8%, $\chi^2=4,2$, $p=0,04$), порівняно з хворими на СМ нез'ясованої етіології.

Особливістю ліквородіагностики СМ ентеровірусної етіології було виявлення в дебюті захворювання нейтрофільного плеоцитозу у кожного четвертого хворого (7; 25,9%) за відсутності подібних змін у хворих на СМ нез'ясованої етіології.

Висновки. Серед хворих на серозний менінгіт ентеровірусна етіологія захворювання підтверджена у 52,9% пацієнтів, при цьому 71-го типу ентеровірусу не виявлено в жодному випадку. Найчастіше серозний менінгіт мав ентеровірусну етіологію у дітей віком від 8 до 11 років. Для серозного менінгіту ентеровірусної етіології, який спричинений не 71-им типом вірусу, характерними виявилися гострий початок, переважно фебрильна гарячка (66,7%), менш виражена загально мозкова симптоматика, дисоціація менінгеальних знаків (48,1%), наявність нейтрофільного плеоцитозу (25,9%) у дебюті захворювання і доброякісний перебіг захворювання.

А.М. Задорожний, Н.М. Прикуда, Г.П. Сосна

КЛІНІКО-ЕТІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ГНІЙНОГО МЕНІНГІТУ

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Гнійний менінгіт, незважаючи на постійне удосконалення методів діагностики та лікування, надалі залишається проблемою сьогодення, що зумовлено високою частотою тяжких форм хвороби і значним рівнем летальності.

Мета роботи – вивчити клініко-етіологічну характеристику летальних випадків гнійного менінгіту в дорослих.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого і протоколів патолого-анатомічного дослідження пацієнтів Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні (ЛОІКЛ) з діагнозом “Гнійний менінгіт” за 2006-2016 рр.

Результати та обговорення. Упродовж періоду спостереження у ЛОІКЛ зареєстровано 15 летальних випадків серед хворих на гнійний менінгіт, етіологію яких вдалось з’ясувати. Із них – 9 (60,0%) чоловіків і 6 (40,0%) жінок віком від 30 до 87 років. У 1-3-тю доби хвороби госпіталізовано 46,6% пацієнтів, на 4-6-ту – 33,3%, інші – пізніше.

У 10 (66,7%) пацієнтів діагноз встановлений на догоспітальному етапі, у 5 (33,3%) – попередній діагноз не підтвердився. Найчастіше на догоспітальному етапі зустрічались такі варіанти діагнозів: “ГРВІ. Синдром менінгізму” – у 13,3% хворих, “Вірусний гепатит”, “Харчова токсикоінфекція”, “Вірусний менінго-енцефаліт” – по 6,6%.

У 4 (26,7%) хворих розвитку гнійного менінгіту передували гнійний отит (2 хворих) і пневмонія (2).

Прижиттєво збудники виділено у 8 (53,3%) пацієнтів: при бактеріологічному дослідженні крові (2), ліквору (3), гнійного вмісту з вуха (1); бактеріоскопічно виявлено у крові (3), лікворі (2).

Посмертно збудники виділено у 7 (46,7%) осіб: бактеріологічно – з тканини легень (1), із крові (2), із м’яких мозкових оболонок і речовини мозку (5), бактеріоскопічно – з відбитків оболонок головного мозку (3), із мазка порожнини пірамідної кістки (1).

Виявляли такі мікроорганізми: у 4 (26,7%) хворих – *N. meningitidis*, у 4 (26,7%) – *S. epidermidis*, у 2 (13,3%) – *L. monocytogenes*, у 2 (13,3%) – *K. pneumoniae*, у 2 (13,3%) – грампозитивні стрептококи, в 1 (6,7%) пацієнта – *P. aeruginosa*, в 1 (6,7%) – *S. aureus*. Встановлено, що *S. epidermidis* у 73,3% осіб перебував у мікст-культурі з *K. pneumoniae*, *S. pneumoniae* і *S. viridians*.

Висновки. Гнійний менінгіт частіше завершувався летально у чоловіків (60,0%). Діагностувати первинне вогнище вдалося у 26,7% хворих. Основними етіологічними чинниками гнійного менінгіту з летальним завершенням були *N. meningitidis* (26,7%) і *S. epidermidis* (26,7%).

І.А. Зайцев, В.В. Потій

ОЦІНКА ОБСЯГУ ПОПУЛЯЦІЇ ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ С ДЛЯ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ З МЕТОЮ ВПЛИВУ НА ПОКАЗНИКИ СМЕРТНОСТІ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З КІНЦЕВИМИ СТАДІЯМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ,
Донецький національний медичний університет,
м. Лиман Донецької області

Актуальність. У 2016 р. ВООЗ опублікувала “Глобальну стратегію сектору охорони здоров'я по вірусному гепатиту 2016-2021 рр.”, згідно з якою країни, що підтримали цей документ, у тому числі й Україна, повинні вжити заходи, спрямовані на повну елімінацію гепатиту В (ГВ) і С (ГС) до 2030 р. Ця стратегія передбачає, зокрема, досягнення деяких цільових показників зі скорочення числа нових випадків захворювання на 30% до 2020 р. й на 90% – до 2030 р., і смерті від хронічного ВГ на 10 і 65% відповідно.

Мета роботи – оцінити обсяг популяції хворих на ГС, які потребують терапії, для досягнення цільових показників ВООЗ щодо зниження летальності від ВГ, а також оцінити вплив на неї скорочення числа нових випадків захворювання.

Матеріали і методи. Для вирішення поставлених завдань нами була розроблена модель динаміки популяції хворих на ГС в Україні при природному перебігу й під впливом терапії. За результатами деяких досліджень (А.Л. Гураль і співавт., 2000), кількість хворих на ГС в Україні складає близько 3%, що дорівнює 1 млн 275 тис. осіб. Розподіл пацієнтів за статтю, віком, стадією фіброзу було проведено згідно з результатами обстеження репрезентативної вибірки з 606 хворих на ГС, що спостерігалися нами (І.А. Зайцев і співавт., 2014). Оскільки число офіційно зареєстрованих випадків гострого ГС набагато менше, ніж у дійсності, ми допустили, що воно може становити 1% від обсягу вибірки, тобто 12 750 випадків за рік. Ця цифра приблизно відповідає модельній кількості летальних випадків від гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) і декомпенсованого цирозу печінки (ЦП), а також опублікованим даним про смертність від останнього (Л.А. Чепелевська, 2013). Частоти прогресії фіброзу були розраховані згідно даним Н. Razavi et al., 2014. Передбачалося, що лікування буде проводитися тільки хворим зі стадією фіброзу F3/F4, і лише противірусними препаратами прямої дії з ефективністю 90 й 80% для пацієнтів без ЦП та з ЦП відповідно.

Результати та обговорення. Емпіричним шляхом було встановлено, що для зниження летальності від ЦП і ГЦК до 2021 р. на 8,9% необхідно щорічно, починаючи з 2018 р., лікувати 50 тис. пацієнтів (25 тис. з F3 і 25 тис. з F4), а починаючи з 2021 р. і до 2030 р. – по 40 тис. хворих щорічно. У цьому випадку летальність від ЦП і ГЦК до 2030 р. знизиться на 59,7%. Таким чином, загальне число пролікованих хворих повинно скласти 560 тис. осіб, або 43,9% від вихідної популяції хворих. Ерадикація інфекції майже у половини популяції хворих, у поєднанні з протиепідемічними заходами, повинна привести до зниження захворюваності на гострий ГС, отже й випадків хронічного ГС. Якщо гіпотетичне число щорічно інфікованих зараз становить 12 750 осіб, то до 2021 р. воно повинно знизитися до 8 750, а до 2030 р. – до 1 100 осіб за рік. Однак, через особливості природного перебігу ГС цей факт не завдасть помітного впливу на число хворих з F3/F4, проте, це приведе до скорочення числа осіб, які будуть лікуватися у другу чергу, на 84 250 чоловік.

Висновки. Лікування достатньої кількості хворих з тяжким фіброзом і ЦП (приблизно 44% від загальної популяції хворих на ГС) дозволить досягти цільових показників ВООЗ щодо скорочення кількості нових випадків захворювання й смерті від хронічного ВГ, однак, це не буде означати елімінації гепатиту, тому що більша частина популяції хворих при такій стратегії не буде одержувати противірусну терапію. Скорочення кількості випадків гострої інфекції на 90% до 2030 р. не вплине на число хворих з тяжким фіброзом і ЦП, однак значно зменшить обсяг популяції, яка потребує призначення терапії у другу чергу.

О.О. Зубач

СЕЗОННІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПІРОЗУ НА ЛЬВІВЩИНІ ПРОТЯГОМ 2001-2016 рр.

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Рівень захворюваності на лептоспіроз в Україні залишається на стало високому рівні протягом багатьох десятиріч. Пацієнти із лептоспірозом на тривалий час втрачають працездатність, зазнаючи як моральних, так і матеріальних втрат у зв'язку зі значною тривалістю лікування та потребою у повноцінному відновленні. Частіше хвороба уражає чоловіків, які є основними годувальниками сім'ї.

Мета роботи – вивчити сезонність лептоспірозу на території Львівської області з відповідним встановленням шляхів зараження і визначенням заходів, спрямованих на профілактику виникнення хвороби.

Матеріали і методи. За допомогою ретроспективного аналізу проведено вивчення сезонних особливостей лептоспірозу у пацієнтів, які знаходились на лікуванні з приводу цієї патології у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні у 2001-2016 рр.

Результати та обговорення. За зазначений період у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні з діагнозом лептоспірозу проліковано 430 хворих. Основна кількість випадків (354; 82,33%) фіксувалась у липні-грудні. При цьому пік кількості захворілих відзначено у серпні – 110 (25,58%) із посту-

повим помісячним зниженням кількості випадків хвороби. Так, у вересні з діагнозом лептоспірозу поступило 76 (17,67%) хворих, у жовтні – 70 (16,28%), у листопаді – 33 (7,67%) і у грудні – 28 (6,51%) пацієнтів. На решта шість місяців (січень – червень) припало лише 76 (17,67%) звернень хворих. Абсолютний мінімум – 4 (0,93%) госпіталізованих пацієнти зафіксовано у травні. Протягом інших місяців цього періоду реєструвалось від 11 до 19 випадків щомісячно (2,56-4,42%). Враховуючи отримані результати, які свідчать про значне переважання випадків лептоспірозу протягом літньо-осіннього періоду, можна припустити, що на території Львівської області вагомим є водний шлях передачі (купання у стоячих водоймах, заняття водними видами спорту, рибальство, пиття води із природних джерел під час літнього відпочинку) і контактний та аліментарний шляхи (активне проведення сільськогосподарських робіт, пов'язаних із сезонним збором урожаю в серпні-жовтні, а також щорічне відкриття сезону полювань для мисливців у середині серпня).

Висновки. Виявлено переважання кількості випадків лептоспірозу на території Львівської області протягом липня-грудня з піком у серпні. Кількість пацієнтів, які були госпіталізовані протягом зазначених місяців у стаціонар, є у 4,6 рази вищою, ніж за період січень-червень (354 хворих проти 76). Враховуючи сезонні особливості та відповідні ймовірні шляхи зараження пацієнтів лептоспірозом на теренах нашого регіону, необхідно звернути особливу увагу на дотримання санітарних норм щодо водойм, у яких дозволено купання для людей протягом літніх місяців, покращити забезпечення робітників сільського господарства водонепроникним спецодягом, а також посилити дератизаційні заходи і просвітницьку роботу серед груп професійного ризику.

Л.А. Іванова, М.Н. Гарас, Р.Ю. Білейчук, О.П. Сингаївська
**ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНИХ
ПОКАЗНИКІВ У ВИЯВЛЕННІ ІНФЕКЦІЙНОГО
МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ**

Буковинський медичний університет,
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Актуальність. До недавнього часу інфекційний мононуклеоз, спричинений вірусом Епштейна-Барр, вважався абсолютно

доброякісним захворюванням, оскільки основними клінічно-патогенетичними проявами цієї інфекції був доброякісний лімфопроліферативний процес. Однак на сучасному етапі вченими накопичені знання, що висвітлюють питання імунопатології та імунорегуляції при Епштейна-Барр вірусній інфекції (ЕБВІ), які змусили переглянути ставлення до цього захворювання і довести можливість його затяжного, персистувального і хронічного перебігу, розвитку загрозливих ускладнень (міокардит, полінейропатія, тромбоцитопенія), генералізації процесу (в імуноскомпрометованих дітей), а також небезпечних наслідків хвороби у вигляді лімфопроліферативних захворювань та автоімунних станів. За даними ВООЗ, щороку у світі вірусом Епштейна-Барр інфікується від 16 до 800 осіб на 100 тис. населення, понад 50% дітей перших 10-ти років життя, а 80-90% дорослих мають специфічні до вірусу антитіла як маркер попереднього інфікування. Значний поліморфізм клінічних проявів інфекційного мононуклеозу, поліорганість ураження, часто відсутність чітких клінічно-параклінічних критеріїв і відтермінованість у часі результатів доступних лабораторних тестів, а іноді й неможливість їх проведення, утруднюють діагностику захворювання на догоспітальному етапі та при надходженні до стаціонару.

Метою роботи було покращити діагностику інфекційного мононуклеозу у дітей шляхом вивчення сучасних особливостей перебігу та аналізу діагностичної цінності клінічних, інструментальних і лабораторних показників у верифікації захворювання.

Матеріали і методи. З дотриманням принципів біоетики, за період 2014-15 рр., на базі інфекційного боксованого відділення крапельних інфекцій КМУ “Обласна дитяча клінічна лікарня” (м. Чернівці) спостерігали 65 дітей, хворих на інфекційний мононуклеоз. Обстеження та лікування хворих проводилося відповідно з протоколом, затвердженим наказом МОЗ України № 354 від 09.07.2004 р.

Результати та обговорення. Для хворих на інфекційний мононуклеоз дітей характерні клінічні особливості, зокрема, раптовий початок захворювання (у 93,8%) з гарячки, вищої за 37,5°C (у 80,0%), наявність ексудативного тонзиліту (у 81,6%), підщелепної та шийної лімфаденопатії (у 90,7%), утрудненого носового дихання (у 78,4%) і гугнявості голосу (у 73,8%).

Типовими лабораторними критеріями інфекційного мононуклеозу ЕБВ етіології верифіковано лейкоцитоз (у 82,6%) і віднос-

ний вміст атипівих мононуклеарів у периферичній крові більше 10% (у 78,3%).

Недостатньо чутливими (57-65%) і специфічними (45-50%) у підтвердженні інфекційного мононуклеозу виявилися гепато- (за даними фізикального обстеження) та спленомегалія (за результатами сонографічного дослідження). Водночас явища ексудативного тонзиліту, лімфаденопатії та наявність атипівих мононуклеарів у периферичній крові у підтвердженні інфекційного мононуклеозу ЕБВ етіології виявилися високоспецифічними (90, 95 і 78% відповідно), проте зі значною часткою хибнонегативних результатів.

Висновки. Враховуючи недостатню діагностичну цінність клінічно-анамнестичних і сонографічних показників у виявленні інфекційного мононуклеозу в дітей, що підтверджується низькими значеннями відношення правдоподібності та показників ризику, використання їх доцільне лише в комплексі між собою і загальноклінічними гематологічними критеріями.

Л.А. Іванова, М.Н. Гарас, Р.Ю. Білейчук, О.В. Хуторна

ВИПАДОК ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ У ПІДЛІТКА

Буковинський медичний університет,
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Актуальність. У 2015 р. у світі зареєстровано біля 214 млн випадків захворювання і приблизно 430 тис. випадків смерті від малярії. На тлі незначного зменшення кількості випадків малярії у світі число мікст-малярії збільшилось на 13,1%, рецидивів – у 1,9 разу, летальних випадків від тропічної малярії – у 3,8 разу. В останні роки в Україні реєструвалися 50-90 випадків малярії щороку, також щорічно реєструвалися до 5 летальних випадків.

Рідкісність захворювання в Україні, клінічний поліморфізм його дебюту в підлітковому віці можуть зумовлювати труднощі раннього виявлення малярії і, як наслідок, проблемний клінічний маршрут пацієнта.

Метою роботи було проаналізувати діагностично-лікувальні особливості випадку завізної тропічної малярії у підлітка і клінічний маршрут пацієнта.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходився підліток Д., 10.12.1998 р. н., громадянин Нігерії, який прибув в Україну для вступу на навчання.

Результати та обговорення. По приїзді почував себе періодично недобре – двічі впродовж тижня були епізоди гарячки, яка минала самостійно. Захворів раптово – скарги на багаторазове блювання, підвищення температури тіла та слабкість, з приводу чого викликав швидку медичну допомогу. Консультований лікарем-інфекціоністом обласної клінічної лікарні, проте з приводу гострого болю у животі скерований у приймальне відділення лікарні швидкої медичної допомоги. При надходженні стан розцінено як тяжкий, хлопець госпіталізований у відділення анестезіології у палату інтенсивної терапії. За допомогою англomовного спеціаліста-анестезіолога, з анамнезу встановлено наявність двох епізодів остуди за останній тиждень і споживання гамбургера напередодні, а також актуальний вік пацієнта (17 років 10 міс.). Пацієнт притомний, проте загальмований, на питання відповідає із затримкою, рухами голови. При спробі сісти із підтримкою – задишка. Слизові оболонки блідо-рожеві, сухі, незначна іктеричність склер. Температура тіла 38,2°C. Дихання самостійне, жорстке, ослаблене в нижніх відділах. Тони серця ритмічні, приглушені, АТ 110 і 80 мм рт. ст. Живіт м'який, чутливий в епігастрії. Печінка на рівні правої реберної дуги. Селезінка не пальпується. Діурез знижений.

При лабораторно-інструментальному обстеженні встановлено анемію легкого ступеня, незначну лейкопенію, біохімічний скринінг сироватки крові у межах вікової норми; рентгенологічно легеневі поля без інфільтративних тіней, на ЕКГ – ознаки субепікардіальної ішемії міокарда передньобочкової стінки і верхівки лівого шлуночка, тропоніновий тест негативний.

За рекомендаціями дитячого інфекціоніста набрано товсту краплю крові, проте результат планований на наступний робочий день, за віковими і клінічними показаннями пацієнт транспортований в ВАІТ ОДКЛ. У динаміці стан погіршався: з'явилися петехіальна енантема на язиці, тромбоцитопенія, еритроцитурія, нарости явища анемії. На підставі виявлення *Plasmodium falciparum* у товстій краплі крові, враховуючи хлорохін-резистентний регіон прибуття (Нігерія), на підставі рекомендацій ВООЗ, 2015 р., призначено етіотропну терапію artemether-

lumefantrine орально, а також ОРТ, ІТ залежно від поточних втрат та оральної компенсації, преднізолон довенно коротким курсом, кардіометаболічні препарати та корекцію гіпертермії. На тлі терапії стан пацієнта з виразною позитивною динамікою з 4-го дня. Враховуючи 3 негативні результати паразитоскопічного дослідження крові, задовільне самопочуття і клінічні дані на 12-ий день лікування хлопець виписаний для подальшого спостереження в КІЗі.

Висновки. Тривалий маршрут пацієнта зумовлений, насамперед, низькою настороженістю лікарів щодо тропічних захворювань, а також і через мовний бар'єр. Труднощі у лікувально-діагностичному процесі пов'язані із розосередженістю лабораторної служби, відсутністю уніфікованих стандартів виявлення і лікування малярії, неповним спектром зареєстрованих протималярійних препаратів та недоступністю до частини зареєстрованих ліків.

Н.О. Іванченко, Ю.Е. Кулітка

РЕЗУЛЬТАТИ СЕРОМОНІТОРИНГУ КАШЛЮКУ В ОСІБ З ОЗНАКАМИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Міська комунальна клінічна лікарня № 5, м. Львів

Актуальність. Захворюваність органів дихання протягом останніх років займає першість у структурі загальної захворюваності населення. В Україні близько 8,5 млн людей страждають від захворювань легень і щорічно від хвороб органів дихання помирає понад 20 тис. осіб. У 2016 р. від хвороб органів дихання у Львові померло 110 осіб, у Львівській області – 908. На думку експертів Європейського респіраторного товариства, 30% хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) у Європі не знають про наявність у них цієї хвороби, а близько 65% пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ не отримують адекватного лікування. Згідно з прогнозом ВООЗ, до 2020 р. ХОЗЛ посяде третє місце серед причин смерті у світі. Основними визнаними причинами зростання захворюваності на ХОЗЛ є

поширення тютюнопаління, забруднення довкілля, поява нових атипичних збудників, нераціональне використання антибіотиків, вторинні імунodefіцитні стани.

Метою роботи було встановити частку осіб, що хворіють на кашлюк, серед пацієнтів, які госпіталізуються в пульмонологічне відділення з діагнозом ХОЗЛ, шляхом визначення рівнів IgG до *Bordetella pertussis*.

Матеріали і методи. Проаналізовано звіти про зареєстровані ХОЗЛ за 2016 р. у м. Львові, вивчено імунологічну структуру 40 пацієнтів із ХОЗЛ до збудника кашлюку тест-системою ІФА SERO PERTUSSIS tm IgG Enzyme immunosorbent lincd Assay ELISA Savyon Diagnostics Ltd (Ізраїль).

Результати та обговорення. Згідно з результатами проведеного аналізу, у м. Львові зареєстровано 19 290 осіб, хворих на ХОЗЛ. Серологічні дослідження з метою виявлення антитіл до збудника кашлюку проводились 40 хворим, які перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні з діагнозом ХОЗЛ у стадії загострення. Результати рівня імунoglobulinів були виражені в ВU – міжнародних умовних одиницях (аббревіатура виробника). Рівень протикашлюкового імунітету оцінювали за такими критеріями: 0,0-9,9 ВU/мл – серонегативні особи (імунітет відсутній); 10,0-49,0 ВU/мл – серопозитивні особи, наявні антитіла свідчать про перенесену інфекцію або проведену імунізацію; 50 ВU/мл і вище – високопозитивний рівень антитіл свідчить про кашлюк у стадії реконвалесценції (відповідно до інструкції виробника). Згідно з одержаними результатами, у 8 (20%) осіб з числа обстежених виявлено титри антитіл понад 50 ВU/ml, що свідчить про кашлюк, період реконвалесценції.

У 25 (62,5%) осіб виявлений титр імунoglobulinів G нижче 10 ВU/ml, що свідчить про серонегативний статус; у 7 (17,5%) – рівень антитіл від 10 до 49 ВU/ml, що свідчить про анамнестичний рівень антитіл як внаслідок перенесеного захворювання, так і внаслідок вакцинації. Проте, при аналізі ф. 063/о “Карта профілактичних щеплень” даних осіб встановлено, що вакцинація і ревакцинація проводилась від 20 до 30 років тому, таким чином, враховуючи тривалість поствакцинального імунітету, результати досліджень розцінюються як наслідок перенесеного кашлюку.

Висновки. У 20% хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні з діагнозом ХОЗЛ, виявлено високий рівень антитіл до *B. pertussis*, що підтверджує асоційованість ХОЗЛ у цих хворих з кашлюком.

О.Л. Івахів, Н.А. Васильєва, Н.Ю. Вишневська, В.О. Качор,
І.С. Іщук

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТІВ З ПРЯМОЮ ПРОТИВІРУСНОЮ ДІЄЮ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Вірусні гепатити з гемоконтактним механізмом передачі збудників є важливою проблемою сучасної медичної науки і практичної охорони здоров'я усіх країн світу. Це зумовлено широким розповсюдженням недуг, високим рівнем захворюваності, а також надзвичайно несприятливими наслідками, до яких вони можуть призвести. У травні 2016 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла першу "Глобальну стратегію сектора охорони здоров'я з вірусних гепатитів на 2016-2021 рр." У ній зазначено, що за допомогою сучасних протівірусних препаратів можна вилікувати понад 90% людей від хронічного гепатиту С (ХГС) і, таким чином, суттєво знизити ризик смерті від гепатоцелюлярної карциноми і цирозу печінки.

Мета роботи – визначити ефективність препаратів з прямою протівірусною дією в лікуванні хворих на ХГС.

Матеріали і методи. Обстежено 35 хворих на ХГС, чоловіків було 19 (54,3%), жінок – 16 (45,7%). Пацієнти мали вік від 20 до 65 років. Діагноз гепатиту встановлювали на підставі клініко-лабораторних даних, верифікували наявністю анти-НСV, РНК НСV з визначенням її кількості й генотипу вірусу у ПЛР. Обстеження проводили у динаміці: перед призначенням лікування, через 4, 12, 24 тиж. від початку терапії. Ступінь фіброзу печінки і гістологічну активність до лікування оцінювали біохімічним методом за допомогою фібротесту.

Хворі отримували лікування препаратами з прямою протівірусною дією (ПППД) залежно від генотипу збудника і ступеня фіброзу печінки: при 1-му генотипі НСV призначали софосбувір і

ледіпасвір щоденно протягом 3 міс. – 15 осіб, а за наявності вираженого фіброзу – 5 осіб приймали ще й рибавірин залежно від маси тіла. При 2-му і 3-му генотипах софосбувір і даклатасвір застосовували протягом 12 тиж. – відповідно 1 і 6 осіб; ті, у кого генотип визначити не вдалось з F3-F4 (4) і 4 пацієнти з генотипом 3 і високим фіброзом – ще й рибавірин 24 тиж.

Результати та обговорення. Розподіл хворих за генотипами HCV виявився таким: 1b виявлено у 20 (57,1%) осіб, 2-ий – в 1 (2,9%), 3-ій – у 8 (22,9%), вірус не типувався – у 6 (17,1%).

До лікування активність АлАТ у сироватці крові була низькою (1-3 норми) у 18 (51,4%) хворих, середньою (від 3 до 10 норм) – у 17 (48,6%). Вірусне навантаження (ВН) у сироватці крові хворих коливалось від 1 300 до 19 млн МО/мл, у тому числі $\leq 600\ 000$ відзначено у 23 (65,7%), $> 600\ 000$ у 6 (34,3%), з них $> 6\ 000\ 000$ – в 1 (2,9%).

Негативні предиктори на ПВТ, які виявлено у пацієнтів: невідповідачів було 2 (5,8%), рецидив після попередньої терапії рекомбінантними інтерферонами і рибавірином – в 1 (2,9%), тромбоцитопенія $< 74 \times 10^9$ /л – у 9 (25,7%), F3-F4 – у 18 (51,4%), у т. ч. цироз печінки (клас А, В за Чайлд-П'ю) – 12 (24,3%).

ПППД пацієнти переносили добре, рідко були незначна нудота, загальна слабкість, ломота в тілі (здебільшого у перші тижні лікування), які зазвичай зникали самостійно.

Через 4 тиж. від початку лікування активність АлАТ нормалізувалась у 34 (97,1%) пацієнтів, лише в 1 (2,9%) – суттєво знизилась, однак залишалась в 1,5 разу вищою за норму. При наступних обстеженнях активність цього ферменту нормалізувалась в усіх обстежених. Повну ранню вірусологічну відповідь (4 тиж. лікування) отримано у 32 (91,4%) пацієнтів, лише у 3 (8,6%) – РНК HCV визначалась, однак кількість не обчислювалась. У подальші терміни обстеження нуклеїнова кислота збудника визначалась лише в 1 (2,9%) хворого. Через 12 тиж. після завершення терапії РНК вірусу не визначалась у 34 (97,1%) осіб. Лише в 1 пацієнта з F4 і підозрою на ГЦК РНК вірусу продовжувала детектуватись.

Висновки. У хворих на ХГС, які отримували лікування ПППД, РНК HCV у сироватці крові не визначалась у 97,8 %. Зазначені препарати добре переносились і добре зарекомендували

себе в осіб з вираженим фіброзом і цирозом (клас А і В за Чайлд-П'ю), яким рекомбінантні інтерферони протипоказані. Зазначені препарати продемонстрували високу ефективність у хворих, навіть не зважаючи на наявність негативних предикторів.

В.В. Ільїна

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЕПШТЕЙНА-БАРР-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СУМЩИНІ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Інфікованість населення вірусом Епштейна-Барр (EBV) в останні роки у світі збільшилася у декілька разів і коливається у межах від 90 до 100%. Вірус уражає переважно два типи клітин: епітелій верхніх дихальних шляхів і травного тракту, а також В-лімфоцити. EBV-інфекція має гострий і хронічний перебіг. Найбільш поширеною гострою формою інфекції є інфекційний моноклеоз (ІМ), для якого характерна чітко окреслена картина. Протягом останніх років змінився клінічний перебіг EBV-інфекції: суттєво зростає кількість атипівих і хронічних форм, які характеризуються клінічним поліморфізмом, що затруднює їх діагностику.

Мета роботи – вивчити особливості клінічного перебігу EBV-інфекції у хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького у 2014-2016 рр.

Матеріали і методи. Проаналізовані стаціонарні карти 53 хворих на EBV-інфекцію. Чоловіків було 39 (73,6%), жінок – 14 (26,4%). Пацієнти були віком від 24 до 43 років. У 31 (58,5%) особи діагностовано ІМ, у 6 (11,3%) – гостру, у 16 (30,2%) – хронічну EBV-інфекцію. Гострий перебіг недуги підтверджено виявленням методом ІФА маркерів EBV (VCA) IgM, хронічний – IgG до EBNA. У всіх хворих для визначення ДНК вірусу використана ПЛР. Крім того, проведено клінічне, біохімічне обстеження, УЗД, визначення антитіл до ВІЛ, CMV, HCV.

Результати та обговорення. ІМ у досліджуваних хворих мав типовий перебіг: гострий початок (93% осіб), синдроми інтоксикаційний (96,8%) і артралгічний (13,2%), гострий лаку-

нарний тонзиліт (96,2%), збільшення задньошийних лімфатичних вузлів (100,0%), гепатоспленомегалія (72,2%). Діагноз підтверджений виявленням методом ІФА антитіл (IgM) до капсидного антигену у 64,7% хворих, ДНК EBV методом ПЛР – у 39,2%.

Для гострої EBV-інфекції були характерні: гострий початок, катаральні симптоми, генералізована лімфаденопатія, артралгічний синдром, гепатоспленомегалія.

Клінічний перебіг хронічної EBV-інфекції у більшості хворих був середньої тяжкості. У 84,6% осіб визначався тривалий субфебрилітет, генералізована лімфаденопатія – у 69,2%, хронічний тонзиліт – у 46,1%. Для хронічної EBV-інфекції характерним був астено-вегетативний синдром. Типові скарги хворих: загальна слабкість, розлади сну. 30,4% пацієнтів відзначали суглобові болі, у 23,0% – кардіальний синдром. У 3 (18,7%) осіб діагностовано хронічний гепатит EBV-етіології. Ураження нервової системи визначалося периферичною нейропатією у 2 (12,5%) хворих, вестибулопатією – в 1 (6,5%).

Висновки. Серед клінічних форм EBV-інфекції переважають гострі форми, здебільшого ІМ. Хронічна EBV-інфекція характеризується клінічним поліморфізмом, важливе місце в її діагностиці належить ІФА та ПЛР.

Н.І. Ільїна, В.В. Ільїна

ЕТІОЛОГІЯ І КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ БАКТЕРІЙНОГО МЕНІНГІТУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність бактерійного гнійного менінгіту (БГМ) визначається тяжкістю перебігу, розвитком загрозливих життю церебральних і екстрацеребральних ускладнень, стійких резидуальних наслідків, високою летальністю, яка сягає у деяких вікових групах 15-70%.

Мета роботи – проаналізувати динаміку захворюваності, вивчити етіологічну структуру БГМ і провести клініко-лабораторний аналіз перебігу недуги.

Матеріали і методи. Медичні карти стаціонарних хворих на гострий менінгіт, що перебували на лікуванні у Сумській

обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького у 2006-2016 рр. Використані загальноприйняті клінічні та лабораторні методи дослідження.

Результати та обговорення. Під спостереженням перебувало 136 хворих на гострий менінгіт, з них у 66,7% діагностовано серозний, у 33,3% – гнійний менінгіт. Починаючи з 2008-2009 рр., спостерігається чітка динаміка зниження загальної кількості БГМ і зростання серозних. Етіологія останніх встановлена у 12,5% осіб, з них туберкульозна – у 7, цитомегаловірусна – у 3, герпетична – у 3, аденовірусна – в 1, грипозна – в 1, ентеровірусна – у 2. БГМ, спричинений менінгококом, був у 33,3% пацієнтів, стрептококом – у 20,0%, стафілококом – у 13,3%, моракселою – у 2,2%, неуточненої етіології – у 31,1%. 4 із 7 хворих на туберкульозний менінгіт були ВІЛ-інфіковані.

У 15 пацієнтів з менінгококковим менінгітом захворювання мало генералізовану форму – менінгіт з менінгококцемією. Клінічний перебіг менінгококкового менінгіту був типовим: гострий початок з ознобу (82,1%), підвищення температури тіла до 39-40°C (63,2%), біль голови (98,0%), нудота і повторне блювання (87,3%). Інтенсивність болю голови зростала до нестерпного до кінця першої – початку другої доби, біль голови супроводжувався блюванням. Менінгеальні симптоми визначалися уже в першу добу – ригідність м'язів потилиці у 96,0% хворих, симптом Керніга – у 89,2%, симптоми Брудзинського – у 53,0%, загальна гіперестезія – у 32,3%. У 42,3% пацієнтів на 2-3-ій день перебування у стаціонарі з'явилися герпетичні висипання на обличчі. У хворих з генералізованою інфекцією вже у першу добу виник характерний геморагічний висип. У наступні дні клінічна симптоматика наростала. При дослідженні ліквору визначався його гнійний характер: підвищений тиск, нейтрофільний плеоцитоз (400-10 000 кл. у мкл), підвищений вміст білка (2,70-3,59 г/л). У мазках з осаду ліквору у 81,2% хворих виявлено менінгокок. Тяжкий перебіг недуги з маренням, психомоторним збудженням, розладами свідомості та судомами мали три чверті хворих. У клінічному аналізі крові визначався лейкоцитоз у межах $(18,2-32,4) \times 10^9$ /л, збільшення ШОЕ до 30-40 мм/год.

Заключний діагноз ґрунтувався на клініко-лабораторних ознаках, провідних симптомах БГМ: загальної інтоксикації, інфекційно-токсичної енцефалопатії, менінгеального синдрому і

запальних змін у лікворі. Санація ліквору відбулася до 7-12-ї доби стаціонарного лікування, яке не перевищувало 25-26 днів. Хворі виписувалися зі стаціонару із залишковими ознаками у вигляді скарг астеничного характеру.

БГМ, спричинені стафілококами і стрептококами, були переважно вторинними, мали тяжкий перебіг з гострим початком, швидким підвищенням температури до 40°C, ознобом, маренням, запамороченням, різко вираженими оболонковими симптомами. Швидко розвивалася вогнищева симптоматика. У лікворі – високій нейтрофільний плеоцитоз, значна концентрація білка.

Висновки. За останнє десятиріччя відбувається тенденція до зростання захворюваності на гострий серозний менінгіт неуточненої етіології. У структурі БГМ при встановленій етіології переважали захворювання, спричинені менінгококовою та стрептококовою інфекціями. Більшість БГМ, спричинених іншими мікроорганізмами, а також нез'ясованої етіології, були вторинними.

К.В. Калашник, Ю.Ю. Рябоконт, Д.П. Іпатова

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ З ПРЯМИМ МЕХАНІЗМОМ ДІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З РІЗНИМИ ГЕНОТИПАМИ ВІРУСУ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Глобальною стратегією ВООЗ є елімінація вірусних гепатитів як загрози здоров'ю суспільства до 2030 р. В Україні у квітні 2013 р. була затверджена Державна цільова програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 р.

Останнім часом принципи противірусної терапії (ПВТ) хронічного гепатиту С (ХГС) серйозно переглядаються, оскільки подвійна ПВТ (пегільований інтерферон у поєднанні з рибавирином) не вирішує повною мірою поставленого завдання, а саме досягнення стійкої вірусологічної відповіді. Вирішити цю проблему допомагають нові препарати з прямим антивірусним механізмом дії, поява яких дозволяє суттєво підвищити ефективність інтерферонвмісних схем та скоротити їх тривалість.

Мета роботи – проаналізувати ефективність 12-тижневого курсу протівірусної терапії (пегінтерферон- α +рибавірин+софосбувір) у хворих на ХГС.

Матеріали і методи. У дослідження включено 81 хворого на ХГС; вік пацієнтів від 18 до 65 років (чоловіків – 56, жінок – 25), які отримали ПВТ згідно з протоколом (наказ МОЗ України № 729 від 18.07.2016 р.) у рамках виконання Державної цільової програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів. Ефективність ПВТ оцінювали за частотою швидкої вірусологічної відповіді, безпосередньої відповіді на момент завершення лікування та, у частини хворих, стійкої вірусологічної відповіді після 12 тижнів від моменту завершення лікування.

Результати та обговорення. Серед пацієнтів, які отримали зазначене лікування, були хворі, інфіковані різними генотипами вірусу: 1a генотип – у 2 (2,5%), 1b – у 48 (59,2%), 3a – у 29 (35,8%), поєднання 3a/b генотипів – у 2 (2,5%) хворих. Вірусне навантаження нижче за 4×10^5 МО/мл зафіксовано у 20 (24,7%) хворих, а вище за 4×10^5 МО/мл – у 61 (75,3%) пацієнта. Стадії фіброзу печінки, за результатами фібротесту, у хворих виявилися такими: F0 – у 3 (3,7%), F1 – у 5 (6,2%), F2 – у 42 (51,8%), F3 – у 23 (28,4%), F4 – у 8 (9,9%) хворих.

За результатами оцінки ефективності застосування ПВТ за схемою пегінтерферон- α +рибавірин+софосбувір відзначено, що швидка вірусологічна відповідь сформувалася у 77 (95,1%) із 81 пацієнта. Аналіз частоти швидкої вірусологічної відповіді показав, що при інфікуванні 1-им генотипом вірусу ця відповідь відбулася у 45 (94,0%) хворих, а 3-ім – у 30 (96,8%) пацієнтів.

На момент завершення лікування вірус не виявлявся у 75 (92,6%) із 81 пацієнта. При цьому зазначена відповідь мала місце у 45 (94,0%) хворих з 1-им генотипом HCV і у 30 (96,8%) – з 3-ім. Статистичної різниці в частоті формування вірусологічної відповіді на момент завершення лікування залежно від генотипу не виявлено ($p > 0,05$).

Стійку вірусологічну відповідь через 12 тиж. після завершення лікування на сьогодні прослідковано у 18 пацієнтів, які не мали HCV RNA у крові на момент завершення курсу лікування. Слід відзначити, що в зазначений термін у всіх цих пацієнтів зберігалася вірусологічна відповідь. Робота в цьому напрямку триває.

Висновки. Безпосередня вірусологічна відповідь на момент завершення 12-тижневої потрійної противірусної терапії пег-інтерферон- α +рібавірин+софосбувір склала 94,0% у хворих з 1-им генотипом HCV і у 90,9% – із 3-ім ($p>0,05$). Частота досягнення вірусологічної відповіді в цей період не мала статистично значущої залежності від генотипу вірусу.

В.Т. Кірієнко, В.І. Трихліб, В.В. Потій, В.В. Грушкевич,
А.М. Вишнягов, К.С. Рихальська

НЕЦИРОТИЧНИЙ ФІБРОЗ ПЕЧІНКИ – ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
Українська військово-медична академія, м. Київ,
Донецький національний медичний університет,
м. Краматорськ Донецької області,
Національний військово-медичний клінічний центр
“ГВКГ”, м. Київ

Актуальність. Нециротичний фіброз печінки спостерігається у клінічній практиці значно частіше, ніж діагностується. В останні роки ця проблема значно зросла у зв'язку з появою нових уявлень про природу і прогноз фіброзу, впровадженням інноваційних неінвазивних методів діагностики та розширенням можливостей сучасної антифіброзної терапії.

Мета роботи – оцінити особливості клінічних проявів захворювання, зіставити з виявленими змінами при лабораторному дослідженні показників крові з гістологічними змінами печінки.

Матеріал і методи. Аналізували клінічні симптоми захворювання, імунологічні, біохімічні показники крові, показники загального аналізу крові, результати біопсії печінки пацієнтки 18 років.

Результати та обговорення. Хвора В., 18 років, звернулася на прийом із діагнозом цирозу печінки у виході хронічного гепатиту С. Синдром портальної гіпертензії. Варикозне розширення вен стравоходу (ВРВС) нижньої третини 1 ст. На момент

огляду скарг не було, активна, стан задовільний, печінка нормальних розмірів. Лабораторно в загальному аналізі крові змін не виявлено, печінкові проби в нормі, коагулопатії немає, білково-синтетична функція печінки не порушена, РНК HCV з 2004 р. – багаторазово не визначається.

Перші симптоми захворювання з'явилися в червні 2003 р., коли у віці 6 років вперше турбувало блювання “кавовою гущею”, з діагнозом кровотеча із ВРВС госпіталізована в хірургічне відділення, кровотечу ліквідовано консервативними методами. У січні 2004 р. повторна кровотеча, виставлено діагноз: Синдром портальної гіпертензії. Спленомегалія. ВРВС 3 ступеня. Цироз печінки. Гепатит С (сумнівні АТ HCV+). З 2004 по 2007 рр. дитина 2-3 рази на рік перебувала на лікуванні в хірургічному відділенні за місцем проживання у зв'язку з частими рецидивними кровотечами з ВРВС. Встановлено діагноз: Цироз печінки внаслідок хронічного гепатиту С. Портальна гіпертензія. Асцит. ВРВС 3 ст. Тяжка анемія.

При обстеженні межі печінки були не змінені, селезінка збільшена в розмірах, активність амінотрансфераз і рівень білірубіну в крові були в межах норми. З лютого 2007 по лютий 2008 рр. кровотечі повторювалися 2 рази на місяць. Пацієнтку спрямовано на госпіталізацію в “ОХМАТДИТ”, м. Київ. При проведенні ФГДС виявлено: ВРВС 3 ст., шлунка 2 ст. Рефлюкс езофагіт 1 ст. Портальна гастропатія. УЗД ОЧП – печінка нормальних розмірів, паренхіма підвищеної ехогенності із запальним перипортальним фіброзом. Портальна вена кавернозно трансформована, діаметром 6,5 мм, тік крові двоспрямований і гепатофугальний, низькошвидкісний. Селезінка 185×97×113 мм, селезінкова вена 9 мм, кровотік двоспрямований. Візуалізується колатераль до стінки шлунка і заочеревинного простору. Нирки без особливостей. Ліва ниркова вена діаметром 9,5 мм, швидкість кровотоку до 13 см/с. Встановлено діагноз: Портальна гіпертензія. Часті рецидивні кровотечі з ВРВС 3 ст. За рекомендаціями хірургів 11 квітня 2008 р. проведено спленектомію, накладено центральний спленосупраренальний анастомоз, прошивання кардіальної вени шлунка. При гістологічному дослідженні печінки: фіброз портальних трактів. Вогнищева лімфоїдна інфільтрація прошарків капсул Гліссе. Ознаки фіброзу F1. Після оперативного лікування по теперішній час стан хворої задовільний.

Результати обстежень вказують на вроджену патологію печінки, найімовірніше має місце вроджений фіброз печінки, однак від повторної біопсії з метою верифікації діагнозу пацієнтка відмовилася.

Висновки. Цироз печінки необхідно встановлювати, зіставляючи клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження. У складних випадках приділяти увагу вродженій патології печінки, особливо в дітей.

В.Ю. Ключ, А.О. Руденко

КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ. ПЕРСПЕКТИВИ СЬОГОДЕННЯ

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського НАМН України, м. Київ

Актуальність. Хвороба Лайма (ХЛ, кліщовий бореліоз, Лайм-бореліоз, ЛБ) – природно-осередковий зооноз, що спричинюється бореліями комплексу *Borrelia sensu lato*, які передаються людині трансмісивним шляхом при присмоктуванні іксодових кліщів.

Метою роботи є дослідження органних уражень у хворих на Лайм-бореліоз.

Матеріали і методи. Обстежено 102 хворих на Лайм-бореліоз, з них жінок – 58, чоловіків – 44. Середній вік хворих складав $(37,5 \pm 2,5)$ року. Проводилась оцінка неврологічного статусу, магнітно-резонансна томографія головного і спинного мозку, офтальмоскопія, електронейроміографія. Серологічна діагностика ЛБ була основана на дослідженні сироватки крові (СК) на наявність антитіл IgM та IgG до борелій за допомогою імуноферментного аналізу і/або імуноблотингу. Проведено кількісне (в од./мл) визначення антитіл класу IgG до борелій (Ab_{Bo}.) у СК і спинномозковій рідині (СМР).

Результати та обговорення. Встановлені такі клінічні прояви: ураження шкіри у вигляді кільцеподібної еритеми було виявлено у 28 хворих; ураження опорно-рухового апарату – у 14 хворих; нервової системи у вигляді лімфоцитарного менінгіту – у 2 хворих, менінгоенцефаліт – у 7, розсіяний енцефаломієліт – у 9, арахноенцефаліт – у 13, полінейрорадикулопатія – в 11, енцефалополіневропатія – у 7, ураження лицевого нерву – у

4, трійчастого – в 1, зорового – у 5 і психастенічні порушення – в 1.

Згідно з класифікацією ЛБ за перебігом хвороби, пацієнти мали: гострий перебіг – 34 (33,3%) хворих (продовження хвороби до 3 міс.), в яких були діагностовані еритема, лімфотарний менінгіт і 4 випадки з гострим менінгоенцефалітом; підгострий перебіг (від 3 міс. до півроку) – 62 (60,7%) пацієнти з різними органічними ураженнями опорно-рухового апарату і нервової системи; у 6 (5,8%) осіб діагностовано хронічний перебіг переважно з ураженням нервової системи у вигляді розсіяного енцефаломієліту та арахноенцефаліту.

Про перші випадки захворювання людей на хронічний Лайм-бореліоз в Україні стало відомо тільки в 1994 р., а офіційна реєстрація захворювання ведеться лише з 2000 р. На даний час випадки цієї недуги реєструються в усіх регіонах нашої країни, а неблагополучна епідемічна ситуація сприяє щорічному зростанню їх кількості. За даними ВООЗ, середня багатолітня захворюваність на ЛБ в Україні за період 2000-2009 рр. складала ($0,7 \pm 0,2$) на 100 тис. населення і зустрічається в усіх 23 адміністративних областях країни. Статистичні дані захворюваності на ЛБ в Україні за 2012-2014 рр. – 5 264 випадки (без даних в Автономній республіці Крим, м. Севастополь і Луганській обл.). При цьому в м. Києві тільки за 2014 р. зареєстровано 441 випадок захворювання на ЛБ, з них 228 – зараження відбулося в самому місті. У 2015 р. виявлено 782 випадки захворювання на ЛБ. За даними санітарно-епідеміологічної служби України, у 2015 р. на ЛБ захворіли 3 413 осіб. За чотири місяці 2016 р. захворюваність на ЛБ склала 140 випадків, порівняно з аналогічним періодом 2015 р. приріст – 24%. Серед населення України 18,3% випадків захворювання на ЛБ супроводжуються ураженням опорно-рухового апарату, 10,7% – патологією серцево-судинної системи, близько 40% – ураженням нервової системи. При цьому в 16,7% випадків збудник ЛБ став причиною виникнення етіологічно не діагностованих неврологічних і 20,7% псевдоревматологічних захворювань.

Складність ранньої діагностики ЛБ та його ефективного лікування пояснюється певною стадійністю недуги і “багатою” клінічною симптоматикою. На початковій стадії хвороби пацієнти часто не надають уваги факту появи після присмоктування кліща еритеми, а в ряді випадків захворювання на цій стадії може

перебігати взагалі в безеритемній формі. На другій стадії (стадії дисемінації збудника) можуть виникати менінгіт, краніальна нейропатія, менінгополірадикуліт, енцефаліт, множинна мононейропатія, поперечний мієліт. Третя (хронічна) стадія часто супроводжується енцефаломієлітом, енцефалопатією, множинними мононейропатіями, поліневропатією. Захворювання може мати гострий бурхливий початок, але частіше лікарі спостерігають пацієнтів із хронічним в'ялим перебігом захворювання, що супроводжується погіршенням концентрації уваги, невмотивованою втомлюваністю, сонливістю, депресією, дратівливістю, проявами параної.

Висновки. Враховуючи значне поширення бореліозу, особливо його безеритемних форм, доцільно підозрювати бореліозну природу хвороби у випадку стійких до лікування невритів, радикулітів, енцефалітів невідомої етіології. Раннє виявлення, вчасна діагностика і лікування ЛБ запобігають розвитку неврологічних уражень центральної нервової системи.

Щоб підтвердити бореліозну природу ураження нервової системи, доцільно застосовувати методи специфічної лабораторної діагностики, а саме імуноферментний аналіз, метод імуноблотингу і дослідження ліквору та сироватки крові з визначенням інтрацелюлярного синтезу антитіл до борелій. Поліморфізм клінічних проявів Лайм-бореліозу, особливо при ураженнях нервової системи, обумовлює необхідність застосування комплексної терапії для лікування цього захворювання: високоефективних антибіотиків і нейропротекторних засобів протягом 21-28 днів. З огляду на несприятливу епідеміологічну ситуацію з Лайм-бореліозу в Україні, складнощі його клінічного і лабораторного діагностування та появу у пацієнтів резистентності збудників до більшості поширених антибіотиків, зазначене вище в сукупності дозволяє віднести це захворювання до категорії особливо небезпечних і визначає актуальність та напрямки подальших досліджень. Враховуючи значний відсоток тяжких уражень нервової системи, особливої уваги заслуговують дослідження хронічних стадій хвороби Лайма з ознаками нейробореліозу.

В.М. Козько, Г.І. Градиль, О.І. Могиленець, П.В. Нартов,
А.Ю. Дудник

ГРИП А (H1N1) pdm: ДОДОБОВА ЛЕТАЛЬНІСТЬ У СТАЦІОНАРІ. ЛІМФОЦИТОПЕНІЯ ЯК МАРКЕР ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Національний медичний університет,
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків

Актуальність. Грип А (H1N1) призводить до тяжкого перебігу захворювання з розвитком фатальних ускладнень і в післяпандемічний період. Одним із показників якості медичної допомоги на догоспітальному етапі є дододобова летальність у стаціонарі. Разом з тим, при грипі А (H1N1) pdm спостерігалось досить стрімке наростання тяжкості стану пацієнтів, дихальної недостатності. При госпіталізації деякі пацієнти потребували респіраторної підтримки вже в машині швидкої допомоги. При розвитку на тлі грипу гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС) високий ризик формування дифузного альвеолярного крововиливу (ДАК) з фатальним результатом. У літературі обговорюється питання про зв'язок лімфоцитопенії у клінічному аналізі крові з тяжкістю перебігу грипу.

Мета роботи – оцінка абсолютних значень кількості лімфоцитів у пацієнтів з тяжкими формами грипу, ускладненого ГРДС і/або позалікарняною пневмонією.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне дослідження випадок-контроль (Case-control study), ступінь доказовості III. Вивчали дані історій хвороби, протоколи розтину 32 пацієнтів, які померли у ВІТ КЗОЗ “Обласна клінічна інфекційна лікарня” у період пандемії грипу. Дододобова летальність у стаціонарі виникла у 9 (28,12%) пацієнтів (основна група). Групу контролю склали 17 пацієнтів з тяжкими формами грипу, ускладненого позалікарняною пневмонією, які вижили. Вивчали клінічну картину захворювання, результати загальноклінічних лабораторних досліджень, дані рентгенологічного дослідження, автопсії. Також проводилося додаткове консультування мікропрепаратів, виготовлених після автопсії в ЦНДЛ ХНМУ (мікроскоп Axiostar plus. Zeiss, Німеччина).

Діагноз грип А (H1N1) підтверджувався методом ПЛР при виявленні РНК вірусу в досліджуваних назофарингеальних зразках прижиттєво і в секційному матеріалі після автопсії або грип було діагностовано клінічно і патоморфологічно. При надходженні пацієнтів у стаціонар при gripі, ускладненому пневмонією, призначалася протівірусна (таміфлю 150 мг 2 рази на добу), антибіотико- і патогенетична терапія. Проводилась маскова киснева, при наростанні дихальної недостатності – штучна вентиляція легенів (ШВЛ). Статистичний аналіз проводився після консолідації результатів у прості (одновхідні) електронні таблиці у форматі Microsoft Excel. Для оцінки статистичної значущості результатів використовували параметричні методи, перевіряли дисперсію розподілу. У всіх процедурах статистичного аналізу розраховували досягнутий рівень значущості (p), при цьому критичний рівень дорівнює 0,05. Статистичний аналіз результатів дослідження проводився за допомогою програми StatPlus 2009 Professional 5.8.4.

Результати та обговорення. Додобова летальність у стаціонарі зареєстрована у 9 пацієнтів (основна група). Серед них було 6 чоловіків і 3 жінки. Середній вік склав $(42,1 \pm 5,6)$ років, день хвороби при надходженні – $(6,1 \pm 0,3)$ -ий, день хвороби на момент смерті $(7,0 \pm 0,4)$ -ий. У 2-ій групі (група контролю) усього 17 пацієнтів, з них чоловіків – 11, жінок – 6, середній вік $(47,1 \pm 2,4)$ років, день хвороби при надходженні $(5,8 \pm 0,8)$ -ий, середня кількість днів, проведених у стаціонарі, – $(19,9 \pm 1,8)$.

Основні фактори ризику спостерігалися у 6 (66,6%) пацієнтів, які померли у перші 24 год після госпіталізації і у 7 (41,2%) – у групі порівняння. При патологоанатомічному дослідженні переважно виявлялася двобічна тотальна геморагічна пневмонія, у деяких пацієнтів – двобічна субтотальна геморагічна пневмонія, гострий виразковий трахеобронхіт, тотальна серозно-десквамативна пневмонія з геморагічним компонентом, ГРДС. набряк легень і набряк-набухання головного мозку розвинулися в усіх померлих. Абсолютна кількість лімфоцитів в основній групі склала $(575,7 \pm 82,4)$ в 1 мкл, у групі контролю – $(1\ 188,8 \pm 233,8)$. При порівнянні середніх (односторонній розподіл) достовірність різниці показників $p < 0,05$.

Висновки. Лікарям необхідно використовувати сучасні практичні рекомендації з діагностики та лікування тяжких форм

грипу як у стаціонарі, так і на догоспітальному етапі. Очевидної альтернативи вакцинації проти грипу поки не існує. Беручи до уваги, що пандемічний вірус, досить імовірно, буде продовжувати циркулювати, результати дослідження абсолютної кількості лімфоцитів можуть мати практичне значення. Зниження абсолютної кількості лімфоцитів $<(575,7 \pm 82,4)$ кл./мкл може бути корисним як додатковий критерій вірогідності летального результату захворювання. Особи з лімфоцитопенією, можливо, більш схильні до ризику зараження під час епідемій, що вимагає подальших досліджень.

Я.В. Колесник, Т.С. Жаркова, І.О. Харун, О.Г. Сорокіна

**ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО
СТАНУ ЛІМФОЦИТІВ КРОВІ ХВОРИХ З
НЕСПРИЯТЛИВИМ ПЕРЕБІГОМ ІНФЕКЦІЙНОГО
МОНОНУКЛЕОЗУ, ЗУМОВЛЕНОГО ВІРУСОМ
ЕПШТЕЙНА-БАРР**

Національний медичний університет,
Національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

Актуальність. Інфекційний мононуклеоз (ІМ) є найбільш характерним типовим клінічним проявом герпесвірусних інфекцій. У світі на ІМ щорічно захворюють від 16 до 800 осіб на 100 тис. населення. За даними ВООЗ, понад 50% дітей перших 10 років і 80-90% дорослих мають специфічні антитіла до вірусу як маркер попереднього інфікування. Рівень інфікування дорослого населення України майже 100%, а дитячого – більш ніж 50%, при цьому у 50% з них відзначають рецидивний перебіг хвороби. Значущість проблеми ІМ у світі зумовлена не тільки розповсюдженістю, але й тяжкими наслідками, ускладненнями і смертельним завершенням, зумовленими розвитком лімфопроліферативних захворювань.

Мета дослідження – уточнити особливості структурно-функціонального стану лімфоцитів крові хворих на ІМ з несприятливим перебігом недуги.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилося 89 дітей віком від 3 до 15 років, хворих на ІМ. З них у 70 (78,7%) дітей

захворювання перебігало у середньотяжкій (перша група) і у 19 (21,3%) – тяжкій формах (друга група). Двоє дітей (2,2%) мали ускладнення у вигляді лімфопроліферативного захворювання. Діагноз Епштейна-Барр вірусної (ЕБВ)-інфекції встановлено методом ПЛР з виявленням ДНК ЕБВ у лімфоцитах крові і методом ІФА (анти-ВЕБ IgM і IgG). Для вивчення особливостей біофізичної організації цитоплазматичної мембрани лімфоцитів використовували метод спінових зондів. Для імунологічного дослідження застосовували стандартні методи оцінки імунного статусу.

Результати та обговорення. Встановлено, що зниження плинності мембран і збільшення їх в'язкості відзначалося максимальним при несприятливому перебігу захворювання і мінімальним при гладкому перебігу. Зниження плинності мембран зачіпало переважно ліпідний біошар мембрани лімфоцитів.

При імунологічному дослідженні було виявлено, що у хворих першої групи були підвищені показники інтерлейкінів ІЛ-4, ІЛ-6, ІЛ-8, диференціюючих маркерів лімфоцитів – CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, CD16+, зниження імунорегуляторного індексу, підвищення експресії мембранних імуноглобулінів IgM, IgG. Серед дітей з несприятливим перебігом захворювання (друга група) в 11 (57,9%) виявлено пригнічення клітинної і гуморальної ланок імунітету, у 8 (42,1%) – відзначалася слабка активація прозапальних цитокінів – фактор некрозу пухлин (ФНП), ІЛ-8, ІФН- γ , переважання протизапального ІЛ-4, активація синтезу IgA, IgM, IgG при посиленому накопиченні ЦІК.

Висновки. Проведене дослідження встановило, що при несприятливому перебігу ІМ відзначається максимальне зниження плинності цитоплазматичних мембран лімфоцитів і збільшення їх в'язкості. На нашу думку, підвищення ригідності ліпідного біошару мембрани лімфоцитів є однією з причин порушення функції лімфоцитів, а саме процесів розпізнавання вірусних агентів при ІМ.

Проведені імунологічні дослідження дозволяють припустити, що при несприятливому перебігу захворювання відбувається зміщення балансу Th1/Th2 у бік переважання Th2 гуморальної ланки імунної відповіді. Вважаємо, що це супроводжується зниженням експресії рецептора апоптозу CD95+ на циркулюючих лімфоцитах і підвищенням виживання клітин у культурі.

Ю.В. Копча

ТЕРМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ

Міська комунальна лікарня швидкої допомоги, м. Тернопіль

Актуальність. Гострий тонзиліт продовжує залишатися актуальною проблемою, оскільки з цією недугою пов'язують виникнення ряду небезпечних захворювань: ревматизму, міокардиту, гломерулонефриту, пієлонефриту та ін.

Мета роботи – розробити термосеміотику гострого тонзиліту шляхом встановлення особливостей інфрачервоного випромінювання у підщелепній ділянці й на долонях здорових людей і зіставлення отриманих результатів з відповідними показниками таких хворих.

Матеріали і методи. Термографічне обстеження здійснювали медичним тепловізором ТІ-120. Аналіз термограм виконували за допомогою програмного пакету “IRSee Software”. Термографічну зйомку підщелепної ділянки та шиї проводили в положенні хворого сидячи, прилад фокусували на відстані 40-50 см від обличчя у фасній проекції при відхиленні голови назад. Зонами інтересу були сонний трикутник, що відповідає положенню сонної артерії та підщелепних лімфатичних вузлів, проекції гортані і кивальних м'язів.

Дотримуючись такої ж відстані та проекції, термографували й долоні. При цьому оцінювали температуру тенара, пальцевих подушечок, гіпотенара і середини долоні.

Для визначення особливостей інфрачервоного випромінювання у підщелепній ділянці та на долонях у нормі було обстежено 32 здорових волонтери (19 чоловіків і 13 жінок) з нормальною температурою тіла, які не мали патології мигдаликів, віком від 20 до 56 років, середній вік – $(34,0 \pm 6,8)$ року.

Основну групу склали 36 хворих (19 чоловіків і 17 жінок) на гострий тонзиліт. Вік хворих коливався від 23 до 58 років, середній – $(36,8 \pm 13,5)$ року. Діагноз гострого бактерійного тонзиліту встановлено на підставі клініко-лабораторних та інструментальних досліджень.

Результати та обговорення. У здорових осіб температурні розподіли правої і лівої підщелепних ділянок та обох долонь за середніми показниками були симетричними, достовірних статис-

тичних відмінностей не виявлено. Гендерних відмінностей також не встановлено.

Оцінюючи температуру за віком, ми розділили волонтерів на дві групи: 20-40 років і більше 40 років. Виявилось, що температурні показники у першій групі були вищі на 0,4-0,5°C, ніж у другій ($p < 0,05$).

Зниження температурних значень виникає ближче до 50 років, що помітно у другій групі (старше 40 років), де середній вік становив ($52,5 \pm 2,5$) року. Тож між віком і температурою підщелепних ділянок (сонного трикутника) виявлена достовірна середньої сили зворотна залежність – $r = -0,392$ при $p < 0,05$, а також між віком і температурою середини долонь – $r = -0,376$ при $p < 0,05$.

За характером теплового випромінювання у групі хворих на гострий тонзиліт було виділено два стани: ізотермічний (5 осіб) і гіпертермічний (31 особа).

При стані ізотермії розподіл температури у тканинах підщелепної ділянки та долонь не відрізнявся від термограми в нормі. З урахуванням факту фізіологічної температурної асиметрії $\pm 0,3^\circ\text{C}$ між правою і лівою підщелепними ділянками та долонями у таких випадках розподіл температури розцінювали як симетричний.

Гіпертермічне випромінювання, очевидно, є наслідком запального процесу у мигдаликах, що проектується на підщелепну ділянку. Важливо, що лише у 10 із 31 хворого з таким типом теплового випромінювання локальна гіпертермія була приблизно симетричною (ΔT не перевищувала $0,2^\circ\text{C}$), а в решти – температурна асиметрія досягала навіть $1,2^\circ\text{C}$.

Притаманно, що, незалежно від віку хворих, в усіх таких випадках зазначена різниця температур спостерігалася і на долонях, передусім у їх центрі і посередині підвищення великого пальця – тенара. Простежувалася кореляція між температурою проекції одного з піднебінних мигдаликів і розігрівом у центрі долоні ($r = 0,812 \dots 0,859$ при $p < 0,01$) та посередині тенара на відповідному боці – $r = 0,790 \dots 0,827$ при $p < 0,01$.

Висновки. Температурний розподіл правої і лівої підщелепних ділянок та обох долонь у здорових осіб симетричний і не залежить від статі. Температурні показники досліджуваних зон у здорових людей віком від 20 до 40 років на 0,4-0,5°C вищі,

ніж у старшій віковій групі (41-56 років) ($p < 0,05$). Між віком і температурою підщелепних ділянок чи серединою долонь виявлено середньої сили зворотну залежність ($p < 0,05$). У хворих на гострий тонзиліт можна виділити ізотермічне та гіпертермічне (симетричне й асиметричне) теплове випромінювання підщелепних ділянок і долонь. Встановлена чітка сильна позитивна кореляція між температурою половини підщелепної ділянки та розігрівом у центрі долонь і посередині тенара на ураженому боці ($p < 0,01$).

С.В. Кузнецов, А.М. Татаркіна, Т.Г. Вовк, Т.С. Копійченко,
Л.А. Білоконова, Н.В. Онопко, Л.М. Глебова, Л.М. Сушко

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ МАТЕРЯМИ З TORCH-КОМПЛЕКС АСОЦІАЦІЯМИ

Національний медичний університет,
Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня, м. Харків

Актуальність. Відомо, що внутрішньоутробні інфекції – один з чинників, що впливають на зниження загальної резистентності організму дитини.

Мета роботи – виявити клініко-імунологічні особливості перебігу гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей раннього віку, що народилися від матерів з TORCH-асоційованими інфекціями.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 237 історій хвороб дітей віком від 1 до 12 міс., хворих на бактерійні ГКІ. Хлопчиків було 53,8%, дівчаток – 46,2%. Діагноз встановлено за сукупністю клініко-анамнестичних даних, підтверджено бактеріологічно і серологічно. Разом із загальноклінічними, бактеріологічними, серологічними методами досліджень у динаміці патологічного процесу визначали вміст інтерлейкінів (ІЛ) – ІЛ1, ІЛ2, ІЛ4, ІЛ6, ІЛ8 і CD-клітин периферичної крові (CD3+, CD4+, CD8+, CD14+, CD16+, CD19+-лімфоцитів). TORCH-інфекція була діагностована виявленням ДНК збудників і антитіл класів IgM та IgG. Сальмонельоз діагностовано у 36,3% дітей, шигеллез – у 30,1%, ешерихіоз – у 21,9%, ГКІ, спричинені умовно-патогенною флорою – в 11,7%. Несприятливий

преморбідний фон виявлено у 89,3% обстежених. Природжену патологію, спричинену TORCH-інфекціями, діагностовано у 26,3%.

Результати та обговорення. Виділили три групи спостереження. У I об'єднали дітей, що народилися від матерів з патологічним перебігом вагітності та верифікованими під час вагітності герпетичними (ВПГ 1/2 та 6-им типами, ЦМВ, ВЕБ) і хламідійною інфекціями, гепатитами В і С, токсоплазмозом, краснухою; у II – дітей, що народилися від патологічної вагітності, але з негативними результатами досліджень матерів на TORCH-комплекс, у III – дітей від здорових матерів з фізіологічними вагітністю та пологами. Обтяження преморбідного фону у хворих I групи було у 100,0%, тоді як у II і III воно склало відповідно 69,3 і 40,4%, причому у хворих групи I обтяжуючі чинники частіше ($p < 0,01$) реєструвалися в комбінації по 2, 3 і більше. Несприятливий перебіг періоду новонародженості відмічено у 75,2% хворих I групи, у дітей II та III – 34,8 і 16,9% відповідно. Порівняння клінічних проявів хвороби не виявило достовірних відмінностей ($p > 0,01$) у хворих трьох груп спостереження. Гострий, гладкий перебіг хвороби зареєстровано переважно ($p < 0,01$) у хворих групи III, тоді як у хворих II і I груп часто реєстрували затяжний, хвилеподібний перебіг із загостреннями та рецидивами ($p < 0,01$). Окрім цього, у цих хворих набагато вищий відсоток ускладнень ($p < 0,01$) порівняно з III групою.

Аналіз показників імунної відповіді хворих виявив різноспрямованість імунологічних показників як цитокінового профілю, так і відносної кількості CD⁺-клітин. Встановлено пряму кореляційну залежність між вираженням клінічних симптомів хвороби (її тяжкістю) і рівнем цитокінів крові. Гострий гладкий перебіг недуги супроводжувався нормореактивним типом імунної відповіді, тоді як затяжний, ускладнений відповідали іншим типам цитокінового реагування. Аналіз відносної кількості CD⁺-клітин виявив аналогічний напрям змін у групах спостережень. У динаміці патологічного процесу у хворих III групи відзначали відновлення показників імунної реактивності, тоді як у хворих II і, особливо, I групи – ці показники тривалий час не досягали фізіологічних норм.

Висновки. Діти, народжені від матерів з патологічним перебігом вагітності і пологів, з діагностованими TORCH-

асоційованими інфекціями, мають дуже серйозну преморбідну обтяженість, що впливає на зниження реактивності в цілому і пояснює неадекватність подальшої імунної відповіді. ГКІ у цієї категорії хворих відзначаються тяжкістю патологічного процесу, схильністю до затяжного перебігу, частішим виникненням ускладнень.

О.А. Кушнерова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин,
О.О. Волікова, О.В. Шевельова, О.С. Рєзнік

АНАЛІЗ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНІМ ІНФІКУВАННЯМ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР

Медична академія, м. Дніпро,
Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3,
м. Кам'янське Дніпропетровської області

Актуальність. Герпесвірусні інфекції (ГВІ) займають особливе місце серед опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованих. Причому у цих хворих герпетична інфекція (ГІ) перебігає тяжче, призводячи до розвитку хронічної персистуючої активної інфекції. Епідеміологічні та експериментальні дані припускають взаємобтяжуючу етіопатогенетичну роль ВЕБ і ВІЛ у розвитку тяжких дисемінованих форм новоутворень у лімфовузлах, а також ураження слизової оболонки рота волосатою лейкоплакією.

Мета роботи – виявити зміни в імунному статусі хворих на ВІЛ-інфекцію зі супутнім інфікуванням вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ).

Матеріали і методи. В основну групу увійшли 54 ВІЛ-інфікованих хворих із супутнім інфікуванням ВЕБ; вік пацієнтів від 26 до 57 років (середній вік $(38,0 \pm 1,0)$ року). Усі пацієнти перебували під наглядом у центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом Дніпропетровської області і були розділені на 3 групи за стадіями ВІЛ-інфекції: I-II стадія – 8, III – 35, IV – 11 пацієнтів. Групу порівняння склали 30 ВІЛ-інфікованих без ВЕБ-інфекції, зіставних з основною групою за віком і статтю ($p > 0,05$ при всіх порівняннях). Для статистичного аналізу даних використовували пакет програм Statistica v.6.1[®].

Дослідження кількісного вмісту ДНК ВЕБ у крові проводилося методом ПЛР Real-Time.

Результати та обговорення. Аналіз імунологічних показників виявив тенденції до зниження середньої кількості CD3+ лімфоцитів у крові хворих основної групи, порівняно з контрольною групою – (1 208,9±118,6) проти (1 400,4±54,8) кл./мкл ($p>0,05$), і їх значну варіабельність у хворих з ВІЛ-інфекцією: коефіцієнти варіації становили 70,7 проти 21,1% ($p<0,001$) (за критерієм Фішера). Найбільш виражені зміни відзначено у субпопуляції лімфоцитарної ланки імунітету. Середня кількість CD4+ Т-лімфоцитів у крові хворих з ВІЛ була нижче норми в 4,3 разу – (210,7±22,2) проти (900,2±36,5) кл./мкл ($p<0,001$). Відносний рівень цих клітин у крові хворих основної групи був знижений втричі – (14,1±1,1) проти (42,1±0,7)% ($p<0,001$). Прогресування ВІЛ-інфекції призводило до суттєвого зменшення вмісту Т-хелперів: з (24,0±2,9) % у I-II стадії до (9,2±0,9) % – у IV ($p<0,001$). Відповідні коефіцієнти зворотної кореляції дорівнюють $r=-0,32$; $p<0,05$ – для абсолютної кількості CD4+ Т-лімфоцитів і $r=-0,48$; $p<0,001$ – для відносного рівня цих клітин у крові.

Висновки. Виявлено тенденцію до зниження середньої кількості CD3+ лімфоцитів у крові ВІЛ-інфікованих хворих з ко-інфекцією ВЕБ, порівняно з ВІЛ-інфікованими хворими без супутнього інфікування ВЕБ, і їх значну варіабельність у хворих з ВІЛ-інфекцією. Найбільш виражені зміни відзначено у субпопуляції лімфоцитарної ланки імунітету.

А.Г. Лішневська, М.Д. Чемич

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ВІД АВТОІМУННОГО СТАТУСУ ХВОРИХ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Гепатит С є одним з найпоширеніших інфекційних захворювань на території України. За даними експертів, захворюваність і летальність внаслідок гепатиту С прогресивно збільшується і, щоб зупинити це, насамперед, необхідне вивчення

епідеміологічної картини недуги і як впливати на ланки епідемічного процесу. Також відомо, що хронічний гепатит С (ХГС) – хвороба, перебіг і лікування якої залежать від супутньої патології, у тому числі й від автоімунного статусу хворого.

Мета роботи – дослідити залежність епідеміологічних особливостей ХГС від автоімунного статусу хворих.

Матеріали і методи. Проаналізовано медичні картки 60 хворих на ХГС, що отримували протівірусну терапію у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні імені З.Й. Красовицького у 2014-2016 рр.

Результати та обговорення. У досліджуваній групі у 2,3 разу переважали чоловіки (42), порівняно з жінками (18). Хворих молодого віку було у 1,3 разу більше (33 особи), ніж пацієнтів середнього (25) віку, і у 16,5 разу більше, ніж похилого (2).

Серед усіх хворих на ХГС кількість жителів міста у 2,8 разу переважала над жителями сільської місцевості – 73 проти 27%.

На 12-му тиж. протівірусної терапії (ПВТ) у 30% хворих вміст антимітохондріальних антитіл (АМА) підвищився, у 63% – не змінився і у 7% – знизився. Було порівняно дві групи: особи, в яких рівень АМА підвищився, і хворі, в яких він не змінився.

У групі хворих, в яких підвищився вміст АМА, у 1,3 разу переважали особи, що проживають у містах (56%), порівняно із пацієнтами із сільської місцевості (44%). Із тих хворих на ХГС, в яких рівень АМА не змінився, переважали також особи, які проживають у містах (79%) над жителями села (21%), але у 3,8 разу. Проте відношення – хворі з підвищеним вмістом АМА/хворі зі сталим вмістом АМА вище у популяції осіб із сільської місцевості, що й свідчить про більш часті випадки підвищеного рівня АМА у селах (χ^2 Пірсона 12,057, $p < 0,01$).

Серед усіх пацієнтів більшість відмічають декілька можливих шляхів інфікування НСV, але були й такі, в яких встановити його не вдалося. Лідуючу позицію займають лікування у стоматолога і хірургічні маніпуляції (по 68%), на другому місці – переливання крові та процедури по догляду і декору (татування, пірсинг, манікюрні процедури, гоління небезпечною бритвою; по 32%). Вагому частку серед обстежених складають донори (27%). Невелика кількість хворих були медичними працівниками, що мають контакт з кров'ю (5%), знаходяться на гемодіалізі (3%),

жоден з обстежених не вказав статевий шлях як можливу причину інфікування.

Достовірної залежності змін АМА під час ПВТ і шляхів зараження встановлено не було (χ^2 Пірсона 7,318, $p > 0,05$).

Висновки. З результатів дослідження випливає, що значно вища ймовірність підвищення вмісту АМА у хворих, що живуть у сільській місцевості. Це може бути пов'язано із наявністю у цій місцевості антигенів, які у пацієнтів спричинюють зміни в імунній системі. А от шляхи зараження не впливають на стан імунітету хворого, оскільки між ними і підвищенням рівня антитіл відсутня залежність.

Н.Г. Малиш

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Медична статистика вказує, що в останні десятиріччя патологія шлунково-кишкового тракту у списку захворювань займає провідне місце. Сучасний ритм життя, насичений постійними стресами, погана екологія, неправильне і нерациональне харчування призводять до того, що до 30 років кожен четвертий чоловік має в своєму анамнезі одне зі захворювань шлунково-кишкового тракту. Зараз спостерігається зниження захворюваності на гострі кишкові інфекції (ГКІ), однак загроза ускладнення епідемічної ситуації завжди існує. Це залежить від стану паразитарної системи і дії факторів ризику, які можуть сприяти зниженню або підвищенню рівня захворюваності.

Мета роботи – дослідити супутню соматичну патологію у хворих на діарейні інфекції.

Матеріали і методи. У роботі використана медична документація пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні імені З.Й. Красовицького (усього 397 карт стаціонарного хворого), застосовані клінічні, епідеміологічні, статистичні методи дослідження.

Результати та обговорення. Встановлено, що у $(44,4 \pm 4,1)\%$ хворих, в яких ГКІ спричинені умовно-патогенними мікроорганізмами (УПМ), у $(36,0 \pm 4,6)\%$ – невстановленої етіології (ГКІНЕ), у $(30,8 \pm 3,7)\%$ – при сальмонельозі, у $(17,3 \pm 2,0)\%$ – при харчових токсикоінфекціях (ХТІ), були в анамнезі або на момент госпіталізації захворювання органів травлення (холецистит, холецистопанкреатит, гастродуоденіт тощо). Частота виявлення патології з боку інших органів і систем у групах пацієнтів варіювала від 21,3 до 26,3%.

У $(46,5 \pm 5,1)\%$ випадків із фекалій хворих на ГКІ, спричинених УПМ, виділяли клебсієли, у $(37,6 \pm 5,0)\%$ – стафілококи, у $(33,3 \pm 4,8)\%$ – ентеробактери. Частка протеїв, псевдомонад, цитробактерів, морганел була меншою і загалом складала $(19,8 \pm 3,3)\%$. У хворих на сальмонельоз *S. enteritidis* ізолювали у 65,4% випадків, *S. typhimurium* – у 34,6%. В етіологічній структурі ХТІ домінували клебсієли – $(43,1 \pm 4,5)\%$, стафілококи – $(37,6 \pm 5,0)\%$, ентеробактери – $(31,7 \pm 4,2)\%$. Досліджуючи етіологічну структуру нозологічних форм, було встановлено, що хворі на сальмонельоз, спричинений *S. typhimurium*, мали захворювання органів шлунково-кишкового тракту у 38,9% випадків, у той час, як хворі на сальмонельоз, спричинений *S. enteritidis* – у 30,8%. В етіологічній структурі ГКІ, спричинених іншими встановленими збудниками, домінували *K. pneumoniae* (43,1%) і *E. cloacae* (31,7%). В етіологічній структурі ХТІ також домінували *K. pneumoniae* (46,9%) і *E. cloacae* (33,3%).

У Сумській області у період 2001-2016 рр. поширеність хвороб органів травлення у дорослих осіб зросла на 22,6% і склала 17 311,66 на 100 тис. населення, у підлітків – на 19,2% (у 2016 р. 15 526,0 на 100 тис. відповідного населення). Хвороби органів травлення мали $(17,4 \pm 3,4)\%$ пацієнтів з діагнозом харчового отруєння бактерійного, $(30,8 \pm 4,5)\%$ – з діагнозом сальмонельозу, $(41,2 \pm 3,8)\%$ – із ГКІНЕ і ГКІ, спричинених УПМ.

Висновок. Супутня патологія з боку шлунково-кишкового тракту і панкреатобіліарної зони зустрічається достовірно частіше у пацієнтів з ГКІ, спричинених УПМ, що вказує на те, що несприятливий преморбідний фон є фактором ризику виникнення діарейних захворювань. Проблема захворювань шлунково-кишкового тракту є дуже гострою у світі і тому саме її профілактика є тим наріжним каменем, який сприятиме зниженню інцидентності на ГКІ.

Г.Б. Матейко, Л.В. Антонюк

ДІАГНОСТИКА СТЕАТОГЕПАТОЗУ В ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність. Прогноз при хронічному гепатиті С (ХГС) визначається темпами фіброзу печінкової тканини, тобто швидкістю формування цирозу. Тому неінвазивні методи дослідження печінки, найбільш поширені у даний час для верифікації фіброзу і темпів його прогресування, визначають тактику ведення пацієнтів, доцільність своєчасного призначення протівірусної терапії (ПВТ), яка покращує тривалість їх життя.

Мета роботи – вивчити вплив стеатогепатозу як коморбідного стану на вираженість і швидкість прогресування фіброзу печінки у хворих на ХГС дітей з метаболічним синдромом.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 48 дітей з ХГС. Моніторинг фіброгенезу, а також діагностику неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) здійснювали за допомогою дослідження у крові 9 сироваткових маркерів (FibroMax). Хворі були розділені на 2 групи: групу I склали 20 дітей з нормальною масою тіла, II – 28 з ожирінням (індекс маси тіла >30). Кожній дитині триразово проводили тестування крові з використанням системи FibroMax: при верифікації діагнозу ХГС і впродовж 6 років диспансерного спостереження з частотою 1 раз у 3 роки.

Результати та обговорення. Враховуючи, що вираженість фіброзу в печінці корелює з тривалістю хвороби, генотипом HCV, вірусним навантаженням (ВН), групи дітей були рандомізовані за даними критеріями. У всіх пацієнтів тривалість хвороби не перевищувала 6 років, виявлено 1-ий генотип HCV, вірусне навантаження не перевищувало 10^5 МО/мл RNA. Жодна дитина не отримувала ПВТ. При верифікації діагнозу ХГС у 60,0% дітей групи I змін у печінці, характерних для фіброзу, не виявлено (F0), а у 40,0% вони були мінімальними (F1). Відсоток дітей групи II, в яких діагностували F0 і F1, достовірно не відрізнявся від такого в групі I і становив відповідно 57,2 і 42,8% ($p > 0,05$).

Аналіз результатів моніторингу за формуванням фіброзу в тканині печінки через 3 і 6 років диспансерного спостереження свідчить, що у групі I достовірно зменшувався відсоток дітей без фіброзу, який складав відповідно 50,0 і 30,0% ($p < 0,05$) за рахунок зростання відсотку дітей з F1 відповідно до 50,0 і 70,0% ($p < 0,05$). Група II відрізнялась від I не тільки достовірно меншим відсотком дітей, в яких не виявляли фіброз печінки через 3 і 6 років – відповідно 35,8 і 14,2% ($p < 0,01$), але й зростанням ступеня його вираження за шкалою METAVIR. При цьому, помірно виражений фіброз (F2) діагностували через 3 роки у 14,2% дітей, а через 6 років – аж у 35,8%. Через 6 років у 21,3% дітей виявлено прогресуючий фіброз (F3), у зв'язку з чим їм було призначено ПВТ. Враховуючи значно більшу поширеність і темпи прогресування фіброзу печінки у дітей групи II, ми виявили у них наявність коморбідного стану печінки, пов'язаного з ожирінням – стеатогепатозу, який є проявом метаболічного синдрому. У дітей групи I при верифікації діагнозу ХГС стеатоз печінки, за даними Steatotest, не виявляли, як і впродовж перших 3 років диспансерного спостереження. Через 6 років диспансерного спостереження мінімальний стеатогепатит виявлено у 25,0% дітей, помірний – у 10,0% дітей з нормальною вагою тіла. Це може свідчити про те, що він є наслідком прямої цитопатичної дії вірусу в таких хворих.

При первинному обстеженні дітей групи II з приводу ХГС виявили стеатоз у 57,2% випадків, ступінь якого був мінімальним. Через 3 роки діагностували стеатоз у 78,6% дітей цієї групи: мінімальний – у 35,8%, помірний – у 42,8%. Через 6 років стеатогепатоз діагностували в усіх дітей: мінімальний – у 28,6%, помірний – у 64,3%, виражений – у 7,1%. При цьому у 17,9% хворих, за результатами NashTest, стеатоз трансформувалася у стеатогепатит.

Висновки. Причиною значно вищої частоти і швидкості прогресування фіброзу печінки у хворих на ХГС дітей з ожирінням є наявність стеатогепатозу, прогресування якого прискорює процеси фіброгенезу в печінці, що може призводити до формування цирозу в молодому віці. На нашу думку, лікування метаболічного синдрому в таких хворих зменшить прояви стеатогепатозу і його негативний вплив на перебіг ХГС та покращить прогноз.

Л.П. Мельник, Н.А. Васильєва, Л.А. Грищук, М.І. Шкільна
ПОЄДНАНИЙ ПЕРЕБІГ САРКОЇДОЗУ І ЛЯМБЛІОЗУ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Щорічно в Україні реєструють близько 700 нових випадків саркоїдозу. Згідно з епідеміологічними даними ВООЗ, щорічно у світі лямбліозом інфікуються 200 млн людей, з них близько 30-40 тис. випадків реєструють в Україні. Враховуючи статистичні дані щодо ураження населення лямбліями, можна припустити їх наявність у хворих на саркоїдоз – нозології, етіологія якої достеменно невідома.

Мета роботи – вивчити поширеність лямбліозу серед хворих на саркоїдоз.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 22 пацієнти із саркоїдозом, які лікувались у стаціонарних умовах Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру протягом 2016-2017 рр. Гендерний розподіл виявив по 50% чоловіків і жінок, віком від 25 до 60 років – у середньому ($43,09 \pm 0,66$).

Діагноз саркоїдозу встановлювали на підставі клініко-рентгенологічних даних відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу “Саркоїдоз” (наказ МОЗ України № 634 від 08.09.2014). У 5 (22,7%) випадках діагноз підтверджено гістологічно. Лямблії виявляли методом паразитоскопії калу після попередньої підготовки. Виявлений лямбліоз розцінювали як супутню патологію. У ході обстеження лямблії виявлено у 15 (68,2%) пацієнтів.

Результати та обговорення. Серед обстежених пацієнтів саркоїдоз І стадії (двобічна лімфаденопатія внутрішньогрудних, паратрахеальних лімфатичних вузлів) діагностовано в 1 (4,6%) особи, саркоїдоз ІІ стадії – у 21 (95,4%), зокрема ізольована двобічна лімфаденопатія внутрішньогрудних лімфовузлів, поєднана з інфільтративними змінами в паренхімі легень – у 16 (72,7%), а поєднаний з ураженням органів дихання, інших органів і систем, у тому числі шкіри, привушних залоз, суглобів, серця, селезінки, нирок – у 5 (22,7%) пацієнтів.

Клініка саркоїдозу була типовою: хворих турбували задишка, сухий кашель, відчуття дискомфорту за грудниною; біль, набряк,

гіперемія великих суглобів, порушення їх функції (саркоїдна артропатія); поява вузлуватої еритеми і почашення пульсу. При супутньому лямбліозі, крім того, пацієнти відзначали нудоту, схуднення, субфебрилітет, епізоди випадіння волосся, дратівливість, швидку втомлюваність, загальну слабкість.

Глюкокортикостероїдну терапію отримували 19 (86,4%) пацієнтів, на фоні якої прогресуючий перебіг саркоїдозу відзначали у 13 (59,1%) осіб, стабілізації та регресії досягнуто у 5 (22,7%) та в 1 (4,6%) особи відповідно.

Лямбліоз було встановлено у 10 хворих із 16 з ізольованою двобічною лімфаденопатією внутрішньогрудних лімфовузлів, поєднану з інфільтративними змінами в паренхімі легень, тобто у 62,5%, і в усіх 5 (100,0%) пацієнтів із поєднаним ураженням органів дихання, а також інших органів та систем. В осіб із супутнім лямбліозом частіше відзначався прогресуючий перебіг захворювання – у 12 (54,5%). Привертає увагу той факт, що з 13 осіб з прогресуючим перебігом хвороби, у 12 (92,3%) був діагностований супутній лямбліоз. У пацієнта із I стадією саркоїдозу цей паразитоз не виявлено.

Висновки. Супутній лямбліоз, імовірно, є обтяжуючим чинником прогресування саркоїдозу.

Л.В. Мороз, Ю. Алхазов, Н. Абдуллаєва, О.С. Андросова

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БЕЗІНТЕРФЕРОНОВИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця

Хронічний гепатит С (ХГС) на сучасному етапі являє собою вагому медико-соціальну проблему охорони здоров'я і займає домінуюче місце серед вірусних гепатитів. Кожного року близько 3-4 млн осіб інфікуються вірусом гепатиту С (ВГС), більше ніж 500 тис. – помирають від ускладнень, індукованих ВГС, включаючи цироз печінки і гепатоцелюлярну карциному.

Комбінована противірусна терапія (ПВТ) зі застосуванням пегільованого інтерферону і рибавіріну протягом 24 або 48 тиж. давала можливість отримати стійку вірусологічну відповідь (СВВ)

у середньому лише у 50% хворих. Поява і використання у ПВТ у 2011 р. препаратів прямої противірусної дії (ПППД) дозволила підвищити частоту СВВ майже в 1,5 разу. У 2014 р. зареєстровано нові ПППД 2-го покоління: софосбувір – блокатор РНК-полімерази, симепревір – блокатор протеази NS3/4A і даклатасвір – блокатор NS5A, що стали проривом у лікуванні ХГС. Результати багатьох клінічних досліджень показали, що СВВ при застосуванні безінтерферонових схем терапії досягається у 96-98% пацієнтів з ХГС, навіть на фоні цирозу печінки і невдач попередніх курсів терапії. Однак, дані, отримані в реальній практиці, ще малочисельні та іноді суперечливі.

Метою роботи було порівняти ефективність різних схем ПВТ у хворих на ХГС.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходився 81 хворий на ХГС. Серед обстежених чоловіків було 35 (43,2%), жінок – 46 (56,8%), середній вік пацієнтів склав $(44,02 \pm 1,66)$ року. 14 (17,3%) осіб продовжують лікування ПВТ, тому їхні наявні дані не аналізували. Індекс маси тіла (ІМТ) більше 25 був у 46,27% пацієнтів.

В усіх пацієнтів був 1-ий генотип. 57 (70,37%) осіб мали високе вірусне навантаження – понад 600 000 IU/ml. Усі пацієнти отримували комбіновану ПВТ у стандартних дозуваннях за схемами: софосбувір/даклатасвір, софосбувір/симепревір і софосбувір/ледіпасвір, у тому числі у 21,2% осіб до цієї схеми додавали рибавірин, тривалість ПВТ становила 12 тиж. Основною метою проведення лікування ХГС було досягнення СВВ, тобто не виявлення РНК ВГС при дослідженні методом ПЛР через 12 тиж. після завершення повного курсу ПВТ.

Результати та обговорення. Згідно отриманих даних, при застосуванні безінтерферонових схем лікування СВВ була досягнута у 98,5% хворих на ХГС. У минулому мали досвід ПВТ зі застосуванням ПЕГІФН+рибавірин 10 (14,93%) осіб, відповідно хворих без досвіду лікування було 57, що склало 85,01%. У групі наївних пацієнтів СВВ було досягнуто у 57 (100,0%) хворих, а у пацієнтів із досвідом лікування – у 9 (90,0%). Аналізуючи групу пацієнтів без досвіду лікування залежно від схем ПВТ встановлено, що 100,0% СВВ вдалося досягнути лише у хворих, які отримували схему терапії SOF+SIM±RIB і SOF+DAC±RIB. Тоді як у групі пацієнтів, які отримували

SOF+LDV±RIB, СВВ була зафіксована у 96,67%. Один пацієнт, відповідь на лікування в якого була отримана на 8 тиж. терапії, виявився “релапсером”. Серед групи респондерів 53,03% осіб мали ранню вірусологічну відповідь (РВВ).

Аналіз розподілу хворих на ХГС за ступенем фібротичних змін у тканині печінки при різних безінтерферонових схемах ПВТ встановив, що у пацієнтів, які отримували SOF+SIM±RIB, в 1,9 і 3,6 разу частіше фіксувався ступінь фіброзу F0, порівняно зі схемами SOF+DAC±RIB і SOF+LDV±RIB відповідно. Тоді як F4 спостерігали в 5,3 і 4,9 разу рідше у пацієнтів, які отримували SOF+SIM±RIB, порівняно з пацієнтами, яких лікували SOF+LDV±RIB і SOF+DAC±RIB відповідно.

Висновки. СВВ у пацієнтів, які отримували безінтерферонові схеми ПВТ, досягається у 98,5% випадків. Частота СВВ залежала від ступеню фіброзу і не залежала від ІМТ. Предиктором відповіді на ПВТ було досягнення РВВ (53,03%).

Л.В. Мороз, Ельчин Мамедогли Гусейнов

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ГОСТРОГО БРУЦЕЛЬОЗУ В РЕСПУБЛІЦІ АЗЕРБАЙДЖАН

Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця

Актуальність. Бруцельоз залишається однією з актуальних проблем територій країн з тваринницькою орієнтацією сільського господарства. Щорічно в Республіці Азербайджан реєструється приблизно 350-400 нових випадків захворювання на бруцельоз серед людей. Перебігає це захворювання з ураженням усіх органів і систем. Це призводить до розвитку вкрай несприятливих наслідків: втрати працездатності та інвалідизації хворих, що визначає його високу соціально-економічну значимість. Наряду з цим, бруцельоз характеризується дисбалансом клітинного і гуморального імунітету. Тому важливе значення має вивчення не тільки особливостей епідемічного процесу, клінічного перебігу і ранньої діагностики цієї патології, а також дослідження імунологічних показників, що дозволяє прогнозувати тяжкість перебігу недуги і підібрати адекватну фармакотерапію.

Мета роботи – визначити клініко-епідеміологічні особливості та зміни імунологічних показників у пацієнтів з гострим бруцельозом у Республіці Азербайджан.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 120 осіб з гострим бруцельозом, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційній лікарні м. Баку. Середній вік пацієнтів був $(35,9 \pm 2,8)$ року. Серед обстежених переважали чоловіки – 75,3%. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Діагноз бруцельозу виставляли на основі скарг, анамнезу, епідеміологічних і клінічних даних та результатів серологічного дослідження крові (виявлення специфічних IgM та IgG). Також усім пацієнтам визначали вміст прозапального інтерлейкіну (ІЛ)-6, протизапального ІЛ-4 і TLR-2 (CD282) у сироватці крові. Вміст ІЛ-6 у сироватці крові визначали методом ELISA з використанням набору “HumanIL-6 PlatinumELISA” (BenderMedSystems, Австрія). Рівень ІЛ-4 у сироватці крові детектували імуноферментним методом із застосуванням стандартного набору “IL-4 ELISA” фірми “Diaclone” (Франція). Вміст toll-подібних рецепторів TLR-2 (CD282) у сироватці крові визначали імуноферментним методом з використанням набору “TLR-2 (CD282) HumanELISAKit” (Abcam, Англія).

Результати та обговорення. Серед обстежених переважали мешканці сільської місцевості – 81,67%. При аналізі сезонних особливостей захворюваності на бруцельоз виявлено, що найбільшу частку хворих реєстрували влітку і восени, порівняно з весняно-зимовим періодом. Основними клінічними проявами гострого бруцельозу були: гарячка з ознобом – у 100,0% хворих, артралгії – у 64,2%, пітливість – у 70,0%, збільшення лімфовузлів – у 43,3%, гепатоспленомегалія – у 74,2% осіб. При об'єктивному обстеженні частіше відзначали анемію, приглушеність тонів серця, гіпотонію, порушення функції органів травлення (анорексія, біль у животі, обкладений язик), збільшення в розмірах печінки і периферичних лімфатичних вузлів. При проведенні ПЛР для виявлення ДНК бруцел встановлено позитивну реакцію лише у 34,2% осіб. Відзначено, що вміст ІЛ-6 у сироватці крові хворих на гострий бруцельоз становив $(15,29 \pm 1,43)$ пг/мл, ІЛ-4 – $(11,30 \pm 0,71)$ пг/мл, а рівень TLR-2 – $(6\ 286 \pm 349)$ пг/мл. Виявлено, що концентрація ІЛ-6 і TLR-2 була у 2,0 і у 2,1 разу більшою у хворих на гострий бруцельоз,

порівняно з практично здоровими особами, тоді як рівень ІЛ-4, навпаки, був в 1,5 разу меншим.

Висновки. Основними клінічними проявами бруцельозу були гарячка, пітливість і гепатоспленомегалія. При гострому бруцельозі виявлені значні зміни імунологічних показників у вигляді статистично значимого підвищення прозапального ІЛ-6, TLR-2 і зниження протизапального ІЛ-4, що свідчить про розвиток запального процесу.

Л.В. Мороз, Ельтун Енгібар Огли Мусаєв, О.А. Гайдук

ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця

Актуальність. Гепатит С входить у число соціально-значимих захворювань і є однією з основних причин хронічної патології печінки. Актуальність проблеми хронічного гепатиту С (ХГС) обумовлена його широкою розповсюдженістю і прогресивним перебігом з формуванням у частини пацієнтів циротичної трансформації. Ключовим питанням в лікуванні пацієнтів з ХГС є припинення прогресування фіброзу печінки, що є наслідком різних механізмів ушкодження тканини, спричинених вірусною інфекцією, з кінцевим розвитком цирозу і його ускладнень. У цьому комплексі взаємодії між печінковими і метаболічними факторами зростає частка досліджень, що підтверджують роль вітаміну D у тяжкості захворювання серед пацієнтів з ХГС. Численні дослідження у багатьох напрямках довели провідну роль вітаміну D серед хворих з ХГС, пухлинними і кардіометаболічними розладами та спонукали для подальшого проведення генетичних, клінічних і експериментальних досліджень з вивченням метаболізму та ролі вітаміну D. Деякі дослідження встановили, що рівень вітаміну D у сироватці крові можна буде використовувати в якості додаткового прогностичного маркера стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) при проведенні стандартної противірусної терапії (ПВТ) ХГС. Так, рядом вчених доведено, що низький рівень 25-ОН вітаміну D₃ асоціювався з

низьким ступенем відповіді на ПВТ. У деяких дослідженнях взаємозв'язків між цими показниками не було встановлено. За останні 25 років у лікуванні ХГС досягнуто значних успіхів. Додавання вітаміну D до препаратів peginterferon+ribavirin призводить до збільшення шансу на одужання зі 48 до 96%. Вітамін D допомагає підтримувати дієздатність імунної системи. Проте, зв'язок між метаболізмом вітаміну D і хронічним гепатитом залишається невідомим.

Мета дослідження – вивчити показники 25-ОН вітаміну D₃, вітаміну D загального, загального та іонізованого кальцію і фосфору у хворих на ХГС.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 43 хворих на ХГС з 1-им генотипом вірусу; чоловіків – 26 (60,47%), жінок – 17 (39,53%), середній вік пацієнтів склав (43,72±1,64) року. Діагноз підтверджували виявленням у сироватці крові анти-HCV і HCV RNA. Перед початком ПВТ визначали інтерлейкін 28В. Пацієнти отримували ПВТ – пегільований інтерферон і рибавірин протягом 48 тиж. Рівень 25-гідроксихолекальцеферолу (25-ОН вітаміну D₃) визначали методом ХМІ, вітамін D – методом ІФА. Контрольну групу склали 30 осіб, з них 16 (53,3%) чоловіків і 14 (46,7%) жінок, середній вік – (35,8±1,9) року.

Результати та обговорення. Серед пацієнтів переважали чоловіки (61,0%). Більшість хворих (43,9%) знаходилась у віковому діапазоні від 40 до 49 років. Найменша кількість осіб (2,4%) припадала на вік молодше 19 років. Активність АЛАТ та АсАТ в 1,6 і 1,7 разу перевищувала норми. Рівень вітаміну D був в 1,3 разу нижчим, ніж у здорових осіб, а рівень 25-ОН вітаміну D₃ – в 1,9 разу. Нормальний показник 25-ОН вітаміну D₃ спостерігався тільки у 6 (14,6%) хворих. Генотип СТ визначили у 27 (65,9%) осіб, СС – у 8 (19,5%), ТТ – у 6 (14,6%). Найчастіше СВВ відмічали в осіб з підвищеним рівнем вітаміну D загального – у 43,9%. У пацієнтів з нормальним рівнем 25-ОН вітаміну D₃ СВВ спостерігали в 1,4 разу частіше, ніж у хворих з дефіцитом цієї речовини.

Висновки. У хворих на ХГС в 1,9 разу частіше виявляли дефіцит 25-ОН вітаміну D₃ і вітаміну D загального. Після ПВТ частіше спостерігали СВВ (68,3%) в осіб з нормальним рівнем 25-ОН вітаміну D₃ і підвищеним рівнем вітаміну D загального – у 43,9%.

В.Д. Москалюк, М.О. Андрушак, М.О. Соколенко

МАРКЕРИ УШКОДЖЕННЯ НИРОК У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Ураження нирок у ВІЛ-інфікованих пацієнтів було виявлене на зорі епідемії ВІЛ-інфекції. Патологічний процес у цих органах розвивається за рахунок різних механізмів і призводить до різноманітних клінічних проявів.

Мета роботи – дослідити маркери ушкодження нирок у ВІЛ-інфікованих.

Матеріали і методи. Обстежено 292 хворих на ВІЛ-інфекцію. Усі ВІЛ-інфіковані, які склали групу дослідження, були обстежені в умовах Чернівецького обласного центру з профілактики і боротьби зі СНІДом.

Результати та обговорення. При первинному обстеженні усіх хворих протеїнурію (ПУ) виявлено у 105 (36,0%), з числа яких у 73 (25,0%) осіб вона була транзиторною, у 32 (11,0%) – персистентною. При цьому 11 пацієнтів з транзиторною ПУ і 6 – з персистентною мали хронічну хворобу нирок в анамнезі до ВІЛ-інфекції.

Слід зазначити, що при скринінгу 100 ВІЛ-позитивних осіб із застосуванням індикаторних смужок ПУ була виявлена у 41,0% хворих, у 17,1% з яких мали місце псевдопозитивні результати тесту – наявність ПУ не було підтверджено кількісним методом дослідження. Псевдонегативні результати скринінгового тесту на ПУ встановлено у 4 (6,8%) пацієнтів.

З урахуванням критеріїв виключення основну досліджувану групу склали 48 з 292 (16,4%) хворих (31 чоловік, 17 жінок), в яких у процесі обстеження були виявлені й підтверджені маркери пошкодження нирок – ПУ або ПУ у поєднанні зі зниженням швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ).

У 47,9% (23 із 48 осіб) спостережень персистентна ПУ супроводжувалася порушенням функції нирок – зниженням ШКФ менше 60 мл/хв/1,73 м². Враховуючи рівень ШКФ, усі пацієнти були класифіковані за стадіями хронічної хвороби нирок (ХХН) таким чином:

- стадія 1 (нормальна або підвищена ШКФ) – 15 (31,3%) хворих;

- стадія 2 (ШКФ 60-89) – 10 (20,8%);
- стадія 3 (ШКФ 30-59) – 16 (33,3%);
- стадія 4 (ШКФ 15-29) – 4 (8,3%);
- стадія 5 (кінцева стадія ХХН – ШКФ менше 15 мл/хв/1,73 м²) – 3 (6,3%) пацієнти.

З різною частотою реєстрували: бактерійну пневмонію, туберкульоз легень, орофарингеальний кандидоз і кандидоз стравоходу, оперізувальний герпес, цитомегаловірусну і EBV-інфекцію, церебральний токсоплазмоз.

Висновки. У ВІЛ-інфікованих хворих з великою частотою (36,0%) виявляється альбумінурія/протеїнурія, яка свідчить як про транзиторне пошкодження нирок, наявність синдрому системного запалення, ендотеліальну дисфункцію, так і про наявність ХХН. Важливо відзначити, що 7 із 48 пацієнтів з ХХН, в яких розвинувся нефротичний синдром, було потрібне додаткове обстеження і лікування в умовах нефрологічного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні.

В.Д. Москалюк, Х.І. Возна, О.І. Голяр, І.В. Баланюк,
Т.Р. Колотило

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ШВИДКОСТІ РІЗНИЦІ ПОТЕНЦІАЛІВ У ПЕРІОД РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ ШЛУНОЧКІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Можливості найбільш поширених методів діагностики, пов'язаних з дослідженням електричної функції міокарда, досить обмежені. Так, на стандартній ЕКГ не завжди вдається зареєструвати патологічні зміни у міокарді на початкових етапах їх розвитку. Проте вже в цей період частотні та тимчасові характеристики електричних потенціалів серця зазнають змін. Інформація, укладена в кінцевій частині потенціалу дії шлуночкового комплексу, може бути повніше розкрита за допомогою аналізу першої похідної ЕКГ (диференційована ЕКГ), що дозволить більш глибоко зрозуміти електричні процеси, які відбуваються в міокарді в період реполяризації. Це важливо,

адже на практиці часто зустрічаються ситуації, коли фактори, спричинюючі зміни періоду реполяризації, комбінуються, що створює значні труднощі у визначенні провідного патогенетичного механізму і редагуванні зубця Т.

Мета роботи – пошук надійних методів для своєчасної верифікації уражень серцево-судинної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів спонукав нас вивчити динаміку функціональних змін міокарда у цих хворих, за даними диференційованої електрокардіограми.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 136 хворих на ВІЛ-інфекцію, віком від 19 до 42 років. Усі пацієнти були розділені на дві групи: I – 92 особи (45 чоловіків і 47 жінок) з I та II клінічними стадіями ВІЛ-інфекції; II – 44 хворих (21 чоловік і 23 жінки) з III та IV. Групу порівняння склали 30 здорових осіб, які за статтю й віком були цілком зіставні з обстеженими ВІЛ-інфікованими хворими. Виконано оцінку диференційованої ЕКГ, що полягала в комп'ютерній обробці електрокардіограми з її оцифровкою і побудовою першої похідної диференційованого зубця Т на засадах моделі, запропонованої Халфеном.

Результати та обговорення. Зміни ЕКГ в обстежених ВІЛ-інфікованих хворих, пов'язані з динамікою кінцевої частини шлуночкового комплексу (сегмент ST і зубець Т), були зафіксовані у $(28,7 \pm 3,9)\%$ пацієнтів, що частіше, ніж у групі контролю – $(10,0 \pm 5,5)\%$ ($p < 0,05$). Аналіз змін кількісних швидкісних показників зубця Т ВІЛ-позитивних пацієнтів у відведеннях, які характеризують стан обмінних процесів у передній (I), задній (III), перетинковій (V2) та боковій (V6) ділянках лівого шлуночка, показав суттєве зниження показника відношення максимальної швидкості (ВМШ) і збільшення відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) порівняно з величинами цих показників у групі контролю ($p < 0,05-0,01$). Отримані результати свідчать про втрату нормальної асиметрії швидкості процесу реполяризації міокарду в обстежених хворих. Виявлена залежність динаміки швидкісних показників зубця Т від тяжкості захворювання. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів II групи рівні ВМШ і ВСЕЗ статистично достовірно відрізнялись від значення цих показників у хворих I групи. Так, величина ВМШ була суттєво нижчою, тоді як показник ВСЕЗ, навпаки, був достовірно

більшим у пацієнтів з III-IV клінічними стадіями ВІЛ-інфекції на противагу особам з I-II стадіями недуги. Найбільш виражена динаміка зубця Т диференційованої ЕКГ визначалась у хворих з термінальною стадією ВІЛ-інфекції. Зважаючи на ці дані, можна дійти висновку, що в обстежених нами ВІЛ-інфікованих пацієнтів спостерігалися первинні зміни періоду реполяризації, що пов'язані з дифузними метаболічними і запальними змінами в міокарді внаслідок впливу ВІЛ.

Висновки. У хворих на ВІЛ-інфекцію виявлено порушення нормального розподілу швидкості змін різниці потенціалів у період реполяризації міокарда, що проявлялось змінами швидкісних показників зубця Т диференційованої електрокардіограми. Такі відхилення швидкісних показників зубця Т по відношенню до контролю – електрофізіологічна ознака негативних змін ремоделювання міокарда.

В.Д. Москалюк, О.І. Голяр, І.В. Баланюк, Х.І. Возна
**АЕРОЗОЛЬНА ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЯ У ХВОРИХ
НА ГРИП В**

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Грип продовжує залишатися серйозною проблемою для більшості країн світу, посідаючи провідне місце у структурі інфекційної патології. Він завдає значної економічної шкоди, пов'язаної як із прямими витратами на лікування, так і з непрямыми – через зниження рентабельності праці та втрат доходів підприємствами.

Зумовлене грипом зниження імунологічної реактивності і пригнічення функціональної активності різних ланок імунної системи призводить до загострення багатьох хронічних захворювань, розвитку вторинних бактерійних ускладнень, що надає проблемі лікування цих захворювань особливого значення та актуальності. Тому рання та ефективна корекція вірусних змін, неспецифічного і специфічного імунного захисту організму є необхідною умовою адекватного лікування.

Мета роботи – оцінити вплив аерозольного застосування інтерферону на клінічний перебіг і стан клітинної ланки

системного імунітету у хворих на грип В у динаміці та розробити рекомендації щодо лікування.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебував 61 військовослужбовець строкової служби, чоловічої статі, віком від 18 до 20 років, хворий на грип В, госпіталізований в інфекційне відділення базового військового госпіталю. Усі хворі були розподілені на дві підгрупи. I підгрупу становили 30 пацієнтів на грип В, які отримували базисну терапію, що включала аскофен, альбуцид, нафтизин, відхаркувальні засоби, полівітаміни тощо (контрольна група), II підгрупу склав 31 хворий на грип В, що отримував інтерферон у дозі 500 000 МО.

Усі підгрупи пацієнтів репрезентативні на основі практично однакового вихідного (на момент початку терапії) рівня досліджуваних показників клітинного імунітету.

Інгаляційне уведення інтерферону здійснювали за допомогою компресорного небулайзера “Бореал”, фірми “Flaem Nuova” (Італія).

Результати та обговорення. Аерозольне застосування інтерферону в перші три дні хвороби сприяло швидкому зникненню її ознак: підвищеної температурної реакції і проявів інтоксикації, що спостерігались у вигляді нездужання, адинамії і зниження апетиту, рідше – болю голови, у м'язах і в очних яблуках, блювання. При цьому температурна реакція, інтоксикаційний синдром у хворих на грип В зникали швидше на 1,9 і 1,7 дня відповідно, ніж у пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$).

Так, кількість лейкоцитів у крові збільшилася на 24,1% ($p < 0,001$), майже удвічі підвищилася абсолютна кількість CD3+-, CD4+- і CD8+-лімфоцитів ($p < 0,001$), їх відносне число збільшилось відповідно на 34,0, 60,7 і 54,4% ($p < 0,001$). Із застосуванням інтерферону в дозі 500 000 МО значно збільшилося співвідношення CD4+-/CD8+-клітин – більше ніж у 3 рази ($p < 0,001$).

Висновки. Проведені дослідження показали, що інгаляційне застосування інтерферону в дозі 500 000 МО у вигляді аерозолу впродовж перших трьох діб хвороби у хворих на грип В сприяє швидкому зникненню клінічних ознак недуги і зумовлює суттєво вищий стимулювальний вплив на показники клітинної ланки системного імунітету, порівняно з базисною терапією.

В.Д. Москалюк, Т.Р. Колотило, Х.І. Возна

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ХВОРОБИ ЛАЙМА НА БУКОВИНІ ЗА 2016 р. СТАН ХВОРИХ ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСНОВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ТА УСКЛАДНЕНЬ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Хвороба Лайма – трансмісивне природно-осередкове захворювання, яке спричинене бореліями комплексу *Borrelia burgdorferi*, передається кліщами і характеризується ураженням шкіри, суглобів, нервової системи, серця. У різних регіонах України інфікованість бореліями різна: коливається від 5 до 25%. Останніми роками спостерігається тенденція до зростання цієї патології. Бореліозу Лайма властива весняно-літня сезонність, що пов'язано з максимальною активністю кліщів у цей період.

За період 2016 р. на Буковині зареєстровано 13 випадків хвороби Лайма, зокрема у м. Чернівці – 4. У 2015 р. зафіксовано 16 випадків цієї недуги, у 2014 р. – 4. Серед захворілих 3 дітей дошкільного віку, вік решти пацієнтів становив від 19 до 64 років.

Мета роботи – проаналізувати епідеміологічну ситуацію щодо хвороби Лайма на Буковині за 2016 р. та оцінити стан хворих після комплексного лікування і ускладнень.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 13 медичних карт хворих на Лайм-бореліоз, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні ОКУ “Чернівецька обласна клінічна лікарня” протягом 2016 р., а також проаналізовано обліково-звітну документацію Держсанепідслужби Чернівецької області за цей же рік.

Результати та обговорення. У пацієнтів захворювання перебігало у легкій (8) і середньотяжкій (5) формах. Ускладнення у вигляді міокардиту спостерігалися у 2 хворих. Середній вік пацієнтів склав 32,5 року. Гендерний розподіл такий: 10 (76,9%) жінок і 3 (23,1%) чоловіки. Усі пацієнти захворювання пов'язували з укусом кліща. Середня тривалість ліжко-днів становила 8,2. Усі випадки бореліозу Лайма підтверджені лабораторно шляхом виявлення специфічних антитіл IgM та IgG. Хвороба проявлялася розвитком мігруючої еритеми у 100,0% пацієнтів, що є патогномонічним симптомом цієї патології і полегшує діагностику; інтоксикаційним синдромом в 11 (84,6%); міалгі-

ями – у 5 (38,5%); артралгіями – у 6 (46,1%) хворих. З боку загального аналізу крові виявлено такі зміни: лейкоцитоз – у 12 (92,3%) осіб, збільшення ШОЕ – у всіх (100,0%), анемічний синдром – у 9 (69,2%), тромбоцитопенія – у 7 (53,9%) хворих.

Усім хворим призначено етіотропну терапію у вигляді антибактерійних засобів (антибіотики тетрациклінового ряду); патогенетичну – внутрішньовенна дезінтоксикація; антигістамінні засоби, а також препарати для покращення мікроциркуляції у шкірі та інших органах. У пацієнтів, в яких спостерігалось ускладнення у вигляді міокардиту, додатково застосовували нестероїдні протизапальні препарати, метаболіти і серцеві глікозиди.

Після проведеного комплексного лікування основного захворювання і його ускладнення у всіх пацієнтів спостерігалось покращення загального стану. Клініка регресувала на 2-3-ій день терапії і до кінця лікування зовсім зникла. Показники крові на 3-ій день терапії покращились і на момент виписки нормалізувались. Кільцеподібна еритема поступово зменшувалась у діаметрі, що свідчило про ефективність призначеної терапії.

Висновки. Епідеміологічна ситуація щодо хвороби Лайма на Буковині нестійка. Щороку спостерігається тенденція до зросту цієї патології в усіх регіонах України. У діагностиці недуги важливе значення має наявність мігруючої еритеми, що дозволяє безпомилково поставити діагноз. Після проведеного комплексного лікування в усіх пацієнтів спостерігалось покращення загального стану, а на момент виписки зі стаціонару клініка зникла і нормалізувались показники червоної крові. Отже, своєчасна діагностика і призначена відповідна терапія призводять до одужання хворого та мінімізації ускладнень.

В.Д. Москалюк, М.О. Соколенко, А.А. Соколенко, М.О. Андрущак,
І.В. Баланюк

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНІ ГЕРПЕТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Останнім часом питанням імунітету при герпетичних інфекціях і ВІЛ-інфекції присвячена досить велика

кількість робіт. Водночас окремі імунопатогенетичні зміни при поєднаному перебігу зазначених захворювань вивчені недостатньо, а відомості часто є суперечливими, особливо з позиції сучасних технологій оцінки імунного статусу.

Мета роботи – виявити особливості динаміки показників клітинної ланки імунітету і цитокинового статусу хворих на ВІЛ-асоційовані герпетичні інфекції.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 279 осіб, які були поділені на 4 групи. До першої увійшли 117 хворих на різні клінічні форми герпетичної інфекції: лабіальний герпес і/або афтозний стоматит, генітальний герпес, оперізувальний герпес і на інфекційний моноклеоз, до другої – 65 хворих на ВІЛ-інфекцію, до третьої – 67 хворих на ВІЛ-асоційовані герпетичні інфекції. Контрольну групу склали 30 здорових людей. У всіх осіб, які брали участь у дослідженні, вивчали показники імунного статусу за допомогою набору стандартних методик, розширений спектр імунологічних показників був вивчений методом проточної цитометрії.

Результати та обговорення. Встановили, що у хворих на ВІЛ-асоційовані герпетичні інфекції вміст лімфоцитів при III і IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції був нижчим, ніж при герпетичній інфекції – $(0,85 \pm 0,35)$ і $(0,52 \pm 0,35)$ Г/л відповідно проти $(2,77 \pm 0,75)$ Г/л ($p < 0,05$). Таким же суттєвим було зниження рівня CD4+-клітин при II-IV стадії ВІЛ-інфекції у поєднанні з герпетичною інфекцією і збільшення кількості Т-супресорів, порівняно з герпетичною моноінфекцією ($p < 0,05$).

За наявності вірусу герпесу в організмі ВІЛ-інфікованих знижується імунорегуляторний показник – $(0,67 \pm 0,29)$ при II, $(0,48 \pm 0,17)$ при III і $(0,23 \pm 0,11)$ при IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції проти $(2,09 \pm 0,20)$ при герпетичній інфекції ($p < 0,02$). Ймовірно, наявність вірусу герпесу в організмі ВІЛ-інфікованих забезпечує певний конкуруючий вплив на регуляторні субпопуляції.

У хворих на ВІЛ- і герпетичну ко-інфекцію співвідношення сироваткових концентрацій ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-12 та ІЛ-17 зазнає максимального дисбалансу. Причому значно зростає вміст не тільки прозапальних цитокинів – ІЛ-8 та ІЛ-17, але й проти-запального ІЛ-10. Так, рівень ІЛ-8 коливався в діапазоні $(62,17 \pm 15,84)$ - $(244,10 \pm 51,11)$ пг/мл, а ІЛ-10 – від $(2,131 \pm 0,622)$ пг/мл при I клінічній стадії ВІЛ-інфекції до $(6,863 \pm 1,312)$ пг/мл – при IV (термінальній).

Водночас значно знижувався рівень прозапального ІЛ-12 у хворих з тяжким ступенем імуносупресії – до $(1,30 \pm 0,67)$ пг/мл, що не тільки відрізнялося від показника у здорових осіб ($p < 0,05$), але й у хворих на герпесвірусну моноінфекцію – $(5,40 \pm 1,52)$ пг/мл ($p < 0,05$). Одночасно суттєво зростає ($p < 0,05$) рівень сироваткового протизапального цитокіну ІЛ-10 незалежно від клінічної стадії ВІЛ-інфекції.

При поєднанні ВІЛ- і герпетичної інфекції виявили сильну зворотну кореляцію між рівнем ІЛ-8 і числом CD4+-лімфоцитів ($r = -0,79$, $p < 0,02$), сильну зворотну кореляцію ($r = -0,83$, $p < 0,02$) між значенням ІЛ-10 і числом CD4+-лімфоцитів, зворотну кореляцію середньої сили ($r = -0,39$, $p < 0,05$) між вмістом ІЛ-17 і кількістю CD4+-лімфоцитів, а також слабку пряму ($r = 0,11$, $p < 0,05$) – між рівнем ІЛ-12 і числом CD4+-лімфоцитів.

Виявлено, що у хворих на ВІЛ-асоційовані герпетичні інфекції вміст циркулюючих імунних комплексів зростає при II, III і IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції – $(136,7 \pm 22,8)$, $(159,9 \pm 51,5)$ і $(203,6 \pm 60,2)$ опт. од. відповідно проти $(52,7 \pm 8,5)$ опт. од. у здорових осіб ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані результати свідчать про недостатність клітинної і гуморальної ланок імунітету у хворих на ВІЛ-асоційовані герпетичні інфекції. Сукупність змінених імунних чинників призводить до активної персистенції вірусів герпесу в організмі людини і рецидивного перебігу недуги. Враховуючи це, терапію різних клінічних форм герпетичних інфекцій необхідно спрямовувати не тільки на модуляцію клітинної, але й на активацію гуморальної ланки імунітету.

Т.І. Навет, Л.А. Ходак, В.І. Браїлко, О.В. Кніженко,
Н.І. Скрипченко

ПРОГНОЗ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ПОЛІНЕЙРОПАТІЯХ У ДІТЕЙ

Медична академія післядипломної освіти,
Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня, м. Харків

Актуальність. Полінейропатія – це поліетіологічна хвороба зі специфічною реакцією патологічного процесу на рівні периферичної нервової системи, що характеризується багаторівневим

ураженням периферичних нервових корінців із вираженим больовим синдромом, вегетативними та руховими порушеннями у кінцівках і зонах черепних нервів. Вона може бути як ускладненням загальних інфекційних захворювань, так і виникати як первинне ураження нервової системи.

Серед інфекційної патології її частка незначна, однак вона відрізняється тяжкістю перебігу, частотою інвалідизації (від 3 до 10%) і летальністю (від 2 до 8%). Полінейропатія нерідко є недодіагностованим і потенційно виліковним захворюванням із середньою поширеністю приблизно 0,5 випадків на 100 000 дітей.

Серед етіологічних чинників інфекційної полінейропатії є віруси і бактерії (синдром Гійєна-Барре). Вірусна полінейропатія спричинюється переважно ентеровірусами, герпесвірусами, з яких особливо цитомегаловірусами (ЦМВ) і вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ), вірусами грипу, аденовірусом, ВІЛ. Бактерійні полінейропатії провокують кампілобактер, корінебактерії дифтерії, борелії, ерсинії та інші.

Мета роботи – з'ясувати несприятливі прогностичні чинники при інфекційних полінейропатіях у дітей.

Матеріали і методи. На базі Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова за період 2014-4 місяці 2017 рр. знаходилось на лікуванні 37 хворих дітей з різними клінічними проявами полінейропатій: монопатії були у 24 (64,8%), полінейропатії – у 8 (21,6%), менінгополірадикулонеуропатія – у 5 (13,6%) осіб.

Усі діти, згідно з протоколом, були обстежені на поліовіруси, ентеровіруси та віруси сімейства герпесів. Етіологічним чинником переважно були герпесвіруси (CMV, EBV, HHV-6) – у 21 (56,7%), у 6 (16,2%) випадках – ентеровіруси, у 2 (5,4%) – борелії та у 8 (21,7%) дітей етіологія залишилась неуточненою.

Результати та обговорення. За даними електронеурографії, у 65,0% випадків зустрічалась гостра запальна демієлінізуюча полінейропатія, переважно з дистальними парезами, порушенням чутливості, без уражень черепних нервів. У 35,0% випадків спостерігалась гостра моторна аксональна полінейропатія, яка характеризувалась ознаками денервації (виникненням спонтанної активності: потенціалів фібриляцій і позитивних гострих хвиль) або реіннервації (збільшенням тривалості і амплітуди потенціалу дії рухових одиниць), а також більш значним зниженням швидкості проведення імпульсу по нерву.

Призначена терапія, яка складалась з етіотропного, патогенетичного і симптоматичного напрямків, у 8 (21,7%) хворих не призвела до регресу неврологічної симптоматики і діти були переведені на реабілітацію в спеціалізовану неврологічну лікарню.

При своєчасному проведенні етіотропної та метаболічної терапії при інфекційній полінейропатії у більшості випадків прогноз сприятливий, відзначався повний регрес неврологічної симптоматики.

Висновки. Несприятливі прогностичні фактори інфекційної полінейропатії спостерігались при:

- аксональних формах захворювання, які відрізнялись дуже повільним відновленням порушених функцій;
- швидкому наростанні неврологічних порушень у перший тиждень захворювання;
- багаторівневному характері уражень нервової системи (енцефалополірадикулонеуропатія або менінгополірадикулонеуропатія).

Н.А. Ничик, А.Я. Корбило, Я.В. Корбило, Н.Г. Завіднюк

ЗМІНИ У СТРУКТУРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ НА БЕРЕЖАНЩИНІ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Інфекційні хвороби супроводжують людство впродовж всього його існування. Під впливом факторів зовнішнього середовища та цілеспрямованого впливу людини (лікування, санітарно-гігієнічні заходи, неспецифічна і специфічна профілактика) етіологічна структура, клінічна картина та перебіг інфекцій постійно змінюються. Їх еволюція є своєрідним якісним індикатором розвитку соціальних і технологічних процесів у світі.

Нами було проаналізовано дані журналів реєстрації інфекційних хворих Бережанської ЦРЛ за 1945 та 2015 роки з метою оцінки динаміки інфекційних захворювань за останні 70 років. Виявлено, що такі хвороби, як черевний та висипний тифи, дизентерія, дифтерія, бешиха, малярія за 2015 рік зареєстровані не були, тоді як у 1945 році картина була діаметрально протилежною: наприклад, дифтерія була діагностована та підтверджена

у 47 хворих, дизентерія – у 74, черевний тиф – у 53, висипний тиф – у 119, малярія – у 29, бешиха – у 21. Кількість інших інфекційних хвороб навпаки зростає. Зокрема, у 1945 році протягом року в інфекційному стаціонарі було проліковано 20 хворих на грип, а у 2015 році таких хворих було в 3 рази більше (n=60), з ангіною відповідно 15 та 110 хворих – в 7,3 рази.

Отже, на підставі отриманих нами результатів проведеного статистичного дослідження зроблено такі висновки. За останні 70 років на Бережанщині відбулися зміни в структурі інфекційної захворюваності. Покращення соціальних умов життя, надання сучасної медичної допомоги населенню, активне проведення специфічної профілактики та санітарно-гігієнічних заходів призвело до зникнення ряду інфекцій (черевний та висипний тифи, дизентерія, дифтерія, бешиха, малярія). Однак, інфекційні збудники, які вміють швидко адаптуватися до мінливих умов навколишнього середовища (наприклад, вірус грипу), все ще виграють у битві за існування, вражаючи все більше і більше людей.

Є.С. Ольховський, С.В. Кузнєцов, О.М. Ольховська
**ВПЛИВ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА
ПЕРЕБІГ ЕШЕРИХІОЗУ В ДІТЕЙ**

Національний медичний університет, м. Харків

Актуальність. За останні роки спостерігається поширення ко-інфекцій, при яких одна інфекція може суттєво впливати на перебіг іншої. Внаслідок відсутності гігієнічних навичок серед дитячого контингенту поширеними, на жаль, залишаються кишкові інфекції, у тому числі й ешерихіози, які складають суттєву частку в структурі бактерійних діарейних захворювань, особливо серед новонароджених і дітей раннього віку. Як відомо, інфікування персистуючими вірусами, передусім вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ), відбувається протягом перших трьох років життя людини, що може призводити до ураження вірусом лімфатичної системи, імунних клітин організму, внаслідок чого перебіг будь-якої іншої інфекції може змінюватися.

Мета роботи – вивчити особливості перебігу ешерихіозу у дітей раннього віку, інфікованих ВЕБ.

Матеріали і методи. На базі Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова нами обстежено 96 дітей віком від 1 до 3 років, хворих на ешерихіоз, яких було поділено на три групи. До першої групи увійшло 34 дитини, хворих на ешерихіоз на тлі активної ВЕБ-інфекції, до другої – 30 дітей з ешерихіозом на тлі латентної ВЕБ-інфекції, третьої – 32 хворих на ешерихіоз без супутнього інфікування ВЕБ. Діагноз підтверджували на підставі клінічного, бактеріологічного, вірусологічного і серологічного дослідження. Усім хворим проводили дослідження титрів антитіл до капсидного, раннього і нуклеарного антигенів (EBV CA, EA, NA) і ПЛР крові та слини хворих. Результати досліджень на інші герпесвіруси були негативними. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програм Excel і Statistica 6,0.

Результати та обговорення. Аналіз основних клінічних симптомів показав, що в дебюті ешерихіозу у переважній більшості дітей захворювання починалось гостро з підвищення температури тіла, порушення апетиту, нудоти і/або блювання, диспепсичних явищ, абдомінального болю. Однак у дітей першої і другої груп достовірно частіше спостерігали гіперемію слизової оболонки ротоглотки – 30 (88,24%) хворих; 25 (83,33%) і 14 (43,75%) відповідно у групах ($p < 0,05$), лімфаденопатію – 29 (85,29%); 22 (73,33%) і 11 (34,38%) відповідно ($p < 0,05$), триваліше утримувалась гарячка – ($4,68 \pm 0,38$); ($4,73 \pm 0,24$) і ($3,35 \pm 0,18$) доби відповідно ($p < 0,05$) та диспепсичні явища – ($5,85 \pm 0,27$); ($5,92 \pm 0,25$) і ($4,13 \pm 0,33$) доби ($p < 0,05$). За даними ультразвукового дослідження, паренхіматозну реакцію печінки частіше реєстрували у дітей першої і другої груп – відповідно у 24 (70,59%) і у 22 (73,33%) та у 12 (37,50%) – третьої ($p < 0,05$). У дітей перших двох груп достовірно частіше реєстрували збільшення лімфовузлів воріт печінки – у 12 (35,29%) і у 10 (33,33%) проти 3 (9,38%) у третій ($p < 0,05$). Визначено, що у значної частини пацієнтів першої і другої груп – 16 (47,06%) і 12 (40,00%) відповідно на тлі ВЕБ-інфекції ознаки гепатомегалії зберігалися до виписки зі стаціонару, у той час як ця ознака виявлялася лише у 6 (18,75%) дітей третьої групи ($p < 0,05$). Найбільш суттєві зміни периферичної крові (нейтрофіліоз і підвищення ШОЕ) спостерігали у дітей без фонового інфікування, у той час як у дітей першої і другої груп у гострому періоді

ешерихіозу майже у 50% випадків не відзначали запальну реакцію периферичної крові – у 16 (47,06%); 13 (46,66%) і 24 (75,00%) відповідно в групах.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать, що перебіг ешерихіозу у дітей раннього віку, інфікованих ВЕБ, характеризується рядом клінічних і лабораторно-інструментальних особливостей, які суттєво не відрізняються залежно від активності ВЕБ-інфекції. Інфікування дітей ВЕБ посилює ступінь виразності окремих симптомів ешерихіозу, збільшує частоту наявності та тривалість збереження цих симптомів, що необхідно враховувати при плануванні терапевтичних заходів.

Н.В. Оніщенко, О.В. Рябокони, О.М. Фірюліна

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ОПЕРІЗУВАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Оперізувальний герпес є вторинною ендогенною інфекцією внаслідок реактивації латентного вірусу варіцелла зостер з ураженням задніх корінців спинного мозку і міжхребцевих гангліїв. В Україні частота захворюваності становить приблизно від 12 до 15 випадків на 100 000 осіб. Останнім часом спостерігається зростання захворюваності на оперізувальний герпес з тяжким перебігом і розвитком ускладнень.

Мета роботи – проаналізувати особливості клінічних проявів оперізувального герпесу у хворих з тяжким перебігом недуги.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 17 хворих з тяжким перебігом оперізувального герпесу. Серед госпіталізованих чоловіків – 6, жінок – 11; вік пацієнтів від 23 до 87 років. Усі мали негативний результат дослідження крові на наявність антитіл до вірусу імунодефіциту людини.

Результати та обговорення. З анамнезу відомо, що в усіх хворих ця недуга реєструвалася вперше. Серед пацієнтів з оперізувальним герпесом кожний третій був середнього віку (5; 29,4%), майже кожний четвертий (4; 23,5%) – особа моло-

дого або старечого віку. Продромальний період характеризувався больовим синдромом у проекції уражених дерматомів у всіх (17; 100,0%) хворих і підвищенням температури тіла у більшості (9; 52,9%).

Період висипань тривав від 3 до 9 діб і супроводжувався підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр у 12 (70,6%) хворих, у кожного третього (5; 29,4%) спостерігали фебрильну гарячку. Парестезії в проекції уражених нервів реєстрували в усіх (17; 100,0%) хворих. При тяжкому перебігу недуги гангліошкірну форму з ураженням шкіри голови, шиї, тулуба, кінцівок спостерігали майже у половини (8; 47,0%) пацієнтів, офтальмогерпес з ураженням вух і очей – у 4 (23,5%). Крім того, у 3 (17,7%) хворих розвинулася дисемінована форма оперізувального герпесу, яка характеризувалася появою перших елементів висипу на шкірі обличчя і тулубу з поступовим відсівом по усій шкірі. У 2 (11,8%) пацієнтів діагностовано генералізовану форму з ураженням слизових оболонок очей, ротоглотки, а також вух, печінки, із залученням у процес нервової системи і розвитком серозного менінгіту.

У більшості (12; 70,6%) хворих з тяжким перебігом оперізувального герпесу виникли специфічні і неспецифічні ускладнення. У 7 (41,2%) пацієнтів мало місце ураження слизових оболонок очей, ротоглотки і вух з розвитком кератоувеїту (1), блефарокон'юнктивіту (2), стоматиту (2), отиту (2). Токсичний гепатит розвинувся у 2 (11,8%) хворих, синдром Рамсея-Ханта – у 3 (17,6%), у 2 (11,8%) пацієнтів внаслідок ураження лицевого нерву розвинувся односторонній параліч мімічної мускулатури.

Серед хворих з генералізованою формою захворювання в 1 (5,9%) пацієнта, 26 років, діагностовано ураження колінчастого вузла правого вуха, парез лицевого нерву і розвиток серозного менінгіту. У хворої, 76 років, генералізована форма оперізувального герпесу характеризувалась вкрай тяжким перебігом з розвитком менінгіту, блефарокон'юнктивіту, стоматиту, отиту, стрептодермії. У період ранньої реконвалесценції постгерпетична невралгія спостерігалася у 10 (58,8%) хворих.

Висновки. Серед 17 хворих з тяжким перебігом оперізувального герпесу маніфестації захворювання в усіх (100,0%) передували больовий синдром, а температурна реакція спостерігалася лише у 52,9% пацієнтів. Парестезії в проекції уражених

дерматомів реєструвалися у 100,0% осіб. Серед клінічних форм захворювання реєстрували переважно гангліошкірну (47,0%) і офтальмогерпес (23,5%), але у частини пацієнтів розвинулися й дисемінована (17,7%) та генералізована (11,8%) форми. У більшості (70,6%) хворих виникли неспецифічні (52,9%) і специфічні (47,1%) ускладнення. Постгерпетична невралгія реєструвалася у 58,8% реконвалесцентів.

Т.Є. Оніщенко, О.В. Рябоконт, В.Г. Савельєв, І.Б. Іванова,
О.М. Фірюліна

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ЗАВІЗНОЇ МАЛЯРІЇ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ
(за матеріалами Запорізької обласної інфекційної
клінічної лікарні)**

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. У теперішній час у групі ризику щодо малярії знаходиться близько половини населення планети – 3,2 млрд (ВООЗ, 2016). У зв'язку зі збільшенням міграційних процесів у світі (миротворчі контингенти, туризм, службові відрядження) проблема малярії є актуальною і для неендемичних країн (О.А. Голубовська, 2013; В.І. Трихліб, 2013). Відсутність специфічної імунопрофілактики малярії, настороженості при відвідуванні ендемічних регіонів і хіміопротекції є факторами ризику для тяжкого і ускладненого перебігу малярії.

Мета роботи – визначити клініко-епідеміологічні особливості завізних випадків малярії в Запорізькій області.

Матеріали і методи. Під спостереженням у ЗОІКЛ з 2000 по 2016 рр. знаходилося 25 хворих з діагнозом малярії. Пацієнти були віком від 17 до 61 року. Усім хворим проводили клініко-біохімічні дослідження. Діагностика малярії ґрунтувалася на клініко-епідеміологічних даних і результатах паразитоскопічних досліджень. Серед хворих переважали чоловіки (24; 96,0%), найчастіше були працівники авіаційних підприємств, а також студенти. Усі хворі прибули з ендемічних щодо малярії регіонів, але переважно з країн Африки (20; 80,0%): Конго,

Сьєрра-Леоне, Чад, Нігерія, Гана, Судан. Малярію, спричинену *Plasmodium falciparum*, діагностовано у 18 (72,0%) хворих, *P. ovale* – у 4 (16,0%), *P. vivax* – 3 (12,0%). Активно малярію було виявлено у 4 (16,0%) осіб після повернення з ендемічних регіонів в Україну, у решти (84,0%) – після звернення за медичною допомогою у зв'язку з розвитком захворювання. Хіміопрофілактику отримували тільки 7 (28,0%) хворих.

Результати та обговорення. Клінічні прояви недуги характеризувалися розвитком типових для малярії нападів лихоманки при класичному за терміном інкубаційному періоді після повернення з ендемічного регіону. У хворих на малярію, спричинену *P. falciparum*, переважав тяжкий перебіг (14; 77,8%) з розвитком поліорганної недостатності (ниркової, печінкової, енцефалопатії, ДВЗ-синдрому). Церебральна форма малярії розвинулася у 4 (28,6%) хворих з тяжким перебігом тропічної малярії. Легкий перебіг малярії *P. falciparum* реєструвався у 4 (22,2%) хворих, які неодноразово відвідували країни Африки і раніше хворіли на малярію. Рівень паразитемії у хворих на тропічну малярію з тяжким перебігом коливався у діапазоні 8 700-16 200 в 1 мкл. У 41-річного померлого, який не отримував хіміопрофілактику, а специфічне лікування (хініном) отримав з 6-го дня захворювання, рівень паразитемії складав 56 000 в 1 мкл.

У хворих на малярію іноземних студентів, спричинену *P. vivax*, переважав легкий перебіг недуги (3; 42,9%). У 2 (28,6%) студентів діагностовано рецидив малярії, спричиненої *P. vivax*, який розвинувся через 5-7 міс. після повернення з Індії.

Висновки. Таким чином, у Запорізькій області постійно реєструються завісні випадки малярії, переважно викликані *P. falciparum*, з тяжким перебігом захворювання. Відсутність хіміопрофілактики і вчасно отриманого специфічного лікування обумовлює тяжкий перебіг малярії з несприятливими наслідками.

А.Я. Орфін

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ МЕНІНГІТУ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014-2017 рр.

Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Львів

Актуальність. Гострий менінгіт, особливо бактерійної етіології, є однією із найпоширеніших причин смерті та інвалідизації. Відзначається зростання захворюваності серед осіб працездатного віку. Незважаючи на розвиток медицини, верифікація менінгіту залишається складною. Нерідко можна спостерігати встановлення помилкового діагнозу. Діагностичні помилки при менінгіті значною мірою зумовлені важкістю його диференційної діагностики.

Мета роботи – вивчити особливості клініки менінгіту у Львівській області за 2014-2017 рр.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого 150 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні з приводу серозного або гнійного менінгіту.

Результати та обговорення. Серед пацієнтів було 70 (46,6%) жінок і 80 (53,4%) чоловіків; міських жителів 98 (65,4%), а сільських – 52 (34,6%). Гнійний менінгіт виявлено у 30 (20,0%) хворих, серозний менінгіт – у 118 (78,7%), менінгіт туберкульозної етіології – у 2 (1,3%) пацієнтів. У 14 (9,3%) осіб початок хвороби був поступовим, вони зверталися за медичною допомогою пізно (на 12-14-ий день), відповідно їх лікування проводилось із запізненням.

Раннім проявом інтоксикаційного синдрому було підвищення температури тіла, яке зафіксоване у 138 (92,0%) хворих. Гіпертермія у хворих на гнійний менінгіт була у 29 (96,6%) пацієнтів із 30, у хворих на серозний менінгіт – у 112 (94,9%) із 118. Гарячка у пацієнтів з гнійним менінгітом сягала в середньому $(39,3 \pm 0,5)^\circ\text{C}$, а із серозним – частіше була субфебрильною $(37,6 \pm 0,5)^\circ\text{C}$.

Основними симптомами загальномоозкових проявів є блювання й інтенсивні болі голови. У 59 (39,3%) пацієнтів блювання не було. Блювання, не пов'язане з прийомом їжі, спостерігали у

91 (60,7%) особи, у хворих на гнійний менінгіт – 29 (96,6%), його частота за добу коливалась від 3 до 5 разів, максимально – 12. При серозному менінгіті 58 (48,3%) пацієнтів мали блювання, як правило, 1-2 рази за добу. У 15 (12,8%) осіб із діагнозом серозного менінгіту були скарги на розріджені випорожнення 2-3 рази за добу. Серед хворих на гнійний менінгіт частим проявом загально мозкового синдрому було запаморочення; церебральну кому I ст. діагностовано у 25 (83,3%) осіб. Розлади свідомості у пацієнтів із серозним менінгітом реєструвались значно рідше – у 5 (4,5%).

Важливим у верифікації менінгіту є менінгеальний синдром. 8 (5,3%) хворих не мали менінгеальних симптомів, у 21 (14%) – вони були сумнівними. Відсутність менінгеальних симптомів частіше відзначали у хворих на серозний менінгіт. Частіше за інші симптоми виявляли ригідність м'язів потилиці – у 142 (94,6%) пацієнтів. Симптом Керніга був у 63 (42,0%) хворих, а симптоми Брудзінського – лише у 49 (32,6%). Більш виражений менінгеальний синдром відзначено у хворих на гнійний менінгіт. Він включав у себе симптоми ригідності м'язів потилиці, Керніга та Брудзінського у 29 (96,6%) осіб, у групі із серозним менінгітом менінгеальні симптоми були виражені слабко і частіше у вигляді ригідності м'язів потилиці – 89 (75,4%).

Вогнищеву симптоматику відзначено в 1 (0,6%) хворої з діагнозом лістеріозного менінгіту і проявлялась вона прозопарезом.

Висновки. Менінгеальні симптоми не можуть розцінюватися як єдиний опорний критерій у постановці діагнозу менінгіту. Наявність таких симптомів, як інтенсивний біль голови, блювання, гарячка, є приводом для проведення люмбальної пункції, навіть за відсутності менінгеальних симптомів. Поступовий розвиток симптомів, особливо у пацієнтів, хворих на серозний менінгіт, може призвести до діагностичних помилок і відтермінування адекватної терапії.

С.М. Панкратов, О.С. Литвинова, О.М. Фядін
**ДО ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ І КЛІНІКИ
ЛЕПТОСПІРОЗУ НА ХЕРСОНЩИНІ**

Обласна інфекційна лікарня ім. Г.І. Горбачевського,
Обласний лабораторний центр МОЗ України, м. Херсон

Актуальність. Лептоспіроз залишається найбільш розповсюдженою природно-осередковою особливо небезпечною інфекцією в Херсонській області. Щодо лептоспірозу – ензоотичною є фактично вся територія.

Мета роботи – дати оцінку епідеміологічним і клінічним особливостям лептоспірозу у Херсонській області за п'ять останніх років.

Матеріали і методи. За останні 5 років захворюваність склала: 2012 р. – 17 випадків, 2013 р. – 33, 2014 р. – 30, 2015 р. – 29. У 2016 р. в області зареєстровано 84 хворих з підозрою на лептоспіроз, з яких у 54 випадках (5,1 на 100 тис. населення) встановлено заключний діагноз лептоспірозу, з них 47 хворих проліковано в Херсонській обласній інфекційній лікарні ім. Г.І. Горбачевського (ХОІЛ). Один хворий помер. За статтю переважали чоловіки – 72,2%. Дітей до 18 років було 14,2%, у тому числі 1 дитина – 3 роки, 1 – 1 рік 1 міс.

Результати та обговорення. У 2016 р. обласний показник захворюваності на лептоспіроз перевищував середній в Україні більше ніж у 5 разів. На відміну від показників інтенсивності епідпроцесу в Україні, у нашій області захворюваність міського населення переважала і складала у середньому 65-70%. Протягом 2016 р. було досліджено 502 гризуни, з них у 99, або 19,7%, виявлено лептоспіри. Проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що основним джерелом збудника лептоспірозної інфекції в області є гризуни – 81,5%. Водний шлях передачі збудника інфекції встановлено у 66,7% хворих, безпосередній контакт людей з гризунами – у 20,4%, не встановлено шлях інфікування – у 12,9% осіб.

Усі випадки лептоспірозу підтверджені лабораторією особливо небезпечних інфекцій. Етіологічна структура недуги в області представлена 11 серогрупами. Основу етіологічного спектру становили серовиди: *L. hebdomadis* – 25,9%, *L. canicola* – 20,4%,

по 9,3% – *L. icterohaemorrhagiae*, *L. autumnalis* і *L. ballum* та поодинокі випадки – *L. pomona*, *L. grippotyphosa*, *L. tarassovi*, *L. polonica*, *L. australia* та *L. javanica*. При обстеженні хворих у більшості випадків виявляли декілька збудників, але для діагнозу брали до уваги лише результати з найбільшим наростанням титрів у динаміці.

Спостерігалась пізня госпіталізація хворих – 59,5% на 4-ий день і пізніше з моменту захворювання. У першу добу після звернення за медичною допомогою госпіталізовано 65,9% пацієнтів. Хворих середнього ступеня тяжкості було 70,2%, інші – тяжкого. Жовтяничну форму діагностовано у 34,0% хворих. У 3 осіб відзначали виражений артралгічний синдром (при виключенні іншої етіології). 2 хворим проводилась ШВЛ, 4 хворих отримували курс дофаміну.

Привертає увагу захворюваність дітей раннього віку. Дитина Х., 2015 р. н., мешканка м. Херсону, госпіталізована у ХОІЛ 01.11.16 р. на 8-ий день хвороби з діагнозом гострого гастроентериту. При госпіталізації температура тіла 39°C, блювання, діарея до 5 разів за добу. У загальному аналізі крові: лейкоцити $5,6 \times 10^9$ 1/л, ШОЕ 60 мм/год. З епіданамнезу: протягом двох місяців перед захворюванням дитина знаходилась без достатнього індивідуального нагляду у пригородному будинку в антисанітарних умовах (дерев'яна підлога, відсутність регулярних прибирань, наявність гризунів). Це спонукало до обстеження хворої на лептоспіроз. Результати РМА: *L. ballum* 1:800, *L. polonica* 1:1 600. На фоні лікування цефалоспориною IV покоління загальний стан дитини поліпшився. Ураження легень, нирок, печінки не встановлено. Через два тижні дитина виписана здоровою. При обстеженні у динаміці через 6 днів – наростання титрів специфічних антитіл у два рази.

Висновки. Збільшенню щорічної реєстрації захворювань на лептоспіроз, у тому числі дітей раннього віку, сприяли збільшення кількості резервуарів збудника інфекції, кількості обстежень хворих з різноманітною клінічною картиною на лептоспіроз і спектру діагностичного набору лептоспір різних серогруп.

Т.М. Пахольчук, О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, Т.Б. Матвеева,
В.В. Печугіна, І.В. Берестова, А.В. Штіблер

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНВАЗИВНИХ ДІАРЕЙ, СПРИЧИНЕНИХ *ESCHERICHIA COLI*, У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня,
Міська багатопрофільна дитяча лікарня № 5, м. Запоріжжя

Актуальність. Поряд з великою кількістю корисних для організму сероварів *Escherichia coli* існує близько півтори сотні патогенних типів, які можуть спричинити захворювання; їх поділяють на шість типів: ентеропатогенні, ентеротоксигенні, ентероінвазивні, ентерогеморагічні, ентероагрегативні та дифузно-адгерентні.

Мета роботи – проаналізувати клінічну симптоматику ешерихіозу, спричиненого різними типами ешерихій у дітей, які мешкають у Запорізькій області.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз клініко-лабораторних особливостей ешерихіозу у 73 дітей віком від 1 міс. до 15 років, серед яких 36 (49,31%) були діти до 3 років, що отримували лікування у дитячому відділенні Обласної інфекційної клінічної лікарні та у діагностичному відділенні багатопрофільної міської дитячої клінічної лікарні № 5 м. Запоріжжя у 2014-2016 рр.

Підтвердження етіології захворювання проводилося бактеріологічним методом. Отримані колонії *E. coli* методом серологічної ідентифікації тестували на серотипи за O антигеном: ентеротоксигенні ешерихії (O1, O6, O20, O126:K71, O25:K11, O78:K80) – у 14 пацієнтів, ентероінвазивні ешерихії (O28, O144(K-), O164(K-), O124:K72) – у 26, ентеропатогенні ешерихії (O18, O44, O114, O26, O142, O55, O111:K58, O119:K69, O44:K74, O125) – у 28, ентерогеморагічні (O111, O152, O164) – у 5. Статистичну обробку отриманих результатів проведено методами, прийнятими в медицині.

Результати та обговорення. Серед 14 хворих, в яких виділено ентеротоксигенні ешерихії, 12 (85,71%) – це діти перших 3 років життя. Епідфактором у них були молочні

продукти і контакт з хворим. Клінічні прояви різнились залежно від віку хворих: діти першого року життя мали прояви вираженого діарейного синдрому і синдрому гемоколіту – гострий початок з підвищення температури тіла до 38-39,2°C, рідкими випорожненнями з домішками слизу і крові впродовж 3 діб. При пальпації живота відмічався біль і вурчання в епігастрії та вздовж кишечника. У дітей старше 3 років гострий початок був з нормальною або субфебрильною температурою тіла, нудотою, повторним блюванням, рідкими випорожненнями, болем у животі з вурчанням вздовж кишечника.

Ентероінвазивні ешерихії виділені у 26 пацієнтів, серед яких 16 (61,53%) – діти від 4 до 15 років. Мав місце лише контактно-побутовий шлях передачі збудника. Клінічний перебіг з гострим початком, субфебрильною температурою тіла, повторним блюванням, рідкими випорожненнями з домішками слизу і крові. Біль у животі був домінуючим симптомом. При пальпації живота біль посилювався і у 2 дітей відмічено симптоми гострого апендициту.

Ентеропатогенні ешерихії виділено у 28 пацієнтів, серед яких 20 (71,43%) – діти віком від 4 до 9 років. Епідфактором частіше був контакт з хворим з подібною симптоматикою. У 3 дітей першого року життя гострий початок недуги з проявів ГРВІ. У більшості – з підвищення температури тіла до 39°C, рідких випорожнень з домішками зелені і слизу. При пальпації живота відмічався біль і вурчання в епігастрії.

Ентерогеморагічні ешерихії виділені тільки у 5 дітей віком до 2 років. Серед клінічних симптомів переважав діарейний синдром. При пальпації живота відмічалось тільки вурчання в епігастрії і вздовж кишечника. Усі пацієнти мали неускладнений перебіг.

Висновки. Ентеротоксигенні *E. coli* були причиною захворювання дітей перших 3 років життя, тоді як ентероінвазивні та ентеропатогенні – у старших. Ми не відмітили чіткої клінічної різниці перебігу ешерихіозу, спричиненого ентеропатогенними, ентероінвазивними чи ентеротоксигенними *E. coli*.

В.В. Потій, І.А. Зайцев, В.Т. Кірієнко

ЗАЛЕЖНІСТЬ ГІСТОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С ВІД ВІКУ Й СТАТІ ХВОРОГО (за даними неінвазивних тестів)

Донецький національний медичний університет, м. Лиман
Донецької області, Національний медичний університет
ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Актуальність. Природний перебіг вірусного гепатиту відображає відстань (час прогресії фіброзу) від початку хронічного захворювання печінки до цирозу і/або гепатоцелюлярної карциноми. Прогресія фіброзу є головною характеристикою природного перебігу і, вірогідно, залежить від віку й статі. Не менш важливою є й ступінь активності гепатиту, який, по суті, відображає швидкість прогресії фіброзу. У зв'язку з цим ми задалися метою визначити, чи залежить активність гепатиту від віку й чи має на неї вплив стать.

Мета роботи – визначити залежність ступеня активності хронічного гепатиту С (ХГС) від віку й статі хворих.

Матеріали і методи. У дослідження включено 705 пацієнтів із ХГС, в яких активність і стадія захворювання були визначені за допомогою неінвазивних тестів Fibrotest/Actitest (396) і Fibromax (309). Усі пацієнти були розбиті на вікові групи з 15-річним інтервалом: 16-30 років, 31-45 років, 46-60 років, 61-75 років.

Результати та обговорення. У віковій групі від 16 до 30 років (88 хворих) ступінь активності А0 було виявлено у 22 (25%) пацієнтів, А1 – у 26 (29%), А2 – у 19 (22%), А3 – у 21 (24%). У віковій групі від 31 до 45 років (306 хворих) ступінь активності А0 мали 64 (21%) особи, А1 – 73 (24%), А2 – 93 (30%) і А3 – 76 (25%) пацієнтів. У групі від 46 до 60 років (237 хворих) А0 спостерігався у 43 (18%) пацієнтів, А1 – у 40 (17%), А2 – у 65 (27%), А3 – у 89 (38%). І нарешті у групі пацієнтів від 61 до 75 років (74 хворих) ступінь активності А0 було виявлено у 10 (13%), А1 – у 14 (19%), А2 – у 20 (26%) і А3 – 30 (42%). Таким чином, гістологічна активність захворювання, подібно фіброзу, залежить від віку пацієнтів. Частка хворих зі ступенем активності А3 майже вдвічі вища серед

пацієнтів віком від 61 до 75 років, порівняно з хворими від 16 до 30 років, ($\chi^2=22,3$, $p<0,05$).

З 705 хворих 429 (61%) були чоловіки й 276 (39%) – жінки. Серед чоловіків ступінь активності А0 зустрічався у 64 (15%) осіб, А1 – у 103 (24%), А2 – у 120 (28%) і А3 – у 142 (33%). Серед жінок ступінь активності А0 мали 75 (27%) хворих, А1 – 50 (18%), А2 – 77 (28%), А3 – 74 (27%). Таким чином, результати проведеного дослідження не показали будь-якої залежності ступеня активності захворювання від статі.

Середній вік чоловіків і жінок зі ступенем активності А0 склав ($41,0\pm 1,4$) і ($43,0\pm 1,4$) років, з А1 – ($41,0\pm 1,2$) і ($45,0\pm 1,7$), з А2 – ($42,0\pm 1,0$) і ($47,0\pm 1,2$) і з А3 – ($46,0\pm 1,0$) і ($48,0\pm 1,5$) років відповідно. Таким чином, середній вік чоловіків був меншим, порівняно з жінками, з тим же ступенем активності гепатиту.

Висновки. Ступінь активності вірусного гепатиту, вірогідно, залежить від віку, майже половина хворих зі ступенем активності А3 віком понад 60 років, при цьому стать не впливає на активність захворювання.

В.В. Потій, І.А. Зайцев, В.Т. Кірієнко

ЗВ'ЯЗОК МІЖ ФІБРОЗОМ ПЕЧІНКИ Й ГІСТОЛОГІЧНОЮ АКТИВНІСТЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С (за результатами неінвазивних тестів і біопсій)

Донецький національний медичний університет, м. Лиман
Донецької області, Національний медичний університет ім.

О. О. Богомольця, м. Київ

Актуальність. Природній перебіг вірусних гепатитів припускає перехід гострого гепатиту у хронічний, хронічного – у цироз печінки і/або гепатоцелюлярну карциному. Мова йде про накопичення в печінці фібротичної тканини з віком, з певною швидкістю, яку відображає активність захворювання, а опис цього процесу є найважливішою характеристикою природного перебігу.

Мета роботи – оцінити виразність фіброзу печінки при хронічному гепатиті С (ХГС) залежно від активності захворювання.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 889 пацієнтів із ХГС, в яких активність і стадія захворювання були визначені за допомогою неінвазивних тестів Fibrotest/Actitest (396) і Fibromax (309) або біопсії печінки (184).

Результати та обговорення. Проведений аналіз результатів неінвазивних методів дослідження показав, що пацієнти зі ступенем активності A0 (137) мали стадію фіброзу F0 – 90 (66%) хворих, F1 – 25 (18%), F2 – 18 (13%), F3 – 3 (2%) і F4 – тільки 1 (1%). У пацієнтів з A1 (153) F0 зустрічався у 63 (41%) хворих, F1 – у 30 (20%), F2 – у 34 (22%), F3 – в 11 (7%), F4 – у 15 (10%) пацієнтів. Хворі зі ступенем активності A2 (194) мали стадію фіброзу F0 41 (21%) пацієнт, F1 – 47 (24%), F2 – 59 (30%), F3 – 22 (12%), F4 – 25 (13%). У пацієнтів з A3 (219) F0 зустрічався в 11 (5%) осіб, F1 – у 15 (7%), F2 – у 42 (19%), F3 – у 52 (24%), F4 – у 99 (45%) хворих з вираженим ступенем активності.

Аналіз біопсій показав, що ступінь активності A0 не зустрічався у жодного хворого. У пацієнтів з A1 (44 хворих) стадія фіброзу F0 зустрічалася у 5 (11%) осіб, F1 – у 29 (66%), F2 – у 7 (16%), стадія фіброзу F3 не зустрічалася у хворих з мінімальною активністю захворювання, при цьому F4 було виявлено у 3 (7%) осіб. У пацієнтів з A2 (108) F0 не зустрічалася, F1 була виявлена у 31 (29%) пацієнта, F2 – у 51 (47%), F3 і F4 – у 13 (12%). І нарешті, у пацієнтів з A3 (32), фіброз F0 не визначався, F1 було виявлено у 9 (28%) хворих, F2 – у 6 (19%), F3 – у 9 (28%), F4 – у 8 (25%).

Таким чином, проведений аналіз продемонстрував, що серед пацієнтів зі ступенем активності A3 частка хворих зі стадією фіброзу F3/F4 була вірогідно вищою, порівняно з хворими з мінімальним або помірним ступенем активності гепатиту, як за результатами неінвазивних тестів, так і за даними біопсій (69 і 53% відповідно). У цілому ж, між рівнем активності й стадією фіброзу печінки спостерігається середньої сили прямий кореляційний зв'язок, що виявляється як за результатами неінвазивних тестів, так і за даними біопсій ($r=0,59$ і $r=0,39$, відповідно, $p<0,05$).

Висновки. Стадія фіброзу печінки при ХГС залежить від активності процесу. Серед пацієнтів зі ступенем активності A3 більше половини хворих мають стадію фіброзу F3/F4.

О.Я. Пришляк, Е.Ю. Винник, О.Є. Кондрин, О.П. Бойчук,
Н.В. Васкул

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ СЕРЕД ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність. Незважаючи на широкий спектр діагностичних і лікувальних можливостей, доступних у даний час, проблема сальмонельозу не втрачає своєї актуальності у зв'язку з високим рівнем захворюваності, смертності та значною частотою розвитку тяжких форм хвороби. На перебіг сальмонельозу може впливати низка факторів, зокрема, наявність у хворих симптомів серцево-судинного ризику (ССР), які, з одного боку, сприяють ризику ускладненого перебігу сальмонельозу, а з іншого, бактерійний патоген може провокувати загострення і погіршення перебігу фонової патології у подальшому.

Мета дослідження: дослідити частоту і структуру факторів ССР у хворих на сальмонельоз у різних вікових групах, залежність від тяжкості недуги.

Матеріали і методи. Під спостереженням були 43 хворих на сальмонельоз – середній вік ($45,53 \pm 2,66$) років, які знаходились на лікуванні в обласній клінічній лікарні м. Івано-Франківська у 2016 р. Стратифікація ССР проводилася згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги “Артеріальна гіпертензія” (наказ Міністерства охорони здоров'я України № 384 від 24.05.2012 р.). У всіх хворих для оцінки сумарного ССР були визначені показники: дисліпідемія (загальний холестерин $>5,0$ ммоль/л; тригліцериди $>1,7$ ммоль/л), глюкоза натще – 5,6-6,9 ммоль/л; абдомінальне ожиріння (обхват талії >102 см у чоловіків і >88 см у жінок). Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою прикладного пакету комп'ютерних програм “Microsoft Excel”.

Результати та обговорення. При порівняльному аналізі частоти факторів ризику (ФР) у хворих на сальмонельоз молодого віку (25-44 роки) встановлено: холестеринемію у 2 – ($15,38 \pm 10,01$)%, гіперглікемію у 2 – ($15,38 \pm 10,01$)%, абдомінальне ожиріння у 5 – ($38,46 \pm 13,49$)% пацієнтів, гіпер-

тригліцеридемію не виявлено. В осіб середнього віку (45-60 років) холестеринемія зустрічалась у 3 – (20,00±10,33)%, гіперглікемія – у 4 – (26,67±11,42)%, гіпертригліцеридемія – у 2 – (13,33±8,78)% і абдомінальне ожиріння у 8 – (53,33±12,88)% осіб. Найчастіше фактори ССР відзначали у хворих похилого віку (60-75 років): холестеринемія у 5 – (33,33±10,32)%, гіперглікемія у 6 – (40,00±12,65)%, гіпертригліцеридемія у 3 – (20,00±12,17)% і абдомінальне ожиріння у 10 – (66,67±12,17)% осіб. Серед усіх хворих пацієнти з низьким ССР (1-2 ФР) становили 27,9% (12), низьким/помірним ССР (≥ 3 ФР) – 37,2% (16). Слід зазначити, що серед хворих з тяжким ступенем недуги частка осіб із низьким/помірним ССР складала 56,3% (9 осіб). У хворих на сальмонельоз тяжкого ступеня ФР розподілялись таким чином: холестеринемія у 8 – (53,33±12,88)%, гіперглікемія у 9 – (60,00±12,65)%, гіпертригліцеридемія у 6 – (40,00±12,65)% і абдомінальне ожиріння у 12 – (80,00±0,33)% осіб. У пацієнтів із ускладненим перебігом сальмонельозу було виявлено: холестеринемію у 7 – (58,30±14,18)%, гіперглікемію у 9 – (75,00±12,50)%, гіпертригліцеридемію у 5 – (41,7±14,17)% і абдомінальне ожиріння в 10 – (83,30±10,8)% осіб. Серед хворих з ускладненим перебігом недуги частка осіб з низьким/помірним ССР становила 66,67% (8 осіб).

Висновки. Низький/помірний ССР виявлено у 37,24% хворих на сальмонельоз, переважно в осіб середнього і похилого віку. Серед факторів ССР у хворих молодого віку найбільшу частку мали показники абдомінального ожиріння, у хворих середнього і похилого віку – абдомінальне ожиріння та гіперглікемія. Частка хворих із низьким/помірним ризиком серед хворих з тяжким і ускладненим перебігом сальмонельозу становила 58,13 і 62,79% відповідно.

О.Я. Пришляк, А.Л. Процик, О.Є. Кондрин, О.П. Бойчук

АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ КОМБІНОВАНИХ ПАРАЗИТОЗІВ

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність. Паразитарні захворювання широко розповсюджені на території майже всієї земної кулі, зокрема в Україні. Серед них переважають кишкові паразитарні хвороби, а най-

частіше зустрічаються лямбліоз та аскаридоз. Останні роки реєструється все більше випадків поєднаної інвазії цими паразитами.

Мета роботи – вивчити клінічні та лабораторні особливості поєданого перебігу лямбліозу та аскаридозу.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 42 дорослих пацієнти, які були розділені на 3 рівноцінні групи. До першої групи включали пацієнтів з лямбліозом, до другої – з аскаридозом, до третьої – з мікст-інвазією лямбліозу та аскаридозу. Із лабораторних методів проводили біохімічний аналіз крові, серед інструментальних – ультразвукову діагностику органів черевної порожнини (УЗД ОЧП). Методом діагностики лямбліозу і аскаридозу було виявлення збудника в калі за допомогою мікроскопії.

Результати та обговорення. У пацієнтів з лямбліозом найчастіше спостерігались прояви таких синдромів: диспепсичного (78,6%), алергічного (64,2%), астено-невротичного (57,1%), інтоксикаційного (50,0%). У хворих з аскаридозом ознаки диспепсичного синдрому зустрічались у 71,4%, алергічного – у 57,1%, астено-невротичного – у 35,7%, інтоксикаційного – у 28,6%. При поєднаній інвазії диспепсичний синдром відмічався у 92,9%, алергічний – у 78,6%, астено-невротичний – у 64,2%, інтоксикаційний – у 57,1% ($p < 0,05$).

За результатами біохімічного аналізу крові, у першій групі у 6 (42,6%) хворих відзначали підвищення активності АлАТ, у 4 (28,7%) – показника тимолової проби. У другій групі пацієнтів у 5 (35,7%) хворих спостерігали підвищення активності АлАТ і у 3 (21,4%) – показника тимолової проби. При поєднаній інвазії активність АлАТ підвищувалась у 8 (57,1%) пацієнтів, показник тимолової проби – у 7 (50,0%) ($p < 0,05$).

За даними УЗД ОЧП, у 6 (42,6%) пацієнтів першої групи діагностовано дискінезію жовчевивідних шляхів (ДЖВШ), у 4 (28,6%) – ознаки панкреатиту, у 3 (21,4%) – гепатиту. У пацієнтів другої групи ДЖВШ реєстрували також у 6 (42,6%), у 3 (21,4%) – ознаки панкреатиту і гепатиту. У третій групі ДЖВШ відзначали у 12 (85,7%) осіб, ознаки панкреатиту – у 6 (42,6%), гепатиту – у 5 (35,7%), $p < 0,05$.

Висновки. Провідними клінічними синдромами у поєднаної інвазії лямбліозу та аскаридозу були диспепсичний, алергічний,

астено-невротичний й інтоксикаційний; вони зустрічалися частіше, ніж при моноінвазії. Серед змін біохімічного аналізу крові відмічали підвищення активності АлАТ і показника тимолової проби, що найчастіше спостерігали в третій групі пацієнтів. За даними УЗД ДЖВШ, ознаки панкреатиту і гепатиту зустрічались в усіх групах, але частіше у хворих з поєднаними паразитозами.

О.В. Прокопів, Н.М. Прикуда, І.О. Залозний, В.В. Білавка
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ФОРМ
МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ**

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. З повітряно-крапельних інфекцій, що не керуються засобами імунопрофілактики, в Україні найбільше занепокоєння викликає менінгококова інфекція, насамперед генералізовані форми хвороби: менінгіт та, особливо, менінгококцемія – надгострий менінгококовий сепсис. Власне менінгококцемія є однією з провідних причин смерті дітей раннього віку.

Мета роботи – вивчити особливості клінічного перебігу генералізованих форм менінгококової інфекції у дітей.

Матеріали і методи. Спостерігали 39 хворих на менінгококову інфекцію дітей віком від 4 міс. до 17 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній клінічній лікарні (ЛОІКЛ) з 2015 р. по квітень 2017 р. Діагноз менінгококової інфекції базувався на типових клінічних проявах хвороби з урахуванням даних епідеміологічного анамнезу і результатів бактеріологічних досліджень.

Результати та обговорення. Упродовж періоду наших спостережень у ЛОІКЛ госпіталізовано 24 (61,5%) хлопчики та 15 (38,5%) дівчаток, хворих на генералізовані форми менінгококової інфекції. З однаковою частотою реєстрували мешканців міст і сіл – 20 (51,3%) і 19 (48,7%) дітей відповідно. Максимальна кількість випадків захворювання на менінгококову інфекцію припадала на зимово-весняний період.

Щодо вікової структури: госпіталізовано 4 (10,3%) дитини віком до 1 року, 26 (66,7%) – від 1 до 4 років, 2 (5,1%) – від

5 до 9, 7 (17,9%) – від 10 до 17 років. Привертає увагу зростання кількості хворих старшої вікової групи (10-17 років). Якщо у 2015 і 2016 рр. проліковано по 1 хворому (13 і 16 років), то у 2017 р. – 5 (віком 10, 11, 14, 15 і 17 років). У 2017 р. зареєстровано сімейний випадок менінгококової інфекції, захворіло 2 хлопчиків-двійнят віком 1 рік 7 міс.

У 32 (82,1%) пацієнтів діагноз встановлено на догоспітальному етапі. У 7 (17,9%) хворих привертає увагу розмаїття формулювань попередніх хибних діагнозів. Найбільш показовими в цьому плані є: “ГРВІ, нейротоксикоз” – 12,8%, “Грип” – 5,1%, “ГРВІ, токсико-алергічний дерматит” – 2,6%. Помилкові первинні діагнози здебільшого спостерігали у дітей старшого віку.

Як правило, пацієнтів госпіталізували на 2-гу добу хвороби – 29 (74,4%) дітей, на 3-тю – 6 (15,4%), у 1-шу – 4 (10,2%). У всіх хворих спостерігалася типова клінічна картина, симптоматика якої в день шпиталізації відповідала терміну і ступеню тяжкості недуги. Притаманні для менінгококцемії геморагічні висипання з’являлися у 1-2-у добу хвороби і лише в 1 дитини – на 3-тю. Появі висипань передували підвищення температури тіла до 37,6-41,0°C, наростання проявів інтоксикаційного синдрому, інфекційно-токсичного шоку (ІТШ).

У 21 (53,8%) дитини діагностували комбіновану форму хвороби: менінгококцемія + гнійний менінгіт (81,0%), менінгококцемія + гнійний артрит (9,5%), менінгококцемія + менінгококова пневмонія (9,5%). Підставою до госпіталізації у відділення інтенсивної терапії 33 (84,6%) дітей були прояви ІТШ різного ступеня тяжкості. Тривалість перебування у відділенні реанімації в середньому склала $(3,09 \pm 1,51)$ доби. В 1 (2,6%) дитини з менінгококцемією, ускладненою ІТШ III ст. і ДВЗ-синдромом, хвороба завершилась летально.

Бактеріологічне підтвердження діагнозу отримано лише у 9 (23,1%) хворих. Культуру менінгокока з крові виділено у 5 дітей (*N. meningitidis* серогрупа B у 4, серогрупа C в 1 випадку), з ліквору – у 2 (*N. meningitidis* серогрупи A та B), одночасно з крові та ліквору – у 2 дітей (*N. meningitidis* серогрупи B та C). У 22 (56,4%) хворих за допомогою бактеріоскопічного методу (виявлення менінгококів у “товстій краплі”) отримали позитивні результати.

Висновки. Упродовж періоду наших спостережень серед госпіталізованих із генералізованими формами менінгококової інфекції дітей спостерігається переважання комбінованих форм. Збільшення серед захворілих дітей старшого віку (10-17 років) і констатована висока частота у них попередніх хибних діагнозів викликає занепокоєння. Це віддзеркалює не лише відсутність настороженості лікарів первинної ланки охорони здоров'я щодо цієї інфекційної хвороби, але й недостатню обізнаність їх з клінічними проявами недуги.

Г.О. Ревенко, В.В. Маврутенков, О.В. Кузьменко, М.В. Кравчук,
М.В. Байдаченко, Н.А. Стороженко

РІВЕНЬ ОХОПЛЕННЯ ІМУНІЗАЦІЄЮ НАСЕЛЕННЯ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПРОТИ ДЕЯКИХ ВАКЦИНОКОНТРОЛЬОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ

Медична академія, Обласний лабораторний центр МОЗ
України, Обласний центр профілактики та боротьби зі
СНІДом, м. Дніпро, Центр профілактики та боротьби зі
СНІДом, м. Кривий Ріг Дніпропетровської області, Міська
лікарня № 1, м. Нікополь Дніпропетровської області

Актуальність. Інфекційні хвороби продовжують залишатись одними з розповсюджених груп захворювань у нашій країні. Єдиним специфічним методом профілактики інфекційних хвороб є створення специфічного імунітету до збудників завдяки вакцинації. Це один із найбільш безпечних та економічно вигідних засобів зберегти здоров'я населенню. За останні роки, за даними ЮНІСЕФ, в Україні зафіксований один з найнижчих рівнів охоплення вакцинацією у світі, який становить 23% за необхідних 95%.

Мета роботи – оцінити рівень охоплення профілактичними щепленнями проти деяких вакцинокерованих інфекцій у Дніпропетровській області.

Матеріали і методи. Проаналізовано звіти про проведені профілактичні щеплення за 2016 р.

Результати та обговорення. Протягом останніх 5 років, у зв'язку з недостатнім забезпеченням лікувальної мережі імуні-

біологічними препаратами, а також з негативним відношенням до вакцинації деяких лікарів і пацієнтів відмічається недовиконання річної програми з імунопрофілактики. Так, за даними 2016 р. за окремими позиціями охоплення щепленнями становило:

- проти дифтерії, правця, кашлюку (до 1 року, вакцинація) – 17,2%;
- проти дифтерії, правця, кашлюку (18 міс., ревакцинація) – 19,1%;
- проти дифтерії, правця (6 років) – 69,6%;
- проти дифтерії, правця (дорослі) – 32,0%;
- кір, паротит, краснуха (1 рік, вакцинація) – 51,6%;
- кір, паротит, краснуха (6 років, ревакцинація) – 40,0%;
- БЦЖ (до 1 року) – 60,2%;
- БЦЖ (7 років) – 42,7%.

Зниження обсягів вакцинації призводить до накопичення серед населення прошарку сприйнятливих (неімунізованих) осіб і зниження популяційного імунітету, що зумовить погіршення епідемічної ситуації.

Крім того, в області у 2016 р. зареєстровано 14 723 особи, що відмовились від проведення профілактичних щеплень, у тому числі від АКДП – 2 041, поліомієліту – 5 591, гепатиту В – 4 226, КПК – 1 302, Ніб – 1 563). Основними причинами відмов були: “вакцини не потрібні” – 51,0%, “багато побічних реакцій після вакцинації” – 24,5%, “вакцини неякісні” – 14,1%, “лікарі радили не проводити вакцинацію” – 6,2% і релігійні переконання – 4,2%.

Висновки. У Дніпропетровській області за останні роки епідемічна ситуація з інфекцій, що керуються засобами специфічної профілактики, оцінюється як несприятлива. Ситуація зумовлена наявністю значної кількості нещеплених осіб. Тому забезпечення епідемічного благополуччя щодо інфекцій, що контролюються засобами специфічної імунопрофілактики, є пріоритетним для України.

К.С. Рихальська, В.І. Трихліб, В.Т. Кірієнко, В.В. Грушкевич,
В.Ф. Сморгунова

ДІАГНОСТИЧНО ТЯЖКИЙ ВИПАДОК В ОСОБИ, ЯКА ПОВЕРНУЛАСЬ З ТРОПІЧНОЇ КРАЇНИ

Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ”,
Українська військово-медична академія, Національний
медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Актуальність. В останні роки з урахуванням збільшення кількості осіб, які з різною метою перебувають за межами України, у тому числі й в тропічних країнах, щорічно реєструються випадки захворювань на екзотичні для нашої країни хвороби. З урахуванням того, що з даними захворюваннями лікарі рідко або зовсім не зустрічаються, і серед населення слабка настороженість, тому хворі або пізно звертаються, або у них пізно встановлюється вірний діагноз. Ситуацію ускладнюють різноманітність клінічного перебігу даних захворювань, відсутність високоспецифічної та чутливої в Україні лабораторної діагностики цих захворювань, а також не належна якість більшості існуючих лабораторних досліджень. Усе це в деяких випадках призводить до значних труднощів у діагностиці, проведення значної кількості різноманітних досліджень, а також до летального наслідку.

Мета роботи – продемонструвати випадок, складний для діагностики, в особи, яка перебувала в тропічній країні.

Матеріали і методи: медична карта стаціонарного хворого, який повернувся з тропічної країни.

Результати та обговорення. Хворий Ю.С.В., 1951 р. н., надійшов на обстеження і лікування до НВМКЦ “ГВКГ” 23.01.2016 р. з приводу підозри на малярію. При надходженні стан оцінили як середньої тяжкості. Скарги на підвищення температури тіла до 40°C, озноб, одноразове блювання, пожовтіння очей і шкіри, потемніння сечі, наявність крові в калі, схуднення протягом останніх 4 міс. на 25 кг, виражену загальну слабкість, сухість у роті.

З анамнезу: захворів гостро тиждень тому, підвищилась температура до 40°C, приймав жарознижувальні препарати без очікуваного ефекту. Перебував 4 міс. в Африці у Республіці Гана

(з 04.09.2015 р. по 22.01.16 р., проживав у сільській місцевості), двічі підвищувалась температура тіла до 40°C (у 1-ий і 2-ий міс. перебування). Лікувався ко-артемом. Одна людина, яка з ним проживала, також захворіла на недугу з лихоманкою до 40°C. У хворого спостерігався кашель з кровохарканням. 21.01.2016 р. підвищилась температура тіла до 40°C, випив таблетку ко-артему. Жовтяниця з'явилась протягом останнього тижня і поступово наростала.

При надходженні до стаціонару об'єктивно: температура тіла 39°C, нормального живлення, жовтяниця шкіри, слизових оболонок. Гемодинамічні показники стабільні. Дихання везикулярне. Печінка +4см, селезінка не пальпується. Оглянутий хірургом – хронічний зовнішній геморої I-II ст. У загальному аналізі крові від 23.01.2016 р. лейкоц. $10,6 \times 10^9$ /л, гран. 78%. Мазок і товста крапля від 23.01.2016 р. – поодинокі малярійні плазмодії. Робочий діагноз: тропічна малярія, ускладнена токсичним гепатитом і токсичним нефритом. Призначено ко-артем (5 діб), цефтриаксон (5 діб), інфузійно-дезінтоксикаційну терапію.

У наступні дні стан хворого погіршився за рахунок інтоксикаційного синдрому, випорожнення 6 разів на добу з домішками крові. Сеча як темне пиво. У крові від 24.01.2016 р.: активність лужної фосфатази 78 U/l, вміст загального білірубіну 216,1 $\mu\text{mol/l}$, прямого – 113,4 $\mu\text{mol/l}$, активність АсАТ 1230,4 U/l, АлАТ – 1295,4 U/l, рівень креатиніну 175,3 $\mu\text{mol/l}$, активність ГГТП 199,1 U/l. Сеча мутна, кисла, білок 1,5 г/л, еритроц. 3-5 у полі зору, лейкоц. поодинокі у полі зору, епітелій плоский поод. у полі зору, циліндри зернисті 1-2 у полі зору, урати – значна кількість. Рентгенографія ОГП від 25.01.2016 р., 22.02.2016 р. – норма. У хворого виключали мікст-інфекцію: малярія на фоні гострого гепатиту нез'ясованої етіології (виключали гепатит А, Е), лептоспіроз, кишковий амебіаз, загострення внутрішнього геморою. Проводилось лікування: інфузійно-дезінтоксикаційна терапія, сорбенти, протималярійні (ко-артем), антибактерійна терапія. Протягом із 23.01 по 05.02.2016 р. через день коливання температури тіла від нормальної до 39-39,8°C. Стан хворого залишався тяжким. На шкірі грудей (передній і боковій поверхні) з'явилась дрібно-папульозна висипка блідо-рожевого кольору. Пальпувався нижній полюс селезінки. РНГА з полівалентним лептоспірозним діагностиком позитивна у титрі

1:1200. Отриманий аналіз крові від 27.01.2016 р. на прокальцитонін – 3,12 нг/мл. Мазки і товста крапля 26.01, 27.01, 29.01 і 01.02.2016 р. – плазмодії не виявлено. 26.01.2016 р. при бактеріологічному дослідженні калу – палички тифо-паратифозної, дизентерійної групи не виявлено. УЗД від 26.01 і 28.01.2016 р.: портальна гіпертензія, гепатоспленомегалія.

28.01.2016 р. покращився апетит, зменшилась загальна слабкість. На шкірі грудей, живота, спини зберігалась дрібно-плямисто-папульозна висипка, яка супроводжувалась свербінням (розцінена як прояви дерматиту). Розміри печінки і селезінки попередні. Отриманий позитивний результат крові на вірусний гепатит А (від 26.01.2016 р.) IgM HAV – 9,55; не виявлено IgM HEV, IgM HBsAg, HBsAg, Ab-HCV, РНК HCV. Встановлено діагноз: гепатит А (IgM HAV +), жовтянична форма, тяжкого перебігу. Малярія не уточнена, середньотяжкого перебігу, повторна атака. Токсичний нефрит. Висипка розцінена як постмедикаментозний дерматит на фоні цефтриаксону. Проводиться десенсибілізувальна, інфузійно-дезінтоксикаційна, антибактерійна терапія (левофлоксацин).

30.01.2016 р. стан розцінений уже як середньої тяжкості. Підвищення температури тіла до 38,7°C. Зберігалась висипка. Печінка попередніх розмірів. Отриманий результат бак. посіву крові від 22.01.2016. – *P. aeruginosae*. 03.02.16 р. – стан попередній, зберігається висипка, печінка +1 см, пальпується нижній край селезінки. У загальному аналізі крові від 03.02.2016 р.: ер. $3,91 \times 10^{12}$ /л, Нb 107 г/л, лейкоц. $8,2 \times 10^9$ /л, п. 2%, с. 80%; у біохімічному аналізі крові: активність лужної фосфатази 237 U/l, вміст загального білірубіну 239,5 $\mu\text{mol/l}$, прямого 161 $\mu\text{mol/l}$, активність АсАТ 646,4 U/l, АлАТ 416,8 U/l, рівень креатиніну 167,2 $\mu\text{mol/l}$, глюкози 6,68 mmol/l , активність ГГТП 702,7 U/l. 03.02. бактеріурії не виявлено. Від 02.02.2016 р. IgM хантавірусів – 8,179, IgG до хантавірусів не виявлено.

04.02.2016 р. стан хворого середньої тяжкості. Висипка утримується. Ввечері підвищення температури тіла до 40°C. Кров стерильна. У крові прояви анемії. У зв'язку з відсутністю позитивної динаміки з боку висипки доданий преднізолон. 06.02.2016 р. отримані дані бак. посівів крові – *P. aeruginosae*, отже, у хворого сепсис з розвитком печінково-ниркової недостатності на фоні мікст-інфекції (малярія не уточнена+гепатит А, жовтянична фор-

ма, холестатичний варіант, тяжкий перебіг). У наступному стан хворого попередній. 08.02.2016 р. вміст прокальцитоніну у крові 11,0 нг/мг. Призначено меронем по 1 г 3 рази на добу, коломіцин по 2 млн 3 рази на добу (по 19.02.2016 р.). Отримані негативні результати ПЛР на CMV, EBV. При ЕхоКГ даних за вегетації не виявлено. У бак. посівах калу патогенної флори не виявлено. У крові: 12.02.16 р. IgM, IgG до хантавірусів не виявлено.

15.02.2016 р. покращення самопочуття. Печінка +1см, селезінка не пальпується. Зменшено дозу преднізолону. ПЛР на лептоспіри – результат негативний. 03.03.2016 р. стан пацієнта задовільний. Печінка +1см. Селезінка не пальпується. У крові активність лужної фосфатази 62,3 U/l, рівень загального білірубіну 66,9 $\mu\text{mol/l}$, активність АсАТ 41,3 U/l, АлАТ 87,6 U/l, вміст креатиніну 92,6 $\mu\text{mol/l}$, активність ГГТП 450,9 U/l, концентрація загального білка 57,4 g/l. Заключний діагноз: Мікст-інфекція: малярія не уточнена, повторна атака. Гепатит А (IgM до HAV +), жовтянична форма, холестатичний варіант. Геморагічна гарячка з нирковим синдромом, тяжкий перебіг. Гострий синьогнійний сепсис (*P. aeruginosae*) середньотяжкого перебігу.

Висновки. З урахуванням наведеного випадку, з метою покращення діагностики і лікування тропічних інфекцій в Україні слід створити центр тропічних та орфанних захворювань із сучасною лабораторією і сучасними медикаментами для лікування. При діагностиці слід враховувати можливість перехресних реакцій серологічних методів дослідження.

А.О. Руденко, Л.В. Муравська, П.А. Дьяченко, Б.А. Пархоμεць,
В.Ю. Ключ

НИЗЬКОМОЛЕКУЛЯРНИЙ ІНДУКТОР ЕНДОГЕННОГО ІНТЕРФЕРОНУ В ТЕРАПІЇ ГЕРПЕСВІРУСНИХ УРАЖЕНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського НАМН України, Київ

Актуальність. Герпесвірусні інфекції – це одні з найбільш поширених і практично не контрольованих інфекцій людини, які спричинюються вірусами родини герпесу (*Herpesviridae*), і

перебігають у вигляді інпаарантних, субклінічних й клінічно маніфестних форм.

Герпесвіруси мають природний тропізм до нейронів головного мозку і зумовлюють тяжкі форми нейроінфекції з частими несприятливими наслідками.

Мета дослідження – вивчити ефективність низькомолекулярного індуктора ендogenous інтерферону (ІНФ) циклоферону в комплексній терапії герпесвірусних уражень нервової системи.

Матеріали і методи. Обстежено 76 хворих з ураженнями нервової системи, спричиненими вірусами родини герпесу; вік пацієнтів від 14 до 64 років. З метою верифікації діагнозу застосовували метод імуноферментного аналізу (ІФА) для виявлення антитіл класів IgM та IgG до HSV, CMV, EBV, HHV-6, HHV-7, HHV-8 у сироватці крові та лікворі, а також метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), за допомогою якого визначали наявність фрагментів ДНК герпесвірусів у сироватці крові, спинно-мозковій рідині (СМР), слині.

Усі віруси частіше спричинювали захворювання у жінок, ніж у чоловіків, статистично достовірної залежності між статтю та етіологічним чинником нами не встановлено. За залученням у патологічний процес структур нервової системи найчастіше зустрічалися такі клінічні форми: арахноенцефаліт, арахноїдит, РЕМ, енцефаліт, менінгоенцефаліт. Хворі, які отримували циклоферон (39), склали основну групу; 37 пацієнтів, які не отримували індуктор ендogenous ІНФ, – групу контролю.

Циклоферон – N-(1-дезоксиглюцитол-1-4) М-метиламоній-10-метил-карбоксилат акридон, низькомолекулярний індуктор ІНФ з широким спектром біологічної активності (протівірусної, імуномодулювальної, протизапальної та ін.). Головними клітинами-продуцентами ІНФ після введення циклоферону є макрофаги, Т- і В-лімфоцити. Циклоферон призначався хворим на нейроінфекції внутрішньом'язово або внутрішньовенно один раз на день по 2 мл 12,5% розчину (0,25 г) у 1-шу, 2-, 4-, 6-, 8-, 11-, 14-, 17-, 20- і 23-тю доби – 10 ін'єкцій хворим на енцефаломієліт герпетичної, цитомегаловірусної та змішаної етіології, гангліоніт, спричинений герпес зостер, і серозний менінгоенцефаліт герпетичної природи. Базисне лікування включало етіотропну, патогенетичну, дезінтоксикаційну терапію, осмотичні діуретики і салуретики, антигістамінні препарати, ноотропи.

Результати та обговорення. Для всіх пацієнтів з герпесвірусним ураженням нервової системи до початку терапії було характерним підвищення більше ніж у 2 рази таких імунологічних показників: спонтанної проліферації лімфоцитів у РБТЛ, рівень циркулюючих імунних комплексів, сенсibiliзації нейтрофілів до альбуміну та нейроспецифічних білків (ЗБМ, NSE), незначне (на 10%) збільшення кількості В-лімфоцитів (CD20+) при паралельному зниженні вмісту натуральних кілерів (CD16+) на 20% (від нижньої границі норми). Однозначно відзначалось зниження спонтанної цитотоксичності моноклеарів на 20% від нижньої границі норми, антитілозалежної цитотоксичності моноклеарів – на 35%, індукованої фагоцитарної активності нейтрофілів – на 9%.

Під час повторного дослідження після проведеного лікування у пацієнтів основної групи в імунному статусі спостерігалась позитивна динаміка у вигляді: тенденції ($p > 0,05$) до збільшення загальної кількості лімфоцитів (CD3+), Т-лімфоцитів-хелперів (CD4+), чого у контрольній групі не було. Регрес клінічної симптоматики (загальна слабкість, порушення сну) у групі хворих, які отримували циклоферон, був швидшим на 5-7 днів: раніше санувався ліквор, знижувалася температура тіла. У лікованих циклофероном позитивна динаміка загальноомозкової симптоматики була швидшою: ригідність м'язів потилиці відзначалась ($9,7 \pm 1,8$) дня проти ($14,2 \pm 2,3$) дня у контрольній групі ($p < 0,05$), симптом Керніга – відповідно ($10,7 \pm 1,9$) і ($15,1 \pm 3,7$), симптом Брудзинського – ($9,9 \pm 1,5$) і ($12,9 \pm 2,5$). При енцефаломієліті в пацієнтів основної групи швидше збільшувався обсяг рухів, поліпшувалася гострота зору.

Висновки. Застосування у комплексній терапії герпесвірусних уражень нервової системи індуктора ІНФ циклоферону є доцільним, ефективним і може бути рекомендовано в практику охорони здоров'я.

О.В. Рябоконь, О.В. Усачова, Р.М. Гінзбург, Т.М. Пахольчук,
В.В. Пругло, Т.Б. Матвеева, О.М. Кармазь

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕШЕРИХІОЗУ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ (за даними Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні)

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Кишкові інфекції з діарейним синдромом займають друге місце у структурі інфекційної патології. У сучасних умовах має місце чітка тенденція до зміни етіологічної значущості умовно-патогенних збудників, зокрема ешерихій. Ешерихіоз є поліетіологічним захворюванням, збудниками якого можуть бути представники таких груп: ентеропатогенні (*EPEC*), ентеротоксигенні (*ETEC*), ентероінвазивні (*EIEC*) та ентеро-геморагічні (*EHEC*).

Мета дослідження. Визначити клініко-діагностичні особливості ешерихіозу у хворих КУ “Обласна інфекційна клінічна лікарня” ЗОР.

Матеріали і методи. Досліджено випорожнення 7 379 осіб різного віку, хворих на гострі кишкові інфекції з діарейним синдромом. Бактеріологічні дослідження здійснювали, застосовуючи середовище Ендо. Для серологічної ідентифікації використано діагностичні ешерихіозні сироватки (Sifin Diagnostics GmbH, Germany). Визначення продукції шига-подібного токсину із супернатанту копрокультури проводили методом ІФА (Seramun Diagnostica GmbH, Germany). Виявлення ДНК різних груп діареєгенних ешерихій методом ПЛР (“АмпліСенс Ешерихіози-FL”, РФ). Усі лабораторні дослідження були проведені в лабораторії КУ “Обласна інфекційна клінічна лікарня” ЗОР.

Результати та обговорення. Протягом 2016 р. серед 7 379 хворих на гостру кишкову інфекцію у 91 (1,2%) пацієнта виявлено діареєгенні ешерихії. Ешерихіоз діагностовано як серед дорослих, так і серед дітей до 14 років з майже однаковою частотою – 51 і 49% відповідно. З *EPEC* були ідентифіковані: *O119:K69*, *O44:K74*, *O18*, *O125*, *O114:K90* (серед дорослих – у 13%, дітей – у 18%). Характерним був гострий початок недуги, температура тіла до 39°C, рідкі випорожнення з домішками зелені

і слизу 3-4 рази за добу, нудота, блювання і біль у животі. З *EIEC* були ідентифіковані: *O144(K-)*, *O164(K-)*, *O124:K72* (серед дорослих – у 36%, дітей – у 31%). Клінічний перебіг характеризувався гострим початком з нормальною або субфебрильною температурою тіла, блюванням до 10 разів, рідкими випорожненнями з домішками слизу і крові та болем у животі. *ETEC* були представлені: *O1*, *O126:K71*, *O25:K11*, *O78:K80* (серед дорослих – у 26%, дітей – у 27%). Початок захворювання відзначався субфебрильною або підвищеною температурою тіла до 39°C, рідкими випорожненнями з домішками слизу, блюванням до 10 разів за день і болем у животі з гуркотінням вздовж кишечника. З *EHEC* виявлено: *O157(K-)*, *O111:K58*, *O145 (K-)*, *O91(K-)* (серед дорослих – 2%, дітей – 13%). Клінічна картина характеризувалась нудотою, блюванням, кашкоподібними випорожненнями 1-2 рази, температурою тіла 38°C і вище, болем в епігастрії. Крім того, були виділені *E. coli O2*, які поки-що не віднесені до жодної із груп (23% серед дорослих, 11% – дітей). Симптоматика: нудота, блювання, кашкоподібні випорожнення 1-2 рази, температура тіла 37,2°C і вище. Захворюваність на ешерихіоз мала літньо-осінню сезонність. У цей період серед підтверджених діагнозів частота виявлення збудників окремих груп патогенних ешерихій була така: *EPEC* – 86%, *EIEC* – 74%, *EHEC* – 72%, *ETEC* – 63%, *E. coli O2* – 65%.

Виділені штами проявили чутливість до цефалоспоринів III та IV поколінь у 90% випадків, а до фторхінолонів, аміноглікозидів і цефокситину – у 100% випадків.

Висновки. Частка ешерихіозу в структурі гострих кишкових інфекцій у Запорізькій області складає 1,2%. Виявляються як *EPEC*, *EIEC*, *ETEC*, *EHEC*, так і *E. coli O2* серед дорослих хворих і дітей, зберігаючи певні клінічні особливості. Визначення чутливості циркулюючих штамів до антибактерійних препаратів дозволять покращити ефективність лікування.

Ю.Ю. Рябоконт

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ ТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЗІ ЗМІНАМИ ОРГАНОНЕСПЕЦИФІЧНИХ АВТОАНТИТІЛ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Дані сучасної літератури щодо HCV-асоційованого ураження щитоподібної залози свідчать, що тиреоїдні захворювання значно частіше реєструються у хворих на хронічний гепатит С (ХГС), ніж у загальній популяції. В осіб з ХГС виявляються ті чи інші лабораторні ознаки автоімунних порушень, проте їх клінічне значення, за винятком змішаних кріоглобулінів, залишається недостатньо з'ясованим.

Мета дослідження. Визначити особливості уражень щитоподібної залози у хворих на ХГС і дослідити їх взаємозв'язок зі змінами органонеспецифічних автоантитіл.

Матеріали і методи. У дослідження включено 225 хворих на ХГС; вік їх від 19 до 60 років; чоловіків було 119, жінок – 106. Методом ІФА досліджували вміст у сироватці крові: тиреотропного гормону (ТТГ) (DRG, USA); вільного трийодтироніну (Т3) (DRG, USA); вільного тироксину (Т4) (MICROWELL ELISA, USA); антитіл до тиреоїдної пероксидази (АТ-ТПО) (DRG, USA); антитіл до тиреоглобуліну (АТ-ТГ) (DRG, USA); антинуклеарних антитіл (ANA) (MICROWELL ELISA, USA); ревматоїдного фактора (RF) IgM та IgG (ORGENTEC, Germany); кардіоліпіну IgM та IgG (MICROWELL ELISA, USA). Статистичну обробку отриманих результатів досліджень здійснювали у програмі "STATISTICA® for Windows 6.0" (№ AXXR712D833214FAN5).

Результати та обговорення. За результатами аналізу функціонального стану щитоподібної залози у кожного п'ятого хворого на ХГС (44; 19,6%) виявлено лабораторні зміни, що свідчили про ураження органу. Зміни в біохімічних показниках у 24 (10,7%) пацієнтів характеризувалися відхиленням від референтних значень тільки вмісту гормонів, у 7 (3,1%) – появою лише органоспецифічних автоантитіл без змін вмісту гормонів і у 13 (5,8%) – поєднанням згаданих вище змін.

Функціональний стан щитоподібної залози у хворих на ХГС характеризувався як субклінічний гіпотиреоз (30; 13,3%), який у 20 (8,9%) пацієнтів сформувався за відсутності органоспеци-

фічних автоантитіл, а у 10 (4,4%) – за наявності АТ-ТГ та АТ-ТПО. Лабораторні ознаки гіпертиреозу мали місце у 7 (3,1%) хворих на ХГС, при цьому у 4 (1,8%) – за відсутності автоантитіл, а у 3 (1,3%) – за наявності органоспецифічних автоантитіл. У 7 (3,1%) осіб АТ-ТГ і АТ-ТПО у крові виявлялися без змін функціонального стану щитоподібної залози.

Аналіз частоти виявлення органонеспецифічних автоантитіл показав відсутність статистично значущої різниці між досліджуваними групами в частоті позитивного як RF-IgM, так й RF-IgG. Проте частота виявлення кардіоліпіну IgM 68,2 проти 51,1% ($\chi^2=4,15$, $p<0,05$), кардіоліпіну IgG 75,0 проти 55,0% ($\chi^2=5,84$, $p<0,05$) і ANA 34,1 проти 17,2% ($\chi^2=6,17$, $p<0,01$) виявилася вищою у хворих на ХГС з наявністю біохімічних ознак ураження щитоподібної залози, порівняно з пацієнтами без ураження цієї залози. Порівняння кількісного вмісту RF у сироватці крові хворих на ХГС залежно від наявності ураження щитоподібної залози показало відсутність статистично значущої різниці між групами, що обстежували. Проте кількісний вміст кардіоліпіну IgM й кардіоліпіну IgG виявився достовірно вищим ($p<0,05$) у хворих на ХГС з наявністю ознак ураження щитоподібної залози. Виявлено кореляцію між кількісним вмістом АТ-ТПО і вмістом RF-IgM ($r=+0,66$; $p<0,01$) та вмістом кардіоліпіну IgM ($r=+0,39$; $p<0,05$).

Висновки. У 19,6% хворих на ХГС діагностовано ураження щитоподібної залози з переважанням гіпотиреозу. У хворих на ХГС з ураженням щитоподібної залози частіше виявляються кардіоліпін IgM й IgG, ANA, вищий вміст кардіоліпіну IgM й IgG, а рівень підвищення АТ-ТПО корелює ($p<0,01$) з вмістом RF-IgM ($r=+0,66$) і кардіоліпіну IgM ($r=+0,39$).

Є.А. Сіліна, О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова,
І.В. Попова, В.П. Душейко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Медичний університет, Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Запоріжжя

Актуальність. Передача ВІЛ від матері плоду переважно відбувається у перинатальному періоді, найчастіше (65%) вертикальним шляхом. При цьому, у випадку відсутності антиретро-

вірусної профілактики інфікованим вагітним, частота передачі ВІЛ від матері плоду складає понад 17%.

Мета роботи. Проаналізувати ефективність антиретровірусної терапії (АРТ) у вагітних щодо специфічної профілактики трансмісії ВІЛ від матері до дитини.

Матеріали і методи. Усього в області у 2016 р. на диспансерному обліку в педіатра центру СНІДу перебувало 65 дітей з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, з яких, за даними епіданамнезу, у 63 – мав місце вертикальний шлях зараження. За останній рік у регіоні АРТ отримують 62 дитини: до 3 років – 7; 4-10 років – 27; 11-18 – 28.

Заходи щодо профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ у Запорізькій області проводяться згідно зі Загальнодержавною цільовою програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 рр.

У 2016 р. у жіночих консультаціях області на ВІЛ-інфекцію обстежено 15 234 вагітних, що становить 97,3% від кількості жінок, які завершили вагітність. Усі пологові будинки забезпечені тестами для експрес-діагностики ВІЛ-інфекції вагітних з невизначеним ВІЛ-статусом.

Спостереження і консультування ВІЛ-інфікованих вагітних з питань профілактики трансмісії ВІЛ плодам і новонародженим здійснювалося після встановлення остаточного діагнозу ВІЛ-інфекції жінці, зі збереженням конфіденційності. Нагляд таких вагітних проводиться у жіночих консультаціях, у центрі СНІДу, кабінетах “Довіри”.

Усього у 2016 р. перебувала на обліку 131 ВІЛ-інфікована вагітна, що на 9,1% менше, ніж у 2015 р. (145). Основним засобом профілактики трансмісії ВІЛ є АРТ.

Результати та обговорення. Профілактичне АРВ лікування проводилось згідно з чинним клінічним протоколом з акушерської допомоги “Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини”, затвердженим наказом МОЗ України від 16.05.2016 р. № 449, майже усім ВІЛ-інфікованим вагітним.

У 2016 р. від ВІЛ-інфікованих жінок народилося 100 дітей, з них живими – 99. Проведено профілактичне АРВ лікування 97 (97,9%) новонародженим (у 2015 р. – 98,4%).

У 3 (3,93%) випадках ВІЛ-інфікованим вагітним профілактична АРТ не проведена: не перебували на обліку – 2 жінки (у

2015 р. – 6 (8,7%); відмовилась – 1. З метою ранньої діагностики ВІЛ, методом ПЛР було обстежено 80 (80,1%) дітей, які були народжені ВІЛ-інфікованими матерями у 2016 р. Результат на ВІЛ двічі позитивний виявився у 3 (2,4%) дітей з причин: низької прихильності матері до АРТ під час вагітності – у 2; високим вірусним навантаженням ВІЛ у вагітної перед початком АРТ – в 1.

Висновки. Проведений аналіз свідчить про високу ефективність АРТ ВІЛ-інфікованих вагітних з метою запобігання трансмісії вірусу до плоду і дитини (у 97,9%). На вірогідність трансмісії впливає прихильність жінки до АРТ і вірусне навантаження під час вагітності. Оцінка ефективності АРТ у інфікованих ВІЛ дітей різних вікових груп є метою нашої подальшої роботи.

Н.В. Сімонова, Ю.В. Донська, А.П. Петулько, Т.О. Лоскутова,
О.О. Волікова, А.А. Гарагуля, Т.М. Панікова, І.І. Петрашенко

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІЙНОГО ВАГІНОЗУ

Медична академія, м. Дніпро

Актуальність. Бактерійний вагіноз – дуже поширене захворювання серед жінок. І хоча сама хвороба не вважається серйозною, велику небезпеку становлять її ускладнення.

Мета роботи. Дослідити ефективність використання супозиторіїв флуомізин і гінофлор при лікуванні бактерійного вагінозу.

Матеріали і методи. У проведенні порівняльного лікування брало участь 58 жінок віком від 45 до 53 років. На момент відбору в групі дослідження тривалість захворювання у жінок складала від 14 днів до 2 міс. Обов'язковою умовою була відсутність супутніх захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ).

1-шу групу дослідження склали 30 пацієнток з рецидивним бактерійним вагінозом, яким було призначено двохетапне лікування свічками з метронідазолом на 10 днів, потім як пробіотик використовувався ацидолакт місцево ще 14 днів. 2-гу групу склали 28 пацієнток з таким же діагнозом, для лікування яких

використали флуомізін 12 днів щодня і другим етапом для відновлення рівноваги мікрофлори піхви застосовували препарат з естрогенним компонентом, що містить лактобактерії, – гінофлор протягом 14 днів.

Для усіх пацієнок використовувався вагінальний шлях лікування, оскільки в результаті численних досліджень було встановлено, що місцева монотерапія бактерійного вагінозу за ефективністю не поступається пероральній терапії.

Для 27 (90%) пацієнок 1-ї групи і 28 (100%) – 2-ї були характерні скарги на патологічні виділення зі статевих шляхів рідкої консистенції, білого або з сіруватим відтінком кольору, з неприємним запахом. Наявність дискомфорту в ділянці статевих органів відмічали відповідно 12 (40%) і 14 (50%) жінок. Позитивний аміновий тест і підвищення рівня рН у 26 і 24 випадках відповідно.

Результати і їх обговорення. Через 10 днів після закінчення терапії була проведена комплексна оцінка суб'єктивних і клініко-лабораторних даних.

Оцінюючи характер суб'єктивних скарг було відмічено таке: уже через 4 дні 22 пацієнтки 2-ї групи відмітили значне зменшення виділень, відсутність неприємного запаху і дискомфорту, тоді як тільки 15 пацієнок 1-ї групи до 6-го дня лікування відмітили поліпшення стану, а у 4 пацієнок посилювався свербіж, з'явилася гіперемія і набряклість слизової оболонки піхви, сирнисті вагінальні виділення внаслідок загострення кандидозу, і до схеми лікування довелося долучити пероральний антимікотик.

Після закінчення лікування у 6 (20%) пацієнок 1-ї групи виділення з піхви продовжували мати вершкоподібну консистенцію і неприємний “риб'ячий” запах, характерний для бактерійного вагінозу, також у 3 (10%) був позитивний амінотест, при проведенні контрольної мікроскопії у цих пацієнок виявлені в мазках “ключові клітини”.

Таких клініко-лабораторних даних не було у жодної з пацієнок 2-ї групи. Після закінчення лікування у 1-ій групі 6 пацієнок змушені були продовжити подальше лікування, у 24 – було діагностовано клінічне одужання. У 2-ій групі клінічно здоровими було визнано усіх 28 жінок.

Також привертало увагу те, що в усіх пацієнок 2-ї групи після закінчення лікування було досягнуто нормалізації

показників лактобактерій на рівні 10^5 - 10^8 КУО/мл, а у пацієток 1-ї групи цей показник був лише у 12 (40%). Пацієтки, що одужали, знаходилися під наглядом протягом 3 міс. для контролю можливих рецидивів.

Висновки. Ефективність місцевої терапії така ж, як і ефективність прийому системних препаратів, що використовуються для лікування бактерійного вагінозу, й має високі показники безпеки та переносимості. Використання супозиторіїв флуомізину і гінофлору призводить до ерадикації патологічної мікрофлори й значно ефективніше за використання супозиторіїв із вмістом метронідазолу.

Т.В. Телегіна

ЛЕТАЛЬНІСТЬ ПРИ ЛЕПТОСПІРОЗІ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ВПРОДОВЖ 2001-2015 рр.

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Лептоспіроз на сьогодні залишається одним із найактуальніших бактерійних зоонозів, летальність при якому коливається в широких межах. Так, в Україні рівень летальності у різні роки був від 3 до 30%, а в гіперендемичних регіонах, за даними літератури, може сягати 60%.

Мета роботи – вивчити етіологічну структуру лептоспірозу у Львівській області серед пацієнтів, госпіталізованих у Львівську обласну інфекційну клінічну лікарню (ЛОІКЛ) упродовж 2001-2015 рр.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих, які лікувались у ЛОІКЛ у 2001-2015 рр. із діагнозом лептоспірозу.

Результати та обговорення. Впродовж зазначеного періоду на стаціонарному лікуванні з діагнозом лептоспірозу перебувало 422 хворих. У 35 (8,3%) пацієнтів хвороба завершилась летально. Серед померлих етіологічна структура лептоспірозу розподілилась таким чином: *L. icterohaemorrhagiae* – 11 (31,4%) випадків, *L. grippotyphosa* – 3 (8,6%), *L. hebdomadis* – 2 (5,7%), *L. cynopteri* – 2 (5,7%), *L. kabura* – 2 (5,7%), *L. pomona* –

1 (2,9%) випадок. У 14 (40,0%) осіб у реакції мікроаглютинації та лізису результат був негативним, діагноз лептоспірозу встановлено з огляду на епідеміологічний анамнез, типову клінічну симптоматику.

Основними серогрупами, які спричинили хворобу в пацієнтів, що одужали, були: *L. grippotyphosa* – 90 (23,3%), *L. icterohaemorrhagiae* – 85 (21,9%), *L. pomona* – 24 (6,2%), *L. canicola* – 15 (3,9%), *L. hebdomadis* – 13 (3,4%), *L. bataviae* – 8 (2,1%), *L. cynopteri* – 4 (1,0%), *L. kabura* – 3 (0,8%), *L. autumnalis* – 3 (0,8%), *L. javanica* – 2 (0,5%), *L. sejroe* – 2 (0,5%), *L. ballum* – 1 (0,2%). У 26 (6,7%) випадках недугу спричинили одночасно лептоспіри кількох серогруп. Результат у реакції мікроаглютинації та лізису був від'ємним у 125 (32,3%) хворих, діагноз лептоспірозу встановлено та основі анамнестичних і клінічних даних.

Висновки. Упродовж періоду спостережень захворюваність на лептоспіроз у Львівській області залишалася на високому рівні. Домінуюче місце в етіологічній структурі займала *L. icterohaemorrhagiae*, яка спричинила хворобу в 96 (22,7%) випадках, з них – в 11 (11,4%) із летальним завершенням. За даними літератури, основним джерелом цього збудника є щури. А тому для зменшення захворюваності необхідно посилити дератизаційні заходи.

О.В. Усачова, О.В. Рябоконт, О.М. Фірюліна, І.О. Кулеш

МІСЦЕ ЕНТЕРОВІРУСІВ У РОЗВИТКУ ЕКЗАНТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДІТЕЙ І ДОРΟΣЛИХ

Медичний університет,

Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. В останні роки у світі намітилася чітка тенденція до активізації ентеровірусної інфекції (ЕВІ). Серед чисельних клінічних форм ЕВІ виділяють ентеровірусну екзантему і енантему, тобто захворювання, що супроводжуються висипом на шкірі та слизових оболонках ротоглотки.

Мета роботи: визначити місце ентеровірусів (ЕВ) у розвитку захворювань з екзантемою і енантемою з урахуванням їх клініко-епідеміологічних особливостей.

Матеріали і методи. Проаналізовано медичну документацію 29 хворих з екзантемою і/чи енантемою, які знаходилися на лікуванні в ОІКЛ у 2016 р. За результатами визначення РНК ЕВ у калі методом ПЛР (лабораторії молекулярно-генетичних досліджень Запорізького державного медичного університету), ЕВ етіологія захворювання була підтверджена у 16 (55,2%) хворих, а виключена – у 13 (44,8%), які склали групу порівняння.

Результати та обговорення. Аналіз епідеміологічних особливостей ЕВ екзантем показав, що в листопаді 2016 р. був пік захворюваності (7 випадків з 16). Частіше ця форма недуги реєструвалася в неорганізованих дітей раннього (до 3 років) і молодшого (3-6 років) віку.

При порівнянні двох груп пацієнтів з'ясували, що достовірних відмінностей у віковій структурі госпіталізованих не було. Висип більше ніж у половині випадків реєструвався у дітей перших трьох років життя – відповідно у групах 10 (62,5%) і 12 (76,9%) хворих. Найімовірніше така тенденція не характеризує реальну картину частоти ЕВ екзантемних захворювань у пацієнтів різних вікових груп, а більшою мірою обумовлена тяжчим перебігом і необхідністю госпіталізації за клінічними показаннями.

Слід зазначити, що в обох групах пацієнтів відмічені висипання, які переважно мали плямисто-папульозний характер, – у 7 і 8 хворих відповідно; у більшості вони розташовувалися на стопах, кистях і тулубі – у 5 і 5 відповідно. При цьому, частота реєстрації везикульозних елементів висипу була достовірно вищою в групі ЕВІ, ніж у контролі, – у 5 і 1 відповідно ($\chi^2=6,75$, $p<0,02$). А ось у групі неентеровірусних інфекцій на шкірі достовірно частіше відмічалися геморагічні елементи – у 5 проти 1 з ЕВІ ($\chi^2=4,05$, $p<0,05$).

Основними елементами, які мали місце на слизовій оболонці ротоглотки і ротової порожнини пацієнтів, були везикули. Вони відмічені в 10 хворих на ЕВІ і у 6 – на неентеровірусну інфекцію. Крім того, для ЕВІ характерним було переважне розташування везикул на дужках мигдаликів за типом герпангіни, а для неентеровірусної – на слизовій оболонці губ і щік.

Не були відмічені достовірні відмінності в лабораторних даних пацієнтів груп порівняння. Звернули увагу на домінування в загальному аналізі крові хворих обох груп в перші дні лікування нейтрофілозу.

Слід зазначити, що в усіх пацієнтів захворювання мало сприятливий перебіг, і діти з ЕВІ були виписані на $(5,5 \pm 1,6)$ -ий день лікування проти $(5,7 \pm 2,8)$ – групи контролю.

Висновки. ЕВ є поширеними збудниками інфекційної патології з висипом з підйомом захворюваності в осінньому періоді та переважним ураженням пацієнтів раннього віку (понад 50%). Переконливих відмінностей у клінічному перебігу екзантемних захворювань ентеровірусної і неентеровірусної етіології відмічено не було; підозрювати ЕВ природу висипу і енантеми слід за наявності везикульозних елементів на шкірі і слизових оболонках з переважною локалізацією на стопах і долонях, а також – піднебінних дужках.

О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, О.В. Конакова, Т.М. Пахольчук,
А.В. Чаяло

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА КАШЛЮК І РІВЕНЬ ОХОПЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ З 2000 по 2016 рр.

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. На теперішній час кашлюк залишається серйозною проблемою не тільки для України, але і для усього світу. Щороку в країні реєструється 3-4 тис. випадків кашлюку серед дітей, переважно віком до 1 року, в яких хвороба перебігає особливо тяжко з багатьма ускладненнями і несприятливими наслідками.

Мета роботи – провести аналіз захворюваності на кашлюк у дітей різних вікових груп у 2000-2016 рр. відповідно до рівня охоплення вакцинацією проти цієї недуги.

Матеріали і методи. Проаналізовано статистичні дані щодо захворюваності на кашлюк і охоплення профілактичними щепленнями проти кашлюку дітей різних вікових груп, які мешкали у Запорізькій області, за період з 2000 по 2016 рр.

Результати та обговорення. Епідемічні спалахи кашлюку з інтервалами у 2-5 років відмічалися з 2000 по 2009 рр. навіть при високому рівні охоплення вакцинацією. При чергових підйо-

мах захворюваність на кашлюк підвищувалася серед дітей практично в усіх вікових групах до 98,8 на 100 тис. У дітей першого року життя цей показник був вищим у 2-2,5 разу порівняно зі загальною захворюваністю серед дитячого населення області і складав максимально 200,4 на 100 тис. Однак, за останні роки в Україні зареєстровано значне зменшення рівня охоплення вакцинацією в цілому і проти кашлюку зокрема. Так, охоплення дітей першого року життя вакцинальним комплексом проти кашлюку у 2015-2016 рр. знизилось до <20%, порівняно з 54% у 2012 р. і 97% у 2008 р. Це призвело до послаблення колективного імунітету проти цього захворювання. Паралельно наведеним змінам в охопленні вакцинацією проти кашлюка мало місце і різке зростання захворюваності. У 2016 р. цей показник серед дітей став максимальним, порівняно з попередніми роками, і складав 108,83 на 100 тис. Паралельно з цим зареєстровано найбільший за весь період спостереження показник захворюваності на кашлюк у дітей першого року життя, що складав 665,04 на 100 тис. і перевищував у 6 разів загальну захворюваність серед дітей. Саме у цій віковій групі зареєстровано 1 летальний випадок.

Висновки. Епідемічні спалахи кашлюку з інтервалами у 2-5 років відмічалися з 2000 по 2009 рр. навіть при високому рівні охоплення вакцинацією. У Запорізькій області у період з 2010 по 2016 рр. спостерігається зниження рівня охоплення вакцинацією проти кашлюку дитячого населення, що стало причиною значного зростання захворюваності у 2016 р. серед дітей усіх вікових груп. Найбільш інтенсивний підйом захворюваності на кашлюк зареєстровано у дітей першого року життя, яка у 6 разів перевищувала загальну захворюваність серед дітей у 2016 р.

О.О. Фурик, О.В. Рябоконт, Т.Є. Оніщенко, В.Г. Савельєв,
Д.А. Задирака

СТАН ПРОБЛЕМИ ДИРОФІЛЯРІОЗУ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2004-2017 рр.

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Дирофіляріоз – єдиний трансмісивний зоонозний біогельмінтоз в Україні, зумовлений паразитуванням у підшкірній клітковині людини круглих черв'яків роду *Dirofilaria* і

проявляється пухлиноподібним утворенням на різних ділянках тіла, здатним до міграції.

Мета роботи – вивчити особливості перебігу дирофіляріозу в Запорізькій області за 2004-2017 рр.

Матеріали і методи. У Запорізькій області з 2004 по 2017 рр. зареєстровано 162 випадки дирофіляріозу, при цьому 64% – за останні 7 років. На дирофіляріоз хворіли люди різних вікових груп. Серед захворілих 97 (60%) жінок і 65 (40%) чоловіків.

Результати та обговорення. Найбільша кількість випадків зареєстрована в м. Запоріжжі – 90 (50,5%), у м. Бердянську – 24 (15,0%), у м. Мелітополі – 14 (9,0%), по 5 (3,0%) – у містах Токмак, Енергодар, Пологи, по 4 (2,5%) – в Акимівському й Василівському районах, поодинокі випадки у Приморському, Гуляй-Польському, Вольнянському, Куйбишевському, Михайлівському, Кам'яно-Дніпровському районах та в м. Оріхів.

Клінічний прояви мали певні особливості, що зумовлювало складність діагностики у деяких випадках. Первинними діагнозами пацієнтів були: абсцес, фурункул, блефарит, атерома, пухлина, водянка яєчка, ангіоневротичний набряк, апендицит, тромбоемболія вен нижніх кінцівок.

Особливості клінічних проявів були зумовлені локалізацією збудника: у 72 (44,0%) – очі, у 42 (26,0%) – обличчя, у 18 (11,0%) – кінцівки, в 11 (7,0%) – тулуб, у 5 (3,0%) – волосиста частина голови, по 4 (2,5%) – ураження органів калитки та малого тазу, по 3 (2,0%) випадки – молочні залози і пупок.

У всіх випадках було проведено хірургічне видалення гельмінту з наступним лабораторним дослідженням й ідентифікацією *Dirofilaria repens*.

Висновки. Дирофіляріоз – єдиний трансмісивний гельмінтоз, виявлений у Запорізькій області, аналіз захворюваності якого показує чітку тенденцію до зростання, що, ймовірно, обумовлено значним рівнем ураженості мікрофіляріями собак і високою чисельністю переносників – комарів. Клінічні прояви дирофіляріозу різноманітні з переважним ураженням органів зору і обличчя.

Л.А. Ходак, В.І. Браїлко, О.В. Книженко, Н.І. Скрипченко
**ПЕРЕБІГ І НАСЛІДКИ ГЕРПЕСВІРУСНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ
В ДІТЕЙ**

Медична академія післядипломної освіти,
Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня, м. Харків

Актуальність. Вірусний енцефаліт у дітей є актуальною проблемою в інфектології, що пов'язано з його поширеністю, клініко-етіологічним поліморфізмом, тяжкістю перебігу, високою частотою несприятливих наслідків.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 68 дітей віком від 1 міс. до 17 років, що перебували на лікуванні в обласній дитячій інфекційній клінічній лікарні м. Харкова за період 2014-2016 рр. з приводу герпесвірусного енцефаліту (ГЕ). Середній вік хворих склав $(5,8 \pm 0,6)$ року. У 13,2% хворих етіологічним чинником був один з герпесвірусів (HSV-1/2, VZV, EBV, CMV, HHV-6), у 86,8% – спостерігалась асоціація декількох герпесвірусів, частіше CMV і HHV-6. У 79,4% випадків ураження головного мозку було ізольованим, у 16,2% – перебігало у вигляді менінгоенцефаліту, у 4,4% – енцефаломієлополірадикулонейропатії.

Результати та обговорення. Діти у 88,2% випадків надходили у відділення інтенсивної терапії. У 60,3% хворих спостерігався гострий початок недуги з порушення свідомості (психомоторне збудження з галюцинаціями або пригніченням свідомості до коми II-III ступеня), вираженого загально мозкового синдрому (біль голови, блювання, гіперестезія), менінгеальних симптомів (19,5%), стійкої гіпертермії 39-39,5°C (95,1%) й появи вогнищевої неврологічної симптоматики. Судомний синдром з'являвся на висоті гарячки у вигляді генералізованих тоніко-клонічних судом (51,2%) або локальних клонічних судомних нападів (9,7%). У 7 (17,1%) дітей захворювання маніфестувало у вигляді гостро розвиненого набряку головного мозку. Підгострий початок недуги у 39,7% хворих характеризувався повільним наростанням загально мозкових симптомів, появою катарального синдрому і психопатологічних розладів, що випереджали появу неврологічних симптомів. У хворих на вітрянковий енцефаліт розвитку енцефаліту передувала висип, з 6-8-ї доби приєднувались мозочкові й вестибулярні порушення.

У 16,2% пацієнтів спостерігали запальні зміни в цереброспинальній рідині у вигляді двозначного лімфоцитарного плеоцитозу і незначного підвищення вмісту білка. У 100,0% випадків, за даними МРТ головного мозку, відзначали зміни різного ступеня вираження: розширення шлуночкової системи, гіпотрофія кори, вогнища запалення корково-підкоркових ділянок, катаральний набряк слизових оболонок фронтальної, гайморової пазух, клітин гратчастого лабіринту, основної пазухи, гліозні вогнища у білій речовині, стоншення мозолистого тілу, гіперплазія гіпофізу.

Усі діти отримували противірусну терапію препаратами ацикловіру (або ганцикловіру) внутрішньовенно краплинно з подальшим переходом на прийом усередину протягом 14-28 днів: 55,9% – у перші 48 год від початку захворювання, 30,9% – з 3-5-ї доби, 13,2% – після 5-ї доби.

До моменту виписки зі стаціонару в усіх хворих зберігався астено-вегетативний синдром; у 70,6% – легка або помірно виражена неврологічна симптоматика: пірамідні прояви, порушення черепної іннервації, порушення вищих коркових функцій, незначні порушення статичної і координації, мікросимптоматика, зумовлена екстрапірамідною недостатністю, помірна статична атаксія; у 13,2% – грубі порушення вищих коркових функцій, стійкі геміпарези і тяжкі епілептичні пароксизми.

При динамічному огляді через 6 міс. у 12 (17,6%) пацієнтів зберігався грубий неврологічний дефіцит: стійкий судомний синдром (75,0%), гідроцефалія (41,7%), затримка психомоторного (66,7%) і мовного (83,3%) розвитку, стійкі геміпарези (16,7%). 83,3% цих хворих склали діти, що отримували противірусну терапію пізніше 5-ї доби і 16,7% – які почали отримувати противірусну терапію з 3-5-ї доби.

Висновки. Визначальним фактором у перебігу і формуванні несприятливих наслідків ГЕ є терміни початку противірусної терапії. Раннє призначення специфічної противірусної терапії (у перші 48 год від початку захворювання) дозволяє запобігти розвитку грубого неврологічного дефіциту і значно поліпшити якість життя реконвалесцентів.

М.Д. Чемич, О.С. Саєнко, Н.І. Ільїна, Н.О. Капустян
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
РЕЦИДИВНОЇ БЕШИХИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Протягом багатьох років бешиху вважали тяжкою епідемічною хворобою з небезпечними ускладненнями і значною летальністю. У наш час існуючі уявлення про цю недугу суттєво змінилися. Бешиха стала спорадичною малоконтагіозною хворобою. Еволюція відбулась і в клінічному перебігу. Розвиток рецидивів, ускладнень, що призводять до тривалої непрацездатності, в окремих випадках до інвалідизації, зростання захворюваності серед осіб працездатного віку свідчать про те, що ця хвороба не втрачає своєї актуальності й сьогодні.

Мета роботи – вивчити особливості епідеміології і клінічного перебігу сучасної бешихи.

Матеріали і методи. Опрацьовано медичні карти стаціонарних хворих на бешиху, які перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній лікарні ім. З.Й. Красовицького. Використані загальноклінічні та епідеміологічні методи дослідження, статистична обробка отриманих результатів.

Результати та обговорення. Середній вік пацієнтів склав $(41,7 \pm 5,4)$ року. Переважали особи жіночої статі (68,5%). Здебільшого зустрічалась первинна бешиха (64,5%), рецидивна – у 2 рази рідше (32,3%), повторну діагностовано в поодиноких випадках (3,2%). Переважав перебіг хвороби середньої тяжкості (88,7%), тяжкий реєструвався у 7,8 разу рідше (11,3%).

Локалізація патологічного процесу в більшості випадків спостерігалась на нижніх кінцівках (81,1%), на обличчі – у 7,2 разу рідше (11,3%), у незначній кількості хворих – на вушній раковині (1,2%), верхній кінцівці (5,6%) і тулубі (0,8%).

Серед хворих на рецидивну форму недуги чоловіків було у 4,3 разу менше (18,8%), ніж жінок (81,2%). У всіх хворих на рецидивну бешиху локалізація патологічного процесу була на нижніх кінцівках.

Серед клінічних форм переважала еритемна (70,0%). Інші клінічні форми діагностовано у третини госпіталізованих (еритемно-бульозну у 14,5%, еритемно-геморагічну у 8,5%, бульозно-

геморагічну у 7,2%, виразково-некротичну і бульозно-некротичну – по 0,4% хворих).

У пацієнтів з рецидивною бешихою також переважала еритемна форма (71,2%), інші форми – еритемно-бульозна, еритемно-геморагічна, бульозно-геморагічна і виразково-некротична спостерігались у 15,0; 5,3; 5,0 і 2,5% осіб відповідно.

З епідеміологічного анамнезу пацієнтів вдалося встановити декілька провокуючих факторів, які сприяли виникненню захворювання: мікротравми (14,9%), переохолодження (5,6%), стреси (0,8%), укуси комах (1,6%). Провідним провокуючим фактором розвитку рецидиву були мікротравми (31,3%).

У структурі супутньої патології при бешисі переважали: гіпертонічна хвороба (66,5%), ожиріння (45,9%), цукровий діабет (33,9%), мікози стоп (31,8%), варикозна хвороба (21,8%), онкопатологія (4,4%), лімфедема нижніх кінцівок (1,6%). Найчастіше супутні захворювання спостерігались в осіб з рецидивною формою бешихи. Серед ускладнень були хронічна лімфо-венозна недостатність (10,5%), лейкемоїдна реакція за мієлоїдним типом (2,0%), флегмона (0,4%), токсична нефропатія (2,0%).

Висновки. Частіше на рецидивну бешиху хворіли жінки після 40 років. У більшості випадків патологічний процес локалізувався на нижніх кінцівках. Серед клінічних форм переважала еритемна та еритемно-бульозна. Супутня патологія (гіпертонічна хвороба, ожиріння, цукровий діабет, мікози стоп, варикозна хвороба, онкопатологія, лімфедема нижніх кінцівок) здебільшого зустрічалась при рецидивній бешисі. Ускладнення (лімфо-венозна недостатність, лейкемоїдна реакція за мієлоїдним типом, токсична нефропатія) виникають переважно у хворих при рецидивах бешихи.

О.М. Чемич

ЗМІНИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ ПРИ САЛЬМОНЕЛЬОЗІ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛІКУВАННЯ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Сальмонельоз – найпоширеніша кишкова інфекція. Епідемічні спалахи спостерігаються практично в усіх регіонах світу. Актуальною ця хвороба є насамперед для України,

особливо зараз, в умовах зниження економічно-соціального рівня життя.

Мета роботи – визначити вплив лікування на мікробіоценоз кишечника.

Матеріали і методи. Обстежено 189 хворих на сальмонельоз. Середній вік пацієнтів склав $(43,23 \pm 1,22)$ року. Серед обстежених переважали чоловіки. Етіологічним чинником частіше була *S. enteritidis*; *S. typhimurium* виявляли втричі рідше. Госпіталізація хворих відбувалася на $(2,26 \pm 0,08)$ добу. Пацієнти були поділені на 4 групи: CI – отримували базисну терапію; CII – базисну терапію без антибактерійного препарату з додаванням досліджуваного комбінованого пробіотика (живі ліофілізовані *Saccharomyces boulardii* $0,325 \times 10^9$; спори *Lactobacillus sporogenes* (*Bacillus coagulans*) $0,325 \times 10^9$; живі ліофілізовані *Lactobacillus rhamnosus* $0,325 \times 10^9$; живі ліофілізовані *Bifidobacterium longum* $0,325 \times 10^9$); CIII – базисну терапію і досліджуваний комбінований пробіотик; CIV – базисну терапію та інші пробіотики. Крім загальноклінічних обстежень було досліджено мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на $(5,76 \pm 0,16)$ -ту добу з моменту госпіталізації. Групу порівняння склали 44 клініко-анамнестично здорових донори крові з Сумського обласного центру служби крові і трансфузіології віком у середньому $(37,95 \pm 1,72)$ року. Статевий склад цієї групи – по 22 чоловіки і жінки.

Результати та обговорення. При дослідженні мікробіоценозу кишечника в гострому періоді було виявлено, що у хворих усіх груп кількість біфідобактерій, лактобацил і кишкової палички була на два-три порядки меншою, ніж у контрольній групі, при збільшеному на три-шість порядків рівнів інших представників умовно-патогенних мікробів, гемолізуючої кишкової палички та грибів роду *Candida*. Достовірної різниці показників мікробіоценозу при госпіталізації у досліджуваних групах не виявлено.

При виписуванні у групі CI кількість біфідобактерій, лактобацил і загальна кількість кишкової палички дещо зростали, а гемолізуючих, умовно-патогенних мікроорганізмів, грибів роду *Candida* знижалась, проте жодний показник не нормалізувався. Результати були найгіршими, порівняно з іншими групами ($p < 0,05-0,001$).

У групі CIV рівень біфідобактерій і лактобацил мав тенденцію до нормалізації і був вищим, ніж у групі CI, загальна кількість кишкової палички прийшла до норми та зникли гемолізуючі мікроорганізми. Кількість умовно-патогенних мікроорганізмів була нижчою, ніж у групі CI, і достовірно більшою, ніж у групі порівняння та CII, CIII ($p < 0,05-0,001$). Рівень грибів роду *Candida* залишався високим.

У групах CII і CIII рівень біфідобактерій, лактобацил і загальна кількість кишкової палички нормалізувались, достовірної різниці з контрольною групою не було. У групі CIII, де проводили антибактерійну терапію, гемолізуючі мікроорганізми зникали, а у групі CII залишались збільшеними у 5,4 разу ($p < 0,05-0,001$). У групах CII і CIII рівні умовно-патогенних мікроорганізмів та грибів роду *Candida* мали тенденцію до нормалізації й були найнижчими, порівняно з групами CI, CIV ($p < 0,05-0,001$).

Висновки. При використанні комбінованого пробіотика у лікуванні хворих на сальмонельоз зменшується виразність запально-деструктивних змін у шлунково-кишковому тракті і ознак дисбактеріозу кишечника. Найшвидше нормалізується мікробіоценоз у пацієнтів, які отримували досліджувальний пробіотик. Тенденція до нормалізації спостерігається в осіб, пролікованих іншими пробіотиками. Найгірші показники отримані при базисній терапії.

К.І. Чепілко, І.М. Мотузюк, Ю.В. Антонюк, І.Е. Дегтярьова,
Ю.О. Олейнікова

ГЕПАТИТ С І ЗАСТОСУВАННЯ РИТУКСИМАБУ У ПАЦІЄНТІВ З НЕХОДЖКІНСЬКОЮ ЛІМФОМОЮ

Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Актуальність. Пацієнти, уражені вірусом гепатиту С (HCV), схильні до розвитку інфільтратів у кістковому мозку і у тканинах з моноклональними В клітинами, до моноклонального В-лімфоцитозу чи різних типів В-клітинної неходжкінської лімфоми (В-НХЛ). Різні сигнали на молекулярному рівні, такі, як цитокини, зовнішня стимуляція рецепторів лімфоцитів антигенами HCV і

міжклітинні взаємодії, сприяють проліферації В-лімфоцитів. Лімфотропність HCV і хронічна антигенна стимуляція беруть участь у В-клітинному рості, змішаній кріоглобулінемії чи моноклональній гаммапатії, що можуть прогресувати у В-НХЛ. Реплікація HCV у В-лімфоцитах спричинює онкогенний ефект, який опосередкований внутрішньоклітинними білками HCV, і бере участь у важливій індукції реактивних форм кисню, що може призводити до постійного В-клітинного ушкодження, таких як ДНК-мутації. Інфікування HCV може бути одним з етіопатогенетичних факторів розвитку В-НХЛ, при цьому частота випадків зростає в міру збільшення тривалості термінів інфікування.

Мета роботи – проаналізувати особливості хіміотерапії HCV-інфікованих пацієнтів з В-НХЛ із застосуванням ритуксимабу.

Матеріали і методи. У ретроспективне дослідження включено 45 стаціонарних хворих, що пройшли обстеження і лікування в хіміотерапевтичному відділенні НІР м. Києва в період з 2013 по 2015 рр. з В-клітинними агресивними лімфомами I-II стадії. Пацієнти були розділені на 2 групи. 1-шу групу склали 27 осіб з В-клітинною лімфомою і гепатитом С, за наявності специфічних маркерів. Лікування їх здійснювалося за схемою СНОР (циклофосфамід, доксорубіцин, вінкрисдин, преднізолон) з ритуксимабом. 2-гу групу склали 18 пацієнтів з В-клітинною лімфомою без HCV-інфекції, що пройшли курс хіміотерапії за схемою СНОР без застосування ритуксимабу.

Результати та обговорення. Використання хіміотерапії в комбінації з ритуксимабом для лікування В-НХЛ у пацієнтів, інфікованих HCV, може спричиняти печінкову дисфункцію, збільшувати вірусну реплікацію, розвиток фульмінантного гепатиту і виникнення численних ускладнень, особливо у пацієнтів із супутнім гепатитом В або інфікованих ВІЛ, у пацієнтів з гепатоцелюлярною карциномою, цирозом чи печінковим цитолізом.

У пацієнтів обох груп істотних відмінностей за медіаною виживання без прогресування і за загальною медіаною виживання не виявлено. Проте печінкова токсичність, що підтверджувалась маркерами синдрому цитолізу, достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічалась у групі пацієнтів, що отримували хіміотерапію з ритуксимабом – 25,9 проти 16,7%. Чверть пацієнтів, яких лікували ритуксимабом, не змогли завершити курс хіміотерапії з причини наростання печінкової дисфункції або прогресу-

сування захворювання. Предиктивним фактором розвитку тяжкої печінкової токсичності була наявність печінкової дисфункції до початку лікування. Крім того, у 22,2% пацієнтів 1-ї групи після курсу лікування було зафіксовано реактивацію HCV.

Висновки. Викладена проблема є актуальною і необхідною та потребує продовження вивчення. Застосування хіміотерапії за схемою СНОР у комбінації з ритуксимабом для лікування В-НХЛ у пацієнтів, інфікованих HCV, достовірно підвищує печінкову токсичність і збільшує реплікацію вірусу. Погана відповідь на протипухлинну терапію може бути зумовлена багатьма причинами, тому перспективним є пошук альтернативних схем хіміотерапії для пацієнтів з HCV-інфекцією.

Н.В. Шепилева, В.П. Малий

КЛІЩОВІ ІНФЕКЦІЇ: СТАН ПРОБЛЕМИ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Актуальність. Іксодові кліщі (*Ixodes ricinus*) є переносниками багатьох патогенів з різних систематичних груп тваринного світу: вірусів, бактерій і найпростіших. При цьому в організмі кліща відбувається формування складно організованих паразитарних систем. В останні роки ряд авторів повідомляють про появу в країнах Європи і США поєднаних поліморфних осередків, в яких циркулюють до семи різних патогенів людини, що передаються при укусі іксодовими кліщами. Спірохети *Borrelia burgdorferi sensu lato* і грамнегативні внутрішньоклітинні рикетсієподібні мікроорганізми роду *Anaplasma sp.* є найбільш поширеними кліщовими патогенними мікроорганізмами на території Європи.

Цілеспрямовані дослідження Національного інституту США з питань алергології та інфекційних захворювань свідчать, що *Borrelia s. l.* і *Anaplasma sp.* часто формують поєднані осередки в природних умовах і здатні передаватися при укусі кліща як мікст-інфекція. Можливість передачі кліщами змішаних інфекцій стала важливою практичною проблемою, що вимагає всебічного вивчення.

Застосувавши метод ПЛР, ми вперше встановили природну інфікованість кліщів і дрібних ссавців у Харківській області: ерліхіями виявилось інфіковано 1,8% дрібних ссавців і 4,5% кліщів *I. ricinus*, бабезії виявлялися тільки у кліщах (4,5% інфіковано). Отримані епідеміологічні дані дозволили нам припустити наявність на території Харківської області не тільки хвороби Лайма (ХЛ), але й таких кліщових інфекцій, як моноцитарний ерліхіоз людини (МЕЛ) і гранулоцитарний анаплазмоз людини (ГАЛ).

Матеріали і методи. При обстеженні 96 практично здорових донорів крові було встановлено, що антитіла в діагностичних титрах до *Borrelia burgdorferi s. l.*, збудника ХЛ, виявлено в 11,0% випадків, до *Ehrlichia ch.*, збудника МЕЛ, – у 4,2% і до *Anaplasma ph.*, збудника ГАЛ, – в 1,1% випадків. Причому в 3 випадках мала місце мікст-інфекція (ГАЛ + МЕЛ + ХЛ – 1 випадок, МЕЛ + ХЛ – 2 випадки). Це свідчить про значний потенціал природних осередків зазначених інфекцій у Харківській області та високий рівень ризику зараження людей у них.

Результати та обговорення. У період епідеміологічних сезонів 2009-2012 рр. у Центрі діагностики та лікування кліщових інфекцій, який очолює проф. Малий В.П., на базі Харківської обласної клінічної інфекційної лікарні, під наглядом перебувало 146 осіб віком від 18 до 72 років з діагнозом ХЛ. При обстеженні 92 проб сироваток крові цих пацієнтів, діагноз яких підтверджувався серологічно, крім антитіл до *Borrelia burgdorferi s. l.*, були виявлені антитіла в діагностичних титрах до *Anaplasma ph.* у 7,7% випадків, до *Ehrlichia ch.* – у 6,6%, а в 1,0% – одночасно до усіх досліджуваних збудників (*Borrelia* + *Ehrlichia* + *Anaplasma*).

Висновки. Зазначені результати свідчать про те, що ХЛ може перебігати як у вигляді моно-, так і мікст-формах залежно від інфікованості кліщів відповідними збудниками, що ускладнює діагностику кліщових інфекцій та вимагає комплексного підходу до їх лікування. Крім того, при обстеженні осіб, яких кусали кліщі, необхідно проводити детекцію антитіл традиційно не тільки до збудників бореліозу, а й до інших кліщових інфекцій, які не мають патогномонічних клінічних проявів, що ускладнює їх діагностику. Крім того, наслідки цих хвороб до кінця не відомі.

М.І. Шкільна

ОБІЗНАНІСТЬ ЛІСНИКІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ТА ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ ЩОДО ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Лайм-бореліоз – природно-вогнищева трансмісивна інфекційна хвороба, яка спричиняється бореліями, характеризується поліморфізмом клінічних проявів і має схильність до хронічного перебігу. Працівники лісництва належать до професійних груп із високим ризиком зараження.

Восени 2015 р. працівники кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського разом з колегами з Державної Вищої школи ім. Папи Іоанна-Павла II (Біла Підляска, Польща) розпочали реалізацію спільного українсько-польського проекту “Дослідження епідеміології, патогенезу, клініки та профілактики бореліозу” в рамках науково-дослідницьких проектів Європейського Союзу.

Мета роботи – вивчення частоти інфікування бореліями працівників лісових господарств Тернопільської та Житомирської областей.

Під спостереженням було 339 працівників 4 лісових (Бучацького, Кременецького, Тернопільського, Чортківського) і Березанського лісо-мисливського господарств Тернопільщини та 100 – Житомирського і Попільнянського лісових господарств Житомирської області.

Було використано уніфіковану анкету-опитувальник, яку розробили працівники нашої кафедри спільно із науковцями Польщі.

Усі обстежені відповіли на питання анкети, в якій вказали: число та анатомічне місце укусів кліщів, способи їх видалення, проведення обстеження на наявність збудника Лайм-бореліозу, скарги після укусів кліщів, застосування репелентів перед входом у лісову зону, огляд шкірних покривів після виходу з неї тощо.

На основі даних анкет проведено аналіз особистої поінформованості працівників лісових господарств Тернопільської і Житомирської областей та необхідності розширення їх знань щодо Лайм-бореліозу та інших захворювань, які пов’язані з укусом кліщів.

Результати та обговорення. Понад 3 укуси кліщем відмітили 38,3% респондентів Тернопільщини і 43,0% – Житомирщини, на одноразовий укус вказували 19,5 та 14,0%, дворазовий – 13,0 та 15,0% відповідно. Не пам'ятали можливість укусів кліща 29,2 та 28,0% працівників лісових господарств цих областей відповідно.

Тривожним виявився той факт, що лише 6,2% працівників лісових господарств Тернопільської області та 5,6% Житомирської скористалися допомогою медичних працівників для видалення кліща.

Дослідження видалених кліщів на наявність збудника бореліозу не проводилось у 99,4% випадків укусу на Тернопільщині та 95,8% – на Житомирщині.

Найчастіше місцями укусів опитані відзначили живіт (35,0 і 38,9% відповідно), ноги (23,8 і 44,4%) та тулуб спереду (21,7 та 29,2%). Укуси в ділянку рук, шиї і тулуба ззаду згадувались значно рідше. Укус кліщем у голову відмітила лише 1 особа з Тернопільщини та 3 – із Житомирщини.

На противагу 64,0% працівників лісових господарств Тернопільщини, які вважали власні знання щодо бореліозу достатніми, в лісгоспах Житомирщини таких виявилось лише 6,0%. Не застосовують репеленти при виході в лісову зону 87,6% та 79,0% працівників відповідно; шкірні покриви оглядають після виходу з лісу – 71,2 та 85,0% осіб.

Висновки. Дуже низький відсоток (5,6-6,2%) звертань у разі укусу кліща за медичною допомогою, відсутність достатньої поінформованості про Лайм-бореліоз у 36,0% працівників лісових господарств Тернопільської та 94,0% – Житомирської областей та невикористання репелентів (87,6 та 79,0% осіб відповідно) диктують необхідність підвищення рівня санітарно-освітньої роботи серед цих груп ризику.

М.І. Шкільна, Н.А. Васильєва

МІГРУЮЧА ЕРИТЕМА ПРИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗІ: ТЕРМОГРАФІЧНІ ЗМІНИ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Стабільність температури всередині організму утримується через виділення утворюваного тепла у

довкілля, як тільки вона починає перевищувати певний рівень. Більшість тепла виділяється шкірою переважно за рахунок випромінювання. При патологічних станах на шкірі з'являються “гарячі” або “холодні” зони, які частіше зумовлені відповідним посиленням або ослабленням кровопостачання, порушенням інтенсивності місцевих обмінних процесів, що може бути об'єктивно виявлено за допомогою інфрачервоної термографії.

Мета роботи – дослідити термографічну картину мігруючої еритеми при Лайм-бореліозі.

Матеріали і методи. Під спостереженням протягом 2015-2016 рр. знаходилось 22 хворих з мігруючою еритемою (МЕ) (патогномонічний симптом початкового періоду Лайм-бореліозу); віком від 18 до 68 років. Чоловіків було 5 (22,7%), жінок – 17 (77,3%).

Діагноз МЕ встановлювали клінічно. Найчастіші місця укусів кліща – ноги (16), рідше – руки (5), груди й молочні залози (3), спина і попереk (1); у 3 (13,6%) хворих були одночасно укуси різної локалізації. МЕ виникала у місці укусу через 7-30 днів після нього (в 1 випадку через 4 міс.) – утворювалась кільцеподібна червона пляма діаметром не менше 5 см (іноді до 70 см), з просвітленням у центрі або суцільна. Вогнище гаряче на дотик. Деякі пацієнти відмічали свербіж і болючість, іноді спонтанні короткочасні м'язові посмикування навколо еритеми.

Етіологічний зв'язок з Лайм-бореліозом розшифровували у 2 етапи: спочатку у сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА) антитіла класів М і G до антигенів комплексу *Borrelia burgdorferi*, на другому етапі у серопозитивних осіб методом імуноблоту – антитіла до окремих антигенів *B. burgdorferi sensu lato* (*B. afzelii*, *B. burgdorferi sensu stricto* та *B. garinii*) з використанням тест-систем компанії Euroimmun AG (Німеччина) (лабораторія Synevo). Отримані результати інтерпретували згідно з рекомендаціями компанії-виробника. Усього діагноз Лайм-бореліозу лабораторно підтверджено у 19 із 22 (86,4%) обстежених в імуноблоті (сумарно за позитивними результатами IgM, IgG чи обох разом). Найчастіше (60,0%) визначались одночасно антитіла до усіх 3 видів борелій, які шукали.

17 (77,3%) із 22 обстежених осіб мали в анамнезі укуси кліщем – 1-3 рази і більше, інші 5 (22,7%) – не пам'ятали такого протягом життя (з них у 4 – позитивні результати ІФА або імуноблоту).

Результати та обговорення. Термографічне обстеження проводили за допомогою термографа ТІ-120 після теплової адаптації шкірних покривів за загальноприйнятою методикою. Термограму (ТГ) записували у розпал захворювання і в реконвалесценції, як правило, через 1-3,5 міс. Одночасно вогнище ураження фотографували і порівнювали з даними ТГ. Аналіз термограм виконували за допомогою програмного пакету “IRSee Software”.

У гострому періоді МЕ у 7 (31,8%) хворих зареєстровано підвищення температури вогнища порівняно з контролем; різниця температур (ΔT) склала від 0,7 до 3,0°C. У той же час у 5 (22,7%) пацієнтів температура вогнища, навпаки, була нижчою за контроль на 0,6-3,5°C. В інших 10 хворих ця різниця не перевищувала 0,2-0,3°C, що вважають за фізіологічні коливання.

У 2 хворих з “гарячим” вогнищем центральна його частина виявилась на 1-2°C теплішою порівняно з периферією і симетричною ділянкою; ще в 1 – центр “гарячий”, а на периферії вогнища температура не відрізнялася від контролю, хоча на фотознімку, зробленому в той же день, чітко видно межі вогнища. У 4 випадках температура в центрі вогнища була нижчою, ніж на периферії, на 0,3-0,5°C, що не суттєво і не відрізнялося від контрольної ділянки.

У динаміці спостереження у 6 із 11 (54,5%) обстежених термографічні відхилення ще посилювалися, у 3 (27,3%) – залишились без змін і лише у 2 (18,2%) показники вирівнялись порівняно з контрольними.

Достовірної залежності змін температури вогнища від його локалізації не було.

Висновки. У гострому періоді мігруючої еритеми у 54,5% хворих відзначено ті чи інші порушення теплового малюнку шкіри, що свідчить про певні зміни кровопостачання в ураженій ділянці. Термографічні ознаки тривалі. Їх патогенез потребує додаткового вивчення.

Л.Р. Шостакович-Корецька, М.А. Ніколайчук, О.П. Шевченко-
Макаренко, І.В. Будаєва, В.Д. Ткаченко

РІВЕНЬ ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медична академія, Міська клінічна лікарня № 21
ім. проф. Є.Г. Попкової, м. Дніпро

Актуальність. Лікування хворих на хронічний гепатит С (ХГС) є серйозною проблемою сучасної інфектології. Незважаючи на значні успіхи у цьому, багато питань залишаються не вирішеними і потребують подальших досліджень. Основною метою при лікуванні хворих на ХГС є припинення процесів фіброзного переродження печінки, елімінація вірусу і досягнення тривалої терапевтичної ефективності. Ще одним важливим питанням противірусної терапії при ХГС є частота і якість побічних ефектів від медикаментозної терапії. Пошук заходів, які посилюють противірусну дію препаратів і зменшують їх негативний вплив або є предикторами відповіді на противірусну терапію, ведеться майже з початку запровадження специфічної терапії ХГС. У численних наукових роботах була показана активна позитивна роль вітаміну D при різноманітних хворобах, у тому числі й при гострих і хронічних інфекціях. Недостатній рівень вітаміну D в організмі людини призводить до розвитку таких хронічних захворювань, як серцево-судинні, ендокринні, автоімунні, онкологічні, психічні, алергічні. Окремі дослідження показали важливу імуномодулювальну роль вітаміну D при різноманітній інфекційній патології, у тому числі й при ХГС. Але багато питань щодо ролі вітаміну D при ХГС залишаються невирішеними, що спонукало нас до подальших досліджень.

Мета роботи – дослідити рівень вітаміну D (25-ОН-D₃) у хворих на ХГС.

Матеріали і методи. Обстежено 30 хворих на ХГС, які знаходились на лікуванні у КЗ “ДМКЛ № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової ДОР” м. Дніпро (інфекційна лікарня). З них чоловіків – 17 (56,7%), жінок – 13 (43,3%), віком від 31 до 63 років. Діагноз встановлювали на підставі сукупності клінічних і лабораторних даних, згідно з локальними протоколами. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб, серед яких було

15 (50%) чоловіків і 15 (50%) жінок, більшість осіб знаходились у віковому діапазоні 40-43 роки. Рівень 25-ОН- D_3 визначався методом хемілюмінесцентного магнетичного імуноаналізу на аналізаторі Architect i2000, тест-системах АВВОТ Diagnostics (США). Оцінка вітамін D-статусу здійснювалась згідно з класифікацією М.Ф. Holick (2011). Проводили статистичну обробку даних методом варіаційної статистики. Коефіцієнт вірогідності визначали за таблицею Стюдента. Різницю між величинами, які порівнювали, вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Результати дослідження вмісту активної форми вітаміну D_3 (25-ОН- D_3) у хворих на ХГС показали абсолютний ($p < 0,5$) або відносний ($p = 0,5$) дефіцит вітаміну D_3 у половини хворих (16). Дефіцит 25-ОН- D_3 виявлено у 23% (7). У цієї групи пацієнтів спостерігалось зменшення вмісту вітаміну D_3 у 2-3 рази щодо норми ($p < 0,05$). Відносну недостатність вітаміну 25-ОН- D_3 виявлено у частини хворих – 27% (8). У таких осіб зниження 25-ОН- D_3 спостерігалось у приграничних межах (в 1,2-1,3 разу від норми) або вміст цього вітаміну був на нижній межі норми. Нормальний рівень 25-ОН- D_3 (> 20 нг/мл або > 50 нмоль/л) відзначався у решти хворих, що склало половину обстежених з ХГС (15 осіб).

Висновки. Вміст активної форми вітаміну D_3 у хворих на ХГС має різні значення. Так, у половини хворих спостерігається абсолютний або відносний дефіцит вмісту 25-ОН- D_3 , що дозволяє запропонувати застосування офіційних форм вітаміну D у комплексній противірусній терапії ХГС з урахуванням різноманітного позитивного впливу цього вітаміну на метаболізм та імуномодулювального ефекту препарату.

ЗМІСТ

М.А. Андрейчин

**НЕБЕЗПЕЧНА ДИНАМІКА ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ
В УКРАЇНІ 3**

О.П. Адамович, В.М. Кальчук, С.А. Сафонов

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ
КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ 6**

М.А. Андрейчин, Н.А. Ничик, Н.Г. Завіднюк, Я.І. Йосик

НІПАГ-ІНФЕКЦІЯ – НОВА ПРОБЛЕМА 7

*М.А. Андрейчин, М.І. Шкільна, С.О. Никитюк, С.С. Подобівський,
О.М. Марчук, І.М. Кліщ, М.М. Корда*

**ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ БОРЕЛІЙ І АНАПЛАЗМИ У КЛІЩІВ,
ВИЛУЧЕНИХ ВІД МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ 9**

О.Б. Архипенко

**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ РІЗНИХ ГЕНОТИПІВ ВІРУСУ
ГЕПАТИТУ С У НАСЕЛЕННЯ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ..... 11**

Ю.І. Бажора, О.М. Усиченко, К.М. Усиченко

**ВИЗНАЧЕННЯ КОМБІНАЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ
ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С
І ЇХ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ 13**

А.В. Бондаренко, В.М. Козько, О.В. Бондаренко, О.П. Черкасов

**КРОСС-СЕКЦІЙНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОШИРНОСТІ
БАРТОНЕЛЬОЗУ СЕРЕД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ 15**

Н.А. Васильєва, Н.І. Годована, Ю.А. Кравчук

ЛЕПТОСПІРОЗ ВНАСЛІДОК УКУСІВ ГРИЗУНАМИ 17

*Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневська, Я.І. Йосик,
О.А. Герасименко*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ
(за Державною програмою) 19**

*Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневська, Я.І. Йосик,
О.А. Герасименко*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СХЕМ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ
ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ
(за Державною програмою) 21**

<i>О.О. Волікова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин, О.А. Кушнєрова, О.В. Шевельова, І.Г. Кривуля, А.А. Гарагуля, Ю.В. Донська, Н.В. Сімонова, А.П. Петулько, Т.М. Панікова, І.І. Петрашенко</i>	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИНИКНЕННЯ КО-ІНФЕКЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ АЛЕЛЯМИ ЛОКУСУ HLA DRB1	24
<i>О.О. Волікова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин, О.А. Кушнєрова, О.В. Шевельова, І.Г. Кривуля, А.А. Гарагуля, Н.В. Сімонова, Ю.В. Донська, А.П. Петулько, Т.М. Панікова, І.І. Петрашенко</i>	
ІМУНОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ НА ТЛІ КО-ІНФЕКЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ.....	25
<i>Л.А. Волянська, С.В. Євтушенко</i>	
ГЕРПЕТИЧНИЙ ЕНЦЕФАЛІТ У ДИТИНИ НА ТЛІ МАНІ- ФЕСТНОЇ ФОРМИ ХВОРОБИ ЛАЙМА (клінічний випадок)	27
<i>О.Б. Ворожбит</i>	
ПОШИРЕНІСТЬ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПА- ТИТ С ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ПОЗАПЕЧІНКОВИМИ ПРОЯВАМИ	28
<i>Г.А. Гарагуля, О.А. Волікова, А.П. Петулько, В.В. Клоков, О.М. Пеліна</i>	
ПЕРЕБІГ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ТЛІ ВАГІТНОСТІ.....	29
<i>О.Б. Герасун, А.Л. Сороколіт, Т.В. Гриньох, О.Б. Ворожбит</i>	
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕКСПРЕС-ТЕСТУВАНЬ І СЕРОМОНІ- ТОРИНГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У РІЗНИХ ГРУПАХ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	31
<i>О.А. Голубовська, В.М. Маргітич</i>	
МІЖНАРОДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНІСАМІУМУ ЙОДИДУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГРИПУ ТА ІНШИХ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ	33
<i>О.А. Голубовська, А.В. Шкурба, К.І. Чепілко</i>	
ЗНАЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ “ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ” ...	36
<i>І.Л. Горішна, О.М. Дивоняк</i>	
ВИПАДОК ГЕПАТИТУ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ ЯК ПЕРВИННОГО ПРОЯВУ ЕВУ-ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ	38

<i>І.В. Гущук, Р.Р. Драб, Р.В. Сафонов, О.В. Бялковський</i> КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ПРИ ПРОФІЛАКТИЦІ ДИРОФІЛЯ- РІОЗУ В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ	41
<i>Б.М. Дикий, О.Я. Пришляк, О.Є. Кондрин, Н.В. Васкул, О.В. Копчак</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С.....	43
<i>Б.М. Дикий, О.Я. Пришляк, О.Є. Кондрин, Н.П. Гуровська, У.Я. Мазурок</i> КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЦИДИВНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ І ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ.....	45
<i>Ю.В. Донська, Н.В. Сімонова, А.П. Петулько, Т.О. Лоскутова, О.О. Волікова, А.А. Гарагуля, Т.М. Панікова, І.І. Петрашенко</i> ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ВУЛЬВОВАГІНІТУ У ЖІНОК У МЕНОПАУЗІ.....	47
<i>О.А. Дралова, О.В. Усачова, А.В. Чаяло</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ АБДОМІНАЛЬНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ НА ТЛІ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ.....	48
<i>Г.М. Дубинська, Т.І. Коваль, О.В. Даниленко, О.М. Ізюмська, О.В. Сабініна, Т.С. Кириченко, О.Г. Марченко</i> АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХРОНІЧ- НОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАЛЕЖ- НО ВІД ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ CD4+-ЛІМФОЦИТІВ	50
<i>Д.Г. Живиця, В.Г. Казека</i> ВІРУСОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИКИ, НА ФОНІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУ- ВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРОТЯГОМ 48 ТИЖ. СПОСТЕРЕЖЕННЯ	52
<i>Д.Г. Живиця, В.Г. Казека, Л.В. Живиця, Г.Ф. Пономаренко, С.К. Лимар</i> ГОРМОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ...	53
<i>Л.В. Живиця, Д.Г. Живиця, Г.Ф. Пономаренко, С.К. Лимар, Л.Ю. Сіянова, О.В. Царьова, Г.В. Глазунова</i> ІНФОРМАТИВНІСТЬ СКРИНІНГУ НА ГЕПАТИТИ В І С ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ПРИЗОВНИКІВ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	55
<i>Д.А. Задирака, О.В. Рябоконт, О.В. Усачова, О.О. Фурик</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕНТЕРОВІРУСНОГО МЕНІНГІТУ В ДОРΟΣЛИХ І ДІТЕЙ	57

<i>А.М. Задорожний, Н.М. Прикуда, Г.П. Сосна</i> КЛІНІКО-ЕТІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ГНІЙНОГО МЕНІНГІТУ.....	59
<i>І.А. Зайцев, В.В. Потій</i> ОЦІНКА ОБСЯГУ ПОПУЛЯЦІЇ ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ С ДЛЯ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ З МЕТОЮ ВПЛИВУ НА ПОКАЗНИКИ СМЕРТНОСТІ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З КІНЦЕВИМИ СТАДІЯМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ	60
<i>О.О. Зубач</i> СЕЗОННІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПИРОЗУ НА ЛЬВІВЩИНІ ПРОТЯГОМ 2001-2016 рр.	62
<i>Л.А. Іванова, М.Н. Гарас, Р.Ю. Білейчук, О.П. Сингаївська</i> ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИ- КІВ У ВИЯВЛЕННІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ..	63
<i>Л.А. Іванова, М.Н. Гарас, Р.Ю. Білейчук, О.В. Хуторна</i> ВИПАДОК ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ У ПІДЛІТКА	65
<i>Н.О. Іванченко, Ю.Е. Кулітка</i> РЕЗУЛЬТАТИ СЕРОМОНІТОРИНГУ КАШЛЮКУ В ОСІБ З ОЗНАКАМИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАН- НЯ ЛЕГЕНЬ	67
<i>О.Л. Івахів, Н.А. Васильєва, Н.Ю. Вишневська, В.О. Качор, І.С. Іщук</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТІВ З ПРЯМОЮ ПРОТИВІРУСНОЮ ДІЄЮ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	69
<i>В.В. Ільїна</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЕПШТЕЙНА-БАРР- ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СУМЩИНІ.....	71
<i>Н.І. Ільїна, В.В. Ільїна</i> ЕТІОЛОГІЯ І КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ БАКТЕРІЙНОГО МЕНІНГІТУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	72
<i>К.В. Калашник, Ю.Ю. Рябоконь, Д.П. Іпатова</i> АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ З ПРЯМИМ МЕХАНІЗМОМ ДІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З РІЗНИМИ ГЕНОТИПАМИ ВІРУСУ	74
<i>В.Т. Кірієнко, В.І. Трихліб, В.В. Потій, В.В. Грушкевич, А.М. Вишнягов, К.С. Рихальська</i> НЕЦИРОТИЧНИЙ ФІБРОЗ ПЕЧІНКИ – ВИПАДОК З ПРАКТИКИ..	76

<i>В.Ю. Ключ, А.О. Руденко</i>	
КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ. ПЕРСПЕКТИВИ СЬОГОДЕННЯ	78
<i>В.М. Козько, Г.І. Градиль, О.І. Могиленець, П.В. Нартов, А.Ю. Дудник</i>	
ГРИП А (H1N1) pdm: ДОДОБОВА ЛЕТАЛЬНІСТЬ У СТАЦІОНА- РІ. ЛІМФОЦИТОПЕНІЯ ЯК МАРКЕР ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ.....	81
<i>Я.В. Колесник, Т.С. Жаркова, І.О. Харун, О.Г. Сорокіна</i>	
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛІМФОЦИТІВ КРОВІ ХВОРИХ З НЕСПРИЯТЛИВИМ ПЕРЕБІГОМ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ, ЗУМОВЛЕНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР	83
<i>Ю.В. Копча</i>	
ТЕРМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ.....	85
<i>С.В. Кузнєцов, А.М. Татаркіна, Т.Г. Вовк, Т.С. Копійченко, Л.А. Білоконова, Н.В. Онопко, Л.М. Глебова, Л.М. Сушко</i>	
КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКО- ВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ МАТЕРЯМИ З TORCH-КОМПЛЕКС АСОЦІАЦІЯМИ.....	87
<i>О.А. Кушнєрова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин, О.О. Волікова, О.В. Шевельова, О.С. Рєзнік</i>	
АНАЛІЗ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІ- ЄНТІВ ІЗ СУПУТНІМ ІНФІКУВАННЯМ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА- БАРР.....	89
<i>А.Г. Лішневська, М.Д. Чемич</i>	
ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХРОНІЧ- НОГО ГЕПАТИТУ С ВІД АВТОІМУННОГО СТАТУСУ ХВОРИХ.....	90
<i>Н.Г. Малиш</i>	
ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ	92
<i>Г.Б. Матейко, Л.В. Антонюк</i>	
ДІАГНОСТИКА СТЕАТОГЕПАТОЗУ В ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	94
<i>Л.П. Мельник, Н.А. Васильєва, Л.А. Грищук, М.І. Шкільна</i>	
ПОЄДНАНИЙ ПЕРЕБІГ САРКОЇДОЗУ І ЛЯМБЛІОЗУ	96
<i>Л.В. Мороз, Ю. Алхазов, Н. Абдуллаєва, О.С. Андросова</i>	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БЕЗІНТЕРФЕРОНОВИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С.....	97

<i>Л.В. Мороз, Ельчин Мамедогли Гусейнов</i> СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ГОСТРОГО БРУЦЕЛЬОЗУ В РЕСПУБЛІЦІ АЗЕРБАЙДЖАН	99
<i>Л.В. Мороз, Ельтун Енгібар Огли Мусаєв, О.А. Гайдук</i> ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧ- НОГО ГЕПАТИТУ С.....	101
<i>В.Д. Москалюк, М.О. Андрущак, М.О. Соколенко</i> МАРКЕРИ УШКОДЖЕННЯ НИРОК У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ	103
<i>В.Д. Москалюк, Х.І. Возна, О.І. Голяр, І.В. Баланюк, Т.Р. Колотило</i> ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ШВИДКОСТІ РІЗНИЦІ ПОТЕНЦІАЛІВ У ПЕРІОД РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ ШЛУНОЧ- КІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ	104
<i>В.Д. Москалюк, О.І. Голяр, І.В. Баланюк, Х.І. Возна</i> АЕРОЗОЛЬНА ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ГРИП В ...	106
<i>В.Д. Москалюк, Т.Р. Колотило, Х.І. Возна</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ХВОРОБИ ЛАЙМА НА БУКОВИНІ ЗА 2016 р. СТАН ХВОРИХ ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСНОВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ТА УСКЛАДНЕНЬ..	108
<i>В.Д. Москалюк, М.О. Соколенко, А.А. Соколенко, М.О. Андрущак, І.В. Баланюк</i> ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-АСО- ЦІЙОВАНІ ГЕРПЕТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ	109
<i>Т.І. Навет, Л.А. Ходак, В.І. Браїлко, О.В. Кніженко, Н.І. Скрипченко</i> ПРОГНОЗ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ПОЛІНЕЙРОПАТІЯХ У ДІТЕЙ ...	111
<i>Н.А. Ничик, А.Я. Корбило, Я.В. Корбило, Н.Г. Завіднюк</i> ЗМІНИ У СТРУКТУРІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ НА БЕРЕЖАНЩИНІ	113
<i>Є.С. Ольховський, С.В. Кузнєцов, О.М. Ольховська</i> ВПЛИВ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПЕРЕБІГ ЕШЕРИХІОЗУ В ДІТЕЙ	114
<i>Н.В. Оніщенко, О.В. Рябоконт, О.М. Фірюліна</i> КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ОПЕ- РІЗУВАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ	116

<i>Т.Є. Оніщенко, О.В. Рябоконт, В.Г. Савельєв, І.Б. Іванова, О.М. Фірюліна</i>	
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАВІЗНОЇ МАЛЯРІЇ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ (за матеріалами Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні)	118
<i>А.Я. Орфін</i>	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ МЕНІНГІТУ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014-2017 рр.	120
<i>С.М. Панкратов, О.С. Литвинова, О.М. Фядін</i>	
ДО ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ І КЛІНІКИ ЛЕПТОСПІРОЗУ НА ХЕРСОНЩИНІ	122
<i>Т.М. Пахольчук, О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, Т.Б. Матвеева, В.В. Печугіна, І.В. Берестова, А.В. Штіблер</i>	
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНВА- ЗИВНИХ ДІАРЕЙ, СПРИЧИНЕНИХ <i>ESCHERICHIA COLI</i>, У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ	124
<i>В.В. Потій, І.А. Зайцев, В.Т. Кірієнко</i>	
ЗАЛЕЖНІСТЬ ГІСТОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ХРОНІЧ- НОМУ ГЕПАТИТІ С ВІД ВІКУ Й СТАТІ ХВОРОГО (за даними неінвазивних тестів).....	126
<i>В.В. Потій, І.А. Зайцев, В.Т. Кірієнко</i>	
ЗВ'ЯЗОК МІЖ ФІБРОЗОМ ПЕЧІНКИ Й ГІСТОЛОГІЧНОЮ АКТИВНІСТЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С (за результатами неінвазивних тестів і біопсій)	127
<i>О.Я. Пришляк, Е.Ю. Винник, О.Є. Кондрин, О.П. Бойчук, Н.В. Васкул</i>	
ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ СЕРЕД ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ.....	129
<i>О.Я. Пришляк, А.Л. Процик, О.Є. Кондрин, О.П. Бойчук</i>	
АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕ- БІГУ КОМБІНОВАНИХ ПАРАЗИТОЗІВ	130
<i>О.В. Прокопів, Н.М. Прикуда, І.О. Залозний, В.В. Білавка</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ФОРМ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.....	132

<i>Г.О. Ревенко, В.В. Маврутенков, О.В. Кузьменко, М.В. Кравчук, М.В. Байдаченко, Н.А. Стороженко</i>	
РІВЕНЬ ОХОПЛЕННЯ ІМУНІЗАЦІЄЮ НАСЕЛЕННЯ ДНІПРО- ПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПРОТИ ДЕЯКИХ ВАКЦИНОКОНТРО- ЛЬОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ.....	134
<i>К.С. Рихальська, В.І. Трихліб, В.Т. Кірієнко, В.В. Грушкевич, В.Ф. Сморгунова</i>	
ДІАГНОСТИЧНО ТЯЖКИЙ ВИПАДОК В ОСОБИ, ЯКА ПОВЕРНУЛАСЬ З ТРОПІЧНОЇ КРАЇНИ.....	136
<i>А.О. Руденко, Л.В. Муравська, П.А. Дьяченко, Б.А. Пархомець, В.Ю. Ключ</i>	
НИЗЬКОМОЛЕКУЛЯРНИЙ ІНДУКТОР ЕНДОГЕННОГО ІНТЕР- ФЕРОНУ В ТЕРАПІЇ ГЕРПЕСВІРУСНИХ УРАЖЕНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	139
<i>О.В. Рябоконт, О.В. Усачова, Р.М. Гінзбург, Т.М. Пахольчук, В.В. Пругло, Т.Б. Матвеева, О.М. Кармазь</i>	
КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕШЕРИХІОЗУ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ (за даними Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні)	142
<i>Ю.Ю. Рябоконт</i>	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ ТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЗІ ЗМІНАМИ ОРГАНОНЕСПЕЦИФІЧНИХ АВТОАНТИТІЛ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	144
<i>Є.А. Сіліна, О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова, І.В. Попова, В.П. Душейко</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНС- МІСІЇ ВІЛ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	145
<i>Н.В. Сімонова, Ю.В. Донська, А.П. Петулько, Т.О. Лоскутова, О.О. Волікова, А.А. Гарагуля, Т.М. Панікова, І.І. Петрашенко</i>	
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІЙНОГО ВАГІНОЗУ	147
<i>Т.В. Телегіна</i>	
ЛЕТАЛЬНІСТЬ ПРИ ЛЕПТОСПІРОЗІ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ВПРОДОВЖ 2001-2015 рр.	149
<i>О.В. Усачова, О.В. Рябоконт, О.М. Фірюліна, І.О. Кулеш</i>	
МІСЦЕ ЕНТЕРОВІРУСІВ У РОЗВИТКУ ЕКЗАНТЕМНИХ ЗАХВО- РЮВАНЬ ДІТЕЙ І ДОРΟΣЛИХ.....	150

<i>О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, О.В. Конакова, Т.М. Пахольчук, А.В. Чаяло</i> ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КАШЛЮК І РІВЕНЬ ОХОП- ЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ З 2000 по 2016 рр.	152
<i>О.О. Фурик, О.В. Рябоконт, Т.Є. Оніщенко, В.Г. Савельєв, Д.А. Задирака</i> СТАН ПРОБЛЕМИ ДИРОФІЛЯРІОЗУ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2004-2017 рр.....	153
<i>Л.А. Ходак, В.І. Браїлко, О.В. Книженко, Н.І. Скріпченко</i> ПЕРЕБІГ І НАСЛІДКИ ГЕРПЕСВІРУСНОГО ЕНЦЕФАЛІТУ В ДІТЕЙ.....	155
<i>М.Д. Чемич, О.С. Саєнко, Н.І. Ільїна, Н.О. Капустян</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЦИДИВ- НОЇ БЕШИХИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	157
<i>О.М. Чемич</i> ЗМІНИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ ПРИ САЛЬМО- НЕЛЬОЗІ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛІКУВАННЯ	158
<i>К.І. Чепілко, І.М. Мотузюк, Ю.В. Антонюк, І.Е Дегтярєва, Ю.О. Олейнікова</i> ГЕПАТИТ С І ЗАСТОСУВАННЯ РИТУКСИМАБУ У ПАЦІЄНТІВ З НЕХОДЖКІНСЬКОЮ ЛІМФОМОЮ.....	160
<i>Н.В. Шепилєва, В.П. Малий</i> КЛІЩОВІ ІНФЕКЦІЇ: СТАН ПРОБЛЕМИ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	162
<i>М.І. Шкільна</i> ОБІЗНАНІСТЬ ЛІСНИКІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ТА ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ ЩОДО ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ.....	164
<i>М.І. Шкільна, Н.А. Васильєва</i> МІГРУЮЧА ЕРИТЕМА ПРИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗІ: ТЕРМОГРА- ФІЧНІ ЗМІНИ.....	165
<i>Л.Р. Шостакович-Корецька, М.А. Ніколайчук, О.П. Шевченко- Макаренко, І.В. Будаєва, В.Д. Ткаченко</i> РІВЕНЬ ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	168

Відповідальний за випуск *О.Л. Івахів*
Комп'ютерна верстка *Ірина Петрикович*
Художнє оформлення *Павло Кушик*

Підписано до друку 18.09.2017. Формат 60×84¹/₁₆
Папір офсетний. Гарнітура Antiqua. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 10,5. Обл.-вид. арк. 11,2.
Наклад 300 прим. Зам № 234.

Видавець і виготівник
Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна

Свідоцтво про внесення
до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 348 від 02.03.2001 р.