

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

**СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ,
ЛІКУВАЛЬНІ І ПРОФІЛАКТИЧНІ
ТЕХНОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ
ІНФЕКЦІОНІСТА**

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

(4-5 жовтня 2018 року, м. Чернівці)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2018

УДК 616.9-07 / -08(063)

С 91

Редакційна колегія:

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

М.А. Андрейчин, М.І. Шкільна, О.Л. Івахів, М.Т. Гук,
Н.А. Ничик

АНАПЛАЗМОЗ У ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ

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

Актуальність. Вперше випадки гарячки в пацієнтів, що зазнали нападів кліщів, описані в 90-их роках минулого століття у США. У гранулоцитах крові хворих виявили специфічні тільця, що й послужило назві недуги гранулоцитарний анаплазмоз людини (ГАЛ). В Європі ГАЛ вперше діагностовано в 1998 р. у Словаччині, згодом випадки цієї хвороби почали реєструвати й в інших країнах континенту, зокрема в Україні (В.П. Малий і співавт., 2010). Спричинюють недугу грамнегативні бактерії *Anaplasma phagocytophilum* з роду *Rickettsiales*, родини *Anaplasmatacea*. Встановлено, що збудник передається людині лише при укусах іксодовими кліщами. Резервуаром анаплазм у природі є дикі гризуни, а також собаки, коні та деякі інші тварини, однак для людини вони безпосередньої небезпеки не становлять.

Анаплазмоз у людей відзначається значним різноманіттям клінічних проявів – від безсимптомного перебігу до тяжких форм, коли у патологічний процес втягаються майже усі органи і системи організму. Для етіологічної діагностики ГАЛ використовують прямі (детекція збудника чи його ДНК) і непрямі (визначення специфічних антитіл) методи дослідження, матеріалом слугують кров і спинномозкова рідина (за клінічними показаннями для проведення спинномозкової пункції).

Мета роботи. Встановити частоту інфікування *A. phagocytophilum* мешканців Тернопільської області, використавши метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у реальному часі.

Матеріали і методи. Обстежено дві групи пацієнтів, разом 178 осіб, чоловіків – 68 (38,2%), жінок – 110 (61,8%). Першу групу склали 168 пацієнтів, які лікувались з приводу різних недуг амбулаторно чи стаціонарно в Тернопільських обласних клінічних шкірно-венерологічному, психоневрологічному, протитуберку-

льозному диспансерах та Університетській лікарні, в анамнезі у частини були укуси кліщами. У другу групу ввійшли 10 пацієнтів, які зазнали лише нападу кліщів, проте жодних клінічних проявів захворювань не мали і на час огляду вважалися практично здоровими. Їх обстежили протягом першого тижня після укусу кліща.

ДНК *A. phagocytophilum* визначали за допомогою ПЛР у крові, а за наявності ознак ураження центральної нервової системи – ще й у лікворі.

Результати та обговорення. ДНК *A. phagocytophilum* виявлено в 11 (6,5%) пацієнтів першої групи. З них 4 лікувалися з приводу саркоїдозу легень, 3 – мігруючої еритеми нижніх кінцівок, 3 – ураження суглобів (артралгії), 1 – ураження серцево-судинної системи (міокардит з порушенням ритму за типом миготливої аритмії), 1 хворий з менінгітом неясної етіології з цефалгічним і церебрастенічними синдромами, в якого нуклеїнову кислоту *A. phagocytophilum* виявлено в лікворі, за відсутності її у крові. Мабуть, у зазначених вище випадках мала місце мікст-патологія, коли клінічні прояви основних захворювань маскували ознаки ГАЛ.

ДНК *A. phagocytophilum* знайдено у сироватці крові 1 пацієнта другої групи. Ці дані співзвучні з результатами іноземних дослідників, які відзначають можливість виявлення генетичного матеріалу збудників у 70-90% випадків у перші дні після укусу інфікованими кліщами.

Висновок. При скринінговому обстеженні населення Тернопільської області збудник анаплазмозу виявлено у 7,1% пацієнтів різних лікарень м. Тернополя та в 1 з 10 здорових осіб, що зазнали нападу кліщів. Вперше на території Тернопільської області знайдено ДНК *A. phagocytophilum* у лікворі пацієнта. Наведені результати свідчать про значне розповсюдження ГАЛ на Тернопільщині й низьку поінформованість лікарів щодо цієї недуги.

М.О. Андрущак, В.Д. Москалюк, В.Д. Сорохан, М.О. Соколенко

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ УРАЖЕННЯ НИРОК У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. У світовій науковій літературі виділяють фактори, що асоціюються з ураженням нирок при ВІЛ-інфекції: наявність хвороби нирок в анамнезі, неконтрольована ВІЛ-інфекція, час перебування на антиретровірусній терапії (АРТ), старший вік, жіноча стать, африканське походження (APOL1 генетичний варіант), кількість CD4⁺-лімфоцитів <200 кл./мл, а також використання нефротоксичних препаратів.

Мета роботи – проаналізувати клінічні варіанти ураження нирок у ВІЛ-інфікованих.

Матеріали і методи. 48 хворих на ВІЛ-інфекцію, які перебували під амбулаторним спостереженням у Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Результати та обговорення. При аналізі клінічних варіантів ураження нирок у пацієнтів з протеїнурією (ПУ) у нашому дослідженні каналцеву дисфункцію відзначали у 31 (64,6%) особи, гломерулярні ураження – у 17 (35,4%). Хронічні тубулоінтерстиційні захворювання нирок характеризувалися мінімальною або незначною ПУ, і тільки у 4 пацієнтів вона перевищувала 1 г/добу. Ізольована ПУ спостерігалася у 9 випадках, але у більшості осіб ПУ поєднувалася зі змінами в осаді сечі. Так, ПУ супроводжувалася гематурією, представленою ізоморфними еритроцитами, і лейкоцитурією у 8 хворих, гематурією – у 2 і лейкоцитурією – у 4 випадках.

При тубулоінтерстиційних захворюваннях порівняно з гломерулярною патологією нирок достовірно рідше реєстрували порушення функції нирок, а також артеріальну гіпертензію.

Гломерулярне ураження нирок характеризувалося значно нижчою швидкістю клубочкової фільтрації. Відповідно тільки в 1 особи з гломерулярним ураженням швидкість клубочкової фільтрації перевищувала 90 мл/хв/1,73 м², що різко поступалося відповідній частоті цієї ознаки при тубулоінтерстиційній патології. При цьому кінцева стадія хронічної хвороби нирок мала місце у 3 пацієнтів, 2 з яких рекомендували замісну ниркову терапію програмним гемодіалізом.

При гломерулярному пошкодженні нирок відзначали ще й суттєво вищий рівень ПУ. При цьому у 8 пацієнтів він перевищував 3,0 г/добу. При цьому в більшості випадків відзначали мікрогематурію, представлену дисморфними еритроцитами, тоді як епізодичну макрогематурію спостерігали у 2 хворих.

У 7 пацієнтів діагностували нефротичний і у 5 – гострий нефритичний синдроми. Примітно, що зазначені синдроми не встановлені у жодного представника групи з тубулоінтерстиційним захворюванням.

Висновки. Таким чином, клінічні прояви ураження нирок в обстежених хворих збігаються з характерними для тих або інших варіантів патології в загальній популяції нефрологічних пацієнтів.

І.В. Баланюк, І.В. Рудан, А.М. Сокол

ТИПИ АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. ВІЛ-інфекція на початку ХХІ століття охопила країни усіх континентів і стала реальною загрозою життю кожної людини.

Світова пандемія ВІЛ-інфекції торкнулась і України. За темпами розвитку ВІЛ-епідемії Україна займає перше місце в Європі. Особливо високими темпами хвороба прогресує у підлітковому віці на фоні загального зниження резистентності організму в період статевого дозрівання.

У хворих на невиліковні нозології, зокрема на ВІЛ-інфекцію, існує високий ризик здійснення спонтанних, необдуманих, часто життєво небезпечних проступків (навмисного зараження, суїцид, нехтування своїм здоров'ям тощо). Це явище пояснюється психотравмуючою дією хвороби. Одним з методів передбачення поведінки хворого є вивчення особливостей динаміки характеру індивіда у вигляді його акцентуацій.

Мета роботи. Дослідити неспсихотичні психічні та поведінкові розлади у хворих на ВІЛ-інфекцію.

Матеріали і методи. У дослідження включено 33 хворих на ВІЛ-інфекцію в I-IV клінічній стадіях із застосуванням тесту

типу особистості (Leongard) шкали тривоги та депресії HADS. Результати тесту оцінено за десятьма типами акцентуації характеру (TAX). Статистичну обробку здійснювали за програмою Statistic. Дослідження проведено на базі інфекційного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні.

Результати та обговорення. У дослідження включали пацієнтів обох статей: 16 (48%) – чоловіків і 17 (52%) – жінок. Обстежена група, 33 хворих віком від 18 до 35 років, розподілена на 4 клінічні стадії недуги, а саме – у I перебували 6% (2) осіб, у II – 46% (15), у III – 30% (10) і у IV – 18% (6) осіб. Хворі розподілені на 4 групи за клінічними ознаками. Тривожно-фобічні розлади (ТФР) були у 49% (16) осіб, які склали найбільшу частку серед обстежених. Тривожно-депресивні розлади (ТДР) виявлено у 30% (10) осіб. Депресивні розлади (ДР) спостерігали у 15% (5) осіб. Найменшу групу, четверту, склали 6% (2) пацієнтів зі змішаними розладами поведінки і емоцій (ЗРПІЕ) за МКХ-10.

Астенія, апатія, зниження пам'яті, працездатності, соціальних зв'язків (друзі, рідні, робота), наявності страху, хвороби та її наслідків виявлено у хворих I та II клінічних стадій. В осіб, які перебували у II клінічній стадії, до перерахованих симптомів приєднувалися obsесивно-компульсивні розлади. Хворі III клінічної стадії із афективними розладами, а саме тривожними, тривожно-депресивними та змішаними депресивними симптомами виказували суїцидальні думки і наміри.

У хворих III і IV клінічних стадій депресивні стани доходили до ажитації, гніву, паніки із проявами змішаного розладу поведінки та емоцій, які заважали їх подальшій соціалізації та погіршували якість життя.

Висновок. У хворих на ВІЛ-інфекцію виявлено стійкі, поєднані акцентуації характеру та психічні розлади афективної сфери, а саме: тривожно-фобічні – у 49% осіб, тривожно-депресивні – у 30% обстежених, депресивні із суїцидальними тенденціями – у 15% осіб і змішаний розлад поведінки та емоцій – у 6% осіб. У хворих на ВІЛ-інфекцію спостерігається поєднана патологія, а саме – імунодефіцитні та психічні порушення.

В.А. Боднар, Г.М. Дубинська, Н.О. Прийменко,
Т.М. Котелевська, Л.А. Боднар

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГРИП-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Актуальність. Грип є найбільш поширеним і масовим інфекційним захворюванням на земній кулі. При цьому смертність від грипу та його ускладнень займає перше місце серед усіх інфекційних захворювань. Доведено, що пневмонія залишається основною причиною госпіталізації і смертності при грипі й тому є дуже складною проблемою охорони здоров'я в усьому світі, у тому числі в розвинених країнах.

Мета роботи – проаналізувати поширеність і охарактеризувати клінічний перебіг пневмонії, яка ускладнювала грип, у Полтавській області.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети проаналізували дані офіційної звітної документації та карти стаціонарних хворих з лабораторно підтвердженим діагнозом грипу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні (ПОКІЛ) за період з 2016 по 2017 рр. Більш детально обстежили 68 пацієнтів з пневмонією, яка ускладнювала перебіг грипу.

Діагноз грипу та пневмонії встановлювали з урахуванням епідеміологічних, клініко-лабораторних та інструментальних даних, результатів серологічних і молекулярно-біологічних досліджень.

Результати та обговорення. Встановлено, що у 2017 р., порівняно з 2016 р., у Полтавській області зареєстровано в 6 разів менше випадків грипу, про що опосередковано свідчила і кількість госпіталізованих хворих з цією патологією в ПОКІЛ. Але, незважаючи на це, частота розвитку пневмонії, яка ускладнювала перебіг грипу, за даними ПОКІЛ, залишалася на стабільно високому рівні (20,84% у 2016 р. і 20,19% у 2017 р.).

Продемонстровано, що клінічний перебіг пневмонії, яка ускладнювала грип, мав особливості, які проявлялися вже в початковому періоді захворювання, з переважанням ознак загальноінтоксикаційного синдрому та гіпертермії (100,0%). Це

могло маскувати симптоми раннього розвитку пневмонії і обумовлювати госпіталізацію хворих у більш пізні терміни.

Практично у половини пацієнтів реєстрували двобічний запальний процес (44,12%), при цьому фізикальні зміни (аускультативна картина пневмонії і зниження пульсової сатурації кисню) передували рентгенологічним змінам. Перебіг пневмонії у значної кількості хворих був тяжким (47,06%) з необхідністю в кисневій терапії. При бактеріологічному дослідженні мокротиння у пацієнтів з пневмонією при грипі частіше ідентифікували такі патогени, як *Streptococcus pneumoniae* і *Staphylococcus aureus*.

Висновки. Проведені дослідження показали, що, незважаючи на суттєве зниження захворюваності на грип у 2017 р., порівняно з 2016 р., частота розвитку пневмонії, що ускладнювала недугу, залишалася стабільно високою, при цьому пневмонія характеризувалась, як правило, тяжким перебігом, двобічним ураженням легень і потребою в кисневій підтримці.

Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Я.І. Йосик

ПРИЧИНИ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ

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

Кір вважають керованою інфекцією завдяки масовій імунопрофілактиці, яка суттєво знизила рівень захворюваності. Проте, на жаль, це не призвело до повної ліквідації захворюваності, тим паче до ерадикації збудника. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), зараз кір залишається однією з найчастіших причин смерті від захворювань, що контролюються засобами вакцинопрофілактики. Щорічно у світі від цієї недуги і пов'язаних з нею ускладнень помирає понад 340 тис. людей, переважно у країнах з низьким соціально-економічним розвитком.

Ліквідація кору в даний час нереальна, хоча ВООЗ і ставила таке завдання ще у 2010 р. Для того, щоб визнати Європу вільною від кору, Україна до 2005 р. повинна була зменшити захворюваність до поодиноких випадків. Але, як і очікувалось, у 2005-2006 рр. відбувся черговий (і досить потужний!) спалах кору, причому не лише в Україні, а й і у більшості країн Європи.

Спалахи починались через завісні випадки!, захворювання перебігали тяжко, і навіть з летальними наслідками.

У 2017-2018 рр. захворювання на кір поширюються Європою, переважно серед населення Франції, Греції, Сербії, Австрії, Бельгії, Болгарії, Данії, Німеччини, Угорщини, Ісландії, Італії, Португалії, Іспанії, Швеції та Румунії. За даними ВООЗ, за перше півріччя 2018 р. у європейських країнах захворіло понад 41 тис. людей, з них 37 – померли, найбільше у Сербії – 14. Україна є лідером серед країн Європи за захворюваністю на кір, понад половину від загальної кількості захворілих припало на нас. За оперативними даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, станом на 22.08.2018 р. в Україні зареєстровано 29 444 випадки кору, у тому числі 12 020 серед дорослого населення і 17 424 – у дітей. Від цієї недуги і ускладнень померло 13 осіб, з них 4 дорослих і 9 дітей. Найбільше людей захворіли на кір у Львівській (усього 5 743 людини: 1 812 дорослих і 3 831 дитина), Закарпатській (відповідно 2 981; 553 і 2 428), Івано-Франківській (2 731; 781 і 1 950), Одеській (2 325; 1 174 і 1 151) та Тернопільській (1 580 людей: 615 дорослих і 965 дітей) областях і у м. Києві (2 044; 1 276 і 768). Частка дорослих, які захворіли на кір, також зростає.

Такий невтішний стан стосовно захворюваності на кір зумовлений, насамперед:

➤ значними недоліками в організації і проведенні вакцинопрофілактики. На жаль, Україна не має власного виробництва відповідних імунопрепаратів, а закупки імпорتنих середників здійснювались нерегулярно і у неналежній кількості. Так, за даними звітів обласної санепідемстанції (у минулому) і Тернопільського обласного лабораторного центру МОЗ України (тепер), у Тернопільській області забезпечення вакциною КПК у 2012 р. склало 85,2% від потреб, у 2015 р. – 0,3%, у 2016 р. – 9,8%, у 2018 – 78,5%. Суттєвий негативний вплив на проведення імунопрофілактики кору мав антивакцинальний рух. Зазначене вище зумовило виникнення значного прошарку неімунних людей;

➤ з іншого боку, кір – «дитяча» інфекційна хвороба, а сімейні лікарі, терапевти й інші фахівці «призабули» клінічні прояви недуги, особливості її перебігу у дорослих, не мають настороженості, мало уваги звертають на збирання епіданамнезу. Кір у дорослих має свої особливості, що також затруднює

діагностику – тяжчий перебіг за рахунок виразнішої інтоксикації; порушення етапності висипань і тривалості кожного з цих етапів, частіші ускладнення, у тому числі пневмонії, ураження шлунково-кишкового тракту, центральної нервової системи, органів слуху і зору. До того ж, чинні нормативні документи не передбачають спостереження в епідосередку за контактними дорослими, проведення щодо них протиепідемічних заходів.

Усунення зазначених вище прогалин в організації профілактичних і лікувальних заходів щодо кору сприятиме суттєвому зниженню захворюваності до поодиноких випадків.

Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Я.І. Йосик, Н.Г. Завіднюк

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ

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

Актуальність. Незважаючи на те, що кір є інфекційною хворобою, керованою засобами специфічної профілактики, через суттєві прогалини в організації вакцинації захворюваність на цю недугу в Україні в останні роки залишається надзвичайно високою. Так, за оперативними даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, лише із січня по липень 2018 р. на кір захворіли 25 008 людей, у тому числі 10 085 дорослих і 14 923 дитини. Від ускладнень недуги померло 12 осіб: 8 дітей і 4 дорослих. В останні роки дещо змінились клінічні прояви кору.

Мета роботи – з'ясувати деякі особливості перебігу кору в сучасних умовах.

Матеріали і методи. Проаналізовано медичні карти 137 стаціонарних хворих, які лікувались у 2012-2018 рр. в інфекційному відділенні ТМКЛШД з приводу кору. Діагноз недуги встановлювали на підставі характерних епідеміологічних і клінічних даних, у 60,5% – підтверджували наявністю специфічних IgM в ІФА. Для статистичного аналізу використовували програму «STATISTICA® for Windows 6.0».

Результати та обговорення. За зазначений період в інфекційне відділення ТМКЛШД госпіталізовано 137 осіб віком від 16 до 50 років, хворих на кір, з них більшість під час спалахів – у 2012 р. (82 особи) і 2017-2018 рр. (43). Чоловіків було 54,5%,

жінок – 45,5%. Віком до 20 років було 29,4% пацієнтів, від 21 до 30 – 57,9%, від 31 до 40 – 8,7%, старше 40 – 4,0%. Частіше хворих госпіталізовано у зимово-весняні місяці.

Контакт із хворими на кір в анамнезі встановлено у 58 (42,3%) пацієнтів, з них 20 – студенти медичного університету і медпрацівники, 5 – військовослужбовці строкової служби.

Серед клінічних проявів недуги переважали підвищення температури тіла до субфебрильної чи фебрильної – у 74,4% пацієнтів, катаральні прояви у вигляді гіперемії слизової оболонки ротоглотки – у 87,6% осіб, закладеності носа – у 17,5%, сухого малопродуктивного кашлю – у 57,6%, осиплості голосу – у 7,3%; енантема була у 43,7% хворих, одутлість обличчя – в 1,4%, світлобоязнь – у 7,3%, кон'юнктивіт – у 14,6% пацієнтів.

У підручниках описано типовий перебіг кору в дітей і дорослих з характерною етапністю висипань (3 етапи) – на першому етапі з'являється плямисто-папульозна екзантема на обличчі, шиї, за вухами, як правило, після короткого продромального (початкового, катарального) періоду тривалістю 3-4 дні, наприкінці якого виникають плями Бельського-Копліка-Філатова (патогномонічна ознака, зникає з появою екзантеми), на другому – другий день висипань, коли вони поширюються на верхні кінцівки й тулуб, на третьому – на нижні кінцівки (третій день).

Нами відзначено деякі особливості сучасного перебігу кору. Плями Бельського-Філатова-Копліка виявлено у 37,2% хворих, переважно при госпіталізації й у 1-ий день висипки – у 49,0%, на 2-3-ій – по 25,5% ($p < 0,01$). Висипка була типовою плямисто-папульозною у 92,7% пацієнтів, зливною – у 18,9%, з геморагічними елементами – у 2,9%. Етапність висипань у 49 (48,3%) хворих була порушена: скорочена (2 етапи у першу добу) – у 7,2% або подовжена (кожен етап розтягувався до 2 діб, а іноді – до 3) – у 16,7%. Перебіг недуги був типовим у 96,3% хворих, атиповим – у 2,9%, гіпертоксичним – у 0,8%. Кір відзначався тяжким перебігом у 29,9% осіб, середньотяжким – у 66,4%, легким – у 3,7%. Ускладнення виявили у 10 хворих у вигляді пневмонії, у 2 – стенозуючого ларинготрахеїту.

Висновки. Клінічні прояви кору у дорослих здебільшого були типовими. Проте в ряді випадків відзначено певні особливості виникнення висипань на шкірі: попри збережену етапність появи висипки у 23,9% пацієнтів змінена її тривалість – скоро-

чена (2 етапи в першу добу) у 7,2% або кожен етап розтягувався до 2 діб – у 16,7%. Плями Копліка-Філатова виявлено лише у кожного третього пацієнта, часто вони утримувались довше, до 3-ї доби від виникнення висипань. У зв'язку з встановленим порушенням етапності висипань при кору необхідна обов'язкова лабораторна верифікація кожного сумнівного випадку хвороби.

Х.І. Возна, Ю.О. Рандюк, О.М. Давиденко, І.В. Рудан,
Т.Р. Колотило

ЗМІНИ ЧАСОВИХ І СПЕКТРАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ МОЛСИДОМІНОМ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів вже на ранніх стадіях недуги спостерігається зменшення варіабельності серцевого ритму (ВСР), головним чином, за рахунок зниження вагусної модуляції, меншою мірою – симпатичної, що поєднується з розвитком вегетативного дисбалансу в бік симпатикотонії. Такі зміни свідчать про підвищений ступінь ризику несприятливих серцево-судинних подій у ВІЛ-інфікованих осіб. Важливим є питання змін часових і спектральних параметрів ВСР у хворих на ВІЛ-інфекцію на фоні лікування молсидоміном. Адже донатор оксиду азоту здатний впливати на нейроендокринну регуляцію, зокрема – на функцію вегетативної нервової системи, за рахунок NO-залежного ефекту.

Мета. Проаналізувати динаміку змін часових і спектральних параметрів ВСР у ВІЛ-інфікованих хворих залежно від застосування симптоматичної терапії чи ВААРТ і включення до відповідної терапії донатора оксиду азоту – молсидоміну.

Матеріали та методи. Обстежено 136 осіб віком від 19 до 42 років, хворих на ВІЛ-інфекцію. Група порівняння – 30 здорових осіб. Стан вегетативної регуляції серцевого ритму визначали за допомогою комп'ютерної кардіоінтервалометрії із застосуванням моніторингу артеріального тиску та електрокардіосигналів добового SDM23. Детальний аналіз показників ВСР зроблено

відповідно до протоколу робочої групи Європейського товариства кардіології й Північноамериканського товариства кардіостимуляції та електрофізіології.

Результати та обговорення. Через 3 міс. періодичної симптоматичної терапії показники вегетативного забезпечення серцевої діяльності ВІЛ-позитивних пацієнтів з I та II клінічними стадіями не зазнали суттєвих змін ($p > 0,05$). Водночас, лікування, доповнене застосуванням молсидоміну, сприяло зменшенню ознак вегетативного дисбалансу. Так, за I та II стадій спостерігалась тенденція до зростання часових параметрів ВРС, які відображають вплив парасимпатичного відділу ВНС ($rMSSD$ та $pNN50$) ($p > 0,05$). Такою ж тенденцією характеризувався і показник загальної потужності спектру (TP) при I і II клінічній стадії ВІЛ-інфекції ($p > 0,05$) передусім через статистично достовірне підвищення параметру потужності парасимпатичних впливів (HF). Відповідно зменшувалась симпатикотонія та ризик розвитку фатальних шлуночкових аритмій. У пацієнтів з III-IV клінічними стадіями ВІЛ-інфекції на фоні ВААРТ дещо покращився стан вегетативного забезпечення серцевої діяльності. Зазначимо, що позитивних змін зазнавали як показники симпатичної ланки ВНС, так і вагусної модуляції серцевого ритму. Як наслідок, спостерігалась тенденція до зменшення симпатикотонії. Проте, незважаючи на лікування антиретровірусними препаратами протягом 3 міс., досліджувані показники вегетативної дисфункції суттєво відрізнялися від значень здорових осіб ($p < 0,05$).

Натомість включення до терапії молсидоміну забезпечило значне зменшення проявів кардіоваскулярної нейропатії у пацієнтів порівняно з періодом до лікування як за рахунок збільшення вагусної, так і симпатичної модуляції серцевого ритму ($p < 0,05$), яка однаково залишилась домінуючою. Зменшився й індекс симпато-парасимпатичного балансу, проте не на статистично достовірному рівні. Щоправда, збереження достовірної різниці між пацієнтами на апробованій терапії та групою контролю не дозволяє говорити про нормалізацію показників варіабельності серцевого ритму ($p < 0,05$). Відзначимо, що врівноважились лише показники частки симпатичних (LFnorm) і параметру частки вагусних впливів (HFnorm) у загальному спектрі вегетативної регуляції і, відповідно, – індексу вегетативного балансу (LF/HF).

Висновки. Незважаючи на адекватне зниження вірусного навантаження на фоні використання ВААРТ, у ВІЛ-позитивних пацієнтів спостерігаються ознаки вегетативної дисфункції. Доповнення противірусної терапії молсидоміном полегшує перебіг ВІЛ-інфекції, зменшуючи симпатичний та збільшуючи парасимпатичний впливи вегетативної нервової системи на серце і нормалізуючи його біорефлекторну регуляцію.

Л.А. Волянська, І.Л. Горішна, О.Л. Івахів, О.М. Дивоняк,
І.Я. Гончарук

ВИПАДОК ТРИДЕННОЇ МАЛЯРІЇ У ДИТИНИ

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

Актуальність. Інтенсивна міграція населення нині є одним з факторів появи нової для неендемичної території інфекційної патології. Малярія – це загрозливе для життя людини паразитарне захворювання, що спричинюється малярійним плазмодієм, який потрапляє в організм при укусі зараженими самками комарів роду *Anopheles*. За даними доповіді ВООЗ з боротьби з малярією у редакції 2017 р., кількість хворих на малярію у світі досягла 216 млн. Недуга для України досить рідкісна, завезені випадки її почастишали в останні роки.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок малярії у дитини, що перебігала з проявами “гострого живота”.

Результати та обговорення. Юнак, 17 р., іноземний студент з ендемічної щодо малярії країни ушпиталений у хірургічне відділення на 8-му добу від початку недуги з підозрою на гостру хірургічну патологію (“гострий живіт”). Захворів гостро, з підвищення температури тіла до 39-39,5°C, надалі – гарячка ремітуючого характеру без періодичності, з інтенсивним болем голови, в очних яблуках, м'язах, резистентними до дії парацетамолу та ібупрофену. З 4-го дня недуги з'явилася нудота і повторне блювання після прийому їжі, інтенсивний переймоподібний біль у животі, поступове зниження апетиту, аж до анорексії; на 6-ту добу – біль у животі посилювався, сеча стала червоного кольору, випорожнення – гіперхолічні. Власне наростання болю в животі

й змусили юнака звернутись за медичною допомогою. При поступленні домінували інтенсивний біль у животі розлитого характеру, більше у здухвинній ділянці справа, у підребер'ях, виражена інтоксикація, гарячка. З анамнезу з'ясовано, що рік тому на батьківщині пацієнт лікувався стаціонарно з приводу малярії, але протирецидивної терапії не отримував.

Об'єктивно: незначна жовтяниця шкіри та слизових оболонок, вкритий білим нальотом язик, живіт болючий при пальпації справа у здухвинній та підреберній ділянках, симптоми подразнення очеревини сумнівні, Пастернацького – від'ємний, Ортнера – позитивний, менінгеальні – від'ємні. Відзначено гепатоспленомегалію, червоного кольору сечу. При параклінічному обстеженні виявлено лейкопенію зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, тенденцію до тромбоцитопенії, дефіцитну анемію I ст., гіпербілірубінемію за рахунок обох фракцій при вступі у стаціонар і з переважанням прямої фракції – у подальшому, креатиніемію, гіпопротеїнемію, підвищення рівня лактатдегідрогенази, які утримувались у динаміці. У загальному аналізі сечі без змін, колір її за кілька днів нормалізувався. При УЗД органів черевної порожнини: гепатомегалія, дифузні зміни в паренхімі печінки, помірна спленомегалія, трохи розширені чашки та миски нирок при нормальній ехогенності і структурі нирок; при ЕГДС: поверхневий езофагіт, гастрит, дуоденіт, дуодено-гастральний рефлюкс 1-2-го ступеня. При посіві кров на поживні середовища росту не виявлено. У мазку крові при мікроскопічному дослідженні виявлено *P. vivax*. Встановлено клінічний діагноз: Малярія вівах, середньотяжкий перебіг. Призначено відповідне етіотропне лікування, через добу температура тіла нормалізувалась, загальний стан пацієнта суттєво покращав.

Висновки. Наведений приклад завезеної малярії висвітлює проблему недостатньої настороженості лікарів не інфекціоністів стосовно цієї патології, попри те, що даний випадок відображає деяку варіабельність перебігу малярії за відсутності повноцінного лікування. А саме: затяжний продромальний період (неперервність клінічної симптоматики з нанизуванням нових симптомів протягом перших 10 діб цього епізоду хвороби, ремітуючий характер температури тіла (ініціальна гарячка), відсутність вираженого ознобу, лише незначна мерзлякуватість протягом першої декади рецидиву та поява її пізніше, інтенсивний біль у животі –

домінуюча скарга, гіпербілірубінемія переважно за рахунок зв'язаної фракції, специфічне червоне забарвлення сечі (за відсутності змін у загальному аналізі) обумовлене, очевидно, гемомеланіном, швидкий регрес симптомів за призначення специфічної терапії.

О.Б. Ворожбит, О.Б. Герасун, А.М. Задорожний, Н.М. Прикуда,
В.В. Покоцька

ПРОБЛЕМА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Гепаторенальний синдром (ГРС) – одна з найпоширеніших причин гострого ураження нирок при захворюваннях печінки, що супроводжується розвитком асцити. За даними літератури, ГРС виникає у 35-40% пацієнтів у термінальній стадії хвороб печінки і часто є причиною їх летального завершення.

Мета роботи – вивчити особливості клінічного перебігу ГРС серед хворих на цироз печінки (ЦП), які перебували на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні (ЛОІКЛ) у 2014-2017 рр.

Матеріали і методи. За період спостереження на стаціонарному лікуванні у ЛОІКЛ знаходилися 24 хворих на ЦП різної етіології, ускладнений ГРС. Середній вік хворих складав $(59,42 \pm 9,83)$ року, коливався від 38 до 78 років. Діагноз ГРС встановлювали за такими критеріями: наявність ЦП з асцитом, підвищення рівня креатиніну сироватки крові, відсутність симптомів шоку, даних про вживання в анамнезі нефротоксичних препаратів, хвороб нирок, які призводять до виникнення гематурії та протеїнурії, а також уражень паренхіми нирок при ультразвуковому дослідженні. Для з'ясування етіології ЦП визначали маркери вірусних гепатитів методом ІФА та ПЛР. Тяжкість ЦП оцінювали за шкалою Child-Pugh.

Результати та обговорення. Упродовж періоду спостережень серед госпіталізованих хворих на ЦП, ускладнений ГРС,

переважали чоловіки – 17 (70,8%). За етіологічною структурою: хронічний гепатит (ХГ) С (33,3%), ХГВ (20,8%), токсико-аліментарний ЦП (16,7%), первинний біліарний ЦП (4,2%), ЦП мікст-етіології: НСV + токсикоз-аліментарний (16,7%), ХГВ + ХГС (8,3%).

Оскільки специфічних клінічних симптомів ГРС не існує, тяжкість стану хворих оцінювали за вираженістю симптомів і ознак ЦП, ускладненого асцитом, і клініко-лабораторних ознак гострої ниркової недостатності. Серед типових симптомів ураження печінки при ГРС виявляли: скарги на виражену загальну слабкість (95,8%), відсутність апетиту (83,3%), нудоту (87,5%), блювання (45,8%), відчуття сухості в роті (62,5%). При об'єктивному огляді спостерігали жовтяницю шкірних покривів і слизових оболонок, наростання проявів асциту, наявність ознак печінкової енцефалопатії, артеріальної гіпотензії (систоличний АТ <80 мм рт. ст.). Виявляли зміни в лабораторних показниках у вигляді гіпонатріємії та гіперкаліємії. Про порушення фільтраційної здатності нирок усіх хворих із ГРС свідчили такі ознаки: олігурія (добовий діурез <500 мл), гіперкреатиніємія (>150 мкмоль/л). У хворих у термінальній стадії ГРС (12,5%) спостерігали гіпонатріємію, гіпохлоремію, гіперкаліємію. Привертає увагу те, що у цих хворих симптоми і ознаки клітинної дегідратації (спрага, гіпотензія очних яблук, зниження тургору шкіри) спостерігали одночасно зі симптомами інтерстиційної гіпергідратації, зокрема, набряками та асцитом. Слід зазначити, що впродовж трьох місяців з моменту появи симптомів ГРС помер 21 (87,5%) хворий, з них у перший місяць – 13 (54,2%).

Висновки. Гепаторенальний синдром є однією з найчастіших причин летального завершення хвороби при ЦП, ускладненого асцитом. Згідно з отриманими даними, серед хворих на ГРС переважали чоловіки (70,8%) старші 38 років. В етіологічній структурі ГРС найчастіше ускладнював ЦП, спричинений вірусом гепатиту С. Найтяжчий перебіг ГРС спостерігали у хворих на ЦП мікст-етіології (ХГС + токсико-аліментарний). Летальність у перші три місяці з моменту появи ГРС склала 87,5%.

Оскільки ГРС значно ускладнює перебіг основного захворювання і значно погіршує його прогноз, вкрай важливим є подальше вивчення цієї проблеми, зокрема визначення предикторів виникнення ГРС з метою запобігання розвитку цього синдрому і призначення адекватної терапії.

О.Б. Герасун, Г.П. Сосна, А.Л. Сороколіт, О.Б. Ворожбит,
Н.М. Прикуда

**АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ХВОРИХ
НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАСТОСУВАННЯ
АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ
(за даними Львівської обласної інфекційної
клінічної лікарні)**

Національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Обласний центр громадського здоров'я, Львів

Актуальність. За офіційними даними, станом на 01.01.2018 р. під медичним спостереженням у закладах охорони здоров'я України знаходилось 141 371 людина, що живе з ВІЛ, з них 88 270 осіб отримували антиретровірусну терапію (АРТ) (62,4%). У Львівській області на обліку перебували 3 573 особи, з них 1 689 (42,3%) отримували АРТ. Незважаючи на впровадження в Україні програм із розширення доступу до АРТ, кількість пацієнтів, які помирають від хвороб, зумовлених ВІЛ-інфекцією, продовжує зростати (у 2017 р. темп приросту смертності становив +4,4% в Україні та +24% – у Львівській області).

Мета роботи. Вивчити частоту та причини летальних наслідків серед хворих на ВІЛ-інфекцію залежно від застосування АРТ.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого пацієнтів, які знаходились на лікуванні у ЛОІКЛ з діагнозом ВІЛ-інфекції упродовж 2013-2017 рр.

Результати та обговорення. За проаналізований період зареєстровано 35 летальних випадків серед ВІЛ-інфікованих осіб (показник летальності – 15,6%). Упродовж 2013-2017 рр. спостерігалось збільшення частоти летальних випадків у пацієнтів, яким ВІЛ-інфекцію діагностовано вперше у поточному році (з 25,0% у 2013 р. до 33,3% у 2017 р.). У 29 (82,9%) осіб ВІЛ-інфекцію вперше виявлено у IV клінічній стадії. На диспансерному спостереженні знаходились лише 12 з 35 пацієнтів (34,3%).

З 35 осіб, в яких захворювання завершилося летально, АРТ отримували 8 (22,9%) пацієнтів, а 27 (77,1%) – не отримували цього лікування. Причинами, через які не проводилась АРТ, були пізні звернення (85,2%) і відмова від лікування (14,8%).

Провідними опортуністичними інфекціями, що призвели до летальності, були: токсоплазмоз – у 15 (42,9%) осіб, з яких 5 (33,3%) – отримували АРТ, а 10 (66,7%) – не отримували; туберкульоз – у 4 (11,4%), з яких 1 (25,0%) хворий перебував на АРТ, а 3 (75,0%) – ні; криптококова та гістоплазмозова інфекції – у 4 (11,4%) і 3 (8,5%) відповідно, жоден з них не отримував АРТ. Летальність ЛЖВ, які не перебували на АРТ, значно перевищувала аналогічний показник серед тих, хто її отримував – 12,0 проти 3,6% ($p < 0,05$).

Висновок. Активності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції сприяє пізнє виявлення людей, що живуть з ВІЛ (прихований компонент). Летальність серед осіб, які не отримували АРТ, у 3,3 разу перевищувала аналогічний показник серед тих, хто отримував цю терапію. Основною причиною смерті у пацієнтів обох груп був токсоплазмоз, проте у хворих, що не отримували АРТ, він виникав втричі частіше. Летальність від туберкульозу, за відсутності АРТ, спостерігали частіше в 4 рази. Генералізовані мітотичні ураження (гістоплазмоз, криптококоз) спостерігалися лише у хворих, які не перебували на АРТ.

Отримані дані свідчать про гостру необхідність подальшого розширення доступу ВІЛ-інфікованих до АРТ у Львівській області як з епідеміологічною метою, так і задля продовження тривалості та покращення якості життя людей, які живуть з ВІЛ.

І.Г. Грижак, О.Я. Пришляк, Б.М. Дикий, О.П. Бойчук,
Т.З. Кобрин, М.В. Прокопович, Л.Р. Грижак, О.О. Прокоф'єва
**ІНФОРМАТИВНІСТЬ ІНТРАТЕКАЛЬНИХ АНТИТІЛ ДО
ТОКСОПЛАЗМ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСУ В ПОСТАНОВЦІ
ЕТІОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ**

Національний медичний університет, Обласний центр
профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Івано-Франківськ

Актуальність. Синтез інtrateкальних антитіл відбувається при інфекційних ураженнях речовини мозку, де у відповідь на розмноження збудника формуються лімфоїдні елементи третинного порядку. З'ясувати походження антитіл можна тільки після того, як оціниться функціональний стан гематоенцефалічного

бар'єру (ГЕБ). Існує розрахунок білкового індексу: $Q_{alb} = \text{альбумін ліквору} / \text{альбумін сироватки крові} \times 1000$. Однак альбуміновий індекс не може беззастережно використовуватися, оскільки швидкість дифузії альбумінів та імуноглобулінів через ГЕБ суттєво відрізняється – альбумін проникає в цереброспінальну рідину (ЦСР) уже на другу добу, а гамма-глобуліни – на 5-7-му. При інтактному ГЕБ імуноглобуліни практично не проникають у ліквор. Мальцев Д.В. і Казмірчук В.Є. (2011) вважають за краще порівнювати коефіцієнти концентрацій специфічних IgG чотирьох герпесвірусів одночасно.

Мета роботи. Визначити інформативність співвідношень коефіцієнтів антитіл до токсоплазм і цитомегаловірусу (ЦМВ) у сироватці крові і лікворі для етіологічної діагностики енцефаліту у ВІЛ-інфікованих осіб.

Матеріали і методи. Обстежено 10 ВІЛ-інфікованих осіб у стадії IV з клінічними ознаками менінгоенцефаліту і вогнищевими змінами у речовині півкуль головного мозку, виявленими магнітно-резонансною томографією (МРТ) з контрастуванням. У дослідну групу включено усіх хворих з діагностичними титрами анти-токсоплазмових IgG та анти-ЦМВ IgG у сироватці крові. Пацієнтам проведено спинно-мозкову пункцію і визначено концентрацію цих же антитіл у лікворі та ДНК обох збудників методом ПЛР.

Результати та обговорення. При обстеженні з 10 пацієнтів у 6 виявлено вогнищеві зміни у головному мозку з типовими кільцеподібними утвореннями і ще у 4 – вогнищеві зміни не мали типового накопичення контрасту. У загальному аналізі ЦСР виявляли підвищений рівень білку, слабопозитивну реакцію Панді, незначний лейкоцитарний плеоцитоз (11-20 клітин). У лікворі 5 з цих пацієнтів виявлено позитивні титри анти-токсоплазмових IgG. При цьому індекси співвідношення концентрації антитіл (сироватка крові/ліквор) у порядку зростання становили: 5,6; 6,2; 15,1; 23,6; 27,4. У 4 осіб виявлено анти-ЦМВ IgG (10,2; 29,1; 38,8; 46,2). Тільки в 1 пацієнта в лікворі були антитіла до токсоплазм і ЦМВ одночасно, причому, співвідношення їхніх індексів було $5,6 / 10,2 = 0,55$. Це свідчило про інтратекальний синтез анти-токсоплазмових антитіл і дифузії анти-ЦМВ IgG з крові. В інших випадках присутність антитіл до токсоплазм у лікворі, за відсутності антитіл до ЦМВ, упевнено свідчила про

інтратекальне походження перших. І навпаки, за відсутності анти-токсоплазмових антитіл наявність анти-ЦМВ підтверджувала їх інтратекальне походження.

Наявність інтратекальних антитіл може бути підтвердженням захворювання, проте їх відсутність не завжди заперечує діагноз. Так, встановлено, що ДНК токсоплазм були в лікворі 2 хворих – в 1 на тлі присутніх анти-токсоплазмових антитіл, в іншого – без таких. У 4 пацієнтів ДНК ЦМВ була присутня в лікворі, але в 1 з них без анти-ЦМВ IgG. В 1 хворого ні анти-токсоплазмових, ні анти-ЦМВ антитіл, ні ДНК цих збудників не було виявлено, натомість детектовано нуклеїнову кислоту вірусу Епштейна-Барр (ЕБВ), тож діагностовано ЕБВ-енцефаліт.

Висновок. Інтратекальний синтез IgG до токсоплазм мав вирішальне значення у серологічному підтвердженні діагнозу токсоплазмозу мозку, натомість виявлення ДНК ЦМВ виявилось більш інформативним у постановці цитомегаловірусного енцефаліту. Присутність одного виду антитіл у лікворі за відсутності іншого і при наявності їх обох у крові – переконливо свідчить про їх інтратекальний синтез.

М.Б. Дашо, С.А. Лишеньюк

ПРОБЛЕМА ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ НА ЕТАПІ ДОДИПЛОМНОЇ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Незважаючи на зниження дитячої смертності від інфекційних хвороб, успіхи в галузі дитячої інфектології на ланці практичної охорони здоров'я в Україні залишаються непереконливими. Це стосується в першу чергу догоспітального етапу, де надання допомоги у Львівській області здійснюється найчастіше сімейними лікарями. Повсюди відкриваються амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, оснащені сучасною лікувальною і діагностичною апаратурою з великим об'ємом лабораторних можливостей. Залишається головне і пріоритетне завдання – насичення цих закладів висококваліфікованими кадрами.

У роботі таких амбулаторій вагома частка надання медичної допомоги належить дітям з гострою інфекційною патологією. Серед інфекційних хвороб домінують гострі респіраторні, екзантемні, кишкові, нейроінфекції. Дебют інфекційних хвороб часто позбавлений специфічних ознак, а загальний стан хворого може погіршуватись за відносно короткий проміжок часу.

Мета. Проаналізувати кількість годин, відведених робочою навчальною програмою для вивчення дитячих інфекційних хвороб на всіх етапах медичної освіти за 10 років.

Матеріали і методи. Робочі навчальні програми з дисципліни «Дитячі інфекційні хвороби» додипломної та післядипломної освіти.

Результати та обговорення. Провівши аналіз викладання дисципліни «Дитячі інфекційні хвороби» у ЛНМУ ім. Данила Галицького за останні 10 років, коли ми вперше порушували це питання, спостерігаємо тенденцію до поступового планомірного зменшення кількості годин, що відведено на викладання як студентам, так і на етапі післядипломної освіти, зокрема під час навчання в інтернатурі. Так, у студентів 5-го курсу і без того критично мала кількість лекційних годин за вказаний період зменшилась з 10 до 6. Лекції для студентів 6-го курсу усіх спеціальностей взагалі не передбачені робочою навчальною програмою.

Кількість практичних годин для студентів 5-го курсу зменшилась з 36 до 32, а згодом й до 28. Кількість практичних годин у студентів 6-го курсу спеціальності «Педіатрія» зменшилась з 120 год до 90, водночас кількість годин для самостійної роботи складає 45. У студентів 6-го курсу спеціальності «Лікувальна справа» кількість годин для практичних занять становить лише 42, тоді як для самостійного оволодіння матеріалом відводиться 33 год. Така кількість годин, що відводяться на самостійну роботу, свідчить про необхідність засвоєння великого об'єму матеріалу, однак без допомоги викладача. Вважаємо це недостатнім для підготовки кваліфікованого спеціаліста, адже з підручників студент отримує лише теоретичні знання.

Не менш загрозлива ситуація склалася на етапі післядипломної освіти, де кількість годин для вивчення дитячих інфекційних хвороб під час навчання в інтернатурі лікарів спеціалізації «Загальна практика – сімейна медицина» скоротилася майже вдвічі (54 год проти 28). Слід зазначити, що на етапі після-

дипломної освіти свого часу ліквідована і дотепер відсутня первинна спеціалізація в інтернатурі, а здобуття фаху дитячого інфекціоніста відбувається на циклах спеціалізації тривалістю 3 міс. Удосконалення знань і вмінь з дитячих інфекційних хвороб лікарів первинної ланки та суміжних спеціальностей відбувається на циклах тематичного удосконалення. Тому, на нашу думку, доцільно запроваджувати більшу кількість таких циклів і розширювати їхню тематику.

Висновки. На жаль, за відведений період навчання неможливо засвоїти необхідний для подальшої роботи об'єм знань з дитячих інфекційних хвороб. Це негативно відтворюється на якості медичної допомоги дітям. Тому доцільно збільшити кількість годин, відведених для вивчення дитячих інфекційних хвороб, на всіх етапах медичної освіти.

О.А. Дралова, О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова,
Є.А. Сіліна

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ТОКСОКАРОВОЮ ІНВАЗІЄЮ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Сьогодні паразитарні інвазії займають одне з провідних місць серед захворювань дитячого населення. В останні роки серед етіологічних факторів важливим гельмінтозом є нематоди роду *Toxocara*. Токсокарова інвазія проявляється вісцеральною формою, а саме – ураженням дихальної системи.

Мета. Визначити місце токсокарової інвазії як захворювання у дітей Запорізької області та порівняти клінічні прояви гострого ураження дихальної системи у дітей з токсокаровою інвазією і без неї.

Матеріали і методи. У рамках епідеміологічного дослідження ми провели обстеження 300 дітей, мешканців м. Запоріжжя та області, які були госпіталізовані у стаціонари м. Запоріжжя з різних причин, на наявність у їх крові IgG до *T. canis*. Також проаналізували перебіг гострого захворювання дихальної системи у 60 хворих, з них 35 пацієнтів з токсока-

ровою інвазією (І-А група) та 25 – без токсокарової інвазії (І-Б), вік їх від 1 до 17 років.

Результати та обговорення. За результатами скринінгового обстеження 300 дітей віком від 1 до 17 років нами було з'ясовано, що 42 (14,0%) пацієнти мали антитіла до *T. canis*. При цьому, 40 з них (95,2%) – мали різні прояви ураження дихальної системи і лише 2 (4,8%; $p < 0,001$) з позитивних до *T. canis* пацієнтів не мали симптомів респіраторних розладів. У дітей груп порівняння діагностовано такі клінічні нозологічні форми гострого захворювання дихальної системи: гострий ларинготрахеїт, гострий обструктивний бронхіт і пневмонія.

Серед дітей з токсокаровою інвазією клінічні прояви гострого ураження дихальної системи у 29 (82,8%) пацієнтів відповідали середньому ступеню тяжкості, у 6 (17,1%) – тяжкій, у хворих без токсокарової інвазії – у 19 (76,0%) перебіг захворювання був середньої тяжкості, у 6 (24,0%) – тяжкому. Нами було з'ясовано з анамнезу життя, що рекурентний перебіг ураження дихальної системи мав місце у 32 (91,4%) пацієнтів І-А групи і лише у 14 (56,0%) – І-Б, ($p < 0,05$). При об'єктивному огляді пацієнтів на момент цього захворювання виявлено наявність задишки у 8 (22,8%) дітей І-А групи і у 2 (8,0%) – І-Б, ($p = 0,01$), у 6 з 8 пацієнтів І-А та у 2 – І-Б, усі ці ознаки відповідали ДН 1-го ступеня. У 2 (5,7%) хворих основної групи мали місце прояви ДН 2-го ступеня. Ознаки ДН зберігалися до 5 днів у пацієнтів з токсокаровою інвазією і до 3 – без неї. Підвищення температури тіла було у 16 (45,7%) дітей І-А групи проти 8 (32,0%) – І-Б, ($p > 0,05$). Лімфаденопатія майже з однаковою частотою відмічали у пацієнтів І-А (15; 42,8%) і І-Б груп (9; 36,0%). Екзантему відзначено у 18 (51,4%) дітей з токсокаровою інвазією і лише у 2 (8,0%) – без цієї інвазії ($p < 0,01$). Абдомінальний синдром був частіше у хворих І-А групи – у 6 (17,1%) проти 2 (8,0%) в І-Б ($p < 0,05$). Гепатомегалію реєстрували у 8 (22,8%) пацієнтів з токсокаровою інвазією, спленомегалію – у 2 (5,7%) хворих цієї ж групи. Відповідні симптоми не відмічено у жодної дитини І-Б групи.

Висновки. Часте виявлення респіраторних розладів у дітей (95,2%), інфікованих *T. canis*, вказує на можливу патогенетичну роль цього паразитозу в ураженні дихальної системи. При токсокаровій інвазії епізоди респіраторного захворювання мають трива-

ліший перебіг зі затяжним кашлем і частішими ознаками дихальної недостатності. Для пацієнтів з токсокаровою інвазією властивий рекурентний перебіг гострих захворювань дихальної системи. У дітей з токсокаровою інвазією відмічаються: триваліший інтоксикаційний синдром, часта екзантема, абдомінальний синдром зі збільшенням печінки і селезінки.

П.А. Дьяченко, А.О. Руденко

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ГЕРПЕСВІРУСНИХ НЕЙРОІНФЕКЦІЙ

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

Актуальність. За даними ВООЗ, захворювання, пов'язані з вірусами герпесу (ГВ), займають друге місце після грипу, як причина смерті від вірусних інфекцій. Доведено, що формування інфекційного процесу при герпесвірусному ураженні ЦНС залежить від імунного статусу пацієнта, у той же час також існують дані щодо самостійної імуносупресивної дії герпесвірусів. Про актуальність проблеми свідчать витрати на лікування хворих з ГВ. У Великій Британії вони сягають близько 18 млн фунтів на рік. У США лише противірусне лікування одного пацієнта коштує майже 1 200 доларів. В Україні витрати на противірусне лікування не підраховані.

Мета – на основі аналізу стану імунітету у хворих з герпесвірусними нейроінфекціями, вивчити імунологічну ефективність факторів переносу у вигляді діалізату людських лейкоцитів (DLE).

Матеріали і методи. DLE – це невеликі молекули, які передають здатність розпізнавати патоген (бактерійний або вірусний) клітинам імунної системи, які ніколи не контактували до цього моменту з цим патогеном. Досвід клінічного застосування DLE показав, що він має унікальні властивості, оскільки не тільки різко збільшує кількість природних кілерів (НК-клітин), які не потребують додаткового навчання, але також готує наївні імунні клітини до існуючої або потенційної загрози, надаючи їм антиген та «інструкції» його нейтралізації. Це значно скорочує

фазу розпізнавання антигену, прискорює і підсилює імунну відповідь. Функція ТФ полягає в перетворенні несенсибілізованих наївних лімфоцитів у високо специфічні клітини, що відповідають стандартним чином на антигенну стимуляцію.

Усі пацієнти з герпесвірусною етіологією уражень нервової системи були розділені на 2 групи: групу порівняння (10 осіб), пацієнти якої отримували етіотропну (ацикловір, ганцикловір у середньотерапевтичних дозах) і патогенетичну (нейропротективні, протизапальні, протинабрякові препарати тощо) терапію; та основну (35 осіб), які отримували крім етіопатогенетичної терапії препарат DLE за такою схемою: 3 ін'єкції підшкірно з інтервалом в 1 тиждень, четверта ін'єкція через місяць після третьої. Групу порівняння склали 10 здорових осіб – 6 жінок і 4 чоловіки, середній вік ($40,2 \pm 18,7$) року.

Результати та обговорення. Виявлено, що на тлі лікування у хворих основної групи відбувалося невелике зниження рівня лімфоцитів з маркерами CD3+, CD4+ та імунорегуляторного індексу, а також істотне зростання популяції клітин з маркерами CD16+, CD25+, CD95+ порівняно з контролем. Ці зміни говорять про збільшення функціональної активності ефektorних клітин імунної системи. Спонтанний тест з НСТ показує середній або навіть помірно знижений ступінь активації кисневих механізмів кілінгу неактивованих фагоцитів у хворих на герпесвірусні ураження нервової системи, порівняно зі здоровими особами. У результаті індукції DLE активація внутрішньоклітинної НСТ-антимікробної системи значно зростає. У результаті лікування в основній групі, на відміну від групи порівняння, відзначається різке зростання активності мієлопероксидази, що володіє широким спектром біоцидної активності, властивостями медіатора запалення, фактора проникності, стимулятора фагоцитозу.

Це супроводжується різким збільшенням продукції перекису водню, стимульованої DLE нейтрофілами. Аналіз концентрації автоантитіл до білків мозку показав, що в результаті лікування пацієнтів групи порівняння рівень автоантитіл істотно виріс. Навпаки, в основній групі продукція автоантитіл залишилася без змін, хоча і нижче, ніж у групі порівняння.

Висновки. Препарат DLE має виражену імуностимулювальну дію, значно підвищуючи вміст активованих Т-лімфоцитів (до лікування 10,23%, після – 15,93%) і природних кілерів (до

лікування 11,48%, після – 16,40%). Він чинить серйозний вплив на систему фагоцитозу, підвищуючи біоцидну активність за рахунок збільшення активності мієлопероксидази (до лікування 341,2 ум. од., після – 775) і кількості перекису водню. DLE має також імуномодулювальну активність, знижуючи рівень напруженості автоімунітету, завдяки оптимізації відносин між субпопуляціями лімфоцитів.

В.В. Євтушенко

УРАЖЕННЯ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГОСТРИХ НЕЙРОІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ

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

Актуальність. Ураження нирок належить до частих ускладнень, які виникають на тлі тяжкого перебігу захворювань різної етіології. Розвиток цього ускладнення асоціюють з несприятливим прогнозом і подовженням тривалості стаціонарного лікування. У патогенезі ураження нирок відіграє роль ішемічне пошкодження внаслідок тяжких розладів гемодинаміки, прямий та опосередкований вплив інфекційних агентів і токсинів. Факторами ризику ураження нирок, зокрема, вважають захворювання серця, сепсис і шок. Інфекції нервової системи належать до найбільш тяжких патологій в педіатричній практиці, характеризуються високою частотою ускладнень і несприятливих наслідків.

Мета роботи – вивчити частоту і характер ураження нирок при гострій нейроінфекції у дітей.

Матеріали і методи. Дослідження обсерваційне, ретроспективне, типу «випадок-контроль». Проведено аналіз історій хвороби дітей віком від 1 місяця до 18 років, які проходили стаціонарне лікування з приводу гострої нейроінфекції (менінгіт, енцефаліт та енцефаломієлополінейропатія). Реєстрували випадки гострого порушення сечовидільної функції і патологічні зміни при лабораторному дослідженні сечі.

Результати та обговорення. Обстежено 67 дітей віком від 1 міс. до 18 років, хворих на нейроінфекцію. У 27 (40,3%) осіб встановлено діагноз бактерійного менінгіту, у 28 (41,8%) –

асептичного менінгіту, у 6 (9,0%) – вірусного енцефаліту, у 6 (9,0%) – енцефаломієлополінейропатії. Серед пацієнтів з бактерійним менінгітом у 16 (59,3%) діагностовано менінгококову етіологію, у 2 (7,4%) – збудником був пневмокок, в 1 (3,6%) – ешерихія колі, у 8 (29,6%) – збудник захворювання не встановлено. У 10 пацієнтів з менінгококовим менінгітом захворювання поєднувалось з менінгококемією. Серед хворих на асептичний менінгіт тільки в 1 пацієнта встановлена HSV 1-го типу етіологія, в інших – етіологічний чинник нез'ясовано. Серед пацієнтів з енцефалітом у 2 виявлено HSV 1-го типу, в 1 – ентеровірус. Енцефаломієлополінейропатія в 1 дитини асоціювалась з HSV-1-інфекцією, в 1 – з ентеровірусною інфекцією. В 11 (16,4%) пацієнтів захворювання ускладнювалось набряком головного мозку, у 4 (6,0%) – септичним шоком. Серед обстежених пацієнтів 63 (94,0%) дитини були виписані з одужанням, у 2 – спостерігався стійкий неврологічний дефіцит, у 2 – захворювання закінчилось летально.

Симптоми ураження нирок виявлені у 10 (15,4%) дітей: зниження діурезу (олігоанурія) – у 5 (7,7%), зростання рівня креатиніну в сироватці крові – в 1 (1,5%), збільшення концентрації протеїну в сечі – у 5 (7,7%), наявність еритроцитів у сечі – у 5 (7,7%). В усіх випадках ниркової дисфункції застосовували тільки консервативну терапію. У 8 (80,0%) пацієнтів із симптомами ураження нирок спостерігалось повне одужання, у 2 (20,0%) – летальний кінець. Ниркова симптоматика спостерігалась у 22,2% хворих з бактерійним менінгітом, у 7,1% – з асептичним, у 33,3% – з енцефалітом і у жодному випадку енцефаломієлополінейропатії. Суттєвої залежності ниркової дисфункції від нозологічної форми нейроінфекції ми не виявили ($p > 0,05$). Встановлено прямий зв'язок між симптомами ураження нирок і лікуванням у відділенні інтенсивної терапії (відношення шансів (ВШ); 95% довірчий інтервал (ДІ): 8,75; 1,96-39,02), перебуванням на ШВЛ (7,14; 1,64-31,08), наявністю набряку головного мозку (15,60; 3,27-74,46), шоку (24,0; 2,19-263,42) і летальним завершенням (33,82; 1,49-766,45).

Висновки. Ураження нирок у дітей з гострою нейроінфекцією асоціюються з тяжким, ускладненим перебігом і несприятливими наслідками захворювання.

Д.Г. Живиця, Л.В. Живиця, В.Л. Шинкаренко, І.Б. Іванова,
О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова, Г.В. Глазунова

ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕЧНІСТЬ СОФОСБУВІРУ В ПОЄДНАННІ З ПЕГІЛЬОВАНИМ ІНТЕРФЕРОНОМ/РИБАВІРИНОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медична академія післядипломної освіти,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Хронічний гепатит С (ХГС) у світі є основною причиною захворюваності і смертності пацієнтів з ураженнями печінки. Стійка вірусологічна відповідь (СВВ), яка вважається еквівалентом ерадикації вірусу гепатиту С (ВГС), зменшує розвиток цирозу печінки, гепатокарциноми і загальну смертність хворих. При використанні пегільованого інтерферону і рибавіріну (PEG-IFN/RBV) СВВ досягається менше ніж у 50% хворих. Софосбувір – є першим інгібітором полімерази NS5B, що має потужну протівірусну активність щодо усіх генотипів ВГС.

Метою роботи було визначити ефективність і безпечність застосування софосбувіру у поєднанні з PEG-IFN/RBV у хворих на ХГС.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилося 150 хворих на ХГС, у тому числі 97 (65%) чоловіків і 53 (35%) жінки; вік їх – від 18 до 73 років. Переважали хворі молодого і середнього віку (68,7%), особи старших вікових груп (53-73 роки) склали 31,3%. У 100 (66,7%) хворих встановлено 1b генотип ВГС, у 50 (33,3%) – 3a. Середній рівень вірусного навантаження ВГС склав 5,81 (5,35-6,15) log₁₀ копій в 1 мл плазми крові. Ступінь фіброзу печінки (за METAVIR) визначався принаймні двома неінвазивними методами. У жінок відсутність фіброзу (F0) реєстрували у 4 рази частіше (9%), ніж у чоловіків (2%). Слабкий фіброз (F1) виявлено у 23% хворих, середній ступінь фіброзу (F2) мали 43% хворих. У групі з тяжким фіброзом/цирозом (F3-4) 80% склали чоловіки, при 1b генотипі таких хворих було в 1,6 разів більше, ніж при генотипі 3a. Усім хворим призначено софосбувір (400 мг 1 раз на добу) у поєднанні з пегільованим інтерфероном альфа-2b (1,5 мкг на 1 кг маси тіла

1 раз на тиждень), який вводився підшкірно, і рибавірином (1000 або 1200 мг на добу залежно від маси тіла) протягом 12 тиж.

Результати та обговорення. Уже через 4 тиж. лікування частка хворих з відсутністю РНК ВГС при аналізі ПЛР склала 97,3%. Через 8 тиж. терапії в усіх 150 пацієнтів РНК ВГС у плазмі крові не визначалася. Після завершення лікування (через 12 тиж.) у 2 хворих зареєстровано вірусологічний прорив. Серед 150 пацієнтів, яким було призначено лікування, 141 (94%; 95% ДІ: 88,9-97,2%) досягли СВВ через 12 тиж. після завершення терапії. Було зареєстровано 7 рецидивів, загальна кількість хворих з неефективністю лікування склала 9 (6%) осіб, серед яких було 6 чоловіків і 3 жінки. Серед 16 хворих з попереднім досвідом противірусної терапії лише 1 пацієнт не досягнув СВВ12.

Стартові гематологічні показники (рівень гемоглобіну, нейтрофілів і тромбоцитів) були нормальними у 91% пацієнтів. Побічний вплив на них лікарських засобів відмічений у 73,5% пацієнтів. Через 4 тиж. лікування у 28% хворих визначався розвиток анемії легкого і середнього ступеня (зниження вмісту гемоглобіну до 88-103 г/л). Через 8-12 тиж. терапії відсоток таких пацієнтів склав 24. Розвиток тромбоцитопенії (до 140-56 тис. в 1 мкл) через 4 тиж. лікування мав місце у кожного третього хворого, на 8-му тиж. – у 50,0% пацієнтів, до завершення лікування тромбоцитопенію реєстрували у 35% осіб. Нейтропенію визначали у 34-38% пацієнтів уже з 4-8-го тиж. противірусної терапії. При розвитку побічних реакцій проводили корекцію доз препаратів і застосування колонієстимулювальних факторів росту. У жодного пацієнта лікування не переривалося.

Висновки. Комбінація софосбувіру з PEG-IFN/RBV виявилася безпечною і високоефективною у лікуванні хворих на ХГС незалежно від статі, генотипу ВГС, ступеня фіброзу печінки або досвіду попереднього лікування. Побічний вплив на гематологічні показники відмічено у 73,5% пацієнтів, що потребувало корекції доз препаратів і застосування колонієстимулювальних факторів росту, але в жодному випадку не призвело до зупинки терапії.

Д.Г. Живиця, В.Г. Казека

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ВІД ШЛЯХУ ІНФІКУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ АГОНІСТАМИ ОПІОЇДІВ

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

Актуальність. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує поширюватися серед усього населення за рахунок збільшення епідемічної значимості статевого шляху передачі ВІЛ і провідної ролі у розповсюдженні збудника представників груп підвищеного ризику.

Метою роботи було визначити залежність вірусологічної ефективності антиретровірусної терапії (АРТ) у хворих на ВІЛ-інфекцію від шляху інфікування і додаткового використання замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) агоністами опіоїдів у людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН).

Матеріали і методи. У дослідження було включено 95 хворих на ВІЛ-інфекцію, які раніше не отримували АРТ, і не мали активних опортуністичних інфекцій. Усіх пацієнтів розподілили на три групи. У першу групу було включено 33 хворих на ВІЛ-інфекцію ЛВІН, що отримували ЗПТ агоністами опіоїдів. У другу групу ввійшли 32 хворих на ВІЛ-інфекцію ЛВІН, які не отримували ЗПТ. Третю групу склали 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.

Визначали рівень вірусного навантаження HIV-RNA у крові методом ПЛР з використанням тест-систем Abbott Realtime™ HIV-1 на ампліфікаторі Abbott Real-time m2000rt (США). Рівень вірусного навантаження HIV-RNA у хворих визначався до призначення АРТ і через 24 і 48 тиж. лікування. Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням комп'ютерної програми STATISTICA 6.0.

Результати та обговорення. При вивченні динаміки вірусного навантаження HIV-RNA у хворих, які отримували різні схеми АРТ, значимих відмінностей не виявлено. Також не відзначено впливу статі і віку на вірусологічну ефективність АРТ.

Середній рівень вірусного навантаження HIV-RNA в обстежених групах хворих до призначення АРТ значимо не відрізнявся. Через 24 тиж. АРТ частка пацієнтів з повною супресією ВІЛ (HIV-RNA<50 копій/мл) у першій і третій групах була вищою, ніж, у другій групі, втім ця різниця не була статистично значущою. При оцінці вірусологічної ефективності АРТ у групах через 48 тиж. спостереження виявлено достовірно вищий ($p<0,01$) відсоток хворих у першій (93,9%) і третій (90,0%) групах, які досягли повної вірусної супресії (HIV-RNA<50 копій/мл) порівняно з другою групою хворих – 58,1%. Аналогічні дані зафіксовані і при зіставленні частки хворих зі значним пригніченням вірусного навантаження (HIV-RNA<400 копій/мл) у групах (96,7 і 100,0 та 71,0%, відповідно). Слід зауважити, що у другій групі хворих протягом 24-48 тиж. лікування відбувалося зменшення частки хворих з повною вірусною супресією – з 61,3 до 58,1% і з 80,6 до 71,0% хворих з вірусним навантаженням HIV-RNA<400 копій/мл.

Висновки. Вірусологічна ефективність АРТ у хворих на ВІЛ-інфекцію ЛВІН, що отримують ЗПТ агоністами опіоїдів через 48 тиж. лікування не відрізняється від групи пацієнтів, які інфікувалися статевим шляхом. У хворих на ВІЛ-інфекцію ЛВІН, які не отримують ЗПТ у період з 24 по 48 тиж. лікування відбувається збільшення кількості пацієнтів з вірусологічною невдачею АРТ.

Д.А. Задирака, О.В. Рябоконт, Ю.Ю. Рябоконт

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГНІЙНИЙ МЕНІНГІТ У ДИНАМІЦІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. В усьому світі менінгіт бактерійної етіології залишається однією з найпоширеніших форм ураження центральної нервової системи. Незважаючи на сучасні досягнення в лікуванні, гнійний менінгіт зберігає місце у першій десятці причин смертей, пов'язаних з інфекційними хворобами, і займає друге місце серед причин первинної інвалідизації населення.

Вагому роль при гнійному менінгіті відіграють ураження вегетативної нервової системи. За даними сучасних досліджень, у 35-70% реконвалесцентів менінгіту бактерійної етіології реєструються хронічна втома, порушення сну, емоційні, поведінкові та рухові розлади, астено-невротичний, церебро-астенічний синдроми.

Мета роботи: дослідити клінічні прояви вегетативних розладів у хворих на гнійний менінгіт у динаміці захворювання.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 52 хворих на гнійний менінгіт, які лікувалися у відділенні нейроінфекцій Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні. Для виявлення ознак вегетативної дисфункції у пацієнтів використовували опитувальник Вейна.

Результати та обговорення. Гнійний менінгіт у хворих переважно мав тяжкий перебіг (57,7%). При госпіталізації у пацієнтів домінували клінічні ознаки загальноінтоксикаційного, загально мозкового, менінгеального, вестибуло-атактичного синдромів. На тлі типової симптоматики у 14 (26,9%) хворих на менінгіт бактерійної етіології виявляли клінічні ознаки вегетативної дисфункції у вигляді пастурального тремору повік, язика.

У динаміці захворювання, починаючи з другого тижня лікування, на тлі певного регресу основних клінічних проявів, в усіх хворих виявлено як суб'єктивні та й об'єктивні клінічні ознаки вегетативної дисфункції. Більшість (49; 94,2%) пацієнтів відмічали періодичний цефалічний синдром, частіше пов'язаний зі зміною метеоумов, та астенію після фізичного навантаження переважно у другій половині доби. Розлади сну виявлено у кожного другого (27; 51,9%) пацієнта, постуральний тремор повік, язика і верхніх кінцівок – у 30 (57,7%) хворих, що підтверджувало підвищення середнього балу, за опитувальником Вейна, на 115,3%.

На момент виписки у більшості пацієнтів (59,3%) зберігалися клінічні ознаки вегетативної дисфункції у вигляді астенії після незначного фізичного навантаження (5; 18,5%), розладів сну (7; 25,9%), періодичної цефалгії та метеочутливості (4; 14,8%), пастурального тремору повік і верхніх кінцівок (4; 14,8%), що підтверджувалося перевищенням середнього балу за опитувальником Вейна на 33,3%.

Висновки. При госпіталізації у 26,9% пацієнтів з бактерійним менінгітом виявляли клінічні ознаки вегетативної дисфункції. Починаючи з другого тижня лікування в усіх хворих відзначені суб'єктивні та об'єктивні клінічні ознаки вегетативної дисфункції, що підтверджувало перевищення середнього балу, за опитувальником Вейна, на 115,3%. На момент виписки у 59,3% пацієнтів зберігалися клінічні ознаки вегетативної дисфункції, про що свідчило перевищення середнього балу, за опитувальником Вейна, на 33,3%.

А.М. Задорожний, О.Б. Ворожбит, Н.М. Прикуда
**ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ
ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ І ГЕМОХРОМАТОЗУ**

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Гемохроматоз – захворювання, що характеризується порушенням обміну залізовмісних пігментів, підвищеним всмоктуванням заліза у кишці та накопиченням його у тканинах і органах, що в подальшому призводить до їх функціональної недостатності та розвитку фіброзу. За етіологією гемохроматоз класифікують на первинний (розлад успадкований або генетично детермінований) і вторинний (захворювання, набуте впродовж життя). Переважає мало- і безсимптомний перебіг хвороби, що ускладнює діагностику, не дає можливості вчасно встановити діагноз і розпочати необхідне лікування. У випадку розвитку маніфестної форми гемохроматоз за клініко-лабораторними ознаками нагадує вірусні гепатити.

Мета роботи. Проаналізувати алгоритм діагностики гемохроматозу на клінічному прикладі.

Матеріали і методи. Аналіз клініко-лабораторних даних хворого на гемохроматоз, який знаходився на лікуванні у відділенні вірусних гепатитів Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні (ЛОІКЛ).

Результати та обговорення. Хворий Т., віком 23 р., поступив 07.11.2014 р. у відділення вірусних гепатитів ЛОІКЛ на другий тиждень хвороби зі скаргами на загальну слабкість,

відсутність апетиту, свербіж шкіри, нудоту, відчуття гіркоти в роті, зниження маси тіла на 6 кг. Епізоди жовтяниці в анамнезі відсутні. Стан хворого на момент госпіталізації середньої тяжкості, адинамічний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки іктеричні, сліди розчухів на ногах. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Периферичні лімфовузли не збільшені. Над легенями жорстке дихання. Живіт м'який, неболючий. Печінка виступала з-під краю правої реберної дуги на 1 см. Сеча темна, випорожнення 1 раз за добу, ахолічні.

Дані лабораторних досліджень (08.11.2014 р.). Гемограма: еритроцити $4,9 \times 10^{12}$ /л; гемоглобін 162 г/л; лейкоцити $3,9 \times 10^9$ /л; ШОЕ 16 мм/год; ретикулоцити 0,3%. Біохімічні показники крові: загальний білірубін 234,1 мкмоль/л; прямий – 156,1 мкмоль/л; непрямий – 78,0 мкмоль/л; АлАТ 5,0 ммоль/(л×год); сечовина 5,3 ммоль/л; креатинін 84,0 мкмоль/л; лужна фосфатаза 3,8 од./л; амілаза 19,0 од./л; цукор крові 5,7 ммоль/л. Дані УЗД (12.11.2014 р.): печінка біля краю реберної дуги, паренхіма однорідна; жовчні протоки не розширені; портална вена 1,0 см; у воротах печінки кілька лімфовузлів до 1,0 см. Жовчний міхур невеликих розмірів, без конкрементів. Маркерів вірусних гепатитів (А, В, С) та автоімунних захворювань печінки не виявлено, а тому з метою подальшого діагностичного пошуку визначали: сироваткове залізо 58,62 мкмоль/л; трансферин 2,74 г/л; відсоток насичення трансферину 59,72%; мідь 33,4 мкмоль/л; церулоплазмін 0,43 г/л. Отримані результати дали змогу віднести пацієнта до групи ризику щодо гемахроматозу. У зв'язку з чим хворому 11.12.2014 р. проведено дослідження пунктату печінки: загальна балково-часточкова будова збережена. Гепатоцити морморфні. Значна кількість клітин містить інтрацитоплазматичне нагромадження коричневого пігменту. Запальний інфільтрат незначний у поодиноких порталних трактах. Ознаки фіброзування в окремих трактах, де формуються тонкі септи. Реакція Перлса: дифузне нагромадження залізовмісних депозитів у гепатоцитах. Хворому рекомендовано проведення молекулярно-генетичного аналізу мутацій С282У і Н63D гену HFE.

На тлі проведеного лікування: дієта № 5 з обмеженням продуктів, що містять залізо, регулярні флеботомії (1 раз у тиждень) із забором крові в об'ємі 500 мл стан хворого поступово

покращувався, з'явився апетит, свербіж шкіри зник, знизився рівень загального білірубіну (до 23,7 мкмоль/л) і сироваткового заліза (до 41,96 мкмоль/л).

Висновки. Оскільки у молодому віці гемохроматоз здебільшого має безсимптомний перебіг (латентну форму) або неспецифічні клінічні прояви, то його несвоєчасна діагностика на ранньому етапі розвитку хвороби і відсутність адекватного лікування можуть призвести до тяжких клінічних проявів та ускладнень у подальшому – цирозу печінки, серцевої недостатності, цукрового діабету, артрити та гепатоцелюлярної карциноми. З огляду на подібність клініки актуальним є проведення ретельної диференційної діагностики гемохроматозу і вірусних гепатитів. Аналіз цього клінічного випадку демонструє нам необхідність підвищити обізнаність фахівців усіх спеціальностей, а особливо лікарів загальної практики – сімейної медицини щодо діагностики гемохроматозу, щоб запобігти появі тяжких наслідків патології та інвалідизації хворих.

О.О. Зубач

ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕРЕЖІ FACEBOOK ДЛЯ ОПИТУВАННЯ ДОБРОВОЛЬЦІВ ЩОДО ОБІЗНАНОСТІ З ПИТАНЬ ЛЕПТОСПІРОЗУ

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Лептоспіроз незмінно залишається одним із найрозповсюдженіших бактерійних зоонозів у світі.

Мета роботи. Провести опитування добровольців щодо обізнаності стосовно лептоспірозу за допомогою соціальної мережі Facebook.

Матеріали і методи. Розроблено анкету-опитувальник (14 запитань) стосовно різних аспектів лептоспірозу в людей, яка була надіслана користувачам Facebook, котрі згодні взяти участь в опитуванні. До анкетування були запрошені повнолітні користувачі Facebook, які не працювали у сфері медицини і ветеринарії. Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою непараметричного критерію Манн-Уїтні.

Результати та обговорення. На запрошення відгукнулися 54 особи, з них відповіли на всі запитання лише 42. Середній вік опитаних склав ($37,76 \pm 1,15$) року, при цьому переважали особи працездатного віку – 97,9% пацієнтів віком від 18 до 59 років. Суттєво переважали жителі міста – 38 (90,5%), мешканців сільської місцевості було лише 4 (9,5%). Жінок – 34 (80,9%), чоловіків – 8 (19,1%). 40 (95,2%) респондентів мали закінчену вищу освіту. На питання: «Чи знаєте Ви, що таке лептоспіроз?», – негативно відповіло 24 (57,1%) особи. «Чи знаєте Ви, як найчастіше можна заразитись цією хворобою?», – правильно відповіли 24 респонденти (57,1%). «Які заходи допоможуть запобігти виникненню лептоспірозу?», – правильно висловились 23 (54,8%) з опитаних. На блок питань, які стосувались ризиків зараження лептоспірозом, 25 (59,5%) респондентів, відповіли, що найчастіше фактом, який може призвести до захворювання є купання у ставках та озерах із непроточною водою. 18 (42,8%) респондентів були переконані, що наявність гризунів у будинках, підвалах, підсобних приміщеннях є фактором ризику виникнення хвороби. 7 респондентів висловили подяку, оскільки незнання відповідей на питання стосовно лептоспірозу спонукало їх після закінчення заповнення анкети знайти в інтернеті інформацію про цю хворобу.

Висновки. Проведене експериментальне застосування мережі Facebook для опитування добровольців щодо обізнаності стосовно лептоспірозу засвідчило, що більше половини опитаних не володіло знаннями про цю хворобу. Дослідження спонукало частину респондентів до самоосвіти з питань лептоспірозу. Проведена робота наводить на думку про доцільність активного використання популярних серед українців соціальних мереж із метою інформування населення щодо актуальних інфекційних хвороб.

Н.О. Іванченко

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КАШЛЮК ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВЩИНИ У 2017-2018 рр.

Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Згідно з даними CDC (Центру з контролю та профілактики інфекційних захворювань, США), захворюваність на кашлюк продовжує реєструватися на високому рівні, незважаючи на охоплення профілактичними щепленнями 95-97% населення. Зокрема, у 2017 р. у США захворіло 15 808 людей з інтенсивним показником 4,9 на 100 тис. населення. Частка госпіталізованих склала 6,6%. З 429 (21,7%) випадків були зареєстровані серед дорослих. Частка госпіталізованих серед дорослих осіб становила 7,6%. В Україні за 2017 р. зареєстровано 2 480 випадків кашлюку з інтенсивним показником 5,82 на 100 тис. населення, у Львівській області за аналогічний період захворіло 317 осіб (інтенсивний показник 12,55), з них 17 (5,36%) – дорослих.

Метою роботи було проаналізувати клінічні прояви кашлюку у дорослих мешканців Львівщини у 2017-2018 рр.

Матеріали і методи. Розроблено карту спостереження за дорослими пацієнтами з діагнозом кашлюка. Аналіз отриманих даних проведено з використанням непараметричних методів оцінки.

Результати та обговорення. У 2017 р. діагноз кашлюку встановлено 17 дорослим мешканцям Львівщини, за 5 міс. 2018 р. – 14. Карту спостереження заповнено на 31 хворого на кашлюк. Субфебрильну температуру тіла в катаральному періоді відмічено у 29% (9) осіб, на чхання скаржились 13% (4) пацієнтів, нежить відзначали у 36% (11), короткотривалий сухий кашель – у 42% (13) осіб, відчуття «клубка» у горлі – у 56% (17) пацієнтів. Тривалість катарального періоду до 5 днів відмічали у 40% (12) пацієнтів, до 10 – у 13% (4); 48% (15) пацієнтів не відзначали клінічних проявів катарального періоду кашлюку. Серед провідних симптомів були: пароксизмальний кашель – у 90% (28) пацієнтів, інспіраторна задишка – у 74% (23), блювання після нападів кашлю відзначали лише в 16 % (5) осіб. Апноє було лише у 2 (6%) пацієнтів. Тривалість періоду пароксизма-

льного кашлю становила понад 4 тиж. у 20% (6) хворих, понад 6 тиж. – у 6% (2). Контакт з хворим на підтверджений лабораторно кашлюк був у 8 (25%) пацієнтів. Контакт з особами, що тривало кашляли, відмічали 6 (19%) хворих. З числа обстежених 2 (6%) були вагітні у третьому триместрі. 8 (25%) пацієнтів вживали антибіотики до моменту звернення за медичною допомогою.

Усі випадки кашлюку у дорослих були підтверджені лабораторно. З них у 61% (19) виявлено *Bordetella pertussis* методом ПЛР у мазку зі задньої стінки глотки, у 29 % (9) – відзначено імуноглобуліни класу М до *B. pertussis* методом ІФА, у 10% (3) – імуноглобуліни класу А до цього збудника.

Висновки. Згідно з критеріями CDC, ймовірним є випадок кашлюку за тривалості кашлю 14 діб і наявності одного з критеріїв – пароксизму кашлю, апное, інспіраторної задишки чи блювання після нападу кашлю. Є необхідність у підвищенні настороженості медиків щодо виявлення випадків кашлюку у дорослих за наявності типової симптоматики.

К.В. Калашник, Ю.Ю. Рябоконь, О.М. Камишний

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 У ПРОГНОЗУВАННІ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. За останні роки є значні досягнення в лікуванні хворих на хронічний гепатит С (ХГС). В Україні з 2016 р. з'явилася можливість лікування хворих на ХГС із застосуванням препаратів з прямим механізмом противірусної дії в рамках виконання Державної цільової програми. Сучасна противірусна терапія (ПВТ) демонструє високу ефективність, проте залишається актуальним пошук генетичних факторів, які можуть обумовити її відсутність.

Мета роботи – проаналізувати вплив поліморфізму гену ІЛ-17 на результати різних схем ПВТ у хворих на ХГС.

Матеріали і методи. У дослідження включено 113 хворих на ХГС; вік їх від 24 до 73 років; чоловіків було 77, жінок – 36. Обстеження хворих проводили згідно наказу МОЗ № 729 від 18.07.2016 р. у гепатологічному центрі КУ «ОІКЛ ЗОР». Ступінь фіброзу печінки у пацієнтів, за результатами неінвазивних тестів, була така: F0 – у 12 (10,6%), F1 – у 20 (17,7%), F2 – у 40 (35,4%), F3 – у 31 (27,4%), F4 – у 10 (8,8%) хворих. Вірусне навантаження у 77 (68,1%) хворих було вищим за 400 000 МО/мл. Пацієнтів розподілили на групи: I група – 83 хворих, які отримали лікування: пегільований інтерферон+рибавірин+софосбувір (peg-IFN+RB+SOF); II група – 30 пацієнтів, яких лікували ледіпасвіром+софосбувіром (LED+SOF). Визначення поліморфізму гену ІЛ-17 С11139G (rs612242) проведено на системі детекції продуктів ПЛР у реальному часі CFX-96 Touch (BIO-RAD, США), використовуючи набори NP-524-100 (РФ), у відділі молекулярно-генетичних досліджень НЛЦ ЗДМУ (завідувач – проф. Камишний О.М.). Обробку даних проводили за допомогою непараметричних методів статистики.

Результати та обговорення. У хворих I групи, які отримали лікування peg-IFN+RB+SOF, переважно виявлявся генотип CC (78 осіб; 94,0%) гену ІЛ-17, а генотипи CG/GG гену ІЛ-17 були у 5 (6,0%) пацієнтів. Через 4 тиж. такого лікування негативацію HCV RNA досягнуто у 73 (93,6%) пацієнтів, а кількість хворих з підвищеною активністю АЛАТ знизилася з 60 (76,9%) на початку лікування до 35 (44,9%) у зазначений термін спостереження. Варто зазначити, що усі пацієнти з генотипом CG/GG гену ІЛ-17 мали негативацію HCV-RNA на 4-му тиж. ПВТ, на відміну від хворих з генотипом CC, серед яких вірус не виявлявся у 89,7% (70 із 78) у цей час. На момент завершення ПВТ (через 12 тиж.) за наявності генотипу CC вірусологічна відповідь зафіксована у 87,2% (68 із 78) зі збереженням підвищеної активності АЛАТ у кожного третього пацієнта 33,3% (26 із 78). На відміну від цих хворих, в усіх пацієнтів з генотипами CG/GG гену ІЛ-17 на момент завершення ПВТ зафіксовано повну відповідь. При оцінці СВВ24 виявлено, що частота її формування залежала від поліморфізму гену ІЛ-17. Так, за наявності генотипу CC гену ІЛ-17, СВВ24 була у 87,2% (68 із 78 осіб) проти 100,0% (5 із 5) пацієнтів з генотипами CG/GG. Проте, варто відзначити, що після завершення лікування протягом зазначеного періоду

спостереження кількість хворих з нормалізацією активності АлАТ продовжувала збільшуватися, тоді ж, на 24 тиж. серед хворих з генотипом СС залишилося лише 6,4% (5 із 78) пацієнтів з підвищеною активністю АлАТ в 1,5 разу.

В усіх хворих II групи, які отримали лікування LED+SOF, було виявлено генотип СС гену ІЛ-17. На 4-му тиж. ПВТ негативацію HCV RNA досягнуто у переважній більшості пацієнтів (29; 96,7%) з нормалізацією активності АлАТ в усіх хворих. При аналізі результатів лікування на момент завершення терапії і оцінці СВВ24 не встановлено впливу поліморфізму гену ІЛ-17, а саме генотипу СС. В усіх хворих цієї групи досягнуто СВВ24 і стійкої нормалізації активності АлАТ.

Висновки. При ПВТ хворих на ХГС за схемою peg-IFN+RB+SOF на результати лікування негативний вплив чинить наявність генотипу СС гену ІЛ-17, що знижувало частоту досягнення СВВ24 до 87,2%, на відміну від пацієнтів з генотипами CG/GG, в яких у 100,0% сформувалася СВВ24. При застосуванні безінтерференової ПВТ за схемою LED+SOF поліморфізм гену ІЛ-17 не мало впливу на результати лікування, оскільки ефективність його досягла 100,0%.

Н.М. Киричук, В.І. Трихліб

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ПОКАЗНИКИ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ У МОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРІОДУ РОКУ

Гарнізонний військовий госпіталь, м. Мукачево,
Закарпатська область; Українська військово-медична
академія, м. Київ

Актуальність. Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) і грип належать до найбільш розповсюджених інфекційних захворювань. Хвороби органів дихання (Х клас) є актуальними для Збройних Сил України, насамперед через високу ураженість особового складу, що значно знижує боєздатність військ, особливо у воєнний час, а також з можливістю спалахів. У

військовослужбовців рівні захворюваності на ГРЗ щорічно перевищують іншу інфекційну захворюваність. Найуразливішими є новобранці та мобілізовані. Найвища захворюваність на ГРЗ реєструється у навчальних центрах – до 23% військовослужбовців. Під час епідемічних спалахів грипу та інших ГРЗ хворіє до 30% і більше військовослужбовців, а сезонні підйоми захворюваності розтягуються на 3-4 міс.

На рівень захворюваності на ГРЗ впливає значна кількість факторів, у тому числі й метеорологічні чинники. Особливості сучасних епідемій грипу: зміщення захворюваності на пізніший весняний період, збільшення тривалості циркуляції респіраторних вірусів не грипової етіології. Серед етіологічних збудників ГРЗ у військовослужбовців, на відміну від цивільного населення, провідну роль мають аденовіруси і мікоплазми – до 40 і 15% відповідно. Доволі часто спостерігаються різні асоціації збудників (30-50%). В етіології сезонних ГРЗ, бронхіту, пневмонії, інфекцій ЛОР-органів суттєва частка і стрептококів. В міжепідемічний з грипу сезон негоспітальна пневмонія розвивається у 0,7-2,0%, під час епідемій – у 10-12% осіб. Останнім часом збільшується кількість хворих зі стертим і безсимптомним перебігом пневмонії. Близько 10-15% випадків пневмоній встановленої етіології спричинюються 2 і більше збудниками. Етіологія пневмонії у 30-50% хворих не встановлюється. Доведено, що найчастіше негоспітальну пневмонію спричинюють *S. pneumonia* (20-60%), гемофільні палички (10-19%), мораксели (1-10%), хламідії і мікоплазми (до 25%), легіонели, віруси, стафілококи – зрідка.

Мета роботи: з урахуванням обмежених діагностичних можливостей з'ясувати у мобілізованих військовослужбовців, хворих на ГРЗ, гострий тонзиліт і гострий бронхіт, особливості лабораторних показників залежно від періоду року.

Матеріали і методи: дані медичних карт стаціонарних хворих військовослужбовців, які лікувались у гарнізонному госпіталі у 2015 р.

Результати та обговорення. У січні-квітні 2015 р. з приводу ГРЗ в інфекційному відділенні лікувалось 93 військовослужбовці, з них 57,0% мобілізованих, 43,0% – за контрактом. Перебіг недуги у мобілізованих був переважно у легкій формі (98,1%), середньотяжкий – в 1,9%, у військовослужбовців за контрактом також переважно у легкій (96,9%), у середньотяж-

кій – у 3,1%. У 32,1% мобілізованих на тлі ГРЗ розвинувся гострий синусит, у 3,8% – гаймороектоїдит, у 5,7% – нефропатія, в 1,9% – середній отит. Середня кількість лейкоцитів у них була $6,4 \times 10^9$ і $5,6 \times 10^9$ ¹/л, відсоток лімфоцитів – 47 і 22, моноцитів – 21 і 14, гранулоцитів – 32 і 64 відповідно. З приводу гострого тонзиліту переважно лікувались мобілізовані військово-службовці (86,1%), легкий перебіг – у 51,6% осіб, середньотяжкий – у 48,4%. Розвинулись ускладнення: паратонзиліт (16,1%), інтоксикаційна нефропатія (3,2%), гострий гайморит (16,1%). Середня кількість лейкоцитів була $7,8 \times 10^9$ ¹/л, відсоток лімфоцитів – 50, моноцитів – 28, гранулоцитів – 22. При бактеріологічному дослідженні у хворих виділено: *S. aureus* (9,7%), *S. viridians* (61,3%), *S. pneumonia* (16,1%), *S. haemolyticus* (12,9%). З приводу гострого бронхіту лікувалось 92,6% мобілізованих, легкий перебіг – у 59,0%, середньотяжкий – у 41,0%. Середня кількість лейкоцитів була $7,0 \times 10^9$ ¹/л, відсоток лімфоцитів – 39, моноцитів – 17, гранулоцитів – 44. З усіх пацієнтів з пневмонією 82,8% були мобілізовані, легкий перебіг – у 95,8%, тяжкий – у 4,2%. Токсична нефропатія розвинулась у 4,2%, гострий гайморит – у 4,2% хворих. Середня кількість лейкоцитів у них була $6,6 \times 10^9$ ¹/л, відсоток лімфоцитів – 30, моноцитів – 12 і гранулоцитів – 58.

У травні-серпні 2015 р. з приводу ГРЗ також переважно лікувались мобілізовані – 82,9%, в усіх був легкий перебіг. Середня кількість лейкоцитів у них – $5,6 \times 10^9$ ¹/л, відсоток лімфоцитів – 23, моноцитів – 11, тобто ці показники були нижчими порівняно з попереднім періодом, а відсоток гранулоцитів, навпаки, збільшився до 66. З приводу гострого тонзиліту у цей час переважно лікувались мобілізовані військовослужбовці – 52,9% і військовослужбовці за контрактом – 41,2%. На тлі ГРЗ, гострого тонзиліту ускладнень не було. Середня кількість лейкоцитів – $6,04 \times 10^9$ ¹/л, відсоток лімфоцитів – 22, моноцитів – 11, гранулоцитів – 67, тобто зріс відсоток гранулоцитів утричі. При бактеріологічному дослідженні у хворих виділено: *S. viridans* (77,8%), гриби роду *Candida* (77,8%), *S. aureus* (22,2%). З усіх пацієнтів з гострим бронхітом 68,2% склали мобілізовані, 22,7% – військовослужбовці за контрактом. В усіх був легкий перебіг, в 1 – діагностовано гострий синусит. Середня кількість

лейкоцитів відповідно $7,2 \times 10^9$ /л і $8,3 \times 10^9$ /л, відсоток лімфоцитів – 25 і 22, моноцитів – 10 і 9, гранулоцитів – 65 і 69. Серед хворих на пневмонію 90,0% склали мобілізовані. В 1 пацієнта на тлі пневмонії діагностовано гострий лівобічний гайморит, токсико-алергічний дерматит, гострий катаральний гінгівостоматит, інтоксикаційну нефропатію. Середня кількість лейкоцитів – $6,6 \times 10^9$ /л, відсоток лімфоцитів – 24, моноцитів – 11 і гранулоцитів – 65. Тобто зростав відсоток гранулоцитів, порівняно з попереднім періодом року.

У вересні-грудні 2015 р. відсоток пролікованих з приводу ГРЗ мобілізованих склав 52,4, військовослужбовців за контрактом – 28,6. В усіх був легкий перебіг недуги. У 17,2% з них розвинувся синусит. Середня кількість лейкоцитів відповідно $5,0 \times 10^9$ і $6,0 \times 10^9$ /л, відсоток лімфоцитів – 41 і 30, моноцитів – 11 і 8, гранулоцитів – 48 і 62. З усіх осіб з гострим тонзилітом військовослужбовці строкової служби склали 52,9%, мобілізовані і за контрактом – по 23,5%. У 75,0% мобілізованих – легкий перебіг недуги, у 25% – середньотяжкий. В 1 хворого розвинувся гострий синусит. Середня кількість лейкоцитів була відповідно $5,7 \times 10^9$, $5,4 \times 10^9$ і $6,8 \times 10^9$ /л, відсоток лімфоцитів – 24, 29 і 33, моноцитів – 10, 7 і 17, гранулоцитів – 66, 64 і 50. При бактеріологічному дослідженні виділено: *S. viridans*, гриби роду *Candida*, *S. aureus*, *S. haemolyticus*. З усіх осіб з гострим бронхітом 71,4% склали мобілізовані військовослужбовці, в яких був легкий перебіг недуги. У 6,7% з них діагностовано гострий синусит. Середня кількість лейкоцитів – $6,0 \times 10^9$ /л, відсоток лімфоцитів – 33, моноцитів – 8, гранулоцитів – 59. Щодо результатів обстежень: порівняно з попереднім періодом року суттєвої різниці немає, порівняно з першим періодом – зберігається більший відсоток гранулоцитів. З приводу пневмонії лікувались мобілізовані та військовослужбовці (50,0%) за контрактом (33,3%), в усіх легкий перебіг, ускладнення не розвинулись. Середня кількість лейкоцитів – відповідно $6,0 \times 10^9$ і $5,0 \times 10^9$ /л, відсоток лімфоцитів – 42 і 29, моноцитів – 10 і 10, гранулоцитів – 48 і 61. Отже, у мобілізованих зростав відсоток лімфоцитів.

Лейкоцитоз при ГРЗ в усі пори року був у 6,4% хворих, в осіб із гострим бронхітом – у 3,3%, із негоспітальною пневмонією – у 4,2%, із гострим тонзилітом – в 11,6%. Збільшення

паличкоядерних нейтрофілів відзначали у 33,0% хворих із ГРЗ (у 5,3% від усіх із ГРЗ розвинувся синусит; у 16,1% – у тих, у кого збільшення паличкоядерних лейкоцитів); в осіб із бронхітом – у 23,3%, із негоспітальною пневмонією – у 29,2%, із гострим тонзилітом – у 39,5%. Середній відсоток паличкоядерних лейкоцитів при ГРЗ був $Me=4\%$ ($Q_{25}=3\%$; $Q_{75}=8\%$; $min=2\%$; $max=45\%$); при ГРЗ без бронхіту – $Me=7\%$ ($Q_{25}=7\%$; $Q_{75}=15,5\%$; $min=7\%$; $max=20\%$); при ГРЗ із бронхітом – $Me=12\%$ ($Q_{25}=10\%$; $Q_{75}=14\%$; $min=7\%$; $max=27\%$); при ГРЗ зі синуситом – $Me=11\%$ ($Q_{25}=8\%$; $Q_{75}=15\%$; $min=7\%$; $max=16\%$); при гострому бронхіті – $Me=4\%$ ($Q_{25}=3\%$; $Q_{75}=8\%$; $min=2\%$; $max=35\%$); при негоспітальній пневмонії – $Me=4\%$ ($Q_{25}=3\%$; $Q_{75}=8\%$; $min=2\%$; $max=45\%$); при гострому тонзиліті – $Me=4\%$ ($Q_{25}=3\%$; $Q_{75}=7\%$; $min=2\%$; $max=45\%$). Відсоток сегментоядерних нейтрофілів при ГРЗ – $Me=55\%$ ($Q_{25}=50\%$; $Q_{75}=60\%$; $min=20\%$; $max=75\%$), при гострому бронхіті – $Me=55\%$ ($Q_{25}=51\%$; $Q_{75}=60\%$; $min=21\%$; $max=71\%$); при негоспітальній пневмонії – $Me=56\%$ ($Q_{25}=51\%$; $Q_{75}=60\%$; $min=20\%$; $max=74\%$); при гострому тонзиліті – $Me=54\%$ ($Q_{25}=51\%$; $Q_{75}=60\%$; $min=20\%$; $max=74\%$).

Висновки. У мобілізованих військовослужбовців із захворюваннями органів дихання, яких лікували у західній Україні, у більшості був легкий перебіг при усіх ГРЗ та їх ускладненнях. При бактерійних інфекціях (гострий тонзиліт, негоспітальна пневмонія) зміни у загальному аналізі крові були у незначній кількості хворих. Визначення лише вмісту гемоглобіну, еритроцитів, лейкоцитів, застосування «автоматів» для обстеження крові, коли визначається тільки кількість гранулоцитів, лімфоцитів, моноцитів, не допомагає у проведенні диференційної діагностики цих недуг. У хворих на ГРЗ з лейкоцитозом слід думати про можливість розвитку в подальшому гострого тонзиліту, пневмонії, бронхіту чи синуситу. Показники загального аналізу крові, які виконані за допомогою «автоматів», не сприяють діагностиці бактерійних інфекцій і ускладнень ГРЗ.

В.Ю. Ключ, А.О. Руденко

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВИКЛИКАНИХ КОГНІТИВНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ (Р300) У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ХВОРОБИ ЛАЙМА З ПЕРЕВАЖНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

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

Актуальність. Останнім часом у багатьох регіонах України, що є природними осередками та ареалами поширення іксодових кліщів, спостерігається зростання захворюваності на Лайм-бореліоз (хворобу Лайма (ХЛ))(В.П. Малий, 2006; О.А. Зінчук, 2010; О.А. Голубовська, 2015).

Мета. Встановити діагностичну значимість методу викликаних когнітивних потенціалів для виявлення характеру і ступеня ураження нервової системи при ХЛ.

Матеріали і методи. У дослідження залучено 112 людей (основна група), в яких або було запідозрено, або були ознаки бореліозного процесу, або був попередньо встановлений діагноз ХЛ. Контрольну групу сформовано з 40 практично здорових людей (чоловіків – 10, жінок – 30). Обстеження і лікування хворих проводили на клінічній базі «ДУ ІЕІХ НАМНУ» у Центрі інфекційних уражень нервової системи м. Київ. До основної групи увійшли хворі віком від 20 до 77 років. Кількісний і якісний склад основної групи такий: чоловіків 24 (21,4%) від загальної кількості пацієнтів; жінок 88 (78,6%), пацієнтів працездатного віку було 103 (91,9%).

Реєстрацію когнітивних викликаних потенціалів (ВП) головного мозку (Р300) проводили на 24-канальному електроенцефалографі «BrainTest» (ДХ-системи, Україна) з комп'ютерною обробкою.

Результати та обговорення. Під час клінічного обстеження пацієнтів з хронічною ХЛ було виявлено значну частку осіб з когнітивними порушеннями. Увагу привернула альтернативна методика оцінки доклінічної стадії цих порушень і різних типів деменцій шляхом визначення когнітивних ВП головного мозку – дослідження ендогенного когнітивного ВП Р300. Метод ВП має високу чутливість і дозволяє виявляти ураження на

ранніх стадіях хвороби, у тому числі і «клінічно німі» зони ураження, дозволяє оцінити функціональний стан структур нервової системи на різних рівнях. На даний час методика Р300 включена Міжнародною і Американською асоціаціями клінічних нейрофізіологів до складу рекомендованих клінічних методів обстеження.

Достовірних відмінностей між результатами дослідження ВП методом Р300, отриманими у групах I і II, не виявлено, що вказує на подібність у них інфекційного процесу.

У ході проведеного аналізу виявлено статистично достовірні відмінності в показниках ВП за допомогою методу Р300, отриманих в групах I і II, та у контрольній групі. За цими показниками проведено попарне порівняння з показниками контрольної групи і розраховано різницю медіанних значень.

У ході аналізу отриманих результатів виявлено зменшення, порівняно з контрольною групою тривалості латентного періоду (ЛП) компонентів Р1 (зліва), N1 (зліва), а також Р1 (справа), N1 (справа). Встановлено, що у пацієнтів групи I і II ЛП комплексу Р1 зліва був у середньому меншим за значення, ніж у контрольній групі, на 2,89 мс, у той час як значення в групах I і II ЛП комплексу Р1 справа було меншим, ніж в контрольній групі, на 2,93 мс. Тривалість ЛП комплексу N1 зліва у пацієнтів групи I і II у середньому була меншою, ніж значення, отримане в контрольній групі, на 3,92 мс; значення ЛП комплексу Р1 справа в групах I, II було меншим, ніж в контрольній групі, у середньому на 3,39 мс.

За такими показниками як ЛП N2 (зліва), ЛПР3 (зліва), ЛП N3 (зліва), амплітуда Р300 (зліва), ЛП N2 (справа), ЛПР3 (справа), ЛП N3 (справа), амплітуда Р300 (справа) у групах I і II достовірно більша, порівняно з контрольною групою.

При аналізі нейрофізіологічних когнітивних ВП нашу увагу привернули параметри великої позитивної хвилі у діапазоні 300 мс. Цей комплекс обумовлений процесами розпізнавання, запам'ятовування та підрахунку вагомих стимулів у серії інших (невагомих) стимулів. Аналіз когнітивних Р300 виявив достовірне ($p < 0,05$) збільшення латентного періоду порівняно з контролем як справа, так і зліва у першій групі – Р300 (зліва) $Me=310,50$; $LQ=309,65$; $UQ=312,34$; Р300 (справа) $Me=309,45$ $LQ=308,45$ $UQ=310,45$, і у другій групі – Р300 (зліва) ($Me=310,50$;

LQ=309,66 UQ=312,35; P300 (справа) Me=310,35 LQ=308,98 UQ=312,40.

Визначені у ході дослідження значення амплітудних показників дозволили простежити динаміку зміни активності кори головного мозку на різних етапах патології нервової системи, що виникає на хронічних стадіях ХЛ. Серед пацієнтів основної групи виявлено достовірне зниження показників амплітуди P300 порівняно з контрольною групою. Зокрема, показники амплітуди P300 зліва у пацієнтів групи I та II були нижчими за відповідні показники групи контролю в середньому на 0,84 мкВ; амплітудне значення P300 справа у пацієнтів групи I та II були нижчими відповідних показників групи контролю в середньому на 0,80 мкВ. Необхідно відзначити, що підвищення амплітудних характеристик, порівняно з контрольною групою, серед пацієнтів основної групи не фіксували.

У ході проведеного статистичного аналізу виявлено сильний прямий зв'язок між значенням амплітуди P300 (справа) і амплітудою P300 (зліва) ($|r_s| = 0,98 \pm 0,01$; $p < 0,05$), що може свідчити про відсутність асиметричного когнітивного порушення.

Висновки. Збільшення латентного періоду і зниження амплітуди P300 свідчать про когнітивні порушення, які у пацієнтів з ХЛ виражаються зниженням ефективності механізмів оперативної пам'яті і направленої уваги. Наявність когнітивних порушень у хворих на ХЛ є обґрунтованою підставою для розширення комплексної терапії препаратами ноотропної дії.

В.М. Козько, Г.О. Соломенник, К.В. Юрко, О.Є. Бондар,
О.І. Могиленець, Н.Ф. Меркулова, О.М. Винокурова

МАЛОІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Національний медичний університет, м. Харків

Актуальність. Хронічний гепатит С (ХГС) є поширеним захворюванням із високим ризиком переходу в цироз печінки і гепатоцелюлярну карциному. За останніми даними, вірусом гепатиту С (НСV) у світі інфіковано понад 200 млн людей, тобто біля 3% населення планети.

Адекватна оцінка стану гепатобіліарної системи, зокрема стадії фіброзу печінки дає змогу не тільки прогнозувати перебіг ХГС, але й своєчасно призначати етіотропне і патогенетичне лікування, проводити оцінку його ефективності. Достовірним методом оцінки морфологічних змін у печінці є пункційна біопсія з наступним гістологічним дослідженням тканини органу. Цей метод вважають «золотим» стандартом діагностики, проте він має цілу низку обмежень у повсякденному застосуванні.

На сьогодні існують неінвазивні способи діагностики фіброзу печінки на підставі оцінки її ехогенності за допомогою ультразвукового дослідження, вимірювання еластичності печінки методом короткочасної еластографії, визначення вмісту гіалуронової кислоти у сироватці крові та сироваткового рівня колагену IV типу тощо. Але кожен з цих способів має певні суттєві недоліки.

Мета дослідження – оцінити вміст альфа-2-макроглобуліну (А2М) та активність гамма-глутамілтранспептидази (ГГТ) у сироватці крові хворих на ХГС залежно від стадії фіброзу печінки.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 25 хворих на ХГС. З них чоловіків було 15 (60%), жінок – 10 (40%). Середній вік пацієнтів склав $(41,16 \pm 2,45)$ року. Усім хворим визначали вміст А2М методом електрохемолюмінесценції, активність ферментів ГГТ та аланінамінотрансферази (АлАТ) імунотурбидиметричним методом у сироватці крові за допомогою реактивів фірми «Roche» (Франція), а також проводили оцінку стадії фіброзу печінки за системою FibroTest, яка є сучасною альтернативою біопсії печінки. Контрольну групу склали 20 здорових донорів. Для статистичної обробки даних використовували критерій t Ст'юдента для малих вибірок і коефіцієнт кореляції r.

Результати та обговорення. Вміст А2М у сироватці крові хворих на ХГС не відрізнявся від контрольних значень – $(2,56 \pm 0,11)$ і $(2,19 \pm 0,10)$ г/л відповідно ($p > 0,05$). Активність ГГТ у середньому склала $(76,82 \pm 12,98)$ МО/л, АлАТ – $(82,5 \pm 15,8)$ МО/л, що було вище ніж у контролі ($p < 0,05$). Стадію фіброзу F0 діагностовано у 7 (28%) хворих на ХГС, F1 – у 5 (20%), F2 – у 5 (20%), F3 – у 4 (16%), F4 – у 4 (16%) осіб.

Встановлено сильний кореляційний зв'язок між активністю ГГТ у сироватці крові та активністю АлАТ ($r=0,81$; $p<0,001$), стадією фіброзу печінки ($r=0,81$; $p<0,001$), а також між вмістом А2М і стадією фіброзу печінки ($r=0,84$; $p<0,001$), активністю ГГТ ($r=0,53$ – середньої сили; $p<0,01$).

На підставі цього розроблено індекс фіброзу, який розраховують за формулою:

$$I\Phi=(A2M\times 100+ГГТ)/100,$$

де $I\Phi$ – індекс фіброзу; А2М – вміст альфа-2-макроглобуліну в сироватці крові, г/л; ГГТ – активність гамма-глутамілтранс-пептидази у сироватці крові, МО/л.

Якщо цей показник дорівнює або менший 3, діагностують відсутність або слабкий фіброз (F0, 0-1), при його значенні від 3 до 4,5 включно – помірний фіброз (F2), від 4,5 до 5,2 включно – виражений фіброз (F3), понад 5,2 – цироз печінки (F4), за шкалою METAVIR.

Висновки. У половини обстежених хворих (52%) на ХГС виявлено підвищення активності ГГТ у сироватці крові. У середньому цей показник перевищував контрольні значення у 2,5 разу. Вміст А2М та активність ГГТ у сироватці крові мають пряму залежність від стадії фіброзу печінки, що дає підставу застосовувати ці показники як додаткові критерії діагностики зазначених вище змін у хворих на ХГС.

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

ІМУНОПАТОГЕНЕЗ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Питання патогенезу туберкульозу (ТБ) у ВІЛ-інфікованих, взаємодії на клітинному рівні дуже складні й недостатньо вивчені. Йдеться не лише про зниження числа CD4+Т-лімфоцитів при ВІЛ-інфекції, що істотно підвищує сприйнятливність до зараження мікобактеріями туберкульозу (МБТ) і призводить до реактивації латентної ТБ-інфекції. *In vitro* було показано збільшення здатності ВІЛ до реплікації під дією анти-

генів МБТ, що підтверджувалося збільшенням числа копій РНК ВІЛ у периферичній крові.

Мета роботи. З'ясувати імунопатогенез ВІЛ-інфекції та туберкульозу.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз даних літератури за останні 10 років з питань туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції.

Результати та обговорення. З прогресуванням ВІЛ-інфекції зменшується кількість і порушується функціональна активність CD4+Т-лімфоцитів. У кістковому мозку посилюється синтез лімфоцитів і компенсаторно активується гуморальний імунітет. Хронічні хвороби або інфекції зумовлюють виснаження компенсаторних механізмів організму, внаслідок чого поступово знижується кількість лімфоцитів, ще більше порушується клітинний імунітет, а з порушенням функції В-лімфоцитів змінюється й гуморальна імунна відповідь.

Приєднання інтеркурентних захворювань у ВІЛ-інфікованих і хворих на ВІЛ-інфекцію залежить від стану клітинного і гуморального імунітету, рівня CD4+Т-лімфоцитів, зниження якого до 300 кл./мкл крові є визначальним фактором приєднання вторинної патології.

Наростання ураження імунної системи врешті-решт призводить до розвитку опортуністичних інфекцій. У цих умовах імунна система не може стримувати персистенцію МБТ, що і спричинює розвиток клінічних форм ТБ. Значне пошкодження і зниження кількості CD4+Т-лімфоцитів у хворих з поєднаною ВІЛ/ТБ-інфекцією супроводжується суттєвим ослабленням активності альвеолярних макрофагів, посиленням розмноження у легенях МБТ, що сприяє їх дисемінації.

Важливим моментом у патогенезі ВІЛ-інфекції на сьогодні є теорія передчасного старіння імунної системи. Наслідки хронічної активації імунної системи украй несприятливі, оскільки активний поділ CD4+Т-лімфоцитів супроводжується масовою продукцією ВІЛ. Крім того, активація клітин імунної системи також є одним з пускових факторів апоптозу клітин. Практично відразу після потрапляння ВІЛ в організм у ньому формується потужний протівірусний імунітет, провідну роль в якому відіграють ЦТЛ (CD8+Т-лімфоцити). Вони зумовлюють лізис ВІЛ-інфікованих клітин при співвідношенні ЦТЛ/мішень як 50/1 протягом 6 год-

4 діб. У пізній стадії захворювання спостерігається зниження активності ЦТЛ, але механізми цього феномену залишаються не до кінця зрозумілими. Недавні дослідження показали, що CD8+Т-лімфоцити при ВІЛ-інфекції мають ряд аномалій у вигляді порушення проліферації і дозрівання, зниження кількості внутрішньоклітинного перфорину і пов'язану з цим знижену лізисну здатність. Таким чином, ці клітини вже не можуть значною мірою компенсувати кількість і функціональну неповноцінність CD4+Т-лімфоцитів.

Висновки. Хоча в літературі мало даних про особливості імунних порушень при туберкульозі й туберкульозі у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, в основі захисних процесів проти цих двох хвороб лежать переважно одні й ті ж механізми і, звичайно, за наявності у хворого хоча б одного із зазначених захворювань, зростає сприйнятливість до суперінфекції і ступінь тяжкості основного захворювання.

Ю.В. Копча, Ю.М. Андрейчин

ТЕРМОГРАФІЧНИЙ КРИТЕРІЙ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО І ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

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

Актуальність. Гострий і хронічний тонзиліти продовжують залишатися актуальною проблемою, оскільки з цими недугами пов'язують виникнення ряду небезпечних захворювань: ревматизму, міокардиту, гломерулонефриту, пієлонефриту та ін. Водночас диференційна діагностика цих тонзилітів часто утруднена, оскільки зводиться насамперед до анамнестичних відомостей.

Мета роботи – виявити об'єктивний критерій диференційної діагностики гострого тонзиліту і хронічного тонзиліту в стадії загострення шляхом вивчення особливостей інфрачервоного випромінювання різних ділянок тіла таких хворих.

Матеріали і методи. Для визначення особливостей інфрачервоного випромінювання у підщелепній ділянці та над колінними суглобами було обстежено 84 хворих (46 чоловіків і 38 жінок) на гострий тонзиліт (перша група) та 15 (6 чоловіків і

9 жінок) – на хронічний тонзиліт у стадії загострення (друга група). Діагноз встановлювали на підставі клініко-анамнестичних даних. Вік хворих коливався від 23 до 58 років, середній – $(36,8 \pm 13,5)$ року.

Термографічне обстеження здійснювали медичним тепловізором TI-120. Аналіз термограм виконували за допомогою програмного пакету «IRSee Software».

Результати та обговорення. При гострому тонзиліті встановили розливу гіпертермію в проекції мигдаликів і підщелепних лімфатичних вузлів, причому різниця температур із сусідніми ділянками (ΔT) зазвичай перевищувала $0,6$ °C. Важливо, що лише у 27 осіб з гострим тонзилітом локальна гіпертермія була симетричною (ΔT не перевищувала $0,2$ °C), а в решти – температурна асиметрія досягала навіть $1,2$ °C.

У хворих на хронічний тонзиліт у стадії загострення також привертала увагу обмежена за площею гіпертермія у верхньому відділі ший за типом «коміра», а ΔT у більшості пацієнтів становила $0,3$ - $0,6$ °C. Причому лише у 4 з них виявили симетричне гіпертермічне теплове випромінювання підщелепних ділянок (ΔT не перевищувала $0,2$ °C), у решти 11 осіб тепловий малюнок обох підщелепних ділянок був симетричний.

Відомо, що ступінь гіпертермії і площа інтенсивного світіння безпосередньо залежать від інтенсивності запалення в мигдаликах. Цей факт нівелює зазначені термометричні межі між гострим і хронічним тонзилітами.

Встановили, що при гострому тонзиліті температура колін завжди була симетричною і на $1,6$ - $2,3$ °C нижчою, ніж у підщелепній ділянці. При цьому колінні суглоби були практично ізотермічними з нижньою частиною стегон (ΔT не перевищувала $0,3$ °C).

У 5 із 15 хворих на хронічний тонзиліт у стадії загострення встановили температурну асиметрію ще й колінних суглобів, причому хоч вони на $0,9$ - $1,8$ °C були холоднішими, ніж підщелепні ділянки, але перепад температур над колінами і нижньою частиною стегон перевищував $0,5$ °C, що свідчить про відносну гіпертермію колін при зазначеній патології. Саме ця ознака, на нашу думку, є об'єктивним диференційно-діагностичним критерієм хронічного тонзиліту в стадії загострення. Важливо, що в усіх випадках клінічних проявів запалення колінних суглобів не було.

Ступінь компенсації хронічного запалення мигдаликів можна оцінити за рівнем перепаду температур над колінами і нижньою частиною стегон. Так, у більшості хворих з декомпенсованою формою тонзиліту різниця ΔT становить $(1,2 \pm 0,4) ^\circ\text{C}$, а з компенсованою формою – $(0,6 \pm 0,2) ^\circ\text{C}$ ($P < 0,05$).

Висновки. У хворих на гострий тонзиліт і хронічний тонзиліт у стадії загострення можна виділити симетричне та асиметричне гіпертермічне теплове випромінювання підщелепних ділянок. При гострому тонзиліті обидва колінні суглоби температурно симетричні та на $1,6-2,3 ^\circ\text{C}$ холодніші, ніж підщелепні ділянки, а також ізотермічні з нижньою частиною стегон. При хронічному тонзиліті в стадії загострення можлива температурна асиметрія колінних суглобів. При цьому, хоч їх температура на $0,9-1,8 ^\circ\text{C}$ нижча, порівняно з підщелепними ділянками, перепад температур колін і нижньої частини стегон перевищує $0,5 ^\circ\text{C}$. Перепад температур над колінами і нижньою частиною стегон може бути додатковою діагностичною ознакою компенсованості хронічного запалення мигдаликів: при компенсованій формі зазначена ΔT помірна ($0,5-0,8 ^\circ\text{C}$), а при декомпенсованій – значна ($\Delta T \geq 1,0 ^\circ\text{C}$).

Н.Г. Малиш, Ж.В. Хатинська, Т.Ю. Кірій, О.М. Немцова

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Державний університет, медичний інститут,
Обласний лабораторний центр МОЗ України,
Обласна інфекційна клінічна лікарня
ім. З.Й. Красовицького, м. Суми

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) стійко займають провідні місця у структурі інфекційної патології і характеризуються убіквітарною поширеністю. У світі на вірусну етіологію припадає 75-80% випадків верифікованих діарейних інфекцій. В Україні у більшості регіонів частка ГКІ вірусної етіології є невизначеною, спостереження за циркуляцією вірусів, вивчення

їх біологічних властивостей не проводиться, і, як наслідок, не оцінюється якість санітарно-протиепідемічних заходів, не прогнозується епідеміологічна ситуація.

Мета роботи. Дослідити поширеність ГКІ вірусної етіології в Україні, запропонувати заходи щодо покращення епідеміологічного нагляду.

Матеріали і методи. З використанням епідеміологічних і статистичних методів дослідження проаналізовано державну статистичну звітність МОЗ України – ф. № 1, ф. № 2, звіти вірусологічної лабораторії ДУ «Сумський обласний лабораторний центр МОЗ України» за 2011-2017 рр.

Результати обговорення. У 2011-2017 рр. в Україні частка зареєстрованих випадків захворювання на черевний тиф, паратифи А, В, С, холеру, кампілобактеріоз і кишковий ерсиніоз не перевищувала $(0,12 \pm 0,004)\%$, шигельоз – $(1,5 \pm 0,01)\%$, сальмонельоз і ротавірусний ентерит (РВЕ) – відповідно $(8,6 \pm 0,03)$ і $(11,7 \pm 0,04)\%$. Кожний третій випадок ГКІ у межах України залишався етіологічно нерозшифрованим, майже $(37,8 \pm 0,06)\%$, були спричинені іншими збудниками, крім зазначених вище.

В Україні офіційній реєстрації випадків захворювання серед ГКІ вірусної етіології підлягає лише РВЕ. У 2011-2017 рр. зареєстровані показники захворюваності на РВЕ варіювали у межах 18,97-30,95 на 100 тис. населення (медіана захворюваності складала 24,66 на 100 тис.). Найвищі рівні інцидентності встановлені у Запорізькій, Дніпропетровській, Одеській областях (медіана інцидентності становила відповідно 125,9; 35,8; 33,6 на 100 тис.). У Сумській області медіана захворюваності на РВЕ була нижчою у десятки разів і складала 1,9 на 100 тис. населення, що свідчило про вкрай незадовільну ситуацію із організацією діагностики ГКІ вірусної етіології.

За даними звітів вірусологічної лабораторії ДУ «Сумський обласний лабораторний центр МОЗ України», крім ротавірусів із клінічного матеріалу хворих ізолювали й інші кишкові віруси, а саме норовіруси, аденовіруси та астровіруси. Однак, дослідження з виявлення вірусів у фекаліях хворих з ознаками діарейної інфекції проводилися дуже рідко, причому у 99% випадків це був клінічний матеріал, відібраний у дітей. Так, у 2011 р. із загальної кількості зареєстрованих випадків ГКІ лише $(2,9 \pm 0,5)\%$ хворих обстежено на наявність вірусів у фекаліях, у 2012 р. –

(11,70±0,30)%, у 2013 р. – (0,30±0,12)%, у 2014 р. – (2,70±0,40)%, у 2015 р. – (0,40±0,14)%, у 2016 р. – (2,10±0,30)%, у 2017 р. – (1,50±0,25)%. При цьому віруси були ізольовані у 2011 р. у (46,7±9,1)% випадків, у 2012 р. – у (40,0±8,9)%, у 2013 р. – у 100%, у 2014 р. – у (17,6±5,3)%, у 2015 р. – у (75,0±15,3)%, у 2016 р. – у (30,4±6,8)%, у 2017 р. – у (23,5±7,3)%.

Таким чином, результати вибіркового дослідження показують, що у Сумській області, ймовірно, реальні показники захворюваності на ГКІ вірусної етіології є значно вищими за офіційно встановлені.

Висновки. Зважаючи на зазначене вище, враховуючи при цьому економічний стан в Україні, що не дозволяє повною мірою проводити популяційний епідеміологічний нагляд за ГКІ вірусної етіології, одним із шляхів удосконалення заходів із їх профілактики є організація проведення дозорного епідеміологічного нагляду в регіонах.

А.І. Марков, С.О. Крамарьов

ПЕЧІНКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ НЕЙРОІНФЕКЦІЯМИ

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

Актуальність. Гострі нейроінфекції у дітей зазвичай мають тяжкий перебіг і характеризуються високим рівнем ускладнень та несприятливих наслідків. При тяжких формах інфекційних захворювань окрім локального запалення можуть відбуватись вторинні ураження інших органів і систем. Ураження гепатобіліарної системи при інфекційних захворюваннях є результатом впливу мікробного фактора, токсичної дії, імуноопосередкованого ураження, лікувальних засобів тощо.

Мета роботи: вивчити частоту і характер порушень з боку гепатобіліарної системи у дітей з гострими нейроінфекціями.

Матеріали і методи. Дослідження обсерваційне, ретроспективне, типу «випадок-контроль». Проведено аналіз історій хвороби дітей віком від 1 місяця до 18 років з гострими нейро-

інфекціями (менінгіт, енцефаліт, енцефаломієлополінейропатія), які проходили стаціонарне лікування у клініці дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Дослідження охоплювало період від моменту госпіталізації до 30-го дня стаціонарного лікування або до виписки хворого.

Результати та обговорення. Обстежено 117 дітей віком від 1 місяця до 18 років, з гострими інфекційними ураженнями нервової системи. У 61 (52,1%) хворого встановлено діагноз бактерійного менінгіту, у 38 (32,5%) – асептичного менінгіту, в 11 (9,4%) – вірусного енцефаліту, у 7 (6,0%) – енцефаломієлополінейропатії. Серед усіх дітей 44 (40,1%) потребували лікування у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ), у 24 (23,1%) випадках проводили ШВЛ.

Підвищення активності аланінамінотрансферази (АлАТ) ($>0,7$ ммоль/(лжгод) спостерігали у 8,3% пацієнтів. Серед хворих з енцефалітом і енцефаломієлополінейропатією – у 12,5%, з бактерійним менінгітом – у 9,7%. Білірубін був підвищений (>20 мкмоль/л) тільки в 1 дитини. Активність лужної фосфатази (ЛФ) була вище вікової норми в 11,8% пацієнтів у гострому періоді захворювання. Підвищенна активність ЛФ відмічали у 14,3% хворих з бактерійним менінгітом і 20,0% – з енцефалітом і енцефаломієлополінейропатією. Серед пацієнтів з асептичним менінгітом в усіх випадках активність ЛФ була у межах вікової норми. Суттєвої різниці між окремими нозологічними групами не виявлено ($p>0,05$).

Підвищення активності ГГТП вище за вікову норму спостерігали у 31,3% хворих. Високу активність цього ферменту реєстрували тільки у хворих з бактерійним менінгітом, збільшення цього показника спостерігали у 46,7% таких пацієнтів.

Рівень холестерину в усіх випадках не виходив за верхню межу норми (<200 мг/дл). Серед обстежених пацієнтів підвищений вміст тригліцеридів (ТГ) (>150 мг/дл) зареєстровано у 38,5% пацієнтів, у тому числі у 39,3% – з бактерійним менінгітом, 42,9% – з серозним менінгітом і у 25,0% дітей з енцефалітом. Підвищення рівня лактату ($>2,3$ ммоль/л) у гострому періоді недуги виявлено у 54,8% хворих. У групі дітей з бактерійним менінгітом високий рівень лактату зареєстровано у 54,5%, з асептичним менінгітом – у 40,0%, енцефалітом і енцефало-

мієлополінейропатією – у 50,0% ($p>0,05$). Лактат дегідрогеназа (ЛДГ) була підвищена понад вікову норму у 19,4% пацієнтів, у тому числі у 16,3% – з бактерійним менінгітом, у 25,0% – з асептичним менінгітом і у 28,6% дітей з енцефалітом ($p>0,05$). У гострому періоді нейроінфекцій рівень кишкової фракції сироваткових білків, що зв'язують жирні кислоти (I-FABP), був підвищений у 86,4% хворих, у тому числі у 84,2% дітей з бактерійним менінгітом, у 92,9% – з асептичним менінгітом, у 85,7% – з енцефалітом і енцефаломієлополінейропатією. Рівень печінкової фракції (L-FABP) був підвищений в усіх (100,0%) пацієнтів. Тяжких уражень з печінковою недостатністю серед наших пацієнтів не відмічали.

Висновки. Ураження гепатобіліарної системи часто ускладнюють перебіг гострих нейроінфекцій у дітей і проявляються переважно помірними змінами лабораторних показників.

С.Р. Меленко

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Реактивація герпесвірусних інфекцій у хворих на ВІЛ-інфекцію є актуальною проблемою. Вірусом простого герпесу першого (ВПГ-1) або другого типу (ВПГ-2) інфіковано більше ніж 90% осіб. У зв'язку з розвитком прогресуючого імунодефіциту в цій категорії пацієнтів можна спостерігати збільшення частоти і тяжкості рецидивів захворювання. Отже, вивчення особливостей клінічного перебігу простого герпесу у хворих на ВІЛ-інфекцію є важливим для діагностики атипичних форм недуги.

Мета роботи дослідити особливості клінічного перебігу простого герпесу у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Матеріали і методи. У Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом обстежено 120 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД із супутньою герпетичною інфекцією. 30 (25,0%) хворих у I клінічній стадії, 38 (31,7%) – у II, 36 (30,0%) – у III, 16 (13,3%) – у IV (хворі на СНІД). Використано загальноприйняті методи клінічного і лабораторного обсте-

ження хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, імунологічні (визначення IgM, IgG до ВПГ ½ за допомогою імуноферментного аналізу, кількості CD4+-лімфоцитів), молекулярно-генетичні методи (визначення DNA вірусів за допомогою ПЛР).

Результати та обговорення. Визначено, що характерним для перебігу інфекції, спричиненої ВПГ-1 або ВПГ-2, у I та II клінічних стадіях було те, що герпетичні ураження мали тенденцію загоюватися самостійно через декілька тижнів без лікування. У 88,0% хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД у I та II клінічних стадіях герпетичні елементи локалізувалися типово: на губах і крилах носа у 30 (44,1%) хворих, у 20 (29,4%) – на слизовій оболонці порожнини рота і ясен, в 11,7% – у ділянці геніталій, в 11,7% осіб герпетичні висипання були на долонях, герпетичний проктит відзначено в 1 пацієнта.

Типова локалізація елементів і легкий перебіг герпетичної інфекції спостерігалися тільки у 15,4% хворих у III та IV клінічних стадіях. У 44 (84,6%) осіб на тлі ВІЛ-інфекції герпетична інфекція перебігала з атиповою локалізацією у різних клінічних формах із рецидивами більше 4 рази на рік. Герпетичний гінгівостоматит середньої тяжкості або з тяжким перебігом із суцільним ураженням слизової оболонки був у 19,2% хворих, у 23,1% осіб спостерігались рецидиви генітального герпесу. Хоріоретиніт виявили у 7,7% хворих, у 38,4% – спостерігали ураження шкіри різної локалізації з елементами висипань на усіх стадіях розвитку. Герпетичний енцефаліт діагностовано в 1 хворого. III та IV клінічні стадії захворювання характеризувались тривалою наявністю симптомів герпетичної інфекції (понад 4 тиж.).

Встановлено, що атипові форми виникали у 30,0% пацієнтів. У більшості хворих (51,7%) кількість CD4+-лімфоцитів була менше 500 клітин в 1 мм³ крові. При кількості CD4+-лімфоцитів <200 клітин в 1 мм³ крові у пацієнтів переважав середньотяжкий і тяжкий перебіг недуги, відзначали генералізацію інфекції. IgG до ВПГ ½ були виявлені у крові в усіх обстежених хворих з герпетичною інфекцією. У 70 (58,3%) пацієнтів виявлено IgM до ВПГ ½, що стало підставою для встановлення фази реактивації зазначених герпетичних інфекцій. В інших пацієнтів з ВІЛ-інфекцією протигерпетичні IgM не виявлені тому, що ці антитіла не встигли утворитися на момент звернення за допомогою або,

можливо, було слабе вироблення антитіл у зв'язку з імуні-дефіцитом.

Висновки. У результаті проведеного обстеження хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД виявили атипovu локалізацію дерматозів, спричинених ВПГ ½, збільшення тривалості рецидивів, можливість дисемінації і генералізації. Вираження клінічних проявів і характер перебігу простого герпесу на тлі ВІЛ-інфекції залежить від стану імунітету.

Л.П. Мельник, М.І. Шкільна, Л.А. Грищук, О.Л. Івахів, І.С. Іщук,
В.О. Качор, Н.Ю. Вишневська

ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ У ПАЦІЄНТІВ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ І САРКОЇДОЗОМ ЛЕГЕНЬ

Обласний протитуберкульозний диспансер,
Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Тернопільська область є ендемічним осередком Лайм-бореліозу (ЛБ), який спричинюється спірохетами комплексу *Borrelia sensu lato* і переноситься кліщами роду *Ixodes*. За даними літератури, ефективність лікування захворювань легень, зокрема туберкульозу та саркоїдозу, пов'язана не лише з адекватною етіотропною та патогенетичною терапією, але і з наявністю супутніх захворювань, у тому числі й інфекційної етіології.

Мета роботи: встановити частоту інфікування *B. burgdorferi* у пацієнтів із захворюваннями легень – туберкульозом та саркоїдозом.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 123 пацієнти, які лікувались у стаціонарних умовах Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру протягом 2015-2017 рр. Серед обстежених було 99 (80,5%) хворих на туберкульоз і 24 (19,5%) – на саркоїдоз органів дихання на різних стадіях. Діагноз туберкульозу та саркоїдозу встановлювали згідно діючої МКХ 10. В анамнезі у частини обстежених були укуси кліщами. Усім пацієнтам проведено анкетування і лабораторне обстеження на ЛБ. Обстежені були віком від 18 до 76 років; чоловіків – 89 (72,3%), жінок – 34 (27,7%).

Використано двохетапну схему діагностики Лайм-бореліозу (ІФА та імуноблот). На першому етапі антитіла класів IgM і/чи IgG до *B. burgdorferi sensu lato* визначали методом ІФА. За даними першого етапу дослідження зразки крові з проміжними і позитивними результатами підтверджували методом імуного блотингу (EUROLINE *Borrelia* RN-AT).

Дослідження проводилось у рамках науково-дослідної роботи «Вивчення епідеміології, патогенезу і клініки Лайм-бореліозу в ендемічних регіонах України та вдосконалення його діагностики, терапії, реабілітаційних заходів і профілактики», а також є частиною спільного українсько-польського проекту «Дослідження епідеміології, патогенезу, клініки та профілактики бореліозу» в межах науково-дослідницьких проектів Європейського Союзу. Дослідження проводилися на базі лабораторії Центру із вивчення Лайм-бореліозу та інших інфекцій, що передаються кліщами, який був створений при ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України» у липні 2017 р.

Результати та обговорення. Аналіз результатів серологічного дослідження сироваток крові на наявність специфічних IgM і/чи IgG до *B. burgdorferi sensu lato* виявив позитивні результати хоча б одного класу антитіл у 30 (24,4%) із 123 обстежених: у 25 (25,2%) хворих на туберкульоз і у 5 (16,7%) – на саркоїдоз.

За наявності туберкульозу на першому етапі найчастіше виявляли специфічні IgG – у 15 (60,0%) хворих, IgM знайдено лише у 7 (28,0%), антитіла обох класів одночасно – у 3 (12,0%) пацієнтів. Серед хворих на саркоїдоз специфічні IgG виявляли у 3 (60,0%) осіб, IgM – у 2 (40,0%).

На другому етапі дослідження позитивні результати визначення антитіл IgG в імуноблоті отримано у 10 (40,0%) із 25 позитивних за методом ІФА хворих на туберкульоз та в 1 (20,0%) із 5 хворих на саркоїдоз.

Висновок. Поширеність інфікування бореліями пацієнтів із захворюваннями органів дихання – туберкульозом та саркоїдозом – склала 24,4% за даними першого етапу діагностики (ІФА) та 36,7% – за другим етапом (імуноблот). Отримані результати свідчать про значне розповсюдження ЛБ у пацієнтів із захворюваннями легень, що може негативно впливати на перебіг і наслідки цих легеневих недуг.

В.Д. Москалюк, І.В. Баланюк, Т.Р. Колотило

**ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ
САЛЬМОНЕЛЬОЗУ
(клінічний випадок)**

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Однією з найбільш актуальних проблем у групі гострих кишкових інфекцій є сальмонельоз. Важливою властивістю еволюції сальмонел є їхня здатність довгий час, а іноді все життя, зберігатися у макроорганізмі, не спричинюючи захворювання.

Мета роботи. Привернути увагу лікарів до рідкісних генералізованих форм сальмонельозу і розглянути особливості лікування таких хворих.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної карти стаціонарного хворого на генералізовану форму сальмонельозу.

Результати та обговорення. Хворий Д., 37 р., самостійно звернувся в приймальне відділення КМУ «Обласна клінічна лікарня» 01.11.2017 р. зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,5 °С, загальну слабкість, біль і набряк лівого плечового і правого кульшового суглобів та лівого плеча, ущільнення, набряк і гіперемію над- і підключичної ділянки грудної клітки зліва. Зі слів хворого, занедужав близько місяця. Стан пацієнта тяжкий. Свідомість збережена. Проведено УЗД органів черевної порожнини (печінка 193 мм, дифузні зміни, підвищеної ехогенності, жовчний міхур – густа жовч, підшлункова залоза – нормальних розмірів, підвищеної ехогенності, крупнозерниста, дифузні зміни, селезінка – 190×99 мм, однорідна. У черевній порожнині виявлено вільну рідину. Спільним рішенням спеціалістів хворий скерований у відділення реанімації та інтенсивної терапії з діагнозом: Сепсис. Септикопемія. Хронічний гепатит активний з переходом у цироз. Гепатоспленомегалія. Артрит лівого плечового та правого кульшового суглобів.

Призначено антибактерійну терапію: цефалоспорини III покоління (цефатоксим 1 г 2 рази на день в/м), карбапенеми (меро-нем 1 г 4 рази на день в/в) та фторхінолони (авелокс 0,4 г 1 раз на день в/в) за схемою протягом 21 дня. Проводилась також

інфузійна (реосорбілакт 400 мл, 10% розчину глюкози 400 мл, розчин Рінгера 400 мл протягом 7 днів) і симптоматична терапія (2% розчину промедолу 1,0 мл 12 днів, інфулган 100 мл 10 днів, 0,5% розчину метронідазолу 100 мл, пробіс по 1 капс. 2 рази на день і лактіале по 1 капс. 3 рази на день протягом 21 дня).

02.11.2017 р. хворий консультований лікарем-інфекціоністом, який запідозрив діагноз сальмонельозу і призначив посів крові на гемокультуру та бактеріологічне дослідження випорожнень. 09.11.2017 р. отримано результат – виділено *S. enteritidis* із крові та випорожнень, проведено повторну консультацію лікарем-інфекціоністом. Встановлено клінічний діагноз: Сальмонельоз, генералізована форма, септикопіємічний варіант. Вторинний артрозо-артрит правого кульшового суглобу. Хворому призначено: розчин левоміцетину сукцинат 1,0 г 3 рази на добу в/м до 10-го дня нормальної температури тіла, меверин 0,2 г по 1 капс. 2 рази на день протягом 10 днів, пробіс по 1 капс. 2 рази на день, лактіале по 1 капс. 2 рази на день протягом 10 днів, тавегіл по 1 табл. 1 раз на день 10 днів, гептрал 0,4 г по 1 табл. 2 рази на день 10 днів.

22.11.2017 р. пацієнт у стані середньої тяжкості для подальшого лікування переведений в інфекційне відділення, де отримував таке лікування: авелокс по 400 мг 1 раз на добу протягом 12 днів, фолієву кислоту по 5 мг 1 раз на добу протягом 14 днів, ціанокобаламін по 1 мл 1 раз на день протягом 14 днів, вобензим по 3 табл. 3 рази на добу 14 днів, німід форте по 100 мг 2 рази на добу 5 днів, диклофенак 3,0 мг в/м 1 раз на добу 5 днів. За час перебування в інфекційному відділенні набряк і болючість суглобів зменшились, стали можливі активні рухи в цих суглобах, гіперемія, ущільнення та набряк над- і підключичних ділянок і грудної клітки зліва зникли.

Висновки. Останнім часом спостерігається зростання рівня захворюваності на сальмонельоз як у світі, так і в Україні. Відзначається тенденція до тяжкого перебігу сальмонельозу. На Буковині зареєстровано випадок генералізованої форми сальмонельозу, однак адекватна і своєчасна терапія призвела до повного одужання хворого.

В.Д. Москалюк, Х.І. Возна, О.І. Голяр, І.В. Баланюк,
М.О. Андрущак

**ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДА У ХВОРИХ
НА ВІЛ/НСV-КО-ІНФЕКЦІЮ
(за даними диференційованої електрокардіограми)**

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Паралельно зі збільшенням середньої тривалості життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів зростає й кількість різноманітних неінфекційних ускладнень. Чільне місце серед цих супутніх недуг займають серцево-судинні захворювання. Міокардіальні ушкодження при вірусних гепатитах також зустрічаються досить часто. Тому для надійної і своєчасної верифікації уражень кардіоваскулярної системи у хворих на ВІЛ/НСV-ко-інфекцію необхідно знайти прості прогностичні маркери. У той же час можливості найбільш поширених методів діагностики, пов'язаних з дослідженням електричної функції міокарда, досить обмежені. Так, на стандартній ЕКГ не завжди вдається зареєструвати патологічні зміни в міокарді на початкових етапах розвитку. Інформація, укладена в кінцевій частині потенціалу дії шлуночкового комплексу, може бути повніше розкрита за допомогою аналізу першої похідної ЕКГ (диференційована ЕКГ), що дозволить глибше зрозуміти електричні процеси, що відбуваються в міокарді в період реполяризації.

Мета роботи. Пошук надійних методів для своєчасної верифікації уражень серцево-судинної системи у хворих на ВІЛ/НСV-ко-інфекцію на підставі вивчення динаміки функціональних змін міокарда у цих хворих, за даними диференційованої електрокардіограми.

Матеріали і методи. Обстежено 136 осіб віком від 19 до 42 років, хворих на ВІЛ-інфекцію, які були розділені на дві групи: I – 92 пацієнти з I та II клінічними стадіями ВІЛ-інфекції; II – 44 хворих з III та IV клінічними стадіями недуги. Група порівняння – 30 здорових осіб. Виконано оцінку диференційованої ЕКГ, що полягала в комп'ютерній обробці електрокардіограми з її оцифровкою та побудовою першої похідної диференційованого зубця T 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 T), були зафіксовані у 39 ($28,7 \pm 3,9$)% пацієнтів, що частіше групи контролю – у ($10,0 \pm 5,5$)% здорових осіб ($p < 0,05$). Аналіз змін кількісних швидкісних показників зубця T ВІЛ-позитивних пацієнтів у I, III, V2 та V6 відведеннях показав суттєве зниження відношення максимальної швидкості (ВМШ) і збільшення відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) порівняно з величинами цих показників у групи контролю ($p < 0,05-0,01$). 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, – достовірно більшим у пацієнтів з III-IV клінічними стадіями ВІЛ-інфекції на противагу у хворих з I-II стадіями недуги. Подальший аналіз показників диференційованої ЕКГ з оцінкою першої похідної зубця T стосувався хронічного гепатиту С. Значення показників ВМШ і ВСЕЗ мали статистично достовірну перевагу у пацієнтів з діагностованою ВІЛ/НСV-ко-інфекцією. Так, швидкість змін різниці потенціалів у фазі реполяризації шлуночків у ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутнім ХГС була суттєво нижчою порівняно з пацієнтами без цієї супутньої патології ($p < 0,01$), а показник відношення сусідніх екстремальних значень – вищим, аніж у ВІЛ-позитивних осіб без ХГС ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на ВІЛ-інфекцію виявлено порушення нормального розподілу швидкості змін різниці потенціалів у період реполяризації міокарда. Такі відхилення швидкісних показників зубця T щодо контролю – електрофізіологічна ознака негативних змін ремоделювання міокарда. Зазначимо, що вивчення змін процесів реполяризації міокарда у пацієнтів з ВІЛ/НСV-ко-інфекцією виявило суттєвіші зміни, порівняно з такими у ВІЛ-інфікованих хворих без цієї супутньої недуги ($p < 0,05-0,01$), що можна пояснити асоціацією між НCV-інфекцією та швидшим прогресуванням імунодефіциту.

В.Д. Москалюк, І.В. Рудан, І.В. Баланюк, Т.Р. Колотило

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КОРУ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Проблеми боротьби з кором в Україні на сучасному етапі визначаються станом епідемічної ситуації в регіонах, ступенем впливу на епідемічний процес специфічної профілактики.

Мета роботи – вивчити сучасні епідеміологічні і клінічні особливості перебігу кору у хворих Чернівецької області у 2017 р.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих на кір, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні ЧКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня». Вивчено клініко-епідеміологічні особливості перебігу хвороби. Протягом 11 місяців 2017 р. на лікуванні в інфекційному відділенні перебувало 7 хворих на кір (жіночої статі – 5, чоловічої – 2). Усі хворі госпіталізовані з діагнозом кір. Основним методом підтвердження кору був серологічний – імуноферментний аналіз (ІФА) для виявлення вірусоспецифічних антитіл класу IgM. В усіх пацієнтів отримано позитивний результат серологічного дослідження.

Результати та обговорення. При дослідженні соціального статусу хворих встановлено, що 4 (57,1%) особи, які звернулися за медичною допомогою, – працюючі, 3 (42,8%) – безробітні. У 2 (28,5%) пацієнтів був контакт з хворим на кір, 5 (71,4%) – його заперечували. За віком обстежені хворі розподілені таким чином: 18-20 років – 1 (14,2%) особа, 21-25 – 2 (28,5%) особи, 30-35 – 4 (57,1%) особи. Середній вік хворих становив 28 років. 5 осіб звернулися за медичною допомогою на 3-4-ий день хвороби. Після 4-го дня захворювання звернулося 2 (28,5%) пацієнтів.

Усі хворі госпіталізовані в період висипання. Недуга перебігала зі середнім ступенем тяжкості в 6 осіб, з тяжким – в 1.

Висипці передували продромальні явища – біль голови, підвищення температури тіла, кон'юнктивіт, нежить, кашель, сльозотеча, зниження апетиту, млявість, нудота, блювання. Плями Бельського-Філатова-Копліка при госпіталізації спостерігались в 1 хворого. Тривалість висипки складала, у середньому 4,2 дня. Після згасання висипки у 5 (71,42%) осіб залишалась пігментація.

Диспепсичні прояви у вигляді нудоти, блювання, спостерігались в 1 (14,2%) хворої. Збільшення периферичних лімфатичних вузлів, переважно шийних і підщелепних, відмічено у 2 (28,5%) осіб.

У 5 пацієнтів рентгенологічно підтверджено пневмонію, у 4 з них – негоспітальну двобічну нижньочасткову пневмонію середнього ступеня тяжкості і в 1 – негоспітальну правобічну нижньочасткову пневмонію середнього ступеня тяжкості. В 1 пацієнта виявлено фолікулярний реактивний кон'юнктивіт.

При дослідженні показників загального аналізу крові особливих змін з боку червоної крові не було. У 3 осіб спостерігалась лейкопенія, в 1 – лімфоцитоз, у 2 – лімфопенія, у 4 – відзначено зсув у лейкоформулі вліво. Таким чином, кір у дорослого населення Буковини перебігає класично, однак виникали ускладнення частіше (пневмонія, кон'юнктивіт), порівняно з минулими роками.

Періодичні підйоми захворюваності на кір серед осіб молодого віку свідчать про низьку напруженість протикорового імунітету й зумовлюють необхідність проведення додаткової ревакцинації коровою вакциною зазначеного контингенту.

Висновки. Встановлено зростання захворюваності на кір на Буковині у 2017 р. Перебіг хвороби переважно зі середнім ступенем тяжкості та характерними типовими проявами. Ускладнення виникали у вигляді пневмонії та фолікулярного реактивного кон'юнктивіту.

С.О. Никитюк

ЧАСТОТА ІНФІКУВАННЯ БОРЕЛІЯМИ ТА АНАПЛАЗМАМИ КЛІЩІВ, ЯКІ КУСАЛИ ДІТЕЙ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

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

Актуальність. Лайм-бореліоз (ЛБ) і гранулоцитарний анаплазмоз є природно-осередковими інфекціями, які спричинюються бореліями та анаплазмами відповідно і передаються кліщами роду *Ixodes*. Тернопільська область ендемічна щодо ЛБ. Хвороба виникає внаслідок нападів інфікованих кліщів, у дітей найчастіше – під час прогулянок, відпочинку і дозвілля.

Мета. Встановити частоту зараження *Borelia burgdorferi sensu lato* та *Anaplasma phagocytophilum* кліщів, знятих після укусів дітей у районах Тернопільської області.

Отримані дані є реалізацією частини українсько-польського проекту «Дослідження епідеміології, патогенезу, клініки та профілактики бореліозу».

Матеріали та методи. Опитуванням було охоплено 412 батьків і їх дітей, які зазнали нападів кліщів. Діти були віком від 1 до 16 років. Хлопчиків – 217, дівчаток – 195. Усі опитані дали відповіді на запитання уніфікованої міжнародної анкети.

У науково-дослідній лабораторії медичного університету протягом 2017 р. та 6 міс. 2018 р. методом ПЛР у режимі реального часу було досліджено 412 кліщів, знятих зі шкірних покривів дітей. Визначали ДНК *B. burgdorferi sensu lato* (*B. afzelii*, *B. burgdorferi sensu stricto* та *B. garinii*), *B. miyamotoi* та *A. phagocytophilum*.

Результати та обговорення. З досліджених у 2017 р. 169 кліщів інфікованими були 49 (28,9%); із 243 кліщів, знятих з тіл дітей протягом 6 міс. 2018 р., зараженими виявилися 66 (27,2%). Серед них *B. burgdorferi sensu lato* виявлена у 67 (58,2%) кліщів, *A. phagocytophilum* – у 33 (28,7%), *B. miyamotoi* – у 4 (3,5%), *B. burgdorferi sensu lato* разом з *A. phagocytophilum* – у 10 (8,7%), *B. miyamotoi* разом з *A. phagocytophilum* – в 1 (0,9%) кліща.

Висновки. Встановлено високий відсоток інфікування кліщів, які кусали дітей у Тернопільській області, бореліями та анаплазмами, нерідко в поєднанні.

С.О. Никитюк, А.Г. Корицький, Т.П. Пилипчук

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УКУСУ ШКОЛЯРА КРОТОМ

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

Метою роботи було проаналізувати клінічний випадок кусаної рани, нанесеної дитині скаженим кротом.

Хлопчик Д., 8 років, 15.05.2018 р. був госпіталізований в ортопедичне відділення Тернопільської обласної дитячої клінічної

лікарні у зв'язку з кусаною раною нігтьової фаланги 2-го пальця лівої кисті. Дитина знайшла крота у саду і взяла його в руки. Того ж дня тварина здохла. В обласній ветеринарній лабораторії в мазках-відбитках амонового рогу й мозочка тварини за допомогою імунофторесцентного методу виявлено тільця Бабеша-Негрі. Із анамнезу відомо, що хлопчик отримав всі щеплення, передбачені календарем профілактичних щеплень.

Введено антирабічний імуноглобулін кінський з розрахунку 40 МО/кг ($32 \text{ кг} \times 40 \text{ ОД} = 1280 \text{ ОД} / 189 = 6,8 \text{ мл}$) та антирабічну вакцину «Індіраб» по 0,5 мл в/м на 0, 3, 7, 14, 21, 28 дні від контакту. Реакції на пасивно-активну імунізацію не було. Укушена рана зажила без ускладнень. У наступні місяці відхилень у здоров'ї потерпілого не знайдено.

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

УСКЛАДНЕННЯ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ

Медичний університет,

Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Вітряна віспа у дорослих є актуальною проблемою. За рівнем захворюваності вітряна віспа поступається лише гострим респіраторним вірусним і кишковим інфекціям. Особливість вітряної віспи визначається високою контагіозністю, з майже 100% маніфестацією захворювання у контактних неімунних осіб. За останні роки спостерігається зростання захворюваності у дорослих, особливо осіб молодого віку. У дорослих вітряна віспа характеризується тяжчим перебігом і розвитком різноманітних ускладнень. Небезпечними є специфічні ускладнення, зумовлені прямою цитопатичною дією вірусу, що характеризують генералізацію інфекції. На сьогодні особливу увагу привертає збільшення випадків тяжкого перебігу вітряної віспи у дорослих імунокомпетентних осіб, з генералізацією процесу та розвитком тяжких специфічних ускладнень.

Мета роботи. Проаналізувати специфічні ускладнення вітряної віспи у дорослих хворих, за даними Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні.

Матеріали і методи. За період 2016-2018 рр. у відділенні нейроінфекцій ОІКЛ лікувалося 82 дорослих віком від 18 до 49 років, хворих на вітряну віспу. Серед госпіталізованих чоловіків було 68 (82,9%), жінок – 14 (17,1%). Середньотяжкий перебіг – у 73 (89%), тяжкий – у 9 (11%) пацієнтів.

Результати та обговорення. Частота розвитку ускладнень у дорослих хворих на вітряну віспу склала 60,3% (44 із 73) при середньотяжкому і в усіх (9) з тяжким перебігом недуги. Проте їх спектр представлений як специфічними, так і неспецифічними ускладненнями.

Серед хворих із середньотяжким перебігом захворювання ускладнення розвинулись у 9,1% (4 із 44) осіб і були представлені гострим бронхітом, який підтверджений результатами рентгенологічного дослідження.

Натомість, при тяжкому перебігу вітряної віспи ускладнення формувалися у 100% пацієнтів. У 7 із 9 хворих вже на момент госпіталізації на 2-3-ій день захворювання спостерігався розвиток гепатиту з появою гіркоти, неприємного присмаку в роті, відчуттям тяжкості у правому підребер'ї, збільшенням розмірів печінки та її чутливістю при пальпації, підвищенням активності АЛАТ у сироватці крові. Результати досліджень маркерів вірусних гепатитів в усіх хворих були негативні. Пневмонія в періоді розпалу захворювання реєструвалася у 3 хворих, була підтверджена клініко-лабораторними і рентгенологічними методами дослідження. Ураження нервової системи з розвитком енцефаліту спостерігали в 1 хворого на 6-ий день захворювання, у періоді формування кірочок, і характеризувалися вогнищевою неврологічною симптоматикою, наявністю патологічних стопних рефлексів. Результати магнітно-резонансної томографії підтвердили вогнищеві запальні зміни у речовині головного мозку. В періоді підсипань, на 5-6-ий день захворювання, в 1 хворого з'явилися скарги на тахікардію, неприємні відчуття в ділянці серця, помірну задишку. За даними клініко-лабораторного обстеження, результатами електрокардіограми, рентгенографії діагностовано міокардит. В 1 хворого реєструвалося ураження сечовидільної системи з формуванням нефриту. Слід зазначити, що у переважної більшості хворих (8 із 9) одночасно реєструвалося формування декількох ускладнень.

Висновки. Ускладнення вітряної віспи спостерігались майже у кожного десятого (9,1%) пацієнта зі середньотяжким перебігом та в усіх хворих з тяжким перебігом. Спектр цих ускладнень залежав від тяжкості перебігу захворювання. При середньотяжкому перебігу розвився лише гострий бронхіт, тоді як при тяжкому перебігу специфічні ускладнення були представлені енцефалітом, пневмонією, гепатитом, міокардитом і нефритом.

О.Л. Панасюк, Л.В. Березіна, В.І. Матяш, Д.В. Говорова,
Н.С. Трембачова

ЧАСТОТА ТА ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА МОНО- І МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

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

Актуальність. У сучасних умовах спостерігається збільшення захворюваності населення на інфекційні хвороби, зокрема на ураження нервової системи. Частина запальних захворювань нервової системи інфекційного генезу (енцефаліт, менінгіт тощо) складає близько 6% від органічної патології нервової системи, однак реальних даних щодо частоти та етіологічної структури в Україні немає.

Мета роботи. Вивчити частоту та етіологічну структуру моно- і мікст-інфекцій у пацієнтів із запальними ураженнями нервової системи.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 1 200 історій хвороб пацієнтів віком від 18 до 80 років (середній вік 36,3 року) із запальними ураженнями нервової системи, які перебували на лікуванні в ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» у 2002-2017 рр.

Результати та обговорення. У 598 (49,83%) хворих виявлено реплікативну активність одного патогену (моно-інфекція), у 294 (24,50%) – декількох (мікст-інфекція), у 308 (25,67%) – активності інфекційного процесу не встановлено.

В етіологічній структурі моно-інфекцій визначено значне переважання герпесвірусів (86,29%), також реєструвалися боре-

ліоз (4,01%), туберкульоз (2,68%), токсоплазмоз (0,50%), хламідіоз (0,33%) та інші (3,34%) бактеріози, вірусні інфекції, мікози. У структурі герпесвірусних інфекцій (516 випадків) домінували HSV1 (38,76%), EBV (29,65%), HHV6 (13,57%).

Визначено відмінності в частоті виявлення патогенів при окремих нозологічних формах. Зокрема, у пацієнтів з діагнозом арахноенцефаліту провідними етіологічними факторами були HSV1 (40,15%), EBV (25,91%), CMV (11,68%), HHV6 (8,76%); при розсіяному енцефаломієліті – EBV (38,28%), HHV6 (24,22%), HSV1 (21,88%), CMV (8,59%); при енцефаломієлополірадикулоневриті – HSV1 (56,41%), борелії (11,54%); при лейкоенцефаліті – CMV (57,14%), EBV (28,57%); при менігоенцефаліті – бактеріози (29,85%), HSV1 (16,42%); при енцефаліті – EBV (38,28%).

Віруси HSV1, CMV, EBV виявлено практично в усіх вікових групах, але найчастіше вони зустрічалися у хворих віком від 30 до 40 років. У пацієнтів віком від 50 до 60 років вірус HSV1 у 50,00 % випадків був головною причиною патологічних станів.

Віруси HHV6, HHV7 частіше реєструвалися у хворих віком від 20 до 40 років. Активність VZV виявлено у пацієнтів у віковій групі від 40 до 50 років.

Найбільша кількість випадків туберкульозу (37,50%) спостерігалася у хворих віком від 60 до 70 років. Бактерійні ураження нервової системи реєструвалися в усіх вікових групах, але частіше у пацієнтів віком від 30 до 40 років.

У 294 (24,50%) хворих встановлено мікст-інфекцію, а саме: вірусно-вірусну – 225 (76,53%), вірусно-бактерійну – 37 (12,59%), вірусно-протозойну – 12 (4,08%), вірусно-хламідійну – 6 (2,04%), вірусно-спірохетозну – 7 (2,38%), вірусно-грибкову – 3 (1,02%), бактерійно-грибкову – 4 (1,36%). При цьому асоціації герпесвірусів найбільше реєструвалися в групах пацієнтів віком від 30 до 40 років – HSV+CMV (33,33%) і від 20 до 30 – HSV+EBV (39,39%).

У пацієнтів з вірусно-вірусними асоціаціями у 49,33% випадків діагностовано арахноенцефаліт, у 29,33% – розсіяний енцефаломієліт, у 14,22% – енцефаломієлополірадикулоневрит. Лейкоенцефаліт реєструвався тільки у хворих з вірусно-вірусними інфекціями. Для пацієнтів з вірусно-бактерійними, вірусно-

грибковими, бактерійно-грибковими асоціаціями найбільш характерною формою був менінгоенцефаліт.

Висновки. У хворих із запальними ураженнями нервової системи діагностовано складну етіологічну структуру патогенів у вигляді мікст-інфекцій у 24,50% випадків.

Т.М. Пахольчук, О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, В.В. Печугіна,
С.Л. Ніколаєва, Т.Б. Матвеева

ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ГЕМОКОЛІТУ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. За останні роки у дітей раннього віку етіологічним фактором гострих кишкових інфекцій (ГКІ) частіше стають умовно-патогенні збудники (УПЗ) і такі захворювання супроводжуються синдромом гемоколіту. Це створює труднощі в проведенні діагностики з гемоколітом, пов'язаним з інвазивними збудниками.

Метою роботи було виявити значимого етіологічного чинника розвитку синдрому гемоколіту при ГКІ у дітей раннього віку на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 126 дітей віком від 1 до 24 місяців, які були проліковані з приводу ГКІ зі синдромом гемоколіту у дитячому відділенні кишкових інфекцій Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні у 2016-2018 рр. і виписані з одужанням. Обстеження проводили згідно з клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України. Етіологічне розшифрування захворювання проводили бактеріологічним дослідженням калу та СІТО ТЕСТом фекалій на ротавірус. Усі хворі були консультовані дитячим хірургом.

Результати та обговорення. Відмічено, що переважним шляхом інфікування хворих був харчовий (фактори передачі – термічно не оброблені молоко та сир, м'ясні вироби, птиця), рідше реєструвався контактено-побутовий шлях.

Синдром гемоколіту при ГКІ частіше розвивався в дітей, що знаходилися на змішаному або штучному вигодовуванні. В анамнезі кожна третя дитина мала прояви функціонального порушення травлення (синдром дисбіозу, лактазна недостатність, вторинна ферментопатія) з перших місяців життя. Частіше причиною погіршення стану був перехід на нове вигодовування або введення прикорму.

У першу добу захворювання було госпіталізовано 98% дітей з підвищенням температури тіла до 38-39°C, повторним блюванням, відмовою від їжі та іншими симптомами інтоксикації. Клінічно частіше (у 82%; 103) реєстрували ентероколітну і, рідше (12%), колітну форму середньої тяжкості (15 пацієнтів). У більшості з першого дня недуги з'являлись рідкі, водянисті, смердючі випорожнення від 5 до 15 разів за добу. На 2-3-ю добу у випорожненнях хворих відмічали домішки слизу і крові, як прояви гемоколіту. Ці явища утримувались від 3-4 до 8-10 діб.

Етіологічні чинники розвитку синдрому гемоколіту при ГКІ були різні і залежали від віку дітей. Так, у дітей перших трьох місяців життя (86 пацієнтів) здебільшого (у 36,8% хворих) із фекалій висівали *Klebsiella oxytoca* у титрі понад 10^9 /г, *Enterobacter gergoviae* (у 15,0%) і *Campylobacter* (у 2,5%). У старших пацієнтів (40 дітей) у більшості випадків (68,0% осіб) захворювання спричинено двома УПЗ (*K. oxytoca* + *E. gergoviae*), а у 2,6% – обумовлено *Salmonella*, в 1,9% – *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa* або *Staphylococcus aureus* + *E. gergoviae*.

Висновки. Менше ніж 3% випадків гемоколіту спричинюють патогенні бактерії роду *Salmonella* у дітей старшого віку та *Campylobacter* – раннього. Переважна більшість гемоколітів дітей раннього віку зумовлена умовно-патогенною мікрофлорою, що потребує подальшого вивчення.

Т.В. Покровська, В.В. Гнатюк, С.В. Пенцак, С.І. Кашевська

ВИПАДОК ТЯЖКОЇ ПАРВОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ

Національний медичний університет ім. Д. Галицького,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Львів

Актуальність. Однією з поширених екзантемних інфекцій, клінічно схожою з краснухою, є парвовірусна інфекція (ПІ). ПІ – гостре інфекційне захворювання з переважним ураженням дітей віком 5-14 років і з найрізноманітнішими клінічними проявами від безсимптомного перебігу до появи інфекційної еритеми, гострого артрити, апластичного кризу, хронічної анемії. Поява екзантеми при парвовірусній інфекції вважається найбільш поширеним проявом цієї інфекції.

Мета роботи. Наведення випадку тяжкої парвовірусної інфекції у дитини для ілюстрації особливостей клінічного перебігу, діагностики цього захворювання, можливих ускладнень.

Матеріали і методи. Аналіз клінічного перебігу ПІ, ускладненої апластичною тромбоцитопенією та анемією, у дитини.

Результати та обговорення. Дитина Л., 2,5 р., захворіла гостро, коли підвищилася температура тіла до субфебрильних цифр, з'явилися помірні катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів. Дитину госпіталізовано в ОІКЛ з діагнозом ГРВІ. Стан дитини середньої тяжкості. При дослідженнях крові – помірна лейко- і лімфопенія. На фоні проведеної терапії стан хлопчика покращився. На 5-ту добу перебування у стаціонарі підвищилася температура тіла до високих цифр, став дуже млявим, сонливим, адинамічним. На шкірі тулуба та кінцівок з'явилися плямисто-папульозні «мереживні» висипання у вигляді гірлянд, кілець, незначний свербіж шкіри, яскрава плямиста еритематозна екзантема на щоках. Через 4-5 год після появи висипу на нижніх кінцівках виникли геморагічні елементи неправильної форми від 1 до 3 мм у діаметрі. Проведено повторний аналіз крові, в якому привернула увагу тромбоцитопенія (100×10^9 /л), анемія (Hb 98 г/л). Наступного дня кількість плямисто-папульозних і геморагічних висипань збільшилася, з'явилась гематурія, рівень тромбоцитів у периферичній крові знизився до 30×10^9 /л. З попереднім діагнозом тромбоцитопенії

дитина переведена в гематологічне відділення ЗУСДМЦ. Проведено дослідження кісткового мозку, діагностовано гіпоплазію еритроїдного ростка і наявність характерних для парвовірусної інфекції клітин. Мегакаріоцити (попередники тромбоцитів) у досліджуваних препаратах відсутні.

Виявлено ДНК *Parvovirus B19* більше $9,0 \times 10^6$ МО/мл шляхом проведення ПЛР крові (аналітична чутливість тест-системи $3,6 \times 10^2$ МО/мл). Виставлено діагноз: Анемія, тромбоцитопенія, асоційована з парвовірусом В19. Після тривалого лікування в реанімаційному і гематологічному відділеннях стан хворого покращився, виписаний додому.

Нерідко на тлі активності парвовіруса спостерігається значне руйнування кісткового мозку і, відповідно, порушення нормальних процесів кровотворення, навіть до небезпечних для життя станів. Парвовірус В19 має тропізм до швидко проліферуючих клітин. У людей є антиген Р (глобусид), один з клітинних рецепторів, що сприяє формуванню елементів крові людини, він ще й клітинний рецептор парвовірусу В19. Внаслідок спорідненості з антигеном Р, парвовірус може зумовити повне припинення продукування червоних кров'яних тілець. Парвовірус В19 також асоціюють з іншою гематологічною аномалією: тромбоцитопенією, що може виникнути при гострій інфекції, навіть в імунокомпетентних пацієнтів. Описані випадки імунної тромбоцитопенічної пурпури, пурпури Шенлейн-Геноха та гемофагоцитарного синдрому, пов'язані з парвовірусом В19 (К. Waza, К. Inoue, S. Matsumura, 2007). Люди, в яких відсутній цей антиген, резистентні до інфекції.

Висновок. Цей клінічний випадок є прикладом тяжкого перебігу парвовірусної інфекції в дитини, що супроводжувалася вираженою тромбоцитопенією та анемією, про можливість виникнення яких мають пам'ятати педіатри, інфекціоністи, сімейні лікарі.

Г.Ф. Пономаренко

АКТУАЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ В ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

Актуальність. Атопічний дерматит (АД) – одне з найпоширеніших захворювань шкіри у дітей. В останні роки відзначається прогресуюче зростання захворюваності, кількості стійких до стандартної терапії і рецидивних форм хвороби. У патогенезі цього захворювання значне місце має порушення стану травного тракту і його мікрофлори.

Метою роботи було вивчити стан мікробіоценозу кишечника, вплив його порушень на тяжкість і тривалість проявів атопічного дерматиту в дітей і значення нормалізації мікробіоти кишківника на ефективність лікування основного захворювання.

Матеріали і методи. Під наглядом перебувало 69 дітей віком від 3 міс. до 5 років, хворих на атопічний дерматит середнього ступеню тяжкості, 19 з них – діти першого року життя. Усі пацієнти обстежені клінічно і бактеріологічно.

Результати та обговорення. Вивчення сімейного алергічного анамнезу хворих на АД показало наявність різноманітних проявів алергії в одного або обох батьків у 37,6% дітей. Крім того, 17,7% жінок до вагітності мали гінекологічні захворювання запального характеру або бактерійний вагіноз, більш 40% – хронічні захворювання травної системи. Шляхом кесаревого розтину народилися 8 дітей, 5 дітей народилися недоношеними, з малою вагою. На штучному вигодовуванні з народження або з 2-3-го місяця життя знаходилося 19 дітей.

АД дебютував у більшості дітей (79,7%) у перші 3-5 міс. після народження і характеризувався сухістю і свербіжем шкіри, типовою морфологією і локалізацією шкірних висипань, рецидивним перебігом. Тривалість захворювання коливалася від 1 міс. до 3,5 років.

При бактеріологічному обстеженні у більшості пацієнтів виявлено дисбіоз II (36,7%) або III (44,9%) ступеня, що характеризувався зменшенням вмісту біфідо- і лактобактерій аж до повної їх відсутності, надмірної кількості ешеріхій зі зміненими властивостями і умовно-патогенної мікрофлори. Мікробіологічні

порушення супроводжувалися кишковою дисфункцією, пов'язаною з різними причинами – функціональні диспепсія або закрепи, синдром подразненого кишечника, дискінезії жовчовивідних шляхів.

Тяжкість і тривалість проявів АД корелювала зі ступенем кишкового дисбактеріозу. У 83,8% дітей з клініко-лабораторними проявами дисбактеріозу III ступеня симптоми АД мали поширений, рецидивний характер і відрізнялися резистентністю до традиційних методів лікування atopічного дерматиту. У 35,4% пацієнтів крім ураження шкіри спостерігалися явища алергійного риніту, кон'юнктивіту.

Корекцію порушень кишкового мікробіоценозу проводили у декілька етапів і спрямовували на ерадикацію умовно-патогенної мікрофлори і підтримку росту власної мікрофлори кишечника. На першому етапі призначали сорбенти і пробіотики з антагоністичними властивостями, на другому – пробіотики, які містили лакто- і біфідофлору, препарати, які покращували травлення, вітаміни і мікроелементи. Проводили корекцію дієти. Динамічне спостереження за дітьми здійснювали протягом 3-6 міс. В усіх пацієнтів спостерігалась позитивна динаміка щодо відновлення нормофлори і ліквідації проявів АД, темпи якої були значно швидшими у дітей першого року життя (у 17 з 19 прояви АД і дисбіотичні порушення зникли протягом 1-2 міс.). Пацієнти з тривалішим перебігом АД і стійкими порушеннями мікробіоценозу кишечника вимагали тривалішого нагляду, підтримуючої терапії, індивідуального підбору дієти.

Висновки. Тяжкість і тривалість проявів АД у дітей корелює зі ступенем кишкового дисбактеріозу. Корекція порушень мікрофлори кишечника в дітей з АД є важливим компонентом лікування, який значно поліпшує ефективність терапії основного захворювання.

Н.М. Прикуда, О.М. Крук, А.М. Задорожний
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СЕПТИЧНОЇ ФОРМИ
ЛІСТЕРІОЗУ**

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Лістеріоз характеризується поліморфізмом клінічних проявів з ознаками ураження центральної нервової системи, печінки, селезінки, розвитком септицемії, високим рівнем летальності – від 20 до 30%. Щороку, за даними ВООЗ, у світі реєструють кілька тисяч нових, лабораторно підтверджених випадків лістеріозу, що зумовлює актуальність даної хвороби.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок септичної форми лістеріозу з численними абсцесами печінки.

Матеріали і методи. Аналіз клініко-лабораторних даних пацієнта з септичною формою лістеріозу, який знаходився у відділенні інтенсивної терапії Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні (ЛОІКЛ).

Результати та обговорення. Хворий П., віком 71 р., поступив 18.10.2016 р. (на 7-му добу хвороби) у відділення інтенсивної терапії ЛОІКЛ. Температура тіла 35,5 °С. Свідомість потьмарена. Виражена моторна афазія. Язик сухий, обкладений білим нальотом. При аускультатії над легенями вислуховувалось жорстке дихання, сухі та вологі хрипи в середньо-нижніх відділах з обох боків. Печінка виступала з-під краю реберної дуги на 2 см. Випорожнення 3 рази за добу, рідкі. Менінгеальні симптоми: ригідність м'язів потилиці, позитивний симптом Керніга з обох сторін. Виражена загальна гіперестезія.

Дані лабораторних досліджень (18.10.2016 р.). Загальний аналіз крові: гемоглобін 105 г/л, еритроцити $3,65 \times 10^{12}$ ¹/л, лейкоцити $9,0 \times 10^9$ ¹/л, нейтрофіли 77,8%, лімфоцити 19,7%, моноцити 2,5%; ШОЕ 30 мм/год. Загальний аналіз ліквору: ксантохромний, мутний, білок 1,65 г/л, цитоз 800 в 1 мм³ (нейтрофіли 80%, лімфоцити 20%), цукор 1,5 ммоль/л. Біохімічні показники крові: сечовина 28,1 ммоль/л, креатинін 299,0 мкмоль/л, АлАТ 85,5 ммоль/(лжгод).

У наступні дві доби спостерігалось погіршення загального стану хворого. Церебральна кома I-II ст. Годування через зонд. Дихання самостійне.

У лабораторних дослідженнях (20.10.2016 р.) виявлено наростання кількості лейкоцитів у периферичній крові до $16,9 \times 10^9$ /л, збільшення рівня глюкози крові до 14,9 ммоль/л, сечовини – до 66,4 ммоль/л, креатиніну – до 503,6 мкмоль/л, амілази – до 309,5 од/л. При бактеріологічному дослідженні ліквору виділено *L. monocytogenes*.

Дані спіральної комп'ютерної томографії (20.10.2016 р): у паренхімі правої та лівої часток печінки виявлено множинні гіподенсивні ділянки розміром до 10 мм із нечіткими і рівномірними контурами, щільністю 10-15 од.

З моменту госпіталізації у стаціонар хворий отримував комплексне лікування: антибактерійну (цефтриаксон 3 г/добу + ванкоміцин 2 г/добу + ампіцилін 12 г/добу) і патогенетичну терапію. На тлі призначеного лікування стан хворого продовжував погіршуватися, наростали явища поліорганної недостатності. На 6-ту добу перебування у стаціонарі (23.10.2016 р.) у хворого констатовано біологічну смерть.

При патологоанатомічному дослідженні діагностовано лістеріоз, септичну форму: гнійний менінгіт, численні вогнищеві некрози гепатоцитів, численні абсцеси печінки, респіраторний дистрес-синдром, вогнищеву гнійну пневмонію, численні стеатонекрози підшлункової залози та жирової тканини черевної порожнини.

Висновок. Поліморфізм клінічних проявів і розмаїття варіантів перебігу лістеріозу часто створюють труднощі в його діагностуванні, що у свою чергу вимагає ретельнішого обстеження пацієнтів із проведенням відповідних бактеріологічних і серологічних тестів. Хворі потребують щонайранішого призначення адекватної протимікробної терапії.

О.Я. Пришляк, М.В. Прокопович, О.П. Бойчук, У.Я. Мазурок
УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ НА КІР
Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність. На сьогоднішній день кір в Україні не втрачає своїх позицій у структурі інфекційних хвороб. Характерна періодичність захворювання, яку спостерігаємо кожні 5-6 років, а також зниження рівня охоплення імунізацією в популяції, створюють сприятливі умови для його поширення. В Україні у 2017 р. зареєстровано 4 782 випадки захворювання на кір, із них 1 344 – в Івано-Франківській області, що у 46,7 разів перевищує показники 2016 р. Незважаючи на те, що кір позиціонуємо як одну з найбільш поширених дитячих крапельних інфекцій, у дорослих спостерігаємо ряд особливостей, включаючи тяжчий перебіг захворювання та ускладнення з боку різних органів і систем, механізми виникнення яких залишають місце для наукових досліджень.

Мета роботи. Вивчити особливості ураження печінки у дорослих хворих на кір, за даними обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ) м. Івано-Франківськ.

Матеріали і методи. Проаналізовано 113 випадків кору серед дорослих пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ у 2017 р. Діагноз підтверджували за допомогою епідеміологічних критеріїв, клінічної картини захворювання, лабораторних (загальноклінічних і специфічних) методів дослідження. Функціональний стан печінки оцінювали за результатами біохімічних досліджень сироватки крові та УЗД ОЧП.

Результати та обговорення. Серед захворілих чоловіків було 53 (46,9%), жінок – 60 (53,1%). Середній вік пацієнтів склав $(25,2 \pm 3,8)$ року. Із них міських жителів було 74 (65,5%), сільських мешканців – 39 (34,5%). За даними анамнезу, серед усіх захворілих 17 (15,1%) пацієнтів не отримали жодної дози вакцини проти кору, 30 (26,5%) отримали 1 дозу, 18 (15,9%) – 2 дози, а у 48 (42,5%) випадках кількість введених доз невідома. Лабораторно підтверджено 40 (35,4%) випадків. Залежно від тяжкості хвороби встановили, що в 11 (9,7%) пацієнтів був тяжкий ступінь захворювання, у 98 (86,7%) – середньої тяжкості та у 4 (3,6%) – легкий ступінь. У 106 (93,8%) хворих кір мав

типову форму, у 7 (6,2%) – атипову. У 50 (44,2%) пацієнтів розвинулися такі ускладнення, як гострий катаральний необструктивний бронхіт – у 41 (52,6%), реактивний гепатит – у 17 (21,7%), реактивний панкреатит – у 12 (15,4%), пневмонія – у 8 (10,3%) осіб. Досить часто спостерігали поєднання кількох ускладнень в одного пацієнта, які, залежали від віку, вакцинального статусу і наявності супутньої патології.

Реактивний гепатит розвинувся у 8 (47,1%) пацієнтів із середнім ступенем тяжкості та у 9 (52,9%) – із тяжким ступенем хвороби. Серед 5 вагітних, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ, окрім інших ускладнень, діагностували 1 випадок реактивного гепатиту. При типовій формі кору у дорослих пацієнтів не було відмічено субіктеричності склер, потемніння сечі, ахолії калу, однак гепатомегалію до $+1,5 \pm 0,3$ см по *l. medioclavicularis dextra* реєстрували у 12 (70,5%) хворих. Про порушення функції печінки свідчили зміни лабораторних показників, зокрема зростала активність амінотрансфераз у крові, а також виявляли явища реактивного гепатиту (підвищена ехогенність паренхіми, збільшення часток печінки у розмірах) під час проведення УЗД ОЧП. Активність АЛАТ коливалася від 43,8 до 204,4 од./л, і у середньому становила $(125,0 \pm 8,3)$ од./л. Активність АсАТ зростала від 47,3 до 197,8 од./л, і у середньому склала $(111,6 \pm 7,8)$ од./л. Після проведеного патогенетичного і симптоматичного лікування вказані вище показники нормалізувалися.

Висновки. У дорослих пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ з діагнозом кору, спостерігали переважно типову клінічну картину недуги, середньої тяжкості. Серед ускладнень у 21,7% хворих діагностували реактивний гепатит, який проявлявся гепатомегалією, підвищенням активності амінотрансфераз у крові та змінами ультразвукових показників печінки.

О.В. Прокопів, Н.М. Прикуда, С.А. Лищенко
**САЛЬМОНЕЛЬОЗ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ:
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. На сьогодні у структурі гострих кишкових інфекцій (ГКІ) сальмонельоз посідає одне з провідних місць. Особливо небезпечною є хвороба у дітей раннього віку, що зумовлено значною частотою виникнення у них тяжких форм, ймовірністю розвитку інфекційно-токсичного шоку, генералізації інфекції, формування екстраінтестинальних специфічних запальних вогнищ.

Мета роботи – вивчити епідеміологічні закономірності та особливості клінічного перебігу сучасного сальмонельозу в дітей раннього віку.

Матеріали і методи. Спостерігали за 67 дітьми віком від 1 до 36 міс., хворих на сальмонельоз, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні (ЛОІКЛ) упродовж 2014-2016 рр. Сформовано 2 групи зіставлення: I – 33 (49,3%) дитини віком від 1 до 12 міс., II – 34 (50,7%) віком від 13 до 36 міс. Тяжкість загального стану хворого оцінювали за інтенсивністю проявів інтоксикаційного синдрому у поєднанні з диспепсичним, ступенем ексикозу, наявністю ознак нейротоксикозу. Для з'ясування етіології ГКІ проводили бактеріологічні дослідження випорожнень, сечі, при потребі й крові, на патогенну та умовно-патогенну флору. У роботі використані методи дескриптивної статистики.

Результати та обговорення. При епідеміологічному аналізі отриманих даних виявлено характерний для ГКІ підйом захворюваності у весняно-осінній період. Переважав харчовий шлях зараження (80,6%). Факторами передачі збудника у дітей віком від 1 до 12 міс. зафіксовано молочні продукти, натомість у дітей старших – яйця, майонез, кури. У 13 (19,4%) випадках інфікування дітей вдома симптоми ГКІ спостерігалися й в інших членів сім'ї.

У 51 (76,1%) дитини хвороба розвинулася гостро з вираженого інтоксикаційного синдрому у поєднанні з диспепсичним.

Залежно від проявів інтоксикаційного і диспепсичного синдромів у дітей II групи констатовано статистично вагоме зменшення тривалості розладів мікроциркуляції – $(3,74 \pm 0,71)$ проти $(2,15 \pm 0,17)$ дня ($p < 0,05$), клінічних проявів зневоднення – $(4,64 \pm 0,23)$ проти $(3,33 \pm 0,20)$ ($p < 0,05$), діарейного синдрому – $(6,12 \pm 0,85)$ проти $(4,25 \pm 0,21)$ дня ($p < 0,05$). Частота випорожнень у хворих на сальмонельоз дітей I групи становила $(7,14 \pm 1,87)$ разів за добу, у пацієнтів II групи – $(6,7 \pm 2,38)$. Спостерігали водянисті випорожнення жовто-зеленого кольору з домішками слизу, у частини хворих – прожилок крові. Зневоднення 1-го ступеня констатовано у 79,1% хворих, 2-го ступеня – у 28,3%. Необхідно зазначити, що варіант перебігу сальмонельозу значною мірою визначався термінами поступлення дітей у стаціонар. Діти віком 1-12 міс. госпіталізовані на $(3,52 \pm 1,91)$ добу хвороби, що достовірно пізніше, ніж діти вікової групи 13-36 міс. – на $(2,66 \pm 1,35)$ ($p < 0,05$). Домінувала середньотяжка форма сальмонельозу (71,7%), к 19 (28,3%) хворих діагностовано тяжку форму недуги.

При бактеріологічному дослідженні випорожнень у 59 (88,1%) хворих виділено *S. enteritidis*, у 8 (11,9%) – *S. thyphimurium*. Моно-сальмонельоз діагностовано у 2 (3,0%) дітей. Двокомпонентні умовно-патогенні бактерійні асоціації – у 27 (40,3%), трикомпонентні – у 38 (56,7%) хворих. Серед мікробів-асоціантів, виділених з випорожнень хворих, домінували *E. aerogenes* – у 28 (41,8%) і *C. albicans* – у 22 (37,3%). Видовий склад інших умовно-патогенних бактерій такий: *S. aureus* – у 8 (11,9%), *P. mirabilis* та *P. vulgaris* – у 5 (7,5%), *E. cloacae* – у 2 (2,9%) хворих. При тяжких формах сальмонельозу спостерігалися лише трикомпонентні асоціації – у 19 (28,3 %) хворих.

Висновки. При аналізі бактеріологічних досліджень випорожнень хворих на сальмонельоз дітей раннього віку встановлено переважання штаму *S. enteritidis* (88,1%). Дані епідеміологічного анамнезу дають змогу вважати ймовірним у 80,6% хворих харчовий шлях інфікування. Сальмонельоз у дітей раннього віку характеризувався розвитком середньотяжких форм хвороби (71,7%) з домінуванням диспепсичного синдрому. Перебіг недуги обтяжують дво- і трикомпонентні бактерійні асоціації, складовими яких є умовно-патогенні бактерії (*E. aerogenes*, *C. albicans*, *S. aureus*).

А.Л. Процик, О.Я. Пришляк, О.П. Бойчук, Т.О. Нікіфорова

СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ І СТУПІНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ ТА АСКАРИДОЗ

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність. В останні роки в Україні і світі реєструється все більше випадків мікст-інвазії лямбліозу та аскаридозу. Клінічна картина супроводжується різними синдромами, важливе місце серед яких займає ендогенна інтоксикація (ЕІ). Одну з ключових ролей у патогенезі цього синдрому відіграють вільнорадикальні окисні процеси. На противагу цим процесам в організмі функціонує система антиоксидантного захисту. Ключова роль у ній належить супероксиддисмутази (СОД) і церулоплазміну (ЦП).

Мета. Вивчити стан системи антиоксидантного захисту і ступінь ЕІ у хворих при комбінованій інвазії лямбліями та аскаридами.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 60 пацієнтів, які були розділені на 3 групи. До першої групи (n=20) включали хворих на лямбліоз, до другої (n=20) – на аскаридоз, до третьої (n=20) – з мікст-інвазією лямбліями та аскаридами. 20 практично здорових осіб становили контрольну групу. Діагноз лямбліозу та аскаридозу підтверджували шляхом овоскопії та цистоскопії випорожнень. Вивчали ступінь ендогенної інтоксикації за рівнем окисної модифікації білків (ОМБ), молекул середньої маси (МСМ). Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) визначали за методом Кальф-Каліфа.

Результати та обговорення. У першій групі при визначенні стану прооксидантної системи встановлено, що рівень ОМБ у крові був підвищеним у 15 (75,0%) хворих і у середньому становив $(1,56 \pm 0,05)$ од. опт. густ. Рівень МСМ збільшений у 7 (35,0%) хворих, у середньому становив $(0,27 \pm 0,01)$ ум. од. При дослідженні антиоксидантної системи визначено, що у 18 (90,0%) хворих рівень ЦП в крові був зниженим, у середньому становив $(17,21 \pm 0,42)$ ум. од., активність СОД також $(31,15 \pm 1,00)$ ум. од., у 17 (85,0%) хворих. За даними загального аналізу крові встановлено, що ЛІІ був вищий, порівняно з контрольною групою, і складав $3,84 \pm 0,05$.

У пацієнтів другої групи при визначенні рівня ОМБ у крові встановлено, що він був підвищений у 18 (90,0%) осіб, у середньому склав $(1,72 \pm 0,90)$ од. опт. густ. Підвищений рівень МСМ відмічали у 8 (40,0%) хворих, його середній показник дорівнював $(0,28 \pm 0,01)$ ум. од. У 19 (95,0%) пацієнтів рівень ЦП був знижений до $(16,86 \pm 0,40)$ ум. од., а СОД у 18 (90,0%) – до $(34,95 \pm 0,95)$ ум. од.

У третій групі встановлено, що рівень ОМБ був достовірно підвищений в усіх 20 (100,0%) хворих і у середньому склав $(2,28 \pm 1,2)$ од. опт. густ., більше порівняно з іншими групами ($p < 0,01$). Рівень МСМ у сироватці крові був підвищений у половини пацієнтів (10,0; 50,0%), а середній показник становив $(0,32 \pm 0,01)$ ум. од, що є достовірним порівняннi з групою контролю ($p < 0,01$). В усіх 20 (100,0%) хворих відмічався знижений рівень ЦП до $(14,52 \pm 0,05)$ ум. од., а вміст СОД – до $(20,85 \pm 0,89)$ ум. од. у 17 (85,0%) хворих, що достовірно відрізнялось від контрольної групи ($p < 0,01$). ЛПІ у жодного з пацієнтів третьої групи не був у нормі і складав $5,71 \pm 0,11$.

Висновки. Поєднана інвазія лямбліями та аскаридами характеризується активацією прооксидантної системи, що проявляється підвищенням рівня ОМБ. Для лямбліозу та аскаридозу характерне порушення активності антиоксидантної системи за рахунок достовірного зниження рівня ЦП та СОД у більшості хворих при моноінвазії та в усіх пацієнтів при мікст-паразитозі. Лямбліоз та аскаридоз характеризуються синдромом ЕІ, що проявляється підвищенням рівня ЛПІ та високими значеннями вмісту МСМ у крові, які є більш вираженими при поєднаній інвазії.

Г.О. Ревенко, О.П. Штепа, В.В. Маврутенков, В.Г. Резвих,
О.В. Кузьменко, І.П. Белова, В.В. Долгополова

НАПРУЖЕНІСТЬ ІМУНІТЕТУ ПРОТИ ДИФТЕРІЇ НАСЕЛЕННЯ м. ДНІПРА

Медична академія, Обласний лабораторний центр МОЗ
України, м. Дніпро

Актуальність. На теперішній час світове суспільство вважає вакцинопрофілактику найбільш економічним і доступним методом боротьби з інфекційними захворюваннями. Дифтерія – це

серйозне, потенційно небезпечне для життя інфекційне захворювання, поширеність якого обмежується поствакцинальним імунітетом.

Мета роботи. Вивчити рівень колективного поствакцинального імунітету проти дифтерії серед населення міста Дніпра та оцінити ефективність проведення масової вакцинопрофілактики.

Матеріали і методи. Для реалізації поставленої мети у 2016-2017 рр. обстежено 184 особи віком від 1 до 70 років (у вибірку потрапили 96 дітей і 88 дорослих). Для оцінки напруженості протидифтерійного імунітету використовували діагностичну тест-систему RIDASCREEN Diphtheria IgG (Germany) для ІФА. Стан імунітету проти дифтерії оцінювали за концентрацією антитіл у МО/мл. Оцінку напруженості імунітету здійснювали за такими критеріями: вміст специфічних антитіл до 0,1 МО/мл – захист відсутній; 0,1-0,9 МО/мл – мінімальний рівень захисту; 1,0-1,4 МО/мл – середній рівень захисту; 1,5 МО/мл і вище – високий рівень захисту проти дифтерії.

Результати та обговорення. Проведені дослідження продемонстрували, що у 35 (19,0%) осіб титр антитіл був нижчим від 0,1 МО/мл, що відповідає серонегативному статусу. Мінімальний рівень захисту спостерігався у 89 (48,4%) осіб, що є дуже сумнівним щодо захисту проти дифтерії. Достатній рівень антитоксичного імунітету мали лише 60 (32,6%) осіб.

При поглибленому аналізі різних вікових груп встановлено, що у 18 (18,8%) дітей і 17 (19,3%) дорослих не виявлено протидифтерійних IgG. Титри антитіл нижче захисного рівня мали 46 (47,9%) дітей і 43 (48,9%) дорослих. Середні рівні захисту спостерігались у 32 (33,3%) дітей і 28 (31,8%) дорослих. Високий рівень імунного захисту проти дифтерії не виявлено ні серед дітей, ні серед дорослого населення.

Достовірних відмінностей у рівнях протидифтерійних IgG у дорослих і дітей не виявлено ($p < 0,05$).

Висновки. Аналіз імунного прошарку показав, що протективний рівень колективного антитоксичного протидифтерійного імунітету (вміст IgG 1,0 МО/мл і більше) у м. Дніпрі мали лише 32,6% обстежених, тоді як критеріями епідеміологічного благополуччя вважається 92-95%, що відображає досить низький рівень охоплення вакцинацією у місті і може становити певну

медико-соціальну проблему – високий ризик виникнення захворювання на дифтерію як серед дитячого, так і серед дорослого населення.

Проведений нами аналіз рівня напруженості специфічного імунітету аргументує необхідність подальшого вивчення стану поствакцинального імунітету щодо інфекційних хвороб, які керуються засобами специфічної імунопрофілактики.

О.В. Рябокони, О.В. Анікіна, О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ 3D-РЕЖИМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Поява безінтерферонових режимів лікування хворих на хронічний гепатит С (ХГС) суттєво вплинула на результати противірусної терапії (ПВТ), оскільки її ефективність сягає 90-100%. З 2017 р. в Україні вперше з'явилася можливість лікування хворих на ХГС у рамках Державної цільової програми, застосовуючи 3D-режим, ефективність якого при інфікуванні 1b генотипом HCV сягає 100%, за даними рандомізованих досліджень. Тому особливу увагу привертає перший досвід застосування такої ПВТ у клінічній практиці.

Мета роботи – проаналізувати перші результати застосування 3D-режиму в лікуванні хворих на ХГС у рамках виконання Державної цільової програми.

Матеріал і методи. Під спостереженням було 28 хворих на ХГС, інфікованих 1b генотипом HCV, вік їх від 23 до 72 років; чоловіків – 12, жінок – 16. Вони отримали безінтерферонову ПВТ за схемою омбітасвір/паритапревір/ритонавір дасабувір ± рибавірин протягом 12 тиж., згідно з Наказом МОЗ України № 729 від 18.07.2016 р. Вірусне навантаження у 18 (64,3%) хворих перевищувало 400 000 МО/мл, у 10 (35,7%) – було низьким. Усім хворим визначено ступінь фіброзу печінки методами еластометрії (у 22; 78,6%) і фібротесту (у 6; 21,4%). Переважали пацієнти зі стадіями фіброзу печінки F4 (12; 42,9%) і F3 (9; 32,1%), рідше була стадія F2 (5; 17,9%) або початкові стадії F0-1

(2; 7,1%). Ступінь активності некрозо-запального процесу визначали за рівнем підвищення АлАТ, яка виявилася на рівні А3 у 5 (17,9%) осіб, А2 – у 12 (42,9%), А1 – у 9 (32,1%), стабільно нормальною активність АлАТ була у 2 (7,1%) хворих. В анамнезі у кожного п'ятого пацієнта (6; 21,4%) був невдалий досвід лікування інтерферонами. Оцінку ефективності лікування проводили згідно із зазначеним вище протоколом.

Результати та обговорення. За результатами проведеного дослідження встановлено, що на 4-му тижні ПВТ відбулася негати́вація RNA HCV у крові у 27 (96,4%), а також нормалізація активності АлАТ у 27 (96,4%) хворих. На момент завершення лікування вірусологічна відповідь зберігалася у 27 (96,4%) хворих. Лише в 1 пацієнтки Н., 49 років, яка мала фіброз печінки F2-3, вірус HCV продовжував виявлятися в крові при стійкій нормалізації активності АлАТ. У подальшому вірусологічну відповідь через 24 тиж. після ПВТ проаналізовано у 16 хворих, в усіх RNA HCV у крові виявлено, проте після завершення ПВТ у 12,5% (2 із 16) зафіксовано стійке підвищення АлАТ у межах 1,5-2,5 норми.

Висока вірусологічна ефективність 3D-режиму ПВТ супроводжувалася розвитком небажаних явищ лікування. Тромбоцитопенія розвинулася у 5 (17,9%) хворих. Слід зазначити, що тромбоцитопенія зафіксована як при лікуванні хворих з цирозом печінки (2) – зниження тромбоцитів з 127×10^9 і 156×10^9 1 /л до 86×10^9 і 59×10^9 1 /л відповідно, так й у пацієнтів без цирозу печінки (3) – від норми до $80-70 \times 10^9$ 1 /л. 1 (3,6%) пацієнтку на початку лікування турбував свербіж шкіри, який швидко вдалося відкорегувати дезлоратадином. В 1 (3,6%) пацієнтки Б., 58 років, на тлі швидкої і стійкої негати́вації RNA HCV у крові зберігалася підвищеною до 2,5 норми активність АлАТ та відзначено маніфестацію геморагічного васкуліту. У 2 (7,1%) пацієнтів зі стадіями F4 після завершення лікування при досягненні вірусологічної і біохімічної відповіді зафіксовано появу асцити, що потребувало госпіталізації та проведення відповідної терапії.

Висновки. Перший досвід застосування 3D-режиму ПВТ у рамках виконання Державної цільової програми свідчить про високу ефективність його у досягненні елімінації вірусу, проте демонструє певні проблеми щодо виникнення небажаних явищ лікування, зокрема розвитку тромбоцитопенії, маніфестації позапечінкових проявів, появи асцити.

О.В. Рябокони, І.О. Кулеш, О.М. Фірюліна, Ю.Ю. Рябокони
**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ КОРУ
В ДОРΟΣЛИХ**

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Кір є висококонтагіозною інфекцією зі значним ризиком розвитку тяжких ускладнень. Епідемічний процес кору залишається досить інтенсивним, що не дозволяє здійснити елімінацію недуги в Європейському регіоні, зокрема в Україні, у терміни, визначені ВООЗ. Циклічні епідемічні підйоми та виникнення окремих осередків кору зумовлені накопиченням сприйнятливого населення, як наслідок недоліків імунопрофілактики попередніх років, що призвело до зниження післявакцинального імунітету.

Мета роботи – проаналізувати ускладнення кору у дорослих, за даними Обласної інфекційної клінічної лікарні м. Запоріжжя.

Матеріали і методи. У дослідження ввійшли 100 дорослих хворих на кір, які лікувалися у відділенні нейроінфекцій КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР» протягом 2017 р. і по лютий 2018 р. включно. Хворі були віком від 18 до 58 років, у середньому – $(31,3 \pm 0,8)$ року. Чоловіків було 36, жінок – 64. Діагноз кору встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних і підтверджували виявленням специфічних IgM.

Результати та обговорення. У результаті проведеного дослідження встановлено, що протягом періоду спостереження найбільша кількість (73,0%) дорослих хворих на кір була госпіталізована в листопаді-грудні 2017 р. Діагноз кору на підставі клінічних даних і виявлення специфічних IgM встановлено у 26,0% пацієнтів, на підставі чітких клініко-епідеміологічних даних – у 62,0%, з урахуванням типових клінічних проявів кору без чітких даних епідеміологічного анамнезу та без лабораторного підтвердження – у 12,0%. У переважної більшості хворих кір мав середньотяжкий перебіг (81,0%), тяжкий було зафіксовано у 19,0% пацієнтів.

В усіх дорослих хворих на кір у клінічній картині виділявся продромальний (катаральний) період тривалістю від 1 до 6 діб,

який за умов тяжкого перебігу захворювання був тривалішим ($p < 0,05$), порівняно зі середньотяжким перебігом і склав ($3,50 \pm 0,31$) проти ($2,80 \pm 0,15$) доби. При цьому термін госпіталізації до інфекційного стаціонару статистично не відрізнявся у пацієнтів з різною тяжкістю захворювання. Слід зазначити, що у переважної більшості дорослих хворих на кір (94,0%) симптом Філатова-Копліка зберігався й у перші дні появи екзантеми. Клінічні прояви захворювання у пацієнтів були типовими для кору, проте тяжкий перебіг характеризувався значно вираженішою клінічною симптоматикою за рахунок частішої різі в очах (100,0 проти 67,9%), осиплості голосу (73,7 проти 25,9%), яскравості висипу (100,0 проти 67,9%), появи диспепсичних проявів (31,6 проти 8,6%), на відміну від середньотяжкого перебігу недуги.

У 66,0% дорослих хворих кір мав ускладнений перебіг із розвитком гострого бронхіту (46,0%), пневмонії (8,0%), гепатиту (47,0%), ентериту (8,0%) і цикліту (1,0%). Проте, слід зазначити, що тяжкий перебіг кору супроводжувався розвитком ускладнень в усіх пацієнтів (100,0%) проти 55,6% хворих зі середньотяжким перебігом. Крім того, спектр ускладнень, що розвинулися, залежав від тяжкості перебігу кору. Так, розвиток вірусної пневмонії (42,1%) і цикліту (5,3%) зафіксовано лише у хворих з тяжким перебігом, а розвиток таких ускладнень, як гострий бронхіт (57,9 проти 42,0%), гепатит (84,2 проти 40,7%), ентерит (36,8 проти 3,7%) частіше відзначено у хворих з тяжким перебігом, порівняно зі середньотяжким.

Висновки. Кір у дорослих мав середньотяжкий (81,0%) або тяжкий перебіг (19,0%). Ускладнення були зафіксовані у 66,0% хворих на кір, при цьому не лише частота розвитку ускладнень, а й їх спектр мали чітку залежність від тяжкості перебігу недуги у дорослих.

О.В. Рябокони, Т.Є. Оніщенко, О.М. Фірюліна, В.Г. Савельєв,
Ю.Ю. Рябокони

ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ З ЛЕТАЛЬНИМ РЕЗУЛЬТАТОМ

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Малярія є актуальною проблемою для країн, які не ендемічні з цієї інфекції, у зв'язку зі щорічною реєстрацією завезених випадків.

Мета роботи – проаналізувати випадок завезеної тропічної малярії, який мав вкрай важкий перебіг і летальний результат.

Результати та обговорення. Хворий А., 41 рік, надійшов у ВАІТ 10.01.17 р. (6-ий день хвороби) у тяжкому стані зі скаргами на гарячку 39 °С, виражену слабкість, жовтяницю, відсутність апетиту, біль у животі, діарею до 5 разів на добу, спрагу.

За даними епіданамнезу встановлено, що два тижні тому повернувся зі Судану, де був у відрядженні. Пацієнт знав про необхідність проведення хіміопрофілактики, проте препарат не приймав.

За даними анамнезу захворювання відомо, що 05.01.17 р. з'явилися гарячка до 40 °С і різка загальна слабкість. Хворий самостійно зробив *cito test* на малярію, результат був негативним. Приймав жарознижувальні препарати, проте без ефекту, до того ж з'явилася діарея, випорожнення до 6 разів за добу. Після звертання за медичною допомогою 08.01.17 р. був госпіталізований у терапевтичне відділення, діагностовано позалікарняна пневмонія, призначені антибіотики і дезінтоксикаційна терапія. Лікування було неефективним, 10.01.17 р. з'явилася жовтяниця, збільшилася селезінка. При обстеженні: еритроц. $3,4 \times 10^{12}$ /л, Нв 116 г/л, лейкоц. $5,3 \times 10^9$ /л, загальний білірубін 254,8 мкмоль/л (прямої 165), АЛАТ 108,5 ОД, АсАТ 153 ОД, креатинін 223 мкмоль/л, сечовина 18,6 ммоль/л. Виникла підозра на малярію, паразитологічне дослідження виявило трофозоїти *Plasmodium falciparum* 56 000 в 1 мкл.

При надходженні 10.01.17 р. у ВАІТ інфекційного стаціонару стан хворого тяжкий, виражена загальна слабкість, емоційна лабільність, виражена жовтяниця, задишка до 23 за 1 хв., SaO₂

96%, гемодинаміка стабільна, метеоризм, діарея до 6 разів за добу, гепатоспленомегалія, діурез до 2 000 мл зі стимуляцією. У загальному аналізі крові – метамієлоцити 2%, пал. 46%, тромб. 100×10^9 /л; у біохімічному аналізі крові – сечовина 20,7 ммоль/л, креатинін 299,3 мкмоль/л, загальний білірубін 403 мкмоль/л. Розпочато лікування хініном 10 мг/кг внутрішньовенно крапельно кожні 8 год, комбінована антибактерійна терапія цефтриаксоном та азитроміцином внутрішньовенно, преднізолон 1,5 мг/кг/добу, інфузійна терапія, L-орнитину-L-аспартат, ентеросорбенти. На тлі лікування через 6 год відзначено зниження паразитемії до 8 000 в 1 мкл, а наприкінці першої доби лікування до 3 350 в 1 мкл, проте поряд із трофозоїтами різного віку виявлялися шизонти. Незважаючи на стрімке зниження рівня паразитемії швидко прогресували печінкова і ниркова недостатність, тромбоцитопенія до 33×10^9 /л, анемія – Hb 98 г/л. Було введено тромбоконцентрат, плазму.

З 12.01.17 р. стан хворого суттєво погіршився за рахунок прогресування поліорганної недостатності. Пацієнт дуже млявий, з'явилися ознаки печінкової енцефалопатії (білірубін підвищився до 712 мкмоль/л); дихальної недостатності (задишка 30 за 1 хв., SaO₂ 85% без кисню і 95% з киснем), ниркової недостатності (олігурія, сечовина 26,7 ммоль/л, креатинін 440 мкмоль/л), тромбогеморагічного синдрому (ПТІ 56 %) нестабільної гемодинаміки, у зв'язку з чим хворого перевели на ШВЛ. У крові визначалося лише 110 трофозоїтів в 1 мкл, з'явилися гаметоцити 10 на 100 полів зору. У лікуванні з'явилася можливість переведення хворого на артемізинін, проте це вже не мало впливу на перебіг хвороби, хоча в крові виявлялися лише поодинокі трофозоїти. 14.01.17 р. захворювання закінчилося летально.

Висновки. Клінічне спостереження випадку завезеної тропічної малярії демонструє вкрай тяжкий перебіг недуги, що розвинулась у хворого за відсутності хіміопрофілактики. Особливістю цього випадку є розвиток тяжких проявів швидко прогресуючої поліорганної недостатності при мінімальних ознаках церебральної симптоматики, що, незважаючи на стрімке зниження паразитемії на тлі протималярійного лікування, призвело до летального завершення хвороби.

О.В. Рябокони, О.О. Фурик, О.В. Зарудна, Д.Ю. Рябокони
**ДИРОФІЛЯРІОЗ, СПРИЧИНЕНИЙ *DIROFILARIA REPENS*,
У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2003-2016 рр.**

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. На сьогодні в Україні у людей реєструється лише один трансмісивний гельмінтоз – дирофіляріоз. Захворюваність на підшкірний дирофіляріоз у сучасних умовах зростає в країнах Південної та Східної Європи, зокрема й в Україні, Центральної Азії, Шрі-Ланці. Однією з головних причин поширення хвороби, яка до недавнього часу вважалася тропічною, є ввезення з-за кордону породистих собак, насамперед гладкошерстних порід, заражених личинками дирофілярій, погіршення ветеринарного контролю, поява великої кількості бродячих тварин. В Україні дирофіляріоз реєструється у 60% бродячих собак, що сприяє підтримці інтенсивності епідемічного процесу серед людей. Зростання числа хворих людей в Україні почалося через два роки після різкого зростання захворюваності на дирофіляріоз собак, що зумовлено накопиченням протягом цього часу в популяції тварин штамів *Dirofilaria repens*, адаптованих до організму людини.

Мета роботи – проаналізувати випадки дирофіляріозу в людей, спричиненого *D. repens* у Запорізькій області за 2003-2016 рр.

Матеріал і методи. Проаналізовано 168 випадків дирофіляріозу у людей, спричиненого *D. repens*. У роботі використані архівні епідеміологічні карти паразитологічного відділу Запорізького обласного лабораторного центру МОЗ України.

Результати та обговорення. У результаті проведеного аналізу виявлено незначне переважання серед хворих жінок (66,1%), а у віковій структурі відзначено істотне переважання дорослих (95,2%). Найбільша кількість хворих на дирофіляріоз були молодого (50,0%) і середнього (20,2%) віку. Дирофіляріоз реєструвався практично в усіх районах області, проте найбільша кількість пацієнтів була в містах Запоріжжя (53,0%), Бердянськ (15,5%), Мелітополь (10,1%). Усі випадки дирофіляріозу були місцевими. Третина хворих були власниками собак (36,3%), яким не проводилася дегельмінтизація або проводилася нерегулярно.

Практично всі пацієнти вказували на часте відвідування природних об'єктів області.

В усіх пацієнтів клінічна маніфестація інвазії характеризувалася ознаками міграції *D. repens* у підшкірній клітковині різної локалізації. Найчастіша локалізація міграції – підшкірна клітковина повік і ділянка очей – у 45,8% пацієнтів. Крім того, у кожного четвертого хворого *D. repens* локалізувалась у підшкірній клітковині обличчя (26,2%). Рідше реєструвалася міграція цього гельмінта в підшкірній клітковині верхніх кінцівок (6,0%), нижніх кінцівок (5,4%), ділянці живота (4,2%), волосистої частини голови (3,4%), калитки (3,4%), промежини (2,4%), молочних залоз (2,4%). В усіх зазначених випадках проведено хірургічне видалення гельмінта з обов'язковою ідентифікацією його в паразитологічному відділенні Запорізького обласного лабораторного центру державної санітарно-епідеміологічної служби.

Висновки. Дирофіляріоз реєструється щорічно в Запорізькій області у вигляді місцевих випадків переважно у дорослих. Третина хворих – власники собак. Гельмінтоз виявляють практично в усіх районах області, проте найчастіше в містах Запоріжжя, Бердянську, Мелітополі. Найчастіше міграція *D. repens* зафіксована у підшкірній клітковині повік і в ділянці очей (45,8%), обличчя (26,2%). Рідше реєструвалася міграція цього гельмінта в підшкірній клітковині верхніх або нижніх кінцівок, ділянці живота, зрідка – в інших ділянках.

А.С. Сидорчук, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, В.Д. Сорохан

ЗАСТОСУВАННЯ РЕГІДРАТАЦІЙНОГО РОЗЧИНУ РЕО-ВОДА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИЙ САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. У світовому масштабі серед гострих кишкових інфекцій одне із провідних місць займає сальмонельоз, який перебігає зі синдромом загальної інтоксикації та ентеритним з ознаками зневоднення. Оптимізація лікування хворих на гострі кишкові інфекції, у тому числі на гастроінтестинальний сальмонельоз залишається актуальною проблемою сьогодення.

Для корекції порушень водно-електролітного балансу застосовують як оральну так і парентеральну регідrataцію, залежно від стану хворого і ступеня зневоднення. Для оральної регідrataції використовують різні сольові розчини – регідрон, ораліт, гастроліт, глюкоалан, регісол ІС та інші. Одним із сучасних аналогічних розчинів є ReO-вода.

Мета роботи. Вивчити ефективність розчину в комплексному лікуванні хворих на гастроінтестинальний сальмонельоз.

Матеріали і методи. На базі інфекційного відділення ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» проведено клінічні і лабораторні дослідження (загальноклінічні і бактеріологічні) у 17 хворих на сальмонельоз, спричинений *S. enteritidis*. Серед них 9 чоловіків і 8 жінок віком від 18 до 65 років. Перебіг хвороби в усіх середньої тяжкості, гастроентеритний варіант. Початок недуги був гострим, з проявами загальної інтоксикації (озноб, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, біль голови, загальна слабкість), диспепсичними проявами (нудота, повторне блювання), біль переважно в епігастрії та навколупупкової ділянці, часті рідкі до 8-10 разів за добу випорожнення зеленуватого кольору з неприємним запахом.

Усі хворі отримували базисну терапію: дезінтоксикаційно-регідrataційну з парентеральним введенням сольових розчинів (трисіль), реосорбілакт, ніфуроксазид, ентеросорбенти, ферментні препарати. Для оральної регідrataції у 10 хворих (основна група) застосовували розчин ReO-вода, який сприяє відновленню водно-електролітної рівноваги і зменшенню симптомів інтоксикації. До складу цього розчину входять: Na^+ 900 мг/л, K^+ 160 мг/л, Mg^{2+} 50 мг/л, Ca^{2+} 50 мг/л, Cl^- 1600 мг/л, HCO_3^- 300 мг/л, сорбітол до 90 мг/л, вуглекислота 0,05-0,3%. Не містить консервантів, барвників і вуглеводів.

Контрольну групу склали 7 осіб, які отримували стандартну терапію.

Обстежені групи були зіставні між собою за тяжкістю перебігу хвороби та етіологічним чинником.

Результати та обговорення. Завдяки збалансованому водно-сольовому складу розчин ReO-вода забезпечив максимально швидке всмоктування води й електролітів. Зникнення симптомів інтоксикації та нормалізація випорожнень спостерігалася раніше

(у середньому на 1 день) у пацієнтів основної групи, порівняно з контрольною.

Висновки. Розчин ReO-вода може бути рекомендований для оральної регідратації для ліквідування зневоднення в комплексному лікуванні хворих на сальмонельоз. Він прискорює процес регресії симптомів інтоксикації та діарейного синдрому, скорочує тривалість гострого періоду захворювання.

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

АЛОФЕРОН У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Проаналізувавши структуру герпесвірусних інфекцій серед усіх ушпиталених дорослих хворих у стаціонари Чернівецької області за останні 5 років, виявили значне зростання частоти захворювань на інфекційний мононуклеоз. Оскільки проти Епштейн-Барр вірусу, у 80% випадків збудника інфекційного мононуклеозу, немає вакцини, таке інфекційне захворювання є некерованим, його виникнення і розповсюдження мало залежить від неспецифічних протиепідемічних заходів. Зміни показників гуморальної та клітинної ланок імунітету в гострому періоді інфекційного мононуклеозу, довічна персистенція збудника в організмі людини призводять до значного зниження рівня Т-лімфоцитів за рахунок їх хелперної популяції, вторинного порушення гуморального імунітету, що поряд з нейтропенією тягне за собою збільшення частоти бактерійних і вірусних інфекцій з формуванням серйозних ускладнень.

Мета роботи – оцінити ефективність алоферону у складі комплексної терапії хворих на інфекційний мононуклеоз.

Матеріали і методи. Загальне число обстежених і пролікованих хворих на інфекційний мононуклеоз склало 33 особи. Для репрезентативної вибірки пацієнти були поділені на дві групи. До першої групи включено 18 хворих на інфекційний мононуклеоз, яким призначали тільки базисну терапію (антигістамінні та симптоматичні середники). До другої групи увійшли 15 осіб, яким на тлі вказаної базисної терапії призначено 3 підшкірні

ін'єкції нового імунотропного препарату «Алокін-альфа», діючою речовиною якого є алоферон, дозою 1 мг через 1 день.

Крім комплексного клінічного обстеження, пацієнтам здійснювали імунологічне дослідження, визначення субпопуляцій лімфоцитів, класів імуноглобулінів, проліферативну активність Т-лімфоцитів, активність НК-клітин.

У дослідження включали пацієнтів не пізніше ніж через 2 доби після маніфестації класичної клінічної картини інфекційного мононуклеозу.

Результати та обговорення. При оцінці тривалості клінічних проявів інфекційного мононуклеозу під час лікування виявили її скорочення на фоні доповнення базисної терапії алофероном – відповідно $(4,7 \pm 0,9)$ проти $(5,8 \pm 1,3)$ доби.

Проте основні позитивні зрушення виявили при імунологічному обстеженні. Статистично достовірно знижене у розпал інфекційного мононуклеозу число CD3+ і CD4+-Т-лімфоцитів у пацієнтів, які отримували апробоване комбіноване лікування, суттєво зросло, досягши значень здорових людей – $(2465,8 \pm 289,9)$ і $(1124,4 \pm 109,2)$ кл./мкл відповідно ($p < 0,05$). У хворих, які отримували традиційне симптоматичне лікування, збільшення функціональної активності загальних Т-лімфоцитів не встановлено – $(1610,6 \pm 194,3)$ та $(962,7 \pm 93,5)$.

Ознак негативного впливу алоферону на показники імунного статусу не встановили, хоча слід відзначити, що рівень Т-супресорів під впливом комбінованої терапії перевищував відповідний показник у хворих до лікування – $(711,6 \pm 83,9)$ проти $(417,0 \pm 55,6)$ кл./мкл відповідно ($p < 0,05$). Імунорегуляторний індекс при інфекційному мононуклеозі залишався достовірно нижчим від значення у здорових осіб – $(1,58 \pm 0,11)$ проти $(2,65 \pm 0,27)$ відповідно ($p < 0,05$). Вплив алоферону характеризувався ще й значним посиленням активності CD16+-клітин, що є маркерами натуральних кілерів і відповідають за антитіло-незалежну специфічність, тобто за сукупну специфічну і неспецифічну цитотоксичність. Так, у хворих на інфекційний мононуклеоз цей показник становив $(463,4 \pm 44,2)$ кл./мкл, що на 92,0% перевищує значення у розпал недуги і на 51,6% – після традиційного лікування ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані підтверджують противірусний та імуномодулювальний ефекти алоферону, що у комбінації з тради-

ційною терапією забезпечує вагомий клінічний ефект, а також суттєве покращення імунологічних показників у хворих на інфекційний мононуклеоз.

Т.В. Телегіна, К.О. Шумило

КЛІНІЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ОПЕРІЗУВАЛЬНИЙ ГЕРПЕС

Національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Однією з найактуальніших медичних і соціальних проблем в Україні, зокрема, за темпом зростання захворюваності та виявлення інфікованих осіб, є ВІЛ-інфекція. Оперізувальний герпес (*herpes zoster*) зумовлений віковим імуносупресивним станом організму, часто виявляється у третій і четвертій клінічній стадії ВІЛ-інфекції. В останні роки у зв'язку з епідемією ВІЛ-інфекції на *herpes zoster* (HZ) хворіють люди молодших вікових категорій. Відсутність настороженості у лікарів загальної практики, низький рівень обізнаності серед населення, правові обмеження лікарів щодо можливості скринінгового обстеження усіх пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою, є перешкодою для визначення реальної інфікованості ВІЛом населення і призначення антиретровірусної терапії (АРТ).

Мета роботи. Визначити кількість вперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб серед пацієнтів працездатного віку з діагнозом HZ.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих, що перебували на лікуванні з діагнозом HZ у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні (ЛОІКЛ), за період із 2015 по 2017 рр.

Результати та обговорення. За зазначений вище період госпіталізовано 68 осіб з HZ. Група дослідження складалася з 27 осіб працездатного віку, серед яких було 11 жінок і 16 чоловіків, що відповідно становило 40,7 і 59,3%. Середній вік пацієнтів становив 35 років. За останній рік у 3 (11,1 %) осіб із цієї групи був рецидив HZ, з приводу якого вони лікувались амбу-

латорно. Усім пацієнтам із групи дослідження, після поступлення в ЛОІКЛ, запропонували пройти тест на визначення ВІЛ-інфекції. Проте, лише 13 (48,1%) пацієнтів дали згоду на проведення тестування, а 14 (51,9%) – відмовились від обстеження. У результаті проведеного тестування у 5 (38,5%) з 13 осіб було отримано позитивний тест на виявлення антитіл до ВІЛ, середній вік інфікованих становив 35 років. Дані пацієнти скеровані у Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, де вони були взяті на облік і розпочали отримувати АРТ.

Висновки. Отримані результати показали, що кожен третій пацієнт працездатного віку, який поступив на стаціонарне лікування в ЛОІКЛ із діагнозом *herpes zoster* та пройшов тестування на виявлення антитіл до ВІЛ, виявився ВІЛ-інфікованим. За отриманими результатами можна зробити припущення, що в категорії пацієнтів, які відмовились від тестування, показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію буде ідентичним, а можливо і вищим. На нашу думку, покращити ситуацію щодо вчасної діагностики ВІЛ-інфекції можна шляхом підвищення настороженості та обізнаності лікарів загальної практики. А також необхідно пропонувати тестування на ВІЛ усім пацієнтам із НЗ, молодшим 50 років. Потребує обговорення питання про законодавче вирішення положення щодо впровадження обов'язкового тестування на ВІЛ-інфекцію пацієнтів, що поступають у стаціонар, особливо із ВІЛ індикаторними інфекціями.

В.І. Трихліб, В.В. Грушкевич, Т.В. Буракова, Ю.І. Даниленко,
В.І. Лисько, Ю.О. Боклан, О.С. Гришин

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЬ
У НВМКЦ «ГВКГ» У 2018 р.**

Українська військово-медична академія, Національний
військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

Актуальність. Кір залишається актуальною проблемою для багатьох країн світу і Європи, де є великий відсоток щеплених проти цієї хвороби. Недуга в останнє десятиріччя часто реєстру-

вався у дорослих. В Італії у Сан-Маріно під час спалаху у 2008-2009 рр. у 34% хворих, крім класичних проявів кору, реєстрували нудоту, блювання, у Шри-Ланці у 2013 р. у 81,8% осіб при госпіталізації спостерігалась макуло-папульозна висипка, тільки у 24,2% – плями Бельського-Філатова-Коплика. У більшості хворих у крові – нормоцитоз, нейтрофіліоз, у 51,5% осіб – тромбоцитопенія. Під час епідемії у Японії відсоток хворих дорослих склав 45. Пневмонія частіше реєструвалась у хворих віком до 14 років. За даними А. Dinh і співавт. (2013), практично в усіх пацієнтів перед госпіталізацією були: висипка, гарячка, астенія (49%), задишка (29%), одинофагія (36%), пронос (30%), нудота і блювання (26%), біль у животі (22%); при госпіталізації: в усіх – висипка, гарячка – у 74%, астенія – у 51%, задишка – у 30%, кашель – у 90%, плями Бельського-Філатова-Коплика – у 42%, анорексія – у 20%, міалгія – в 11%, свербіж – у 10%, біль голови – у 5%; підвищення активності амінотрансфераз – у 82%, АлАТ >1-2 норм – у 26%, 3-5 норм – у 31%, 6-10 норм – у 16%, 11-15 норм – у 6%; гіперлейкоцитоз ($>10,0 \times 10^9$ /л) – у 9%, лейкопенія ($<4 \times 10^9$ /л) – у 16%, лімфопенія ($<1 \times 10^9$ /л) – у 87%, тромбоцитоз ($>400 \times 10^9$ /л) – у 46%, гіперболірубінемія (>37 МО/мл) – у 4%.

Але у вакцинованих зареєстровані випадки кору у щеплених (підтверджені картою вакцинації) і клінічно проявлялися лише ринітом без висипки (вірус виявлений за допомогою ПЛР). Особливостями кору у вакцинованих були: гарячка або висипка іноді були відсутні, симптоми розвивались у незвичайному порядку (гарячка і висипка з'являлися в той же день без будь-яких інших симптомів). У деяких випадках переважними проявами були ускладнення (гепатит, панкреатит, пневмонія, стоматит) і тільки згодом було верифіковано кір.

Мета роботи: встановити особливості перебігу кору у військовослужбовців під час останньої епідемії.

Матеріали і методи. Відібрано 59 медичних карт стаціонарних хворих, які лікувались у період із січня по травень 2018 р. у клініці інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ».

Результати та обговорення. Серед хворих у 39,0% недуга мала легкий перебіг, у 59,3% – середньотяжкий. До призову до лав ЗС України хворі проживали: 47,5% – у селі, 8,5% – у смт,

44,1% – у містах. Середній вік пацієнтів був ($23,4 \pm 5,1$) року (від 20 до 44).

В усіх пацієнтів гострий початок хвороби. Середній термін госпіталізації після захворювання – ($3,1 \pm 1,9$) доби (від 1 до 14). У 35,6% хворих попередній діагноз був «Гостре респіраторне захворювання», 1 госпіталізований у пульмонологічне відділення з приводу позагоспітальної пневмонії, 1 – з приводу випрямлення перетинки носу і лише згодом у них розвинулись прояви кору.

При первинному огляді більшість хворих скаржилися на загальну слабкість, підвищену втомлюваність, нежить (27,1%), ломоту в тілі (11,9%), підвищену пітливість (5,1%), свербіння шкіри (8,5%), нудоту (5,1%), зниження апетиту (8,5%), блювання (1,7%), дискомфорт, біль у животі (3,4%), рідкі випорожнення (10,2%), біль у горлі (15,3%), сльозотечу (5,1%), озноб (6,8%), біль за грудниною (3,4%), першіння в горлі (39,0%), задишку (1,7%). Привертає увагу, що у хворих кашель не виражений і, як правило, сухий (59,3%) чи з незначним харкотинням (10,2%). Температура тіла: $Me=37,8$ °C ($Q_{25}=37,2$, $Q_{75}=38,5$ °C, $min.=36,6$, $max.=40$ °C).

Висипку реєстрували у 74,6% осіб, з них у 16,9% – лише за вухами і на обличчі, у 8,5% – на обличчі та шиї, у 30,5% – на обличчі та верхній частині грудної клітини, у 13,6% – на обличчі, грудній клітині, руках, у 3,4% – на всьому тілі, в 1,7% – на животі. Висипка з'явилась у середньому на ($3,1 \pm 1,9$)-у добу (від 1 до 12). У більшості розповсюдження висипки було типовим, у 6,8% – вона виявлена спочатку на шкірі живота або одразу по усьому тілу, у тому числі й на долонях, стопах, з подальшим підсипанням. Тому проводили диференційну діагностику з ентеровірусною інфекцією (синдром «рука-нога-рот»). У 6,8% хворих висипка супроводжувалась свербінням. Як правило, вона була середньоплямисто-папульозною, рясною, на обличчі, тулубі зливною, у той же час у значної кількості хворих при легкій формі елементи висипки поодинокі. Були випадки, коли висипка виникала на тлі нормальної температури тіла. Після висипання у більшості пігментації не залишалось, у деяких на обличчі, тулубі було висівкоподібне лущення. У 18,6% пацієнтів була енантема, плями Бельського-Філатова-Коплика – у 49,2%, у 20,3% – кон'юнктивіт.

У 10,2% хворих явища фаринготонзиліту розвинулась на тлі кору, в 1 – пневмонія та гострий тонзиліт. При бактеріологічному обстеження з мигдаликів виділено таку флору у 10^{5-6} КУО/г: *S. aureus*, *N. sicca*, *N. flava*, *S. mitis*, з приводу чого хворі отримували антибактерійну терапію (пеніцилін, цефалоспорини, ципрофлоксацин).

Пневмонія розвинулась у 8,5% хворих, діагностована в період із 3-ї по 13-ту доби недуги, бронхіт – у 10,2%, синусит – у 8,5%. Із 25,4% обстежених за допомогою біохімічних аналізів у 86,7% діагностовано панкреатит (з 3-ї по 11-ту доби хвороби), із 49,2% – у 58,6% діагностований гепатит (з 4-ї по 11-ту). Показники діастази були: Ме=777 Од./л ($Q_{25}=465$, $Q_{75}=1\ 238$ Од./л, min.=107, max.=1510 од./л); показники АлАТ: Ме=80,5 од./л ($Q_{25}=74$, $Q_{75}=213,7$ од./л, min.=55,8, max.=660 од./л); АсАТ: Ме=83,1 од./л ($Q_{25}=54,2$, $Q_{75}=104,6$ од./л, min.=45 од./л, max.=264,8 од./л).

У загальному аналізі крові: кількість лейкоцитів була Ме= $4,4 \times 10^9$ /л ($Q_{25}=3,55 \times 10^9$, $Q_{75}=5,55 \times 10^9$ /л, min.= 2×10^9 , max.= $14,6 \times 10^9$ /л); тромбоцитів – Ме= 188×10^9 /л ($Q_{25}=156 \times 10^9$, $Q_{75}=227 \times 10^9$ /л, min.= 138×10^9 , max.= 307×10^9 /л), паличко-ядерних нейтрофілів – Ме=10% ($Q_{25}=5$, $Q_{75}=18\%$, min.=1%, max.=40%), сегментоядерних – Ме=49,5% ($Q_{25}=34$, $Q_{75}=57\%$, min.=12, max.=77,7%), гранулоцитів – Ме=68,4% ($Q_{25}=55,6$, $Q_{75}=76,7\%$, min.=36,4, max.=91,5%), лімфоцитів – Ме=26,0% ($Q_{25}=18,8$, $Q_{75}=39,7\%$, min.=6,9, max.=70%), моноцитів – Ме=7,0% ($Q_{25}=4,6$, $Q_{75}=9,1\%$, min.=1,6%, max.=22%). У 13,6% осіб зсув лейкоформули вліво аж до мієлоцитів.

Висновки. Симптоми кору у 2018 р. були типовими, у той же час у певної кількості хворих були помірно виражені синдроми інтоксикації, катаральний, кашель; у значної частини – реєструвались біохімічні ознаки ураження печінки, підшлункової залози; полісегментарна пневмонія мала незначні аускультативні прояви. Часто висипка була розеольозно-папульозною не зливною, відзначались випадки її нетипового розповсюдження, що ускладнювало діагностику. Ускладнення розвивались в період з 3-ї по 13-ту доби хвороби, тобто під час розпалу.

О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова, Є.А. Сіліна,
О.А. Дралова, С.Л. Ніколаєва, О.М. Фірюліна, Є.В. Зеленухіна

СТАН ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ПОЛІОМІЄЛІТУ І ПОШИРЕНІСТЬ ГОСТРИХ МЛЯВИХ ПАРАЛІЧІВ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Медичний університет, Обласна інфекційна клінічна
лікарня, «ОЛЦ ДСЕСУ», м. Запоріжжя

Актуальність. Проблема поліомієліту не вирішена. В Україні існують серйозні пробіли в проведенні вакцинації, які загострилися, починаючи з 2009 р., і набули меж «катастрофи» у 2015 р.

Мета роботи: визначити частоту реєстрації гострих млявих паралічів (ГМП) у дітей Запорізької області порівняно з показниками циркуляції поліовірусів (ПВ) і популяційного імунітету до них.

Матеріали та методи. Проведено оцінку напруженості вакцинального імунітету проти поліомієліту у 778 пробах сироваток крові дітей Запорізької області за 2014-2016 рр., порівняно його з охопленням вакцинацією у відповідні роки. Проаналізовано медичну документацію 44 хворих з ГМП дітей до 15 років, які знаходилися на лікуванні в ОІКЛ у 2014-2016 рр. у рамках епідемічного наглядку за поліомієлітом. З'ясовані дані вірусологічного контролю щодо циркуляції поліовірусів у доквіллі Запорізької області.

Результати та обговорення. Аналіз показав, що у 2014-2016 рр. охоплення вакцинацією проти поліомієліту було меншим за 50%, а у 2015 р. серед підлітків ревакцинацію отримало лише 26,8%. Очікуваним було те, що частка дітей різного віку з відсутністю антитіл проти поліовірусів 1-, 2- і 3-го типів була високою і становила у 2014 р. 9,0, 5,9 і 25,2%, у 2015 р. – 7,5, 7,2 і 15,5%, у 2016 р. – 6,4, 8,5 і 10,3% відповідно. Отже, від 6,2 до 25,2% дітей різного віку впродовж останніх 3 років були не імунними хоча б до одного типу поліовірусу.

Реєстрація і розслідування випадків ГМП є важливою частиною епідемічного нагляду щодо поліомієліту. Аналіз показав, що у 2014 р. у Запорізькій області було 6 випадків ГМП неполіомієлітної етіології. За 2015 р. зареєстровано 10 випадків ГМП неполіомієлітної

етиології (показник захворюваності склав 4,02). У 2016 р. після проведення турової імунізації живою вакциною було зареєстровано 28 випадків ГМП (показник захворюваності склав 11,3). Слід зауважити, що 44 дитини з ГМП були серопозитивними щодо поліовірусів, проте 2 дітей не були вакциновані, що було розцінене як «гарячий випадок» і створює реальні загрози щодо розповсюдження «дикого» поліовірусу.

Згідно зі здійсненням постійного дослідження об'єктів довкілля (проби питної води, відкритих водоймищ, стічних вод), у 2014 р. зі стічних вод виділено 3 неполіомієлітних ЕВ, у 2015 р. – із 1 проби виділено неполіомієлітний ЕВ, у 2016 р. – із 9 проб стічних вод виділено поліовіруси: із 5 – 1-го типу, із 3 – 2-го, із 1 – 3-го типу. В усіх 9 випадках у 2016 р. вірусологічною лабораторією підтверджено вакцинне походження поліовірусів, що співпадає з туровою вакцинацією проти поліомієліту дітей у 2015-2016 рр.

Висновки. Має місце поступове зниження охоплення імунізацією проти поліовірусів і напруження імунітету у 2014-2016 рр. з 92,3 до 85,7%. Водночас реєструється щорічне збільшення кількості зареєстрованих випадків ГМП неполіомієлітної етіології, що свідчить про налагоджений епіднадзор за поліомієлітом у Запорізькій області. Існує негайна потреба відновлення імунізації проти поліомієліту в країні в повному обсязі задля запобігання епідемічного спалаху поліомієліту.

А.Б. Хелемендик, О.В. Рябоконт, О.В. Царьова, Ю.Ю. Рябоконт

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ПОКАЗАНЬ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. В Україні вірусні гепатити займають одне з домінуючих місць у структурі інфекційної патології за ступенем негативного впливу на здоров'я населення і масштабами захворюваності (О.А. Голубовська, 2017). З 2013 р. в Україні діє

Державна цільова програма, для реалізації якої було створено та в подальшому оновлено Уніфікований клінічний протокол, на основі існуючих міжнародних рекомендацій щодо моніторингу і лікуванню хворих на хронічний гепатит В (ХГВ) (наказ МОЗ України № 729 від 18.07.2016 р.).

Мета роботи. Провести клініко-лабораторний аналіз хворих на ХГВ при вирішенні питання призначення протівірусного лікування в рамках виконання Державної цільової програми.

Матеріали і методи. Обстежено 348 дорослих хворих на ХГВ в гепатологічному центрі КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР». Чоловіків – 198, жінок – 150. Хворі були віком від 18 до 77 років. При проведенні моніторингу щодо встановлення необхідності призначення протівірусної терапії (ПВТ) користувалися зазначеним вище клінічним протоколом. Усім пацієнтам визначали кількість DNA HBV у крові методом ПЛР, проведено традиційні біохімічні дослідження в динаміці спостереження. Усі хворі обстежені за умов наявності письмової поінформованої згоди. Отримані дані статистично оброблені програмою «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Результати та обговорення. У результаті проведеного дослідження встановлено, що першочергового призначення ПВТ потребували 17,8% хворих на ХГВ, з урахуванням: наявності клініко-лабораторних і/або інструментальних ознак цирозу печінки та виявлення DNA HBV у крові (10,3%); за сукупності ознак відсутності клінічних проявів цирозу печінки, віку до 30 років включно, стійкого підвищення активності АЛАТ і рівня DNA HBV >20 000 IU/ml (6,6%); а також наявності позапечінкових проявів (0,9%).

Для 37,6% хворих на ХГВ призначення ПВТ повинно бути розглянутим з урахуванням вірусного навантаження вище за 2 000 IU/ml за відсутності ознак цирозу печінки. Перебіг ХГВ у цих хворих, на відміну від пацієнтів з нижчим рівнем DNA HBV у крові, характеризувався вищим рівнем цитолізу печінкових клітин ($p < 0,001$), частішим виявленням HBeAg у крові (32,3 проти 10,4%, $p < 0,01$), за відсутності статистично значущої різниці ($p > 0,05$) тривалості ХГВ і ступеня виразності фіброзу печінки.

Для 43,7% хворих на ХГВ визначення необхідності призначення ПВТ потребує подальшого моніторингу з урахуванням

відсутності ознак цирозу печінки, вірусного навантаження нижче 2 000 IU/ml, переважання хворих зі стабільно нормальним рівнем АлАТ у крові (66,4%), проте наявності фіброзу печінки F2-3 у 27,3% хворих цієї групи.

Серед хворих на ХГВ переважає HBeAg-негативний варіант перебігу як за наявності ознак цирозу печінки (66,7%), так й у пацієнтів з різним рівнем вірусного навантаження, а саме у 67,7% за наявності DNA HBV >2 000 IU/ml та у 89,6% при DNA HBV <2 000 IU/ml, що дає підставу не враховувати цей показник при визначенні пріоритетів в призначенні ПВТ.

Висновки. За сукупністю клініко-лабораторних ознак 17,8% хворих на ХГВ потребують першочергового призначення ПВТ, для 37,6% хворих застосування ПВТ повинно бути розглянутим, а 43,7% хворим вирішення питання необхідності призначення ПВТ потребує подальшого моніторингу.

Т.В. Чабан, В.М. Бочаров

ЗМІНИ У ПЛЕВРАЛЬНІЙ РІДИНІ У ХВОРИХ НА МІКСТ-ІНФЕКЦІЮ ТБ-ВІЛ З ПНЕВМОЦИСТНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ЕКСУДАТИВНИМ ПЛЕВРИТОМ

Національний медичний університет,
м Одеса

Актуальність. У ВІЛ-ТБ-інфікованих пацієнтів пневмоцистна пневмонія є найбільш поширеним захворюванням, останнім часом часто ускладнена плевритом. Пневмоцистна пневмонія належить до однієї з поширених суперінфекцій вірусу імунодефіциту людини-туберкульозу (ВІЛ-ТБ). Дефект Т-клітинного імунітету є найбільш важливим фактором виникнення пневмоцистної пневмонії. Ступінь порушення клітинного імунітету є важливим чинником для прогнозування перебігу і наслідків пневмоцистної пневмонії, ускладненої плевритом. Загальноприйнято, що ймовірність її розвитку зростає при зниженні кількості CD4+ Т-лімфоцитів менше 200 клітин в 1 мкл. Роль CD8+ Т-лімфоцитів також важлива, оскільки виснаження цих клітин знижує пошкодження легенів у хворих із низьким рівнем CD4+

Т-лімфоцитів. Таким чином, зниження числа Т-хелперів (CD4+ Т-лімфоцитів) і збільшення вмісту цитотоксичних клітин (Т-супресорів або CD8+ Т-лімфоцитів) призводить до маніфестації хвороби.

Мета роботи. Вивчити цитоморфологічні особливості плеврального ексудату при пневмоцистній пневмонії, ускладненій плевритом, у пацієнтів з ВІЛ-ТБ-інфекцією.

Матеріали і методи. Обстежено 32 хворих з поєднаною патологією ВІЛ-ТБ-інфекція та пневмоцистна пневмонія, ускладнена плевритом. Групу хворих становили 18 чоловіків і 14 жінок; вік їх від 20 до 40 років. В усіх хворих діагностовано пізні стадії ВІЛ-ТБ-інфекції з рівнем CD4+ Т-лімфоцитів <200 кл./мкл.

Для верифікації збудника використовували метод ПЛР-діагностики. У 20 пацієнтів збудником була *Pneumocystis jiroveci*, у 12 – виділено *P. carinii*. При цитологічному дослідженні застосовувалися методики рідкої і сухої цитології. Отримані препарати були пофарбовані за стандартними методиками – Романовським-Гімзою, Папаніколау, Ціль-Нільсеном, Шиффом. Також застосовували методи цитохімії, а саме: ШК-реакцію, реакцію на мієлопероксидазу і реакція на кислу фосфатазу.

Результати та обговорення. При вивченні властивостей ексудатів було виявлено ряд схожих параметрів, а саме: характер рідини в усіх ексудатах був геморагічний, біохімічні зміни характеризувалися високим рівнем ЛДГ, показники перевищували 500 МО, рівень білка був у межах $(70,0 \pm 5,7)$ г/л, також слід зазначити високий вміст фібриногену – 12-20 г/л. При мікроскопічному дослідженні препаратів визначалася велика кількість клітинного складу, який був представлений значним числом проліферуючого мезотелію з ознаками білково-жирової дистрофії, нейтрофільною інфільтрацією, на фоні якої спостерігалися клітинні елементи, морфологічно схожі з імунобластами, поодинокі і у скупченнях синтицію, а також клітинами хронічного запалення. Для верифікації клітинного складу були застосовані цитохімічні методи, а саме: ШК-реакція, реакція на мієлопероксидазу та реакція на кислу фосфатазу, які й дали можливість визначити ці клітини як імунобласти. Таким чином, проведене дослідження при зниженні CD4+ Т-лімфоцитів до значень <200 кл./мкл показало, що у хворих із поєднаною патологією ТБ-ВІЛ з пневмо-

цистною пневмонією, ускладненою плевритом, можуть виникати характерні імуноморфологічні зміни у плевральній рідині.

Висновки. Зазначені вище порушення можуть бути використані в якості індикатора пневмоцистної пневмонії в тих випадках, коли етіологічна розшифровка плевриту утруднена.

Т.В. Чабан, Н.В. Верба

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОСТАЗУ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Національний медичний університет
м. Одеса

Актуальність. Причинами розвитку тромбоцитопеній (ТП) у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) можуть бути гіперспленізм, зменшення продукції тромбопоєтинів, імуноопесередковані ТП внаслідок продукції аутоантитіл до глікопротеїнів тромбоцитів та ін. Проте на сьогодні доведена участь процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у розвитку ТП не лише у хворих на ХГС, а й з іншими неінфекційними захворюваннями. Насамперед відбувається надмірна активація процесів ПОЛ, яка призводить до виснаження антиоксидантних можливостей організму.

Мета роботи: вивчити показники тромбоцитарної ланки гемостазу та антиоксидантної системи (АОС) у хворих на ХГС з протипоказаннями до інтерферонотерапії.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 35 хворих на ХГС з помірно вираженою активністю гепатиту (активність АлАТ і АсАТ не перевищувала 3 норми). Діагноз ХГС підтверджували виявленням у сироватці крові хворих специфічних антитіл (анти-HCV core, анти-HCV NS3, анти-HCV NS4, анти-HCV NS5 IgG, анти-HCV IgM) методом імуноферментного аналізу (ІФА) і РНК вірусу гепатиту С (RNA HCV) за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) (якісний і кількісний вміст). Про зміни у тромбоцитарній ланці гемостазу судили за такими показниками: загальна кількість тромбоцитів (PLT), середній об'єм тромбоцитів (MPV), ширина розподілу тромбоцитів (PDW) і тривалість активованого часткового тромбопластинового

часу (АЧТЧ). АОС вивчали за активністю глутатіонпероксидази (ГП) і вмістом відновленого глутатіону (G-SH) у сироватці крові. Для оцінки показників тромбоцитарної ланки гемостазу та АОС обстежено 35 здорових осіб, за їх згодою.

Результати та обговорення. При зверненні хворих РЛТ була меншою на 26,25%, а MPV, PDW і тривалість АЧТЧ – більшою на 40,07%, 32,39% та 11,59% відповідно, порівняно з показниками у здорових людей ($p < 0,01$).

Функціональна спроможність АОС була зниженою: активність ГП і вмісту G-SH у сироватці крові відповідно на 17,1% і 23,67% менша, ніж показники здорових осіб. При статистичній обробці даних встановлено наявність зворотного середньої сили кореляційного зв'язку між тривалістю АЧТЧ і показниками АОС. Так, коефіцієнт кореляції між АЧТЧ та активністю ГП дорівнював ($r = -0,536$), між АЧТЧ і вмістом у сироватці крові G-SH – ($r = -0,436$). Між ЗКТ, MPV і PDW та показниками АОС (ГП, G-SH) встановлено прямий сильний кореляційний зв'язок. Так, коефіцієнт кореляції між ЗКТ та ГП і вмістом у сироватці крові G-SH дорівнював 0,745 і 0,654 відповідно, що свідчить про негативний вплив виявлених змін АОС на показники тромбоцитарної ланки гемостазу.

Висновки. У хворих на ХГС зниження функціональної спроможності АОС супроводжується зменшенням РЛТ і збільшенням MPV, PDW та тривалості АЧТЧ. Виявлені порушення, на нашу думку, слід враховувати при призначенні комплексного лікування хворим на ХГС.

Т.В. Чабан, М.І. Чубач, Н.В. Верба, В.М. Бочаров, О.В. Гулла

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Національний медичний університет
м. Одеса

Однією з особливостей навчання сучасних студентів-медиків на клінічних кафедрах є великий обсяг матеріалу, який необхідно засвоїти за короткий термін. Це призводить до винесення більшості тем (до 70%) на самостійну роботу студентів (СРС). З

метою підвищення ефективності засвоєння матеріалу кафедра інфекційних хвороб впровадила обов'язкове ведення робочих зошитів для самостійної роботи студентів, що включає короткий конспект, відповіді на теоретичні та практичні питання, які є обов'язковими для засвоєння практичної теми студентами усіх спеціальностей. Самостійна робота залишається частиною діяльності студентів, яка розрахована не лише на високу організацію праці, але й високу самосвідомість, бажання дізнатися більше.

На жаль, на цей розділ роботи у студентів не завжди вистачає часу, до того ж засвоєння матеріалу залишається недостатнім. Тому співробітники кафедри інфекційних хвороб вирішили підкріпити теоретичні знання яскравим наочним матеріалом.

Так, заняття з теми «Гельмінтози» супроводжується демонстрацією макропрепаратів особин, члеників та яєць широкого лентеця, бичачого ціп'яка, карликового ціп'яка, аскарид, ехінокока. Використання такої додаткової зримої інформації покращує засвоєння матеріалу, додає мотивації до вивчення цієї складної теми.

Такий досвід неможливо отримати лише з книжок. Викладачі намагаються навчити не лише теорії, а й практичним навичкам, у чому безумовно допомагає наочний матеріал.

На наш погляд, саме такий підхід до вивчення складних тем, який поєднує теорію й практичний матеріал, сприяє кращому засвоєнню інформації студентами, що дозволить грамотно використовувати отримані знання майбутніми лікарями у практичній діяльності.

М.Д. Чемич, Н.І. Ільїна, В.В. Ільїна

ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОЇ БЕШИХИ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Протягом багатьох років бешиха вважалась тяжкою епідемічною хворобою, що перебігає з різноманітними ускладненнями. Досягнення сучасної антибіотикотерапії призвели до зміни наших уявлень про це захворювання. Зараз бешиху відносять до спорадичних, малоконтагіозних інфекцій з невисокою

летальністю. Проблему бешихи складають часті рецидиви, що пов'язано з низькою ефективністю протирецидивного лікування.

У хворих на бешиху виявлено дисоційоване порушення кори наднирників зі зменшенням їх глюкокортикоїдної функції, що відіграє велику роль у формуванні лімфостазу при рецидивній бешисі.

Бешиха належить до інфекційно-алергічних захворювань з наявністю у патогенезі інфекційно-токсичного і алергічного компонентів до гемолітичного стрептококу. Порушення гіпофізарно-наднирникової системи визначають ступінь сенсibilізації організму до збудника, неспецифічну реактивність організму, які відіграють важливу роль у формуванні рецидивів.

Мета роботи. З урахуванням патогенезу бешихи розробити раціональне лікування рецидивних форм недуги.

Результати та обговорення. Лікування рецидивної бешихи повинно проводитися у два етапи. На першому етапі для запобігання частим рецидивам недуги необхідно проводити повноцінне лікування хворих у період рецидивів з використанням двох курсів антибіотикотерапії (2 антибіотики), імуностимулювальних препаратів і глюкокортикоїдів (при формуванні лімфостазу).

Провідне місце у комплексному лікуванні бешихи займає антибіотикотерапія. Перевагу треба віддавати цефалоспорином III-IV поколінь у комбінації з внутрішньовенним введенням метрагілу або орнідазолу. Перший курс антибіотикотерапії триває 7-10 днів, для другого курсу доцільно призначати макроліди (азитроміцин, азимед, азицин), лінкоміцин протягом 6-7 днів.

Антибактерійну терапію треба проводити на фоні призначення імуномодуляторів: тималіну або Т-активіну, імунофану, оскільки у хворих на бешиху знижується кількість Т-лімфоцитів. Пацієнтам, яким застосовували тималін внутрішньом'язово по 10 мг 1 раз на добу протягом 10 днів, препарат сприяв швидкому зворотньому розвитку хвороби. Хворі на бешиху потребують призначення антигістамінних препаратів, а також вітамінів групи В, С. За наявності інтоксикації доцільна інфузійна терапія протягом 3-5 днів з обов'язковою корекцією згортальної системи крові введенням гепарину, тренталу, курантилу тощо.

В останні роки у клініці впроваджена автогемотерапія з використанням озонованих розчинів хлориду натрію. При тяж-

кому перебігу захворювання, частих рецидивах виправдало себе ультрафіолетове опромінення аутологічної крові (3-4 сеанси).

За наявності значного набряку, а також при формуванні лімфостазу між курсами антибіотикотерапії необхідно призначати преднізолон (15-20 мг за добу) з урахуванням його протизапальної та антигістамінної дії. Місцева терапія проводиться хворим з бульозними формами недуги з локалізацією процесу на кінцівках (пов'язки з антисептиками, поточна газация озоно-кисневою сумішшю).

У гострому періоді хворим на рецидивну бешиху можливе застосування УФО, у періоді реконвалесценції – магнітотерапія, аплікації парафіну, озокериту, електрофорез із хлоридом кальцію, лідазою – за наявності набрякового синдрому.

Наступний етап – щомісячне введення антибіотиків пролонгованої дії (ретарпен, біцилін-5) протягом 1-3 років.

Висновок. Лікування рецидивної бешихи повинно включати комбіноване використання антибактерійних препаратів нової генерації, імуномодуляторів, немедикаментозні засоби, проводиться послідовно і тривало.

М.Д. Чемич, А.Г. Лішневська

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ НЕДОСТАТНОСТІ ІМУНІТЕТУ І ЗМІН РІВНІВ АНА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОТИВІРУСНІЙ ТЕРАПІЇ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Наукові дослідження щодо питань патогенезу хронічного гепатиту С (ХГС) довели, що дисфункція імунного статусу організму зумовлює тривалу персистенцію збудника цієї інфекції та призводить до хронізації захворювання. Тому з'ясування порушень імунної системи у хворих на ХГС і встановлення зв'язків між ними є важливою складовою оптимізації сучасного лікування та реабілітації.

Мета роботи – вивчити залежність між ступенем недостатності імунітету та змінами рівнів антинуклеарних антитіл (АНА) у пацієнтів з ХВГС, що отримують противірусну терапію (ПВТ).

Матеріали і методи: Обстежено 60 пацієнтів, які отримували лікування з використанням рекомбінантних інтерферонів і рибавірину. Усіх хворих було розподілено на 3 групи залежно від реактивності імунітету. Ступінь зниження функції імунітету як компонент поліорганної недостатності, був встановлений за рівнем лейкоцитарного індексу інтоксикації (Ю.В. Бондаренко, 2007): 0,5-2,0 одиниці (од.) – задовільна функція імунітету, 2,1-7,0 од. – компенсована недостатність, 7,1-12,0 – субкомпенсована недостатність імунітету, >12,5 або <0,5 од. – неспроможність імунної системи. ЛПІ розраховувався за Я.Я. Кальф-Каліфом. Залежність двох ознак визначалась за коефіцієнтом кореляції Спірмена.

Результати та обговорення. Серед обстежених переважали особи чоловічої статі (70,0%) порівняно з жінками (30,0%). Осіб молодого віку було у 1,3 разу більше (55,0%), ніж пацієнтів середнього (42,0%) та у 16,5 разу більше, ніж похилого віку (3,0%).

Середнє значення ЛПІ у вибірці відповідало компенсованій недостатності імунітету і склало ($2,90 \pm 0,37$) од. Відповідно до ЛПІ, серед усіх обстежених порівну було пацієнтів із задовільною функцією імунітету (46,6%) і хворих із компенсованою недостатністю імунітету (48,4%). Значно менше було пацієнтів із субкомпенсованою недостатністю імунітету (5,0%). Хворих з неспроможністю імунокомпетентної системи серед обстежених не було. Розраховуючи кореляцію між функцією імунітету і динамікою ANA у загальній групі, було встановлено, що залежність цих двох ознак не є статистично значущою ($p > 0,05$).

Серед хворих, які мали задовільну функцію імунітету, однаково кількість склали особи із зниженням ANA (42,9%) і з незмінним рівнем антитіл протягом 12 тиж. (39,3%). Значно меншу частину (17,8%) становили пацієнти, в яких рівень ANA підвищився.

У групі хворих із компенсованою функцією імунітету втричі більше (65,5%) було осіб із незмінним рівнем ANA у динаміці, порівняно з тими, у кого рівень антитіл підвищився (20,7%), і у 4,7 разу більше, порівняно із пацієнтами зі зниженням ANA (13,8%).

У третини хворих з некомпенсованою функцією імунітету вміст ANA не змінювався, тоді як в інших двох третинах групи вони знизились.

Висновок. На основі результатів дослідження можна стверджувати, що у загальному наростання чи зниження автоімунних антитіл не залежить від ступеня компенсації загального імунітету, але, виходячи з того, що у більшості пацієнтів під впливом ПБТ значення вмісту ANA залишається або незмінним, або знижується, можемо зробити припущення про зв'язок впливу ПБТ на автоімунні реакції, а не стану загального імунітету перед початком лікування.

М.Д. Чемич, О.С. Саєнко

ІНТЕГРАТИВНІ ІНДЕКСИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ РЕЦИДИВНІЙ БЕШИХІ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Захворюваність на бешиху, а особливо її схильність до частих рецидивів постійно привертають увагу наукового товариства і практичних лікарів. Сучасною проблемою є неможливість зниження частоти рецидивів. Актуальним залишається дослідження прогностичних клініко-епідеміологічних особливостей перебігу бешихи, диспансерне спостереження пацієнтів з факторами ризику і розробка вторинних методів профілактики. Зниження захворюваності на бешиху утруднене за рахунок унеможливлення зменшення частоти рецидивів через відсутність ефективних методів первинної імунопрофілактики стрептококових захворювань.

Мета роботи. Встановити особливості сучасного перебігу рецидивної бешихи на підставі вивчення виразності ендогенної інтоксикації, рівня реактивності організму

Матеріали і методи. У дослідження увійшло 75 хворих на бешиху, що перебували на лікуванні у СОІКЛ ім. З.Й. Красовицького; проаналізовано їх медичні карти. Хворі були поділені на три групи: I – пацієнти з первинною бешихою, II – з повторною бешихою, III – з рецидивною бешихою, по 25 осіб у кожній. Групу порівняння склали 44 клініко-анамнестично здорових

особи. Хворі були обстежені з використанням загальноприйнятих об'єктивних клінічних, лабораторних і апаратних методів дослідження.

Обчислювали інтегративні показники ендогенної інтоксикації та імунореактивності: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), показник інтоксикації (ПІ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН), індекс імунореактивності (ІР), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), лімфоцитарний індекс (Ілімф.), індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів (ІСЕЛ), індекс алергізації (ІА), ядерний індекс (ЯІ), індекс Кребса (ІК), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ІЛГ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛ ШОЕ). Для зручності розрахунків був використаний додаток «Індекси ендогенної інтоксикації» для мобільної операційної системи Android.

Результати та обговорення. Після проведеного аналізу гематологічних та інтегративних показників ендогенної інтоксикації встановлено, що в усіх обстежених, порівняно з анамнестично здоровими особами, були підвищені інтегративні індекси інтоксикації: ЛІ, ГПІ, ІЗЛК, ПІ, РВН ($p < 0,05$), а індекси неспецифічної реактивності: ІСЛМ, Ілімф., ІСЕЛ, ІА навпаки знижені ($p < 0,05$).

Показники ендогенної інтоксикації у пацієнтів з первинною і повторною формами бешихи становили: I група: ЛІ – $(5,19 \pm 0,44)$ од., ГПІ – $(9,06 \pm 0,44)$, ІЗЛК – $(2,19 \pm 0,37)$; II група: ЛІ – $(4,76 \pm 0,28)$, ГПІ – $(14,66 \pm 1,47)$, ІЗЛК – $(2,43 \pm 0,34)$ од. В 1,2-2,3 разу ці показники були вищими у пацієнтів з рецидивною бешихою (III група): ЛІ – $(6,07 \pm 0,37)$ од., ГПІ – $(20,53 \pm 2,08)$, ІЗЛК – $(2,63 \pm 0,21)$ од. Найнижчі показники реактивності були у пацієнтів з рецидивною бешихою (ПР – $(3,00 \pm 0,32)$ од., ІСЛМ – $(2,86 \pm 0,22)$, Ілімф. – $(0,29 \pm 0,08)$, ЯІ – $(0,21 \pm 0,02)$ од.), в 1,2-2,2 разу вони були вищими у хворих з первинною і повторною формою недуги (I група: ПР – $(5,12 \pm 0,34)$ од., ІСЛМ – $(4,06 \pm 0,32)$ од., Ілімф. – $(0,37 \pm 0,07)$ од., ЯІ – $(0,26 \pm 0,02)$ од.; II група: ПР – $(4,90 \pm 0,22)$ од., ІСЛМ – $(4,80 \pm 0,24)$, Ілімф. – $(0,34 \pm 0,09)$, ЯІ – $(0,24 \pm 0,02)$ од.).

Індекси неспецифічної реактивності (ПР, ІСЛМ, ІСЕЛ) та індекси активності запалення (ІЛГ, ІЛ ШОЕ) достовірно знижу-

валися при рецидивній бешисі щодо первинної форми і контрольної груп ($p < 0.05 - 0.001$).

Висновки. Підвищення індексів ендогенної інтоксикації при рецидивній бешисі свідчить про системну імунну відповідь, активацію тканинного розпаду, виразний запальний процес. Сенсibiliзація організму до персистуючої інфекції виявляється зниженням індексів неспецифічної реактивності при рецидивній бешисі щодо первинної та контрольної груп.

О. М. Чемич, Д. Ю. Свириденко

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ЕТІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ФОРМИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. *S. enteritidis* залишається грізною проблемою охорони здоров'я, призводячи до 1 млн 200 тис. випадків захворювання і 400 смертей за рік у США. В Україні рівень захворюваності складає 20,91 на 100 тис. населення. Високий рівень захворюваності на сальмонельоз в Україні та стабільність цього показника протягом останнього десятиріччя говорять про актуальність проблеми і необхідність удосконалення заходів щодо профілактики недуги.

Мета роботи. Встановити основні епідеміологічні та етіологічні особливості сучасної гастроінтестинальної форми сальмонельозу.

Матеріали і методи. Обстежено 189 хворих, госпіталізованих у Сумську обласну інфекційну клінічну лікарню ім. З.Й. Красовицького, середній вік яких склав $(43,23 \pm 1,22)$ року. Серед них 123 чоловіки і 66 жінок. Пацієнти госпіталізовані на $(2,26 \pm 0,08)$ -ий день від початку захворювання. Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання. Хворим здійснювали загально-клінічні обстеження.

Результати та обговорення. Переважна кількість випадків була спричинена *S. enteritidis* (140; 74%), майже у третій частині хворих (49; 26 %) – *S. typhimurium* ($p < 0,01$).

У більшості випадків хворі на сальмонельоз пов'язували свою недугу з продуктами харчування. Найчастіше ймовірними

факторами передачі були яйця птиці і молокопродукти (переважали у чоловіків 47,97 і 30,89%, проти у жінок – 28,79 і 27,27% випадків відповідно; $p < 0,05$), овочі та м'ясо (відповідно 21,14 і 13,01% у чоловіків, 19,70 і 15,15% у жінок), рибопродукти (переважно у жінок – 19,70%, у чоловіків – 13,82% випадків; $p < 0,05$). На ковбаси як чинник передавання вказували 11,38% чоловіків і 10,61% жінок. Здебільшого фактором передачі були страви з додаванням майонезу (з переважаням у чоловіків – 9,76%, жінки – 3,03% випадків; $p < 0,05$). Захворювання зі споживанням тортів і тістечок частіше пов'язували жінки (7,58 проти 3,25% чоловіки; $p < 0,01$). На фрукти як фактор передавання вказували 7,32% чоловіків і 6,06% жінок.

При сальмонельозі, спричиненому *S. typhimurium*, частіше, ніж при *S. enteritidis*, факторами передачі збудника були яйця, рибопродукти (відповідно 46,94 і 18,37% проти 39,29 і 12,86%; $p < 0,05$). *S. enteritidis* частіше передавали овочі (23,57%) порівняно з *S. typhimurium* (12,24%) ($p < 0,05$). Молочні продукти, м'ясо та ковбаси також часто були ймовірними факторами передавання *S. enteritidis* – 32,14, 14,29 і 9,29% відповідно проти *S. typhimurium* – 24,49, 16,33 і 12,24%. Рідше пацієнти вказували на страви з додаванням майонезу, фрукти та тістечка (*S. enteritidis* – 7,86, 7,86 і 4,29%; *S. typhimurium* – 6,12, 4,08 і 6,12% відповідно).

Висновок. Провідним етіологічним чинником в обстежених хворих на сальмонельоз була *S. enteritidis*. Основними ймовірними факторами передавання слугували яйця птиці, молокопродукти – переважно у чоловіків; овочі та м'ясо; рибопродукти – переважно у жінок. Контактний шлях передачі збудника і споживання кондитерських виробів частіше виявляли у жінок. Яйця, рибопродукти частіше були факторами передачі при сальмонельозі, спричиненому *S. typhimurium*, при *S. enteritidis* – овочі.

М.Д. Чемич, О.С. Шевченко, Р.С. Лісних

ВИРАЗНІСТЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ І ВИСЛІДІВ ГРИПУ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. В Україні щорічно на грип та інші ГРВІ хворіє від 9 до 16 млн осіб, що становить 25-30% від усієї та близько 80-90% від інфекційної захворюваності. Через тяжкість клінічного перебігу і наявність ускладнень, проблеми профілактики і лікування цих інфекцій вони до теперішнього часу зберігають свою актуальність.

Мета роботи. Визначити виразність ендогенної інтоксикації залежно від тяжкості перебігу та вислідів грипу.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 45 хворих із діагнозом грипу, які впродовж епідемічного сезону 2015-2016 рр. стаціонарно лікувались у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького. Діагноз встановлювався на підставі епідеміологічного анамнезу та клініко-лабораторних даних. Розраховували показники ендогенної інтоксикації – лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), індекс співвідношення сегментоядерних нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ІЛГ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ) та ядерний індекс (ЯІ).

Результати та обговорення. Протягом зазначеного вище епідемічного сезону госпіталізовано 45 хворих з діагнозом грипу, з них у 12 (26,7%) недуга закінчилась летально, 33 (73,3%) особи одужали. Серед пацієнтів, що одужали, 11 (33,3%) мали ускладнення. Хворі, що померли, зверталися за медичною допомогою на $(4,66 \pm 0,65)$ -ий день, а ті, що одужали – на $(3,70 \pm 0,40)$ -ий день недуги. Середній вік пацієнтів, що одужали, склав $(37,7 \pm 2,5)$ року, померлих – $(60,2 \pm 3,9)$ року.

При госпіталізації в осіб, що одужали, переважали скарги на: нежить (69,7%), кашель (87,9%), задишку (15,2%), слабкість (91,0%), підвищення температури тіла до $(38,67 \pm 0,16)^\circ\text{C}$. При об'єктивному обстеженні у них виявлено гіперемію ротоглотки (78,8%), при аускультатії легень: ослаблене дихання (24,2%), жорстке дихання (84,8%), хрипи (48,5%) та крепітацію (12,1%) на тлі незначного зниження рівня сатурації SpO_2 $(96,70 \pm 0,32)\%$.

У померлих при госпіталізації здебільшого були такі скарги: на нежить (66,7%), кашель (100,0%), задишку (75,0%), слабкість (95,0%), підвищення температури тіла до $(38,1 \pm 0,35)^\circ\text{C}$. У них виявлено гіперемію ротоглотки (8,3%), аускультативно в легенях: ослаблене дихання (50,0%), жорстке дихання (58,3%), хрипи (33,3%), крепітацію (75,0%), значне зниження рівня сатурації SpO_2 ($78,50 \pm 4,48$)%.

У лабораторних показниках клінічного аналізу крові групи пацієнтів, що одужали, визначалися такі зміни: збільшувався вміст паличкоядерних нейтрофілів до $(16,12 \pm 1,50)$ % при незначних змінах інших складових лейкоформули. ЛПІ склав $(2,20 \pm 0,27)$, ІСНМ – $(13,0 \pm 1,51)$, ІЛГ – $(2,77 \pm 0,33)$, ГПІ – $(2,48 \pm 0,41)$, ЯІ – $(0,34 \pm 0,09)$. В осіб з летальними наслідками при збільшенні вмісту паличкоядерних нейтрофілів до $(15,78 \pm 4,17)$ % відбувалось зменшення вмісту лімфоцитів та моноцитів – відповідно до $(17,60 \pm 4,34)$ і $(3,90 \pm 0,60)$ %. Показники інтоксикації були вищими, порівняно з особами, що одужали – ЛПІ склав $(4,75 \pm 0,85)$, ІСНМ – $(20,80 \pm 2,74)$, ІЛГ – $(4,74 \pm 0,24)$, ГПІ – $(5,36 \pm 0,38)$, ЯІ – $(0,68 \pm 0,15)$ $p < 0,05$.

Серед пацієнтів, що одужали, спостерігались такі ускладнення: пневмонія (33,3%), токсична нефропатія (18,2%), загострення хронічного бронхіту (15,2%), гострий синусит (9,1%), бронхіт (12,1%), інтоксикація ЦНС (12,1%). Серед супутніх патологій: артеріальна гіпертензія (24,2%), кардіосклероз (24,2%), ІХС (18,2%), енцефалопатія (18,2%), нефропатія (9,7%) тощо.

У померлих спостерігались: пневмонія (75,0%), ожиріння (41,7%), ІХС (50,0%), кардіосклероз (66,7%), артеріальна гіпертензія (50,0%). Після проведення патолого-анатомічної експертизи було виявлено основні фактори, які призвели до летальних наслідків, – ТЕЛА (у 50,0%), РДС (у 50,0%), легенева недостатність (25,0%), набряк головного мозку (33,3%), серцева недостатність (у 58,3%), набряк легень (у 66,7% випадків).

Висновки. Серед померлих від грипу і ускладнень переважали особи старшої вікової групи, за гендерною ознакою – жінки. У цієї групи хворих спостерігались виразніша ендогенна інтоксикація, критичне зниження рівня сатурації, наявність супровідної патології, що ускладнювала перебіг недуги.

М.Д. Чемич, О.С. Шевченко, Я.Д. Чумаченко

ГРИП: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Грип залишається проблемою для охорони здоров'я усіх країн, оскільки здатний до пандемічного поширення. За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється до 1 млрд випадків гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), причому реальна кількість хворих перевищує офіційну статистику в 1,5-2 рази. На Сумщині за епідсезон 2015-2016 рр. показник захворюваності на грип та ГРВІ становив 25,9 на 100 тис. населення. Цьому сприяло швидке поширення вірусів серед населення, їх здатність долати у короткі терміни значні відстані й інфікувати одночасно великі групи населення.

Мета роботи. Вивчити особливості перебігу грипу під час епідсезону 2015-2016 рр. у Сумській області та встановити фактори, що впливали на летальність.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 45 хворих на грип, які впродовж зазначеного вище епідсезону перебували на стаціонарному лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького. Діагноз грип встановлювали на підставі епідеміологічного анамнезу та клініко-лабораторних даних, згідно з наказом МОЗ України № 732 від 06.11.2015 р. Статистичну обробку проводили із використанням програми Microsoft Office Excel 2010.

Результати та обговорення. Найбільша кількість пацієнтів госпіталізована протягом січня-лютого 2016 р. – 43 (95,56%). Із 45 хворих з діагнозом грип, 33 (73,33%) особи одужали, зверталися за допомогою на $(3,70 \pm 0,40)$ -ий день захворювання, в 11 (33,30%) – були ускладнення; вони були молодого віку – $(37,7 \pm 2,5)$ року.

Зареєстровано 26,67% летальних випадків. Хворі, що померли, зверталися за допомогою на $(4,66 \pm 0,65)$ -ий день, середній вік пацієнтів склав $(60,2 \pm 3,9)$ року, серед них чоловіків було 41,67%, жінок – 58,33%.

Особи, що одужали, та ті, що померли, при госпіталізації скаржились на: нежить (69,7% і 66,7% відповідно), кашель (87,9 і 100,0%), задишку (15,2 і 75,0%), слабкість (91,0 і 95,0%),

першіння в ротоглотці (78,8 і 8,3%), підвищення температури тіла – $(38,67 \pm 0,16)$ і $(38,1 \pm 0,35)$ °С.

При об'єктивному обстеженні в осіб, що одужали, виявлено при аускультативній легень: ослаблене дихання (24,2%), жорстке дихання (84,8%), хрипи (48,5%) і крепітацію (12,1%) на тлі незначного зниження рівня сатурації SpO_2 $(96,70 \pm 0,32)\%$.

У пацієнтів, в яких хвороба закінчилась летально, аускультативно в легенях виявлено: ослаблене дихання (у 2 рази частіше, ніж у хворих, що одужали, – 50,0%), жорстке дихання (в 1,5 разу рідше – 58,3%), хрипи (в 1,5 разу рідше – 33,3%), крепітацію (у 6,2 разу частіше – 75,0%), значне зниження рівня сатурації SpO_2 $(78,50 \pm 4,48)\%$.

У пацієнтів, що одужали, спостерігали такі ускладнення: пневмонія (33,3%), токсична нефропатія (18,2%), загострення хронічного бронхіту (15,2%), гострий синусит (9,1%), бронхіт (12,1%), інтоксикація центральної нервової системи (12,1%). Серед супутніх патологій: артеріальна гіпертензія (24,2%), кардіосклероз (24,2%), ішемічна хвороба серця (18,2%), енцефалопатія (18,2%), нефропатія (9,7%) тощо.

У померлих спостерігались: пневмонія (75,0%), ожиріння (41,7%), ішемічна хвороба серця (50,0%), кардіосклероз (66,7%), артеріальна гіпертензія (50,0%). Після проведення патолого-анатомічної розтину виявлено основні фактори, які призвели до летальних наслідків: тромбоемболія легеневої артерії – у 50,0%, респіраторний дистрес-синдром – у 50,0%, легенева недостатність – у 25,0%, набряк головного мозку – у 33,3%, серцева недостатність – у 58,3%, набряк легень – у 66,7% випадків.

Висновки. Серед померлих від грипу та ускладнень переважали жінки старшого віку. Основними ускладненнями, що спричинили смерть, були тромбоемболія легеневої артерії, респіраторний дистрес-синдром, пневмонія, набряк легень, серцева недостатність.

М.І. Шкільна, М.А. Андрейчин, О.Л. Івахів

***BORRELIA SPIELMANII* У ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ**

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

Актуальність. Лайм-бореліоз – найпоширеніше природно-осередкове інфекційне захворювання з групи кров'яних трансмісивних інфекцій, що характеризується поліморфізмом клінічних проявів, схильністю до хронізації та рецидивного перебігу.

Збудник Лайм-бореліозу (ЛБ) – *Borrelia burgdorferi* – грам-негативна рухома спірохета з родини *Spirochaetaceae*, роду *Borrelia*. Патогенними для людини вважають: у Північній Америці *B. burgdorferi sensu stricto (s.s.)*, у Європі також ще 4 збудники: *B. garinii*, *B. afzelii*, *B. spielmanii* та *B. bavariensis*. У західних регіонах України патогенними для людини є такі види борелій: *B. burgdorferi s. s.*, *B. garinii*, *B. afzelii*, а також *B. lusitaniae* і *B. valaisiana*.

Мета роботи. Встановити частоту інфікування *B. spielmanii* мешканців Тернопільської області.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 62 хворих у віці від 20 до 65 років, які перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в Тернопільських обласних клінічних шкірно-венерологічному, психоневрологічному диспансерах та Університетській лікарні: 33 – пацієнти з мігруючою еритемою різних локалізацій, 6 – із вогнищевою склеродермією, 18 – з ураженням опорно-рухової, 3 – нервової, 2 – серцево-судинної системи. В анамнезі у частини обстежених були укуси кліщами.

Антитіла до антигенів комплексу *B. burgdorferi sensu lato (s. l.)* у сироватці крові визначали методом ІФА з використанням тест-систем компанії Euroimmun AG (Німеччина). Зразки крові із проміжними й позитивними результатами першого етапу дослідження підтверджували або заперечували за допомогою імунного блотингу. Вперше для визначення антитіл класу М використано тест-систему EUROLINE *Borrelia RN-AT adv.* Відповідно до рекомендацій виробника, показник IgM вважали позитивним, проміжним або негативним залежно від комбінацій *OspC*-антигенів чотирьох видів борелій: *OspC Ba (B. afzelii)*, *OspC Bb (B. burgdorferi)*, *OspC Bg (B. garinii)*, *OspC Bsp (B. spielmanii)*, *p39* та *VlsE* (табл. 1).

**Критерії оцінювання наявності антитіл класу IgM
проти *B. burgdorferi sensu lato***

Результат за антитілами		Смуги специфічних антигенів: <i>p39, VlsE Bb</i>	
		1 смуга позитивна	Відсутність позитивних смуг
Смуги OspC Ba або OspC Bb або OspC Bg або OspC Bsp	Смуга антигенів позитивна	Позитивний	Позитивний
	OspC Ba або OspC Bg слабко позитивні	Позитивний	Проміжний
	Смуга антигенів негативна	Позитивний	Негативний

Результати та обговорення. Позитивні результати пошуку антитіл класу IgM в імуноблоті отримано у 33 (53,2%) із 62 попередньо обстежених за допомогою тесту ELISA респондентів з позитивними і проміжними показниками, у решти проміжні – 12 (19,4%) та негативні – 17 (27,4%).

Із 33 пацієнтів з позитивними результатами імуноблоту 19 осіб були з мігруючою еритемої різних локалізацій, 3 – з вогнищевою склеродермією, 9 – з ураженням опорно-рухової системи, 2 – із захворюваннями нервової системи.

В етіологічній структурі, визначеній за антитілами до *OspC* у складі IgM, поєднання *OspC*-антитіл проти чотирьох видів борелій виявлено у 27 обстежених, проти трьох видів (*OspC Bb*, *OspC Bg*, *OspC Bsp*) – в 1, двох видів (*OspC Bg*, *OspC Bsp*) – у 2, лише проти *B. burgdorferi s. l.* – в 1 обстеженого. Слід зазначити, що антитіла до антигенів усіх 4 вказаних збудників не були у 2 осіб із 33 з позитивними результатами дослідження на цитоплазматичний антиген. Цей антиген (*p39*) знайдено у 8 з 33 пацієнтів із пози-

тивним результатом. В жодного з обстежених не виявлено антитіл до *VlsE* антигену.

Висновок. При скринінговому обстеженні жителів Тернопільської області антитіла до антигенів комплексу *B. burgdorferi* s. l. (*B. burgdorferi* s. s., *B. garinii*, *B. afzelii*, *B. spielmanii*) виявлено у 53,2% пацієнтів у різних лікувальних закладах Тернополя. Антитіла до *B. spielmanii* на території Тернопільщини у пацієнтів знайдено вперше. Гуморальну відповідь на поверхневий антиген (*OspC*) *B. spielmanii* встановлено у 30 (48,4%) із 62 осіб. Наведені дані свідчать про значне розповсюдження *B. spielmanii* та низьку поінформованість лікарів щодо цієї недуги.

Л.Р. Шостакович-Корецька, О.П. Шевченко-Макаренко,
С.А. Галущенко, В.Д. Ткаченко, О.А. Турчина

СПЕКТР ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медична академія, Міська клінічна лікарня № 21
ім. проф. Є.Г. Попкової, м. Дніпро

Актуальність. В умовах обмеженого доступу до проти-вірусної терапії (ПВТ) хворих на хронічний гепатит С (ХГС), у нашій країні застосовують різні схеми лікування, у тому числі у рамках державного бюджету. А саме, продовжують використовувати пег-інтерферон α -2a або α -2b (Peg-IFN) та рибавірин (RBV) протягом 24 або 48 тиж. залежно від генотипу HCV і впроваджують схеми з препаратами прямої противірусної дії. Відомо, що схема Peg-IFN+RBV має низьку побічних дій і небажаних явищ, які, у свою чергу, можуть посилювати спектр позапечінкових проявів ХГС, пов'язаних з іншими факторами, так й індукувати інші симптоми, такі як, грипоподібний, диспепсичний, гематологічні зміни, дисфункцію щитоподібної залози, зниження якості життя та неврологічні і психічні розлади (порушення сну чи настрою, дратівливість, астенія, біль голови, тривога, депресія) тощо, що потребує призначення терапії супроводу таким хворим.

Мета роботи. Дослідити побічні дії ПВТ у хворих на ХГС у Дніпропетровському регіоні та оцінити ефективність терапії супроводу.

Матеріали і методи. Обстежено 248 хворих на ХГС, які знаходились на лікуванні у КЗ «ДМКЛ № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової ДОР» м. Дніпра (інфекційна лікарня). З них чоловіків – 146 (59%), жінок – 102 (41%); віком від 19 до 65 років. Серед обстежених 1-ий генотип HCV мали 144 (58%) пацієнти, 2-ий – 17 (7%), 3-ій – 87 (35%) хворих. Діагноз було встановлено згідно локальних протоколів. Хворі отримували специфічну ПВТ за схемами Peg-IFN α -2a або α -2b і RBV протягом 24 чи 48 тиж. залежно від генотипу HCV. Під час лікування враховували загальний стан хворого у динаміці, визначали наявність побічних дій. Кожні 4 тиж. оцінювали якість життя хворих за допомогою опитувальників SF-36 і оцінки якості життя при хронічних захворюваннях печінки (CLDQ). Рівень тривоги та депресії визначали за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Проводилась статистична обробка даних методом варіаційної статистики.

Результати та обговорення. Обстежені пацієнти мали такі побічні ефекти ПВТ: грипоподібний синдром – 188 (86,7%), зниження маси тіла – 130 (52,4%), гастроентерологічні розлади – 147 (59,3%), алергічні прояви – 14 (5,6%), неврологічні – 153 (61,7%), дифузна алопеція або витончення волосся – 49 (19,8%) пацієнтів. З боку системи крові переважна кількість хворих мала тенденцію до зниження рівня гемоглобіну порівняно зі стартовими показниками до нижніх меж норми – 169 (68,1%), але набули анемію I ступеня відмічали у 21 (8,5%) пацієнта, що потребувало корекції доз RBV, а 5 особам призначали еритропоетин (епобіокрин) за схемою. Лейкопенію реєстрували у 129 (52,0%) хворих, тяжку нейтропенію – в 11 (4,4%), тромбоцитопенію – у 86 (34,7%), панцитопенію – у 15 (6%), але корекцію доз Peg-IFN не проводили, а в більшості випадків хворим призначали препарати кислоти рибонуклеїнової (нуклекс, нуклеїнат), у тяжких випадках – рекомбінантний гранулоцитарний колонієстимулюючий фактор (філстим) за схемою 30-48 млн МО одно-разово 1 раз на тиждень 1-2 рази.

Висновки. Проведення ПВТ хворим на ХГС потребує междисциплінарного підходу. Усі описані побічні явища можна було коригувати і не потребували припинення ПВТ, що у свою чергу позитивно вплинуло на забезпечення стійкої вірусологічної відповіді у пацієнтів, оскільки дозволило підтримати потрібну концентрацію противірусних засобів у крові. Отриманий нами досвід дозволяє запропонувати застосування належної терапії супроводу пацієнтам у комплексній ПВТ ХГС без зниження доз противірусних засобів.

К.В. Юрко, В.М. Козько, Г.О. Соломенник, Н.Є. Христенко

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПТРАЛУ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ХГС

Національний медичний університет, м. Харків

Актуальність. Корекція метаболічних порушень у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС є значною проблемою медицини. До факторів прогресування ко-інфекції ВІЛ/ХГС відносять метаболічні порушення, а саме інсулінорезистентність, ожиріння, артеріальну гіпертонію та дисліпідемію. Вченими невпинно ведеться пошук нових підходів до лікування таких пацієнтів з урахуванням метаболічних порушень у хворих на ко-інфекцією ВІЛ/ХГС. Адеметионин має низьку токсичність, високий ефект уже після кількох прийомів, зменшує запальний процес, стимулює регенерацію печінки, призводить до покращення метаболізму в печінці. Отже, досліджено його ефективність у корекції метаболічних порушень у хворих.

Мета роботи. Оцінка ефективності гептралу щодо корекції метаболічних порушень у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС.

Матеріали і методи. Обстежено 62 хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС, які були поділені на дві групи. До I групи було залучено 42 (67,7%) пацієнти, які отримували гептрал: 1 табл. 2 рази на добу протягом 1 міс. Жінок було 15 (35,7%), чоловіків – 27 (64,3%). Середній вік склав $(35,5 \pm 5,3)$ року. До II групи ввійшло 20 (32,3%) пацієнтів, які отримували стандартну патогенетичну терапію. Вік хворих коливався від 22 до 49 років, середній вік – $(38,5 \pm 6,4)$ року.

Результати та обговорення. Оцінка основних проявів клінічної картини у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС на тлі проведеної терапії свідчить про значну позитивну динаміку патологічних синдромів в осіб, які приймали гептрал. Так, у хворих I групи визначалась достовірна регресія астено-вегетативного ($p < 0,01$), диспепсичного ($p < 0,02$) синдромів і гепатомегалії ($p < 0,01$). При порівнянні ефективності терапії в групах пацієнтів суттєво швидше зникали астено-вегетативний ($p < 0,05$), абдомінальний ($p < 0,05$) і диспепсичний ($p < 0,05$) синдроми в осіб I групи, ніж II.

Терапія гептралом призводила до достовірного зниження вмісту прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β , ІЛ-6, ФНП- α). Під впливом гептралу спостерігалась також суттєва регресія порушень вуглеводного обміну, яка характеризувалась зниженням рівня інсуліно-резистентності, інсуліну та глюкози. При дослідженні впливу різних видів терапії на показники ліпідного обміну встановлено, що у хворих, які приймали гептрал, достовірно знижувався вміст ТГ ($p < 0,001$), ЛПНЩ ($p < 0,001$), ЛПДНЩ ($p < 0,001$), показник КА ($p < 0,01$) і підвищувався рівень ЛПВЩ ($p < 0,05$). Більш значне зменшення ТГ ($p < 0,01$), ЛПНЩ ($p < 0,05$), ЛПДНЩ ($p < 0,05$) і підвищення ЛПВЩ ($p < 0,05$) визначено в пацієнтів I групи порівняно з II.

Аналіз впливу різних методів корекції метаболічних порушень на мінеральний обмін свідчить, що в пацієнтів, які приймали гептрал, визначалось достовірне зниження вмісту K^+ ($p < 0,05$) і підвищення Na^+ ($p < 0,001$), Ca^{2+} ($p < 0,05$), Mg^{2+} ($p < 0,001$), Zn^{2+} ($p < 0,001$), Cu^{2+} ($p < 0,001$) та Fe^{2+} ($p < 0,001$) після лікування. Суттєво більш значне підвищення Na^+ ($p < 0,05$), Ca^{2+} ($p < 0,05$), Mg^{2+} ($p < 0,001$) і Zn^{2+} ($p < 0,01$) спостерігалось у пацієнтів I групи порівняно з II. В осіб I групи на противагу з II відзначали відновлення антиоксидантного захисту організму, а саме достовірне підвищення рівня церулоплазміну, гаптоглобіну, супероксидисмутази та каталази.

Отже, гептрал суттєво сприяв позитивному впливу на цитокіновий баланс ($p < 0,05$), мінеральний ($p < 0,001$), ліпідний ($p < 0,05$) і вуглеводний обмін ($p < 0,05$), порівняно зі стандартною патогенетичною терапією.

Висновки. Гептрал має високу ефективність у корекції метаболічних порушень у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС, сприяючи достовірній позитивній динаміці показників цитокінового,

мінерального, ліпідного та вуглеводного обмінів, а також до значного покращення антиоксидантного захисту організму.

К.Б. Яворська, М.І. Шкільна, М.П. Федчишин

ЗБУДНИКИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ (*BORRELIA BURGENDORFERI S. L.* ТА *B. SPELMANII*) У ПАЦІЄНТІВ З ЛОКАЛІЗОВАНОЮ СКЛЕРОДЕРМІЄЮ

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

Актуальність. Локалізована (обмежена, вогнищева) склеродермія, або морфеа – хронічна хвороба сполучної тканини з мультифакторним генезом, етіологічним чинником якої можуть бути автоімунні, нейроендокринні порушення, стрес, хіміко-медикаментозні чинники, травми. Зараз у наукових джерелах з'являється все більше повідомлень про причетність інфекцій, у тому числі Лайм-бореліозу, до патогенезу цього захворювання. За нуклеотидними відмінностями ДНК визначено 19 генотипів збудника, які належать до комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato* (s. l.). Патогенними для людини вважають: *B. burgdorferi sensu stricto* (s. s.), *B. garinii*, *B. afzelii*, *B. spielmanii* та *B. bavariensis*. У західних регіонах України патогенними для людини визнані лише *B. burgdorferi s. s.*, *B. garinii*, *B. afzelii*, а також *B. lusitaniae* і *B. valaisiana*.

Мета роботи. Вивчити причетність *B. burgdorferi s. l.* та *B. spielmanii* до патогенезу локалізованої склеродермії у пацієнтів Тернопільської області.

Матеріали і методи. Під спостереженням були 42 пацієнти з локалізованою склеродермією, вік їх від 18 до 74 років, які протягом 2015-2018 рр. лікувались амбулаторно чи стаціонарно в Тернопільському обласному клінічному шкірно-венерологічному диспансері. Чоловіків було 10 (23,8%), жінок – 32 (76,2%).

Діагноз локалізованої склеродермії встановлювали клінічно, згідно з класифікацією МКХ-10. Етіологічне розшифрування хвороби Лайма проводили в два етапи. На першому етапі визначали антитіла до антигенів комплексу *B. burgdorferi s. l.* у сироватці крові методом ELISA з використанням тест-систем компанії Euroimmun AG (Німеччина). Отримані результати оцінювали як

позитивні, проміжні або негативні та інтерпретували згідно з рекомендаціями виробника.

За даними першого етапу дослідження, зразки крові з проміжними й позитивними результатами підтверджували методом імуноного блотингу з використанням тест-систем компанії Euroimmun AG (Німеччина). Результат вважали позитивним, проміжним або негативним, залежно від комбінацій *OspC*-антигенів трьох видів борелій: *OspC* Ba (*B. afzelii*), *OspC* Bb (*B. burgdorferi*), *OspC* Bg (*B. garinii*), *p39* та *VlsE*. Окремо 6 пацієнтам із локалізованою склеродермією визначали антитіла класу М за допомогою тест-системи EUROLINE *Borrelia RN-AT adv*, яка крім зазначених антигенів містила ще *OspC* *B. spielmanii* (*OspC* Bsp).

Результати та обговорення. Аналіз результатів серологічного дослідження сироваток крові на наявність специфічних IgM і IgG показав, що позитивні або проміжні результати хоча б одного класу антитіл знайдено в 12 (28,6%) із 42 пацієнтів з локалізованою склеродермією, з них IgM – у 4 (9,5%), IgG – у 8 (19,0%).

На другому етапі дослідження в осіб з попередньо (*ELISA*) позитивними або проміжними показниками імуноглобулінів обох класів використовували імуноблот як підтверджувальний тест. Позитивні результати IgM отримано в 3 пацієнтів, при цьому 1 із них з позитивною відповіддю на першому етапі, 2 інших – з попередньо позитивними даними щодо IgG. Три пацієнти із 4 з позитивним результатом за першим методом в імуноблоті виявилися негативними.

Позитивні результати визначення специфічних антитіл класу IgG в імуноблоті отримано у 6, з яких 5 пацієнтів мали позитивну відповідь на першому етапі та 1 респондент – за IgM на першому етапі дослідження. Негативні дані мали 3 хворих із 8 позитивних за *ELISA*-тестом.

Вивчення етіологічної структури Лайм-бореліозу у 6 хворих із вогнищевою склеродермією при застосуванні EUROLINE *Borrelia RN-AT adv* (IgM) виявило таке: поєднання антитіл до поверхневих антигенів усіх 4 збудників (*OspC* Ba, *OspC* Bb, *OspC* Bg, *OspC* Bsp) було у 2 пацієнтів. Цікавим виявився той факт, що у 2 інших хворих діагностовано комбінацію імуноло-

гічних відповідей на три види борелій (*OspC Bb*, *OspC Bg*, *OspC Bsp*), без поверхневого антигену, який належить *B. afzelii*. Проте слід зазначити, що за даними літератури, саме *B. afzelii* відносно частіше притаманна пацієнтам із шкірними проявами Лайм-бореліозу. Окрім того, *p39* діагностовано в 1 респондента. Антигенів *VlsE* у жодного хворого не було.

Слід зазначити, що 12 (28,6%) із 42 обстежених пацієнтів, окрім вогнищ склеродермії, мали також симптоми ураження опорно-рухової (9 осіб), серцево-судинної (3), нервової (1) систем.

Висновки. Поширеність інфікування бореліями пацієнтів із локалізованою склеродермією, асоційованою із Лайм-бореліозом, склала 28,6% за першим етапом діагностики (ІФА) та 14,3% – за другим (імуноблот), що вказує на необхідність двохетапної діагностики цієї недуги. У 30,4% обстежених пацієнтів, окрім основних симптомів морфеа, були виражені ураження опорно-рухової, серцево-судинної та нервової систем, тобто клінічні прояви можливого супутнього Лайм-бореліозу. Вперше у пацієнтів з локалізованою склеродермією, асоційованою із Лайм-бореліозом, які проживають на Тернопільщині, виявлено антитіла до *B. spielmanii*.

ЗМІСТ

<i>М.А. Андрейчин, М.І. Шкільна, О.Л. Івахів, М.Т. Гук, Н.А. Ничик</i> АНАПЛАЗМОЗ У ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ	3
<i>М.О. Андрущак, В.Д. Москалюк, В.Д. Сорохан, М.О. Соколенко</i> АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ УРАЖЕННЯ НИРОК У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ	5
<i>І.В. Баланюк, І.В. Рудан, А.М. Сокол</i> ТИПИ АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ У ХВОРИХ НА ВІЛ- ІНФЕКЦІЮ	6
<i>В.А. Боднар, Г.М. Дубинська, Н.О. Прийменко, Т.М. Котелевська, Л.А. Боднар</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГРИП-АСОЦІЙО- ВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ	8
<i>Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Я.І. Йосик</i> ПРИЧИНИ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ	9
<i>Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Я.І. Йосик, Н.Г. Завіднюк</i> СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ.....	11
<i>Х.І. Возна, Ю.О. Рандюк, О.М. Давиденко, І.В. Рудан, Т.Р. Колотило</i> ЗМІНИ ЧАСОВИХ І СПЕКТРАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ВАРІА- БЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ВІЛ- ІНФЕКЦІЮ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ МОЛСИДОМІНОМ	13
<i>Л.А. Волянська, І.Л. Горішна, О.Л. Івахів, О.М. Дивоняк, І.Я. Гончарук</i> ВИПАДОК ТРИДЕННОЇ МАЛЯРІЇ У ДИТИНИ.....	15
<i>О.Б. Ворожбит, О.Б. Герасун, А.М. Задорожний, Н.М. Прикуда, В.В. Покоцька</i> ПРОБЛЕМА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ	17
<i>О.Б. Герасун, Г.П. Сосна, А.Л. Сороколит, О.Б. Ворожбит, Н.М. Прикуда</i> АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАСТОСУВАННЯ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ (за даними Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні)	19

<i>І.Г. Грижак, О.Я. Пришляк, Б.М. Дикий, О.П. Бойчук, Т.З. Кобрин, М.В. Прокопович, Л.Р. Грижак, О.О. Прокоф'єва</i>	
ІНФОРМАТИВНІСТЬ ІНТРАТЕКАЛЬНИХ АНТИТІЛ ДО ТОКСОПЛАЗМ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСУ В ПОСТАНОВЦІ ЕТІОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ	20
<i>М.Б. Дашо, С.А. Лишенюк</i>	
ПРОБЛЕМА ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ НА ЕТАПІ ДОДИПЛОМНОЇ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ	22
<i>О.А. Дралова, О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова, Є.А. Сіліна</i>	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ТОКСОКАРОВОЮ ІНВАЗІЄЮ.....	24
<i>П.А. Дьяченко, А.О. Руденко</i>	
НОВІ МОЖЛИВОСТІ ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ГЕРПЕСВІРУСНИХ НЕЙРОІНФЕКЦІЙ	26
<i>В.В. Євтушенко</i>	
УРАЖЕННЯ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГОСТРИХ НЕЙРОІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ	28
<i>Д.Г. Живиця, Л.В. Живиця, В.Л. Шинкаренко, І.Б. Іванова, О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова, Г.В. Глазунова</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕЧНІСТЬ СОФОСБУВІРУ В ПОЄДНАННІ З ПЕГІЛЬОВАНИМ ІНТЕРФЕРОНОМ/ РИБАВІРИНОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	30
<i>Д.Г. Живиця, В.Г. Казека</i>	
ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ВІД ШЛЯХУ ІНФІКУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ АГОНІСТАМИ ОПОЇДІВ	32
<i>Д.А. Задирака, О.В. Рябоконт, Ю.Ю. Рябоконт</i>	
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГНІЙНИЙ МЕНІНГІТ У ДИНАМІЦІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	33
<i>А.М. Задорожний, О.Б. Ворожбит, Н.М. Прикуда</i>	
ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ І ГЕМОХРОМАТОЗУ	35

<i>О.О. Зубач</i> ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕРЕЖІ FACEBOOK ДЛЯ ОПИТУВАННЯ ДОБРОВОЛЬЦІВ ЩОДО ОБІЗНАНОСТІ З ПИТАНЬ ЛЕПТОСПІРОЗУ	37
<i>Н.О. Іванченко</i> ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КАШЛЮК ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВЩИНИ У 2017-2018 рр.....	39
<i>К.В. Калашник, Ю.Ю. Рябоконт, О.М. Камішиний</i> РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 У ПРОГНО- ЗУВАННІ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	40
<i>Н.М. Киричук, В.І. Трихліб</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ПОКАЗНИКИ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ У МОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВО- СЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРІОДУ РОКУ	42
<i>В.Ю. Ключ, А.О. Руденко</i> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВИКЛИКАНИХ КОГНІТИВНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ (Р300) У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ХВОРОБИ ЛАЙМА З ПЕРЕВАЖНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	47
<i>В.М. Козько, Г.О. Соломенник, К.В. Юрко, О.Є. Бондар, О.І. Могиленець, Н.Ф. Меркулова, О.М. Винокурова</i> МАЛОІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	49
<i>Т.Р. Колотило, В.Д. Москалюк, І.В. Баланюк, О.І. Голяр, І.В. Рудан</i> ІМУНОПАТОГЕНЕЗ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ.....	51
<i>Ю.В. Копча, Ю.М. Андрейчин</i> ТЕРМОГРАФІЧНИЙ КРИТЕРІЙ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО І ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ	53
<i>Н.Г. Малиш, Ж.В. Хатинська, Т.Ю. Кірій, О.М. Немцова</i> ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.....	55
<i>А.І. Марков, С.О. Крамарьов</i> ПЕЧІНКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ НЕЙРОІНФЕКЦІЯМИ.....	57

<i>С.Р. Меленко</i> КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ.....	59
<i>Л.П. Мельник, М.І. Шкільна, Л.А. Грищук, О.Л. Івахів, І.С. Іщук, В.О. Качор, Н.Ю. Вишневська</i> ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ У ПАЦІЄНТІВ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ І САРКОЇДОЗОМ ЛЕГЕНЬ.....	61
<i>В.Д. Москалюк, І.В. Баланюк, Т.Р. Колотило</i> ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ САЛЬМО- НЕЛЬОЗУ (клінічний випадок).....	63
<i>В.Д. Москалюк, Х.І. Возна, О.І. Голяр, І.В. Баланюк, М.О. Андрущак</i> ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ВІЛ/НСV-КО-ІНФЕКЦІЮ (за даними диференційованої електрокардіограми).....	65
<i>В.Д. Москалюк, І.В. Рудан, І.В. Баланюк, Т.Р. Колотило</i> СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КОРУ.....	67
<i>С.О. Никитюк</i> ЧАСТОТА ІНФІКУВАННЯ БОРЕЛІЯМИ ТА АНАПЛАЗМАМИ КЛІЩІВ, ЯКІ КУСАЛИ ДІТЕЙ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	68
<i>С.О. Никитюк, А.Г. Корицький, Т.П. Пилипчук</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УКУСУ ШКОЛЯРА КРОТОМ.....	69
<i>Н.В. Оніщенко, О.В. Рябоконт, О.М. Фірюліна</i> УСКЛАДНЕННЯ ВІТРИНОЇ ВІСПИ У ДОРОСЛИХ.....	70
<i>О.Л. Панасюк, Л.В. Березіна, В.І. Матяш, Д.В. Говорова, Н.С. Трембачова</i> ЧАСТОТА ТА ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА МОНО- І МІКСТ- ІНФЕКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	72
<i>Т.М. Пахольчук, О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, В.В. Печугіна, С.Л. Ніколаєва, Т.Б. Матвеева</i> ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ГЕМОКОЛІТУ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.....	74
<i>Т.В. Покровська, В.В. Гнатюк, С.В. Пенцук, С.І. Кащевська</i> ВИПАДОК ТЯЖКОЇ ПАРВОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ.....	76

<i>Г.Ф. Пономаренко</i> АКТУАЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ В ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ.....	78
<i>Н.М. Прикуда, О.М. Крук, А.М. Задорожний</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СЕПТИЧНОЇ ФОРМИ ЛІСТЕРІОЗУ.....	80
<i>О.Я. Пришляк, М.В. Прокопович, О.П. Бойчук, У.Я. Мазурок</i> УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ НА КІР	82
<i>О.В. Прокопів, Н.М. Прикуда, С.А. Лишеньюк</i> САЛЬМОНЕЛЬОЗ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: КЛІНІКО- ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ.....	84
<i>А.Л. Процик, О.Я. Пришляк, О.П. Бойчук, Т.О. Нікіфорова</i> СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ І СТУПІНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ ТА АСКАРИДОЗ.....	86
<i>Г.О. Ревенко, О.П. Штепа, В.В. Маврутенков, В.Г. Резвих, О.В. Кузьменко, І.П. Белова, В.В. Долгополова</i> НАПРУЖЕНІСТЬ ІМУНІТЕТУ ПРОТИ ДИФТЕРІЇ НАСЕ- ЛЕННЯ м. ДНІПРА	87
<i>О.В. Рябоконт, О.В. Анікіна, О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова</i> ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЗД-РЕЖИМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	89
<i>О.В. Рябоконт, І.О. Кулеш, О.М. Фірюліна, Ю.Ю. Рябоконт</i> КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ	91
<i>О.В. Рябоконт, Т.Є. Оніщенко, О.М. Фірюліна, В.Г. Савельєв, Ю.Ю. Рябоконт</i> ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ З ЛЕТАЛЬ- НИМ РЕЗУЛЬТАТОМ.....	93
<i>О.В. Рябоконт, О.О. Фурик, О.В. Зарудна, Д.Ю. Рябоконт</i> ДИРОФІЛЯРІОЗ, СПРИЧИНЕНИЙ <i>DIROFILARIA REPENS</i>, У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2003-2016 рр.....	95
<i>А.С. Сидорчук, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, В.Д. Сорохан</i> ЗАСТОСУВАННЯ РЕГІДРАТАЦІЙНОГО РОЗЧИНУ РЕО-ВОДА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИЙ САЛЬМОНЕЛЬОЗ	96

<i>М.О. Соколенко, В.Д. Москалюк, А.А. Соколенко, М.О. Андрущак</i> АЛОФЕРОН У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ.....	98
<i>Т.В. Телегіна, К.О. Шумило</i> КЛІНІЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ОПЕРІЗУВАЛЬНИЙ ГЕРПЕС.....	100
<i>В.І. Трихліб, В.В. Грушкевич, Т.В. Буракова, Ю.І. Даниленко, В.І. Лисько, Ю.О. Боклан, О.С. Гришин</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖ- БОВЦІВ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЬ У НВМКЦ «ГВКГ» У 2018 р.....	101
<i>О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова, Є.А. Сіліна, О.А. Дралова, С.Л. Ніколаєва, О.М. Фірюліна, Є.В. Зеленухіна</i> СТАН ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ПОЛІОМІЄЛІТУ І ПОШИРЕНІСТЬ ГОСТРИХ МЛЯВИХ ПАРАЛІЧІВ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	105
<i>А.Б. Хелемендик, О.В. Рябоконт, О.В. Царьова, Ю.Ю. Рябоконт</i> КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ПОКАЗАНЬ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ	106
<i>Т.В. Чабан, В.М. Бочаров</i> ЗМІНИ У ПЛЕВРАЛЬНІЙ РІДИНІ У ХВОРИХ НА МІКСТ- ІНФЕКЦІЮ ТБ-ВІЛ З ПНЕВМОЦИСТНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ЕКСУДАТИВНИМ ПЛЕВРИТОМ	108
<i>Т.В. Чабан, Н.В. Верба</i> ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОСТАЗУ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	110
<i>Т.В. Чабан, М.І. Чубач, Н.В. Верба, В.М. Бочаров, О.В. Гулла</i> САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	111
<i>М.Д. Чемич, Н.І. Ільїна, В.В. Ільїна</i> ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОЇ БЕШИХИ	112
<i>М.Д. Чемич, А.Г. Лішневська</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ НЕДОСТАТНОСТІ ІМУНІТЕТУ І ЗМІН РІВНІВ АНА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОТИВІРУСНІЙ ТЕРАПІЇ	114

<i>М.Д. Чемич, О.С. Саєнко</i> ІНТЕГРАТИВНІ ІНДЕКСИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ РЕЦИДИВНІЙ БЕШИСІ	116
<i>О. М. Чемич, Д. Ю. Свириденко</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ЕТІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ФОРМИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ	118
<i>М.Д. Чемич, О.С. Шевченко, Р.С. Лісних</i> ВИРАЗНІСТЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ І ВИСЛІДІВ ГРИПУ	120
<i>М.Д. Чемич, О.С. Шевченко, Я.Д. Чумаченко</i> ГРИП: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ	122
<i>М.І. Шкільна, М.А. Андрейчин, О.Л. Івахів</i> <i>BORRELIA SPIELMANII</i> У ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ	124
<i>Л.Р. Шостакович-Корецька, О.П. Шевченко-Макаренко, С.А. Галущенко, В.Д. Ткаченко, О.А. Турчина</i> СПЕКТР ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	126
<i>К.В. Юрко, В.М. Козько, Г.О. Соломенник, Н.Є. Христенко</i> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПТРАЛУ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ХГС	128
<i>К.Б. Яворська, М.І. Шкільна, М.П. Федчишин</i> ЗБУДНИКИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ (<i>BORRELIA BURGENDORFERI</i> <i>S. L.</i> ТА <i>B. SPELMANII</i>) У ПАЦІЄНТІВ З ЛОКАЛІЗОВАНОЮ СКЛЕРОДЕРМІЄЮ	130

Відповідальний за випуск *О.Л. Івахів*
Комп'ютерна верстка *Ірина Петрикович*
Художнє оформлення *Павло Кушик*

Підписано до друку 18.09.2018. Формат 60×84¹/₁₆
Папір офсетний. Гарнітура Antiqua. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 8,2. Обл.-вид. арк. 8,6.
Наклад 300 прим. Зам № 274.

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.