

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

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ПЕРІОД МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

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

(3-4 жовтня 2019 року, м. Кропивницький)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2019

УДК 616.9-07 / -08:33.021.8(063)

Д 44

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*, заслужений лікар України, проф., д-р мед. н. *О.А. Голубовська*, член-кореспондент НАМН України, проф., д-р мед. н. *В.І. Задорожна*, 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*, заслужений лікар України, проф., д-р мед. н. *Л.В. Мороз*, проф., д-р мед. н. *Т.В. Чабан*, проф., д-р мед. н. *М.Д. Чемич*.

Видання збірника матеріалів рекомендоване президією ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів» (протокол № 8 від 5 вересня 2019 року).

М.А. Андрейчин

ЕМЕРДЖЕНТНІ ТА РЕ-ЕМЕРДЖЕНТНІ ІНФЕКЦІЇ І БІОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА УКРАЇНИ

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

На тлі помітних досягнень у дослідженні інфекційних хвороб і боротьби з ними все частіше з'являються нові і повертаються старі інфекції.

Нові, раніше невідомі науці хвороби інфекційного генезу, отримали назву емерджентних (від англ. *emergency* – раптовість, непередбачуваність, незвичність). Згідно з визначенням ВООЗ і МЕБ, це інфекції, які з'являються вперше у світі або на окремій території, швидко розповсюджуються, загрожуючи здоров'ю людей і тварин. Як правило, щодо них немає ефективних засобів лікування і профілактики. Вони схильні до неконтрольованого транскордонного поширення. У цій групі на частку зоонозів припадає близько 75%, багато з хвороб належать до природно-осередкових інфекцій.

На сьогодні, за даними ВООЗ, налічується понад 100 емерджентних інфекцій: тяжкий гострий респіраторний синдром, ВІЛ-інфекція, пташиний грип, обумовлений вірусом А/Н5N1 та іншими субтипами цього збудника, пандемічний (каліфорнійський) грип, спричинений вірусом А/Н1N1/*California/04/09*, геморагічна гарячка Денге, жовта гарячка, гарячки Західного Нілу, Зіка, Ласса, Марбург і Ебола, хвороба Лайма та інші. Їх список невпинно поповнюється.

До ре-емерджентних інфекцій (від англ. *re-emergency* – повернення емерджентних хвороб) зачислено старі, раніше «переможені» та контрольовані інфекційні захворювання, що знову розповсюдились. Вважається, що боротьба з ними важка або неможлива через їх надто швидке розповсюдження та атиповий перебіг.

У наш час до ре-емерджентних інфекцій належать кір, дифтерія, кашлюк, малярія, сезонний грип, вітрянка тощо. Фактично будь-яка емерджентна інфекція після тривалого зниження рівня захворюваності з плином часу може стати ре-емерджентною. Емерджентні та ре-емерджентні інфекції визнані сучасною пріоритетною проблемою охорони здоров'я міжнародного значення.

Появі і розповсюдженню емерджентних та ре-емерджентних інфекцій можуть сприяти чотири групи факторів:

1. Біологічні – генетичні механізми мінливості збудників, зокрема модифікації, мутації, рекомбінації, дисоціації, плазмиди бактерій, неспадкові модифікації вірусів. У процесі виникнення різних варіантів мікроорганізми набувають нових рис патогенності та стійкості, можуть формувати нові природно-осередкові зони. Така мінливість допомагає збудникові уникати відповіді імунної системи хазяїна, забезпечуючи собі персистенцію в макроорганізмі, підвищувати свою вірулентність і стійкість до антимікробних препаратів.

2. Зоогеографічні – почастішання прямих і непрямих контактів людини з тваринним світом, що створює поліпшені умови для пасажів патогенів, підвищення їх вірулентності, виникнення генетичних рекомбінацій. Спочатку відбувається інтродукція зооозного збудника в людську популяцію, а далі – його поширення.

3. Соціально-економічні – зміна щільності населення і рівня його життя. Загальновідомо, що густа заселеність і бідність населення, війни та природні катаклізми сприяють появі нових і розповсюдженню віддавна існуючих інфекцій.

4. Штучно сплановані – навмисне підвищення патогенності відомих мікроорганізмів, їх резистентності до антибіотиків і противірусних препаратів, створення нових збудників інфекційних хвороб, найбільш ефективних їх комбінацій і способів поширення в людській популяції та серед тварин з метою досягнення максимального ураження, що вкладається в сучасне уявлення про біологічну війну і біотерористичну атаку.

Експерти Національного інституту алергії та інфекційних захворювань (NIAID) розділили збудників емерджентних і ре-емерджентних інфекцій за ступенем їх небезпеки на три

категорії. До категорії А зачислили найбільш небезпечні хвороби (чума, натуральна віспа, сибірка, гарячки Ебола й Марбург та інші), оскільки вони становлять найбільший ризик для біологічної безпеки країни. Ці хвороби схильні до швидкого поширення серед населення, спричиняючи високий рівень захворюваності та смертності, можуть призвести до масштабної паніки й потребують найбільших зусиль служби охорони здоров'я та профільних науково-дослідних інститутів і лабораторій.

Категорію В складають менш небезпечні патогени, які розповсюджуються повільніше, ніж збудники першої групи. Вони спричиняють меншу захворюваність і смертність. Тому потребують менших зусиль з боку системи охорони здоров'я. До них належать інфекції, які передаються через харчі та воду (наприклад, холера), і низка природно-осередкових інфекцій (комариний вірусний енцефаліт).

До категорії С віднесено патогенів, що спричиняють важкі хвороби, які в теперішніх умовах не здатні швидко розповсюдитися, але їх можна використати для біологічного тероризму.

Натепер розрізняють емерджентні та ре-емерджентні інфекції людей, тварин і рослин, які в тій чи іншій мірі можуть впливати на біологічну безпеку України. Водночас, у державі досі немає нормативно закріпленої загальнодержавної системи біологічної безпеки і боротьби із сучасними та ймовірними майбутніми біологічними викликами. Більшої уваги потребує організація моніторингу біологічних загроз і специфічної індикації біологічних організмів, визначення кордонів нозоареалів і прогнозування їх змін під впливом чинників мінливого навколишнього середовища. Слід суттєво поліпшити лікувально-діагностичну, профілактичну та протиепідемічну роботу за надзвичайних обставин, пов'язаних з миротворчими місіями, збройними конфліктами та війнами. Необхідно якомога швидше розробити програму профілактичних і лікувальних заходів стосовно конкретних емерджентних і ре-емерджентних інфекцій та забезпечити її повноцінне виконання.

О.Г. Андреева, П.А. Дьяченко, Б.А. Пархомець, А.О. Руденко,
Л.В. Муравська, В.Ю. Ключ

ПРЕПАРАТИ НОРМАЛЬНОГО ЛЮДСЬКОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ І ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ПРИРОДИ

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

Актуальність. Вади лікування герпесвірусних (ГВ) уражень нервової системи полягають у слабкості етіотропної терапії на різних етапах захворювання. Ациклічні нуклеозиди пригнічують тільки активну реплікацію вірусу, причому проведення курсу терапії не запобігає розвитку рецидивів хвороби. У терапію, на нашу думку, необхідно включати імунобіологічні препарати.

Мета роботи. Розглянути особливості лікування ГВ уражень нервової системи із включенням імунобіологічних препаратів.

Результати та обговорення. Основну групу становили 20 хворих з ураженням нервової системи ГВ етіології, яким паралельно з нормальним людським імуноглобуліном призначали специфічну противірусну терапію. Жінок було 6, чоловіків – 14.

Етіологічними чинниками захворювань основної групи були такі збудники: HSV 1/2 – у 7, HHV 6-го типу – у 2, CMV – у 3, VZV – в 1, EBV – у 3, HSV і HHV 6-го типу – у 2, EBV і HHV 6-го типу – у 2. У всіх хворих віруси перебували у стадії реактивації.

Контрольну групу становили 10 хворих з ураженнями нервової системи, спричиненими вірусами родини герпесу, які приймали специфічні противірусні препарати.

В етіології контрольної групи брали участь такі збудники: CMV – в 1, HSV – у 5, EBV – у 2, EBV і HSV – в 1, HSV і CMV – в 1. Усі названі віруси перебували у стадії реактивації.

Схема лікування препаратом нормального людського імуноглобуліну для внутрішньовенного введення була такою: 10% розчину 50 мл 1 раз на добу № 5. Схема базисної терапії пацієнтів основної й контрольної груп включала застосування ацикловіру або ганцикловіру. Хворим призначали нейропротек-

тори, вітаміни, антиоксиданти, антигістамінні й сечогінні препарати.

Середня тривалість неврологічних симптомів у днях була меншою в групі хворих, які приймали в комплексній терапії нормальний людський імуноглобулін разом зі специфічними противірусними препаратами (ацикловір, ганцикловір), порівняно з групою контролю, яка отримувала лише специфічні противірусні препарати.

Так, запаморочення в основній групі пацієнтів тривало $(9,3 \pm 3,9)$ дня, у контрольній групі – $(14,2 \pm 6,2)$, $p=0,09$; ністагм – відповідно $(10,0 \pm 7,1)$ і $(15,3 \pm 8,2)$, $p=0,1$; недостатність конвергенції – $(14,1 \pm 4,3)$ і $(14,6 \pm 10,5)$, $p=0,5$; парез мимічної мускулатури – $(13,5 \pm 0,6)$ і $(18,2 \pm 5,9)$, $p=0,1$; девіація язика – $(14,0 \pm 5,5)$ і $(19,5 \pm 5,4)$, $p=0,1$; підвищені або знижені сухожилкові рефлекси – $(19,9 \pm 8,2)$ і $(22,4 \pm 8,4)$, $p=0,8$; відсутні або знижені черевні та підшовні рефлекси – $(18,0 \pm 8,9)$ і $(24,0 \pm 3,7)$, $p=0,04$; патологічні стопні знаки – $(12,2 \pm 8,3)$ і $(20,8 \pm 6,3)$, $p=0,03$; атаксія – $(13,3 \pm 6,4)$ і $(18,0 \pm 7,9)$, $p=0,5$; хиткість у позі Ромберга – $(17,4 \pm 5,9)$ і $(22,7 \pm 8,3)$ дня, $p=0,03$.

До закінчення терапії результат ПЛР крові або ліквору змінився з позитивного показника на негативний, зникали специфічні IgM.

У хворих, що отримували нормальний людський імуноглобулін разом зі специфічною противірусною терапією, загальна слабкість, швидка втомлюваність, запаморочення, біль голови, оніміння кінцівок зникали раніше на 3-5 днів, ніж в осіб контрольної групи. Таким чином, застосування препарату нормального людського імуноглобуліну в комплексі зі специфічною противірусною терапією призводить до зменшення тривалості неврологічних симптомів, поліпшенням молекулярно-біологічних і специфічних показників.

Висновки. Призначення препарату нормального людського імуноглобуліну в комплексі зі специфічною противірусною терапією позитивно впливає на перебіг герпесвірусних уражень нервової системи різної етіології, що виражається поліпшенням суб'єктивних, об'єктивних і лабораторних показників.

М.О. Андрущак

ОЦІНКА НЕФРОТОКСИЧНИХ ЕФЕКТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Враховуючи абсолютні переваги застосування антиретровірусної терапії в лікуванні ВІЛ-інфікованих пацієнтів, слід підкреслити, що можливість розвитку побічних нефротоксичних ефектів ніколи не є реальною причиною відмови від цієї терапії.

Мета роботи – проаналізувати частоту нефротоксичних ефектів, що пов'язані із застосуванням антиретровірусної терапії у ВІЛ-інфікованих.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз амбулаторних карт ВІЛ-інфікованих, які перебували на диспансерному обліку в Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом, даних літератури різних когортних досліджень в Україні та за кордоном, присвячених цій проблематиці.

Результати та обговорення. Найчастіше нефротоксичні ефекти пов'язані із застосуванням індинавіру з групи інгібіторів протеази і тенофовіру з групи нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази (НІЗТ).

Із застосуванням індинавіру пов'язане ураження нирок, яке включає кристалурію, нирковокам'яну хворобу, обструктивне гостре пошкодження нирок. Епізодична безсимптомна кристалурія реєструється у значного числа пацієнтів (майже в 67%), але в деяких випадках відзначається її постійний характер. Серед осіб, які перебувають на постійній антиретровірусній терапії, частота симптоматичної кристалурії становить 33%.

Із запровадженням у широку практику лікування ВІЛ-інфікованих препаратів класу НІЗТ було описано токсичне ураження проксимальних каналців нирок – від минучої дисфункції до некрозу каналцевих клітин. Дані окремих клінічних спостережень і результати когортних досліджень та ретроспективного аналізу свідчать про можливість розвитку серйозних побічних нефротоксичних ефектів при застосуванні тенофовіру. Так, при обстеженні 84 пацієнтів, які отримували тенофовір, зниження швидкості клубочкової фільтрації відзначали у 29,0% і лише у

16,5% представників контрольної групи. Нами встановлено, що при використанні тенофовіру понад 2 міс. відбувається зниження швидкості клубочкової фільтрації, розвиваються артеріальна гіпертензія, набряки, знижується рівень гемоглобіну, що призводить до розвитку залізодефіцитної анемії.

Серед опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованих переважають туберкульоз і пневмоцистна пневмонія. У США тенофовір є ефективним і широко використовується для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію і вірусні гепатити. Дослідження показують, що тенофовір має низький загальний профіль токсичності, але впливає на швидкість клубочкової фільтрації і призводить до дисфункції ниркових каналців, а в тяжких випадках розвиваються ниркова недостатність і синдром Фанконі. У науковій літературі згадуються окремі випадки гіперчутливості до абакавіру, атазанавіру, ефавірензу (з розвитком пневмоніту і гепатиту). Після відміни препарату усі симптоми системного пошкодження регресували. Один випадок гострого пошкодження нирок з висипом, еозинофілією і системними симптомами був описаний після початку терапії невірапіном.

Висновки. Як правило, клінічні симптоми ураження нирок регресують і рівень креатиніну в сироватці крові через декілька тижнів після відміни антиретровірусного препарату у ВІЛ-інфікованого повертаються до норми. У той же час у деяких пацієнтів були відзначені незворотні зміни – поступова втрата функції нирок, можливо, внаслідок трансформації гострих порушень у хронічні.

Т.І. Бевз, Л.В. Мороз, Г.А. Мартинюк

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ TLR4

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

Актуальність. Гепатит С (ГС) є однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я усіх країн світу через повсюдне розповсюдження, тенденцію до зростання захворюваності, високий рівень хронізації і, як наслідок, значну смертність, дорогоцінну терапію і відсутність специфічної профілактики.

Зазвичай ГС перебігає без симптомів, тому рідко діагностується на ранньому етапі. У хронічній формі ГС може часто залишатися недіагностованим, що призводить до тяжких уражень печінки, зокрема цирозу і гепатоцелюлярної карциноми. На даний час використовують різні групи діагностичних маркерів для визначення тяжкості пошкодження печінки і прогнозування перебігу ГС. Для визначення рівня поширення інфікування, а також контролю ефективності лікування застосовують якісне та кількісне визначення РНК вірусу методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). За результатами ряду сторонніх досліджень, реплікація вірусу зростає з прогресуванням хвороби, а також вищий рівень віремії корелює зі серйознішими ураженнями печінки.

Особливості прогресування HCV-інфекції, а саме висока схильність до хронізації, розвиток значної кількості ускладнень, серед яких найбільш поширені фіброз і цироз печінки, спонукає до пошуку нових методів прогнозування перебігу цієї патології.

Мета роботи – з'ясувати особливості прогресування ХГС шляхом визначення поліморфізму гена TLR-4.

Матеріали і методи. Обстежено 82 пацієнти з ХГС, що знаходились на диспансерному спостереженні у Вінницькому обласному гепатитному центрі. До контрольної групи входили 40 здорових респондентів, які були репрезентативні за віком і статтю. Для підтвердження діагнозу усім хворим проведені дослідження на виявлення в сироватці крові маркерів HCV-інфекції (сумарних anti-HCV, anti-HCV_{cor}, anti-HCV NS3, anti-HCV NS4, anti-HCV NS5, якісне визначення і кількість HCV RNA, встановлення генотипу вірусу). За рівнем вірусологічного навантаження пацієнти були розділені на дві групи – з низьким вірусним навантаженням ($\leq 600\,000$ МО/мл) і з високим ($> 600\,000$ МО/мл). Для дослідження поліморфізму гена TLR4 застосовували класичну ПЛР з наступним аналізом поліморфного варіанта +3725 G/C гена TLR4 за допомогою розробленої методики з використанням сайт-специфічної ПЛР. Для доведення достовірності клінічного дослідження використовувався метод визначення середніх помилок (m). Встановлена необхідна достовірність отриманих показників – 95,5% достовірності, можливе відхилення від отриманих результатів не перевищувало $\pm 5\%$. Статистичні дані отримані за допомогою програми STATISTICA 10.

Результати та обговорення. Усі обстежені пацієнти мали 1b генотип вірусу гепатиту С. Поширеність різних алельних варіантів +3725 гена TLR4 серед досліджуваної групи пацієнтів була така: 80,48% становив генотип G/G, 15,85% – G/C і 3,65% – C/C, що статистично зіставно з поширеністю цих генотипів серед здорових осіб. За результатами порівняння розподілу генотипів за алельним варіантом +3725 G/C гена TLR4 у пацієнтів з різним вірусним навантаженням з використанням точного двобічного тесту Фішера було встановлено, що частота носіїв алелей +3725 C (генотипи GC і CC) була достовірно ($p < 0,05$) вищою в групі пацієнтів з високим вірусним навантаженням (0,303), порівняно з групою пацієнтів з низьким вірусним навантаженням (0,082). За розрахунками показника відношення шансів встановлено, що індивіди-носії алелі +3725 C гена TLR4 мають майже в п'ять разів вищий ризик високого вірусного навантаження (OR=4,89; ДІ 95%; 1,38-17,31).

Висновки. Отримані дані вказують на те, що пацієнти з ХГС, які є носіями алелі +3725 C гена TLR4, мають майже в 5 разів вищий ризик виникнення високого вірусного навантаження, ніж монозиготні індивіди-носії алелі +3725 G гена TLR4.

С.О. Білокобила, О.В. Рябоконт, О.М. Фірюліна, Ю.Ю. Рябоконт

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДОРΟΣЛИХ, ХВОРИХ НА КІР, ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ УСКЛАДНЕНЬ

Медичний університет, Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. У 2017-2019 рр. у країнах Європи, зокрема й в Україні, відзначено значне збільшення кількості хворих на кір. На сьогодні патогенетичні механізми, які обумовлюють особливості перебігу захворювань та їх наслідки, інтенсивно вивчаються. Особлива увага приділяється оцінці функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС), який відіграє важливу роль у перебігу захворювань, а зміни варіабельності ритму серця (ВРС) розглядаються як рання прогностична ознака розвитку багатьох патологічних станів, що дає змогу оцінити ступінь адаптаційних можливостей організму.

Мета роботи – проаналізувати функціональний стан ВНС у дорослих, хворих на кір, залежно від наявності ускладнень.

Матеріали і методи. У дослідження включено 210 осіб віком від 18 до 58 років, хворих на кір, які лікувалися у відділенні № 1 КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР» з липня 2017 р. по березень 2019 р. Підтвердження діагнозу кору здійснювали згідно з критеріями ВООЗ (2013). Функціональний стан ВНС оцінювали методом комп'ютерної кардіоінтервалометрії з визначенням показників ВРС. Аналіз ВРС проведено відповідно до протоколу Робочої групи Європейського товариства кардіології й Північноамериканського товариства кардіостимуляції та електрофізіології. Контрольну групу склали 30 здорових людей. Статистичну обробку даних здійснювали в програмі «STATISTICA for Windows 6.0».

Результати та обговорення. У більшості дорослих хворих кір мав ускладнений перебіг (70,5%), при цьому спектр ускладнень був представлений переважно ураженням органів дихальної системи (61,4%) і шлунково-кишкового тракту (43,8%), частота розвитку яких залежала від тяжкості перебігу ($p < 0,05$). Ускладнення з боку нервової системи (1,0%) та органів зору (0,5%) розвинулися у деяких хворих за умов важкого перебігу кору.

Аналіз показників ВРС показав, що за наявності ускладнень функціональний стан ВНС характеризувався зниженням потужності в усіх ланках регуляції з розвитком дисбалансу в бік симпатикотонії, порівняно зі здоровими людьми ($p < 0,01$). У хворих з ускладненим перебігом кору показники, які характеризують загальну потужність вегетативної регуляції (SDNN, Total power), параметр, що характеризував гуморальні впливи (VLF), виявилися нижчими ($p < 0,05$), а частка симпатичних впливів у загальному спектрі вегетативної регуляції (LF norm) вищою ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів без ускладнень цієї інфекції. Симпатикотонію у хворих з ускладненим перебігом кору підтверджує підвищення на 90% ($p < 0,05$) індексу вегетативного балансу (LF/NF), порівняно зі здоровими людьми. На відміну від хворих з ускладненим перебігом захворювання, у пацієнтів без ускладнень кору LF/NF не відрізнявся ($p > 0,05$) від показника здорових людей, незважаючи на збільшення ($p < 0,01$) частки симпатичних впливів і зменшення частки парасимпатичних впливів у загальному спектрі вегетативної регуляції ($p < 0,01$), порівняно зі

здоровими людьми. За відсутності ускладнень у пацієнтів показники потужності симпатичних (LF) і парасимпатичних (HF) впливів виявилися нижчими ($p < 0,01$), ніж у здорових осіб, проте загальна потужність вегетативної регуляції (Total power) статистично не відрізнялася ($p > 0,05$) від показника здорових людей.

Висновки. У більшості дорослих хворих (70,5%) кір перебігав з ускладненнями, частота і спектр яких залежали від тяжкості перебігу захворювання. Порушення функцій ВНС відіграють певну роль у формуванні ускладнень кору в дорослих. За наявності ускладнень ВНС характеризується зниженням потужності в усіх ланках регуляції з розвитком дисбалансу в бік симпатикотонії.

В.А. Боднар, Т.І. Коваль, Г.М. Дубинська, Н.О. Прийменко,
Т.М. Котелевська, Л.А. Боднар, Л.М. Сизова, Н.П. Лимаренко

ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГРИП-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ, ЗАЛЕЖНО ВІД ЕТІОЛОГІЧНОГО ЧИННИКА

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Актуальність. Грип залишається поширеним і масовим інфекційним захворюванням у світі. Характерно, що рівень смертності від грипу та його ускладнень продовжує займати перше місце серед смертей від усіх інфекційних захворювань. При цьому доведено, що пневмонія залишається основною причиною госпіталізації та смертності при грипі і тому є вкрай актуальною проблемою охорони здоров'я на земній кулі.

Мета роботи – проаналізувати епідеміологічні дані та клінічний перебіг пневмонії, яка ускладнювала грип, у Полтавській області, залежно від етіологічного чинника.

Матеріали і методи. Проаналізували дані офіційної звітної документації та карти стаціонарних хворих з підтвердженим діагнозом грипу, що перебували на лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні (ПОКІЛ) з 2016 по 2018 рр. Детальніше обстежили 95 пацієнтів з пневмонією, яка ускладнювала перебіг грипу. Діагноз грипу і пневмонії встановлювали на основі

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

Результати та обговорення. Виявлено, що випадків грипу в Полтавській області у 2018 р., порівняно з 2016 р., було зареєстровано в 4 рази менше, а у 2017 р., порівняно з 2016 р. – у 6 разів менше, про що опосередковано свідчила й кількість стаціонарних хворих з цією патологією в ПОКІЛ. Однак, незважаючи на це, частота розвитку пневмонії, яка ускладнювали перебіг грипу, за даними ПОКІЛ, залишалася на високому рівні: 20,84% – у 2016 р. і 20,19% – у 2017 р., 9,7% – у 2018 р.

Серед пацієнтів з пневмонією, що ускладнювала грип, при мікробіологічному дослідженні харкотиння патогенний бактерійний агент вдалося виявити у 41 (43,16%) осіб. Найчастіше виявляли *S. pneumoniae* – у 21 хворого, дещо рідше *S. aureus* – у 13, *Haemophilus influenzae* – у 4 і *E. coli* – у 3 осіб.

Також слід відзначити, що у 2 пацієнтів було виділено *Streptococcus viridans*, та по 1 пацієнту – *S. epidermidis* і *Candida spp.* Однак, за даними літератури, розвиток бронхолегеневого запалення для цих мікроорганізмів не є характерним, що може свідчити про контамінацію матеріалу флорою верхніх відділів дихальних шляхів.

Загалом клінічна картина на початку захворювання і при його розвитку практично в усіх пацієнтів була типовою з переважанням проявів інтоксикаційного синдрому без відмінностей залежно від бактерійного агенту, за винятком того, що кров'янисте харкотиння і виражену задишку спостерігали лише у пацієнтів зі *S. pneumoniae* (n=12) або *S. aureus* (n=8). Крім того, тяжкий перебіг пневмонії з необхідністю в кисневій терапії відмічався лише у хворих, в яких виділяли зазначені вище збудники.

При рентгенографічному обстеженні двобічне ураження легень переважно реєстрували у пацієнтів, в яких виділяли *S. pneumoniae* (n=18), *S. aureus* (n=12) або ж у групі хворих, в яких бактерійний агент не виявляли (n=20), тому висловлювалось припущення про первинно-вірусну причину розвитку запальних змін у легенях. У деяких пацієнтів (усі, в яких виділяли *S. aureus*; n=5) на тлі масивних інфільтративних змін у легеневій тканині формувалися мікроабсцеси.

Висновки. Проведені дослідження продемонстрували, що, незважаючи на зниження захворюваності на грип у 2018 р. порівняно з 2016 р., частота розвитку пневмонії, що ускладнювала перебіг грипу, залишалася стабільно високою, здебільшого з виділенням *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Haemophilus influenzae* та *E. coli*; при цьому пневмонія, спричинена *S. pneumoniae* та *S. aureus*, зазвичай характеризувалася тяжким перебігом, двобічним ураженням легень, формуванням абсцесів і потребою в кисневій підтримці.

К.І. Бодня, Т.А. Велієва, О.С. Марченко

ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНИМ І ХІРУРГІЧНИМ МЕТОДАМИ – ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СОБІВАРТОСТІ

Медична академія післядипломної освіти, Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого, м. Харків

Актуальність. Ехінококоз є тяжким паразитарним захворюванням. Як відзначають більшість авторів і підтверджують наші спостереження, найчастіша локалізація ехінококових кіст – печінка (60-80%), при цьому частіше спостерігаються поодинокі кисти (до 70%).

Тривалий час, іноді десятиліттями, кисти клінічно не виявляються і не спричиняють порушень у хворого. Зміни виникають лише при патологоанатомічному розтині з іншої причини. При іншому варіанті перебігу ехінококозу першими симптомами хвороби часто є загальна слабкість, нездужання, погіршення апетиту, швидка стомлюваність за відсутності схуднення.

Дотепер лікування ехінококозу залишається актуальною проблемою. Однак рецидиви хвороби, що виникають у 54% випадків хірургічного лікування, свідчать про те, що воно далеко не завжди є радикальним і часто вимагає після себе додаткової терапії. На початку ХХ століття зроблено перші спроби консервативного лікування ехінококозу. Зараз альбендазол є препаратом вибору в протирецидивній післяопераційній хіміотерапії недуги.

Мета роботи – порівняти витрати на терапевтичне і хірургічне лікування ехінококозу печінки на основі методичних

підходів і принципів розрахунку собівартості складної медичної послуги відповідно до методології «step-down».

Матеріали і методи. Порівняльний економічний аналіз витрат застосування терапевтичного і хірургічного методів лікування ехінококозу базувався на таких методичних підходах і принципах. На етапі діагностики обчислювали витрати на лабораторні та ультразвукові дослідження ехінококозу. Слід зауважити, що витрати на здійснення таких методів клінічного дослідження ехінококозу як збір і аналіз анамнезу, суб'єктивних і об'єктивних даних, враховували при визначенні витрат на лікування у формі надання терапевтично-консультативних послуг, а витрати на лікування ехінококозу розраховували з урахуванням специфіки терапевтичного і хірургічного методів з метою визначення та порівняння їх собівартості.

Відповідно до методології «step-down» («зверху вниз») розрахунок собівартості лікування ехінококозу здійснювався на основі визначення центрів витрат. Цей підхід до обчислення витрат лікувально-профілактичних установ у даний час є дуже поширеним. У США, наприклад, він є обов'язковим для використання при підготовці звітів про витрати для програм Medicare і Medicaid (двох державних програм для літніх людей і малозабезпечених громадян).

Основою методології «step-down» є підхід, згідно з яким усі витрати необхідно розподілити по центрам витрат, які можуть бути або центрами підтримки, або центрами надходжень. Центри підтримки – це ті центри витрат, які забезпечують основні лікувально-діагностичні функції медичного закладу і включають, зазвичай, адміністративно-господарські, технічні, допоміжні підрозділи. Центри надходжень – це ті центри витрат, які безпосередньо надають медичні послуги при амбулаторно-поліклінічному і стаціонарному хірургічному лікуванні пацієнтів.

Методологія «step-down» знайшла своє відображення в «Методиці розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування», затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075, яка вступила в силу з 1 січня 2018 р.

Особливістю запропонованої моделі калькулювання є те, що собівартість розраховувалася як сукупність витрат центрів надходжень, які визначалися відповідно до стадії лікувального

процесу. Слід підкреслити, що для визначення повних витрат терапевтичного і хірургічного лікування ехінококозу сума витрат центрів надходжень коректувалася на коефіцієнт витрат центрів підтримки (витрати адміністративних і допоміжних підрозділів).

На основі застосування обґрунтованих у процесі дослідження методичних підходів і принципів економічного аналізу витрат на терапевтичне і хірургічне лікування ехінококозу, були запропоновані:

1. Модель розрахунку собівартості складної медичної послуги з лікування ехінококозу на основі підходу «step-down» і методу калькулювання за повними витратами, яку можна представити формулою:

$$CCMS = \sum CRC \times (1 + CSRSC(IC)), \text{ де:}$$

CCMS – собівартість складної медичної послуги з лікування ехінококозу;

CRC – витрати центрів надходжень (прямі витрати);

CSRSC (IC) – коефіцієнт розподілу витрат центрів підтримки (непрямих витрат), розрахований як певна їх частина, яка відноситься відповідно до визначеного критерієм на собівартість складної медичної послуги з лікування ехінококозу.

Слід підкреслити, що коефіцієнт розподілу витрат центрів підтримки (непрямих витрат) можна розраховувати на основі інших критеріїв, наприклад, кількості пацієнтів, які отримують медичні послуги певного виду, трудомісткості конкретної медичної послуги тощо.

2. Модель розрахунку собівартості складної медичної послуги з лікування ехінококозу на основі підходу «step-down» і методу калькулювання «direct-cost», яку можна представити формулою: $CCMS = \sum DCRC$, де:

CCMS – собівартість складної медичної послуги з лікування ехінококозу;

DCRC – витрати центрів надходжень.

Результати та обговорення. На основі запропонованих моделей розрахункової собівартості складної медичної послуг з лікування ехінококозу печінки визначалася лінійка витрат центрів надходжень відповідно до методів і форм організації надання складної медичної послуги:

921 грн (амбулаторно-поліклінічна форма терапевтичного лікування);

18 476 грн (хірургічне лікування в стаціонарі).

Проведений порівняльний економічний аналіз собівартості амбулаторного терапевтичного лікування ехінококозу печінки та хірургічного лікування в стаціонарах медичних установ на основі запропонованої методики обліку витрат центрів надходжень дає підставу для наступних

Висновки. Запропонована методика калькулювання собівартості лікування ехінококозу на основі витрат підрозділів медичних установ, які є центрами надходжень, з урахуванням його методів (терапевтичний, хірургічний) і організаційних форм (амбулаторне та стаціонарне лікування), є досить ефективним інструментом економічного аналізу витрат, пов'язаних з наданням складних медичних послуг; Витрати центрів надходжень медичних установ на хірургічне лікування ехінококозу печінки у 20 разів перевищують витрати на амбулаторно-терапевтичне лікування. У ситуації вибору методу лікування ехінококозу печінки (терапевтичний або хірургічний) слід враховувати не лише медичний аспект проблеми як, безсумнівно, пріоритетний, а й економічний, оскільки соціально-економічна ефективність складної медичної послуги залежить як від лікувального ефекту застосування того чи іншого методу, так і від витрат на його досягнення. Економічно доцільним є поєднання методів терапевтичного та хірургічного лікування ехінококозу, що дозволяє досягти більш високої ефективності на основі оптимізації витрат на лікування.

К.І. Бодня, Л.О. Кадельник, І.П. Бодня, Л.І. Скорик

ІТЕРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛАБОРАТОРНІ ПОСЛУГИ ПРИ КОПРОСКОПІЧНОМУ ОБСТЕЖЕННІ НА ЛЯМБЛІОЗ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Актуальність. У сучасний період, за даними Міністерства охорони здоров'я України, близько 70% усіх клінічних рішень у медицині засновані на результатах лабораторних досліджень, а для інфекційних захворювань цей відсоток наближається до 100% [Українські лабораторії будуть працювати за міжнародними стандартами. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/ukrainski->

laboratorii-pracjuvatimut-za-mizhnarodnimi-standartami (дата звернення 2018)].

В останні роки істотно переглядається соціальна значимість діагностики паразитарних хвороб. Кишкові протозоози, насамперед лямбліоз, навіть у формі носійства можуть створювати вторинні імунодефіцитні стани, посилювати епідеміологічно несприятливу ситуацію щодо кишкових бактеріозів, знижувати ефективність вакцинопрофілактики. Лямбліоз поширений повсюдно. В Україні рівень захворюваності населення на лямбліоз залишається на високому рівні і перевищує такий у провідних країнах Європи в десятки разів.

Профілактика, діагностика і лікування лямбліозу засновані на лабораторних дослідженнях, у вартості яких повинні знайти своє концентроване відображення їх якості, соціальна значущість й економічна обґрунтованість. Актуальність і практична значущість вирішення цієї проблеми визначаються, по-перше, необхідністю розробки економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, повну оплату яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України, згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування і реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р., № 2168-VIII. URL: <https://www.apteka.ua/article/440624> (дата звернення 2018)].

Важливо відзначити, що з 1 січня 2018 р. здійснюється програма державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги, а з 1 січня 2020 р. ця програма буде реалізована для всіх рівнів медичної допомоги. Таким чином, розробка і впровадження тарифів на медичні послуги є дієвим економічним інструментом забезпечення ефективності програми медичних гарантій за всіма рівнями і видами медичного обслуговування.

По-друге, обов'язками сімейного лікаря є координація і організація виконання лабораторних досліджень та їх проведення [Від профілактики до лабораторних досліджень: які обов'язки покладаються на лікаря первинної ланки. URL: <https://www.5.ua/suspilstvo/vid-profilaktyky-do-laboratornykh->

doslidzhen-iaki-oboviazky-pokladaiutsia-na-likaria-pervynnoi-lanky-167067.html (дата звернення 2018)], що вимагає обґрунтування економічних основ визначення рівня оплати цих видів діяльності.

По-третє, у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» встановлено, що тариф на медичні послуги, пов'язаний з наданням первинної медичної допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичних послуг і ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень. Таким чином, встановлення економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги безпосередньо залежить від ціноутворення на лабораторні дослідження.

По-четверте, медична реформа передбачає надання широкого спектра платних медичних послуг, що також актуалізує проблему ціноутворення на лабораторні дослідження у сфері паразитології.

Мета роботи – обґрунтування теоретико-методичних основ ціноутворення на лабораторні дослідження лямбліозу з урахуванням їх ітеративності і методів діагностики.

Ціноутворення на лабораторні дослідження лямбліозу залежить від декількох факторів. Серед них: метод діагностики, витратність і результативність обраного методу діагностики, ітеративний (повторність, кратність циклів). Справа в тому, що лабораторне дослідження лямбліозу, як будь-яка медична послуга, має певний життєвий цикл, модель якого може бути лінійним та ітеративним.

Лінійний життєвий цикл лабораторних досліджень охоплює такі стадії: отримання матеріалу; дослідження; позитивний/негативний результат. При позитивному результаті необхідність повторних досліджень відсутня. Але можлива й ситуація, коли виходить негативний результат, достовірність якого викликає певні сумніви, але пацієнт не погоджується на повторний аналіз. Лінійність життєвого циклу лабораторних досліджень знаходить своє відображення в практиці встановлення єдиної ціни на лабораторну діагностику лямбліозу. Лінійний підхід зараз є пріоритетним в ціноутворенні.

Ітеративний життєвий цикл лабораторних досліджень лямбліозу включає кілька лінійних циклів і завершується отриманням достовірного (позитивного/негативного) результату – верифікацією діагнозу. У даний час залишається дискусійним питання про кратність проведення копроскопічних досліджень для

верифікації лямбліозу. Одні автори вважають цілком достатнім триразове дослідження калу, інші – до семи разів. Ітеративна діагностики лямбліозу є об'єктивною необхідністю для верифікації цього захворювання. Отже, і ціноутворення на лабораторні дослідження повинно стимулювати пацієнта до здійснення оплати повторних аналізів. Але для пацієнта це додаткові витрати, які не гарантують результат. Спираючись на дослідження Л.А. Кадельнік, доцільним є визначення траєкторії ціни на лабораторні дослідження лямбліозу відповідно до їх ітеративності і мінімаксімним підходом. При цьому слід поєднувати кілька методів ціноутворення: ціннісний, витратний і ринковий. Зрозуміло, що цінність лабораторного дослідження для пацієнта визначається його результативністю. Однак відсутність у першому і другому циклах позитивного результату і отримання сумнівного негативного результату істотно знижують оцінку пацієнтом якості лабораторних досліджень. Ситуацію виправляють саме ітеративний і мінімаксімний підходи до ціноутворення, які враховують циклічну втрату послугою цінності для пацієнта. Витратний метод (собівартість + прибуток) при цьому спрямовується на забезпечення економічної ефективності і прибутковості лабораторії. Важливим є визначення базової ціни, яка забезпечує беззбитковість і певний рівень рентабельності лабораторних досліджень, і на її основі – відсоток відхилення від її значення максимальної та мінімальної ціни циклів. Проведений аналіз показує, що мінімаксімний підхід забезпечує високий рівень економічної ефективності лабораторних досліджень, на відміну від застосування постійної базової ціни.

Висновки. Ціни на лабораторні дослідження лямбліозу важливо диференціювати залежно від методу, що застосовується. Визначення траєкторії ціни на лабораторні дослідження лямбліозу відповідно до їх ітеративності і мінімаксімним підходом дозволяє реалізувати такі цілі лабораторії: стимулювання пацієнтів до повторних аналізів, що необхідно для достовірної діагностики лямбліозу; компенсація витрат і забезпечення отримання певного прибутку; забезпечення конкурентоспроможності на ринку лабораторної діагностики лямбліозу; формування у пацієнтів уявлення щодо високої якості і цінності для них послуг лабораторії.

К.І. Бодня, Л.І. Скорик

УРАЖЕНІСТЬ КОМАРІВ МІКРОФІЛЯРІЯМИ *D. REPENS* У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Актуальність. Останнім часом в Україні все більшої актуальності набуває проблема трансмісивних гельмінтозів – дирофіляріозів. Дирофіляріози – тканинні зоонозні гельмінтози, яким притаманні трансмісивна передача, повільний розвиток, тривалий перебіг та осередкове розповсюдження. Вони ендемічні не тільки для територій з теплим і вологим кліматом, але й для багатьох країн з помірним кліматом. В останні роки спостерігається тенденція до наростання публікацій про дирофіляріози, що може бути пов'язано з поліпшенням діагностики, збільшенням числа випадків (через потепління клімату й активізацію переносників).

Проблема дирофіляріозів для України зараз є актуальною, оскільки серед собак захворювання набуває характеру ензоотії. Тому гостро постає питання про способи профілактики дирофіляріозу як у тварин, так і у людей.

Мета роботи. Проаналізувати сучасну ситуацію щодо дирофіляріозу в Харківській області.

Результати та обговорення. Для території Дергачівського району Харківської області дирофіляріоз – природно-осередкове захворювання. У 2004 р. вперше було зареєстровано випадок дирофіляріозу у мешканки Дергачівського району – 45-річної жінки, що проживала в селищі міського типу (сmt) Руська Лозова і працювала реалізатором на ринку м. Харкова. За межі області не виїжджала. За медичною допомогою звернулася в лікувальний заклад з приводу утворення пухлини в скроневій ділянці. Хвора була госпіталізована і прооперована. При гістологічному дослідженні видаленого матеріалу виявлено нестатевозрілу самку *D. repens*. Хворій було встановлено заключний діагноз – дирофіляріоз.

Ентомологічний моніторинг природного осередку проведено в Дергачівському районі Харківської області. У природних осередках (у радіусі 3-ох км) комарі зустрічалися в усіх біотопах. Основними біотопами, з яких досліджували комарів, були: змішаний, листовий, сосновий ліси і заплавні луки. При прове-

денні обліку чисельності в різних біотопах – загальна активність кровосисних комарів спостерігалася з кінця квітня-початку травня до кінця жовтня, тобто, протягом п'яти-шести місяців. Зростання чисельності, залежно від погодних умов, було виражено двома піками. Перший пік чисельності припадав на травень, другий – на липень. Частота нападів кровососів залежала від ступеня їх активності та чисельності. Якщо у 2009-2011 рр середньо-сезонний показник перевищували комарі роду *Anopheles*, то починаючи з 2012 р. – комарі роду *Aedes*.

На інтенсифікацію епідеміологічного процесу з дирофіляріозу в Дергачівському районі впливає наявність 148 водоймищ (1 669 га), де й відбувається виплід комарів – основних переносників дирофіляріозу.

При вивченні видового складу комарів було встановлено, що у Дергачівському районі найбільш розповсюджені три види. Домінантним видом є *Aedes* – 37,4%, *Culex* – 33,2%, *Anopheles* – 29,4%.

Збір імаго комарів проводили стандартним методом (20-хвилинного обліку на собі) за загальноприйнятою методикою. Усіх комарів доставляли в паразитологічну лабораторію ДУ «Харківський обласний лабораторний центр МОЗ України» для дослідження на мікрофілярії.

Найбільша ураженість мікрофіляріями була виявлена у комарів родів *Culex*, *Aedes*, що підтверджено ентомологічним обстеженням – розтином комарів і виявлення мікрофілярій *D. repens*.

Наявність у природі комарів, що уражені мікрофіляріями, свідчить про існування природного осередку інфекції в конкретному біотопі населеного пункту району.

Одним із факторів, що приводить до росту захворюваності населення на дирофіляріоз, є збільшення чисельності безпритульних собак, іноді кішок – основного джерела інвазії.

Висновки. Ризик ураження дирофіляріозом населення Харківської області збільшується, тому що існують усі необхідні для цього передумови: наявність значної кількості основного джерела інвазії – собак (свійських і безпритульних), що потребує вивчення достовірної оцінки їх небезпеки в розповсюдженні дирофіляріозу; збільшення популяції комарів, зумовлене недостатнім об'ємом деларваційних заходів на водоймищах області.

Н.А. Боханова, В.І. Трихліб

СПАЛАХИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ У 2018 р.

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. На рівень захворюваності ряду інфекційних хвороб впливає низка різноманітних факторів, серед яких є й кліматичні. Ці фактори змінюються залежно від пори року. У військовослужбовців серед багатьох чинників, що можуть впливати на рівень захворюваності, суттєве значення мають метеорологічні фактори і контакт із місцевим населенням.

Мета роботи – встановити вплив різноманітних факторів на рівень захворюваності військовослужбовців, на підставі аналізу спалахів інфекційних захворювань в Україні у 2018 р., залежно від пори року.

Матеріали і методи. Проаналізовані оперативні дані стосовно спалахів інфекційних захворювань в Україні у 2018 р. (Центр громадського здоров'я, https://old.phc.org.ua/pages/diseases/other_social_diseases/operational-data-on-outbreaks-of-infectious-diseases-in-ukraine-for-the-last-week).

Результати та обговорення. У лютому зареєстровано 28 спалахів, з них: кору – 17; захворіло 283 особи, у тому числі 205 (72,4%) дітей, найбільше – в Івано-Франківській (відповідно 52 і 52), Одеській (48 і 33), Полтавській (35 і 5), Львівській (25 і 24) областях, у Київській області та у м. Києві – 1 спалах, 18 осіб (14 дітей); гострих кишкових інфекцій (ГКІ) – 8; захворіло 60 осіб (46 дітей), у Київській області та у м. Києві – 2 спалахи; 10 осіб (5 дітей); гепатиту А (ГА) – 1; 6 осіб, усі діти; сальмонельоз – 1; 12 осіб (3 дитини).

У березні було 29 спалахів, з них: ГКІ – 6; захворіло 50 осіб (49 дітей); кору – 17; 224 особи (145 (64,7 %) дітей), у Київській області та у м. Києві – 2; 7 осіб (5 дітей); ГА – 3; 28 осіб (21 дитина); сальмонельозу – 1; 4 особи, усі діти; ротавірусної інфекції – 2; 30 осіб (27 дітей).

У квітні зареєстровано 39 спалахів, з них: кору – 22; 437 осіб (295 (67,5%) дітей), найбільше захворіло у Львівській (відповідно 72 і 49), Дніпропетровській (62 і 20), Чернівецькій (40 і 33) областях, у Київській області та у м. Києві – 2; 57 осіб

(44 дитини); ГКІ – 8; 90 осіб (60 дітей); ротавірусної інфекції – 6; 56 осіб (54 дитини); краснухи – 1; 4 дорослих; сальмонельозу – 1; 38 осіб (3 дитини).

У травні було 32 спалахи, з них: ГКІ – 5; захворіло 37 осіб (32 дитини); кору – 19; 582 осіб (495 (85,0%) дітей), найбільше захворіло у Львівській (відповідно 126 і 116), Волинській (123 і 120), Тернопільській (38 і 29) областях, у Київській області та у м. Києві – 2; 52 особи (37 дітей); сальмонельозу – 3; 40 осіб (7 дітей); ротавірусної інфекції – 3; 21 особа (20 дітей); ГА – 2; 11 осіб (10 дітей).

У червні зареєстровано 33 спалахи, з них: кору – 20; захворіло 306 осіб (233 (76,1%) дитини), найбільше захворіло у Львівській (відповідно 58 і 57), Херсонській (33 і 7), Дніпропетровській (17 і 8), Житомирській (19 і 19) областях, у Київській області та у м. Києві – 2; 29 осіб (16 дітей); ГКІ – 8; 175 (116 дітей), найбільше захворіло у Запорізькій (64 і 59), Вінницькій (54 і 23) областях, у Київській області та у м. Києві – 2; 15 і 8 осіб; ротавірусної інфекції – 2; 11 осіб, лише діти; ГА – 2; 7 і 1; сальмонельозу 3; 14 і 5 осіб.

У липні зареєстровано 29 спалахів, з них: ГКІ – 11; захворіло 88 осіб, у тому числі 38 дітей; шигельозу – 1, у Донецькій області, 94 особи (з них 79 дітей); ротавірусної інфекції – 1; 4 особи, лише діти; кору – 10; 108 (73 (67,6%) дитини); ГА – 1; 4 (1 дитина); на дифтерію захворіло 4 особи (2 дитини).

У серпні було 19 спалахів: ГКІ – 9; захворіло 109 осіб, з них 48 дітей, найбільше – у Львівській (33 і 24), Рівненській (14 і 4), Чернівецькій (14 і 10) областях; кору – 7; 93 особи (81 (87,1%) дитина), найбільше захворіло в Одеській області (відповідно 56 і 52); сальмонельозу – 2; 13 осіб (6 дітей); ГА – 1; 4 особи (1 дитина).

У вересні зареєстровано 32 спалахи, з них: кору – 11; захворіло 364 особи, у тому числі 355 (97,5%) дітей, найбільше хворих в Івано-Франківській (відповідно 96 і 96), Вінницькій (70 і 70), Львівській (61 і 61) областях, у Київській області та у м. Києві спалахів не було; ГКІ – 14; 166 осіб (64 дитини), найбільша кількість хворих в Івано-Франківській (25 і 7) та Львівській (20 і 0) областях; сальмонельозу – 3; 54 особи (7 дітей); ГА – 1; 9 і 9 осіб.

У жовтні було 20 спалахів, з них: ГКІ – 2; захворіло 11 осіб, усі діти; сальмонельозу – 2; 61 особа, з них 44 дитини, великий спалах у Хмельницькій області; ГА – 2; 14 осіб, з них 12 дітей; ротавірусної інфекції – 1; 6 осіб, усі діти; кору – 13; 443 особи (382 (86,2%) дитини), найбільше захворіло у Львівській (відповідно 121 і 114), Вінницькій (81 і 70), Чернівецькій (68 і 60) областях, у Київській області та у м. Києві – 2; 29 осіб (16 дітей).

У листопаді – 21 спалах: ГА – 2; захворіло 10 осіб, усі діти; ГКІ – 1; 3 особи, усі діти; кору – 18; 926 осіб (850 (91,8%) дітей); найбільше у Львівській (відповідно 321 і 316), Івано-Франківській (166 і 149), Тернопільській (110 і 105), Волинській (74 і 63), Чернівецькій (63 і 57) областях, у Київській області та у м. Києві – 2; 33 і 28 осіб.

У грудні зареєстровано 24 спалахи: ГА – 1; захворіло 8 осіб, усі діти; ХТІ – 1; 7 осіб, усі діти; ГКІ – 1; 12 осіб, усі діти; ротавірусної інфекції – 1; 6 осіб, усі діти; кору – 20; 773 особи (718 (92,9%) дітей), найбільше захворіло у Львівській (відповідно 168 і 164), Рівненській (135 і 125), Чернівецькій (97 і 91), Івано-Франківській (72 і 69), Волинській (72 і 65) областях, у Київській області та у м. Києві – 2; 60 осіб (52 дитини).

Висновки. У 2018 р. найбільшу кількість спалахів інфекційних захворювань зареєстровано у період із квітня по червень і у вересні. Найбільше спалахів кору відзначено з квітня по червень і у грудні, у той же час переважну кількість хворих зареєстровано у листопаді-грудні, а більшу частку серед них дітей – з вересня по грудень. Переважне число спалахів ГКІ спостерігали з липня по вересень, а більшу кількість хворих – у червні та вересні; ротавірусної інфекції – у період із березня по травень. Необхідне проведення подальших досліджень стосовно вивчення особливостей спалахів і захворюваності в різних регіонах України, оскільки це може мати суттєвий вплив на захворюваність військовослужбовців.

С.М. Букій, О.М. Ольховська, Л.А. Букій, М.А. Піддубна

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПРОЗАПАЛЬНОГО ІНТЕРЛЕЙКІНУ 1 У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ШИГЕЛЬОЗ ТА ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

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

Актуальність. Проблема шигельозу в дітей у більшості країн, що розвиваються, характеризується збереженням на високому рівні показників захворюваності, ймовірним розвитком летальних випадків. На несприятливі виходи шигельозу, як і будь-якої кишкової інфекції, може впливати супутня патологія, у тому числі – інфікування герпес-вірусами. Встановлено, що інфікування цитомегаловірусом (ЦМВ) призводить до змін імунної відповіді дитячого організму, що не може не позначатися на перебігу інфекційного захворювання.

Мета роботи. Вивчити особливості реагування прозапального інтерлейкіну 1 (ІЛ-1) у дітей, хворих на шигельоз та інфікованих ЦМВ.

Матеріали і методи. Проведено зіставлення лабораторних показників у 49 дітей віком від 3 до 7 років, які перебували в Обласній дитячій інфекційній клінічній лікарні м. Харкова. Першу групу склали 25 дітей, хворих на шигельоз у вигляді моноінфекції, другу – 24 дитини, хворих на шигельоз, який перебігав на тлі інфікування ЦМВ. Групу порівняння склали 20 здорових дітей, аналогічних за віком і статтю.

Результати та обговорення. Визначено, що в гострому періоді шигельозу у хворих груп спостереження відзначалось суттєве підвищення рівня ІЛ-1: у хворих першої групи це підвищення було більш значимим, порівняно з пацієнтами другої групи ($p < 0,001$ проти $p < 0,01$ відповідно). До періоду ранньої реконвалесценції вміст ІЛ-1 у пацієнтів знижувався. У хворих на моноінфекцію цей показник вірогідно не відрізнявся від групи контролю ($p > 0,05$), у той час, як у дітей, інфікованих ЦМВ, реєстрували збереження підвищених показників ($p < 0,05$).

Висновки. Наявність інфікування ЦМВ у дітей з шигельозом призводить до змін цитокінового реагування, зокрема – збереження високих показників прозапального ІЛ-1, що може

бути фактором для формування несприятливого перебігу хвороби. Виявлені результати стануть аргументом для подальшого поглибленого вивчення реагування імунної системи у дітей з мікст-інфекцією.

О.І. Вовчик

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*-ІНФЕКЦІЇ

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Нині проблема *Clostridium difficile*-інфекції (CDI) набуває все більшого значення, тому питання своєчасної діагностики є вирішальним. Рання і достовірна діагностика дає можливість швидко розпочати лікування та знизити ризики виникнення ускладнень. Хоча лабораторні методи діагностики CDI є пріоритетними в постановці діагнозу недуги, вони мають ряд недоліків, зокрема їх чутливість залишає бажати кращого. Тому верифікація CDI, виокремлення цієї патології з масиву антибіотикоасоційованих діарей залишається актуальним питанням.

Мета роботи. Вивчити роль інструментальних методів дослідження в діагностиці *Clostridium difficile*-інфекції.

Матеріали і методи. Проведено аналіз наукової літератури за останні 5 років, що стосується діагностики CDI, зокрема використання інструментальних методів.

Результати та обговорення. Американський коледж радіології рекомендує КТ черевної порожнини як метод вибору для діагностики CDI. Чутливість цього методу становить близько 85%, хоча специфічність лише 48%. Потовщення стінки товстої кишки є найбільш поширеною знахідкою на КТ у пацієнтів із CDI і, зазвичай, становить 5-16 мм. У більшості випадків уражається вся товста кишка, проте трапляються також фокусні і сегментарні ураження. При CDI потовщення є частіше неправильним і «волохатим», тоді як при хворобі Крона – гладким і гомогенним. При контрастуванні товста кишка буде нагадувати акордеон, що зумовлено захопленням барію потовщеними і набряклими гаустральними складками, які мають вигляд смуг низької та

високої щільності, що чергуються. Ця ознака є достатньо інформативною, однак зустрічається тільки при тяжкому перебігу CDI. Також на контрастній КТ гіперемія слизової оболонки призводить до посилення зображення, яке має зміни різного ступеня вираженості: від відносно низької щільності підслизової до набрякових змін. Картина нагадує вигляд мішені і не є специфічною ознакою, бо може спостерігатись як при хворобі Крона, так і при виразковому коліті. Асцит також не є характерною ознакою, частіше виникає при тяжкому перебігу CDI. Оскільки УЗД часто використовується як скринінговий метод обстеження у пацієнтів із хворобами шлунково-кишкового тракту, є доцільним визначити УЗ ознаки, характерні для CDI. Ультрасонографічні висновки базуються на виявленні потовщення стінки товстої кишки понад 4 мм, а також ознаки «мішені», що являє собою гіперехогенну слизову оболонку на фоні гіпоехогенного набряку підслизової.

В одному з європейських досліджень взяли участь дві групи пацієнтів з CDI, у першій – хворі з виявленими токсинами *C. difficile* в калі, а в другій – токсини не виявлені (контрольна група). Ультрасонографічні параметри обох груп порівнювали між собою. Такий показник як потовщення стінки був виявлений у 91% пацієнтів першої групи та у 21% – контрольної. Зменшення просвіту кишки у першій групі спостерігалось у 16% пацієнтів, у другій – в 1%. Асцит виявлено у 24% пацієнтів першої групи і 10% – контрольної.

Висновки. Для підтвердження діагнозу CDI доцільно використовувати як лабораторні методи, так і візуалізаційні, такі як КТ і УЗД. Багатьом пацієнтам, які потрапляють у стаціонар з ураженнями кишечника, проводять УЗД і КТ. Тому для радіологів важливо вміти розпізнавати ознаки, типові для CDI, що дозволить верифікувати діагноз.

О.Б. Ворожбит

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН ПРОЯВІВ СТИГМАТИЗАЦІЇ І ДИСКРИМІНАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ПОВ'ЯЗАНИХ З ЇХ ДІАГНОЗОМ

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. У всьому світі хронічний гепатит С (ХГС) є серйозною медичною проблемою, проте ця хвороба також супроводжується низкою соціальних проблем, серед яких стигматизація і дискримінація є найбільш актуальними. Наявність стигми змінює ставлення інших людей до хворого на ХГС, змушує їх відноситись до нього як до носія небажаних ознак і в подальшому призводить до виникнення дискримінації. У повсякденному житті хворі на ХГС можуть зустрічатися з різноманітними проявами стигми: 1) моральне засудження); 2) дотримання фізичної та психологічної дистанції у спілкуванні; 3) бажання ізолювати хворого на ХГС із колективу чи родини; 4) вербальна або фізична агресія.

Мета роботи. Дослідити поширеність стигми у хворих на ХГС і визначити найчастіші причини її виникнення, щоб у подальших дослідженнях проаналізувати можливі шляхи подолання цього явища для покращення якості життя цих пацієнтів.

Матеріали і методи. Для досягнення мети в ході дослідження опитано 316 пацієнтів, хворих на ХГС, з них чоловіків – 178 (56,32%), жінок – 138 (43,67%), віком від 18 до 65 років. ХГС підтверджено в усіх пацієнтів згідно з клінічним протоколом. Опитування проводили перед початком лікування. Для виявлення ознак стигматизації пацієнти відповідали на питання: «Чи зустрічалися Ви з явищем стигми стосовно вашої хвороби з боку оточуючих?». Для вивчення причин виникнення проявів стигматизації та дискримінації у хворих на ХГС, пов'язаних з їх діагнозом, пацієнти самостійно заповнили анкету, в яку внесли основні причини, які, на думку опитаних, призводили до проявів стигматизації та дискримінації з боку оточуючих. Анкетування проводили за згодою пацієнтів і анонімно.

Результати та обговорення. Встановлено, що 168 із 316 хворих на ХГС підтвердили факт стигми з боку оточуючих, що склало 53,2%. Серед основних причин, які призводили до проявів стигматизації та дискримінації з боку оточуючих, респон-

денти вказали такі: 1) люди не розуміють як передається вірус гепатиту С і бояться інфікуватися при побутовому контакті – 89 (52,9%) осіб; 2) люди бояться заразитися гепатитом С від мене – 79 (47,0%); 3) люди вважають, що це ганебно – хворіти на ХГС, – 49 (29,2%); 4) я не знаю – 22 (13,1%); 5) релігійні переконання або міркування моралі – 8 (4,8%); 6) люди не схвалюють мій спосіб життя або поведінку – 35 (20,8%); 7) я маю очевидні ознаки хвороби, пов'язані з ХГС – 7 осіб (4,2%).

Отримані дані свідчать, що основними причинами виникнення проявів стигматизації та дискримінації з боку оточуючих є низький рівень достовірної інформованості в суспільстві, серед членів родин хворих на ХГС і самих пацієнтів стосовно епідеміологічних та клінічних особливостей HCV-інфекції й негативне ставлення суспільства до даної проблеми, сформоване на підставі існуючих міфів щодо епідеміологічних і клінічних аспектів ХГС. Оскільки такі явища як стигматизація та дискримінація негативно впливають не лише на хворого, але і на весь перебіг захворювання – від діагностики до лікування, то необхідним є створення просвітницьких проектів, які залучатимуть пацієнтів і членів їх родин, тих, хто надає медичні послуги і членів суспільства загалом, що у свою чергу призведе до зменшення стигматизації хворих на ХГС і покращення якості їх життя.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що основною причиною виникнення проявів стигматизації та дискримінації хворих на ХГС з боку оточуючих, на думку опитаних, є низька поінформованість населення щодо шляхів і механізмів передачі гепатиту С, через що значно перебільшеним є страх інфікування збудником цієї недуги.

О.Б. Ворожбит, О.Б. Герасун, Н.О. Іванченко, А.М. Задорожний
**ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ЕНТЕРОВІРУСНОЇ ХВОРОБИ
У ПРАКТИЦІ ІНФЕКЦІОНІСТА**

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Ентеровірусна хвороба є однією з найпоширеніших у світі інфекційних патологій, щороку реєструється близько 1 млрд випадків недуги. Ентеровірусна хвороба спричи-

нюється вірусами роду ентеровірусів і характеризується синдромом інтоксикації й широким поліморфізмом клінічних проявів. На даний час розрізняють понад 10 клінічних форм. У практиці лікаря часто зустрічаються поєднані форми ентеровірусної хвороби, що ускладнює діагностику, не дає можливості вчасно встановити діагноз і попередити зараження інших осіб.

Мета роботи. Проаналізувати складнощі діагностики ентеровірусної хвороби на клінічному прикладі.

Матеріали і методи. Аналіз клініко-лабораторних даних пацієнтки з ентеровірусною хворобою, яка знаходилась на лікуванні у діагностичному відділенні Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні (ЛОІКЛ).

Результати та обговорення. Хвора Н., віком 21 рік, поступила у діагностичне відділення ЛОІКЛ 09.07.2018 р. на 4-ий день захворювання зі скаргами на загальну слабкість, біль голови, відсутність апетиту, підвищення температури тіла до 38,2°C, висип на обличчі, а також на верхніх і нижніх кінцівках, дратівливість, біль у горлі. З анамнезу відомо, що в день поступлення пацієнтка прибула в Україну з Єгипту, де перебувала на відпочинку 7 днів. Зі слів хворої, більшість часу вона проводила у відкритому басейні на території готелю. На 5-ий день відпочинку стан її раптово погіршився, підвищилася температура тіла до 38,5-39,0°C, з'явилися ознаки інтоксикації, біль у горлі при ковтанні, біль у м'язах. Через 2 дні на долонях, стопах і обличчі виникли везикули до 3 мм у діаметрі, оточені віночком гіперемії, поодинокі папули. Лікар у готелі встановив діагноз вітряної віспи.

Стан хворої на момент госпіталізації середньої тяжкості. Температура тіла 38,8°C. На тилі кистей, долонях і підшвах на незмінній шкірі везикули до 5 мм у діаметрі. На губах, слизовій оболонці щік і ротоглотки, на язичку локалізуються везикули розміром 3-5 мм, поодинокі афти. Периферичні лімфовузли не збільшені. Над легеньми жорстке дихання. Живіт м'який, не болючий. Печінка і селезінка не збільшені. Сеча світла, діурез достатній. Випорожнення 1 раз за добу, нормальні за консистенцією і кольором.

Дані лабораторних досліджень (09.07.2018 р.): еритроцити $5,9 \times 10^{12}$ 1/л; гемоглобін 132 г/л; лейкоцити $11,2 \times 10^9$ 1/л; ШОЕ 16 мм/год; ретикулоцити 0,3%; загальний білірубін 20,5 мкмоль/л; прямий – 16,0 мкмоль/л; непрямий – 4,5 мкмоль/л; активність

АлАТ 0,68 ммоль/(л×год); сечовина 6,2 ммоль/л; креатинін 88,0 мкмоль/л; лужна фосфатаза 3,9 од./л; амілаза 18,0 од./л; цукор крові 5,2 ммоль/л. За даними епідеміологічного анамнезу, фізикального огляду, результатами лабораторних обстежень встановлено діагноз: Ентеровірусна хвороба, синдром «рука-нога-рот». На тлі проведеного симптоматичного лікування, яке включало ліжковий режим, достатню гідратацію та антипіретики, стан хворої поступово покращувався, нормалізувалася температура тіла, з'явився апетит, через 7 днів висип зник безслідно.

Висновки. Оскільки ентеровірусна хвороба здебільшого зустрічається у вигляді різноманітних клінічних форм, серед яких за останній час зросла частка синдрому «рука-нога-рот», то її несвоечасна діагностика на ранньому етапі розвитку хвороби і відсутність адекватного лікування можуть призвести до несприятливого перебігу та ускладнень, а також подальшого поширення епідемічного процесу. Отже, аналіз зазначеного клінічного випадку демонструє необхідність підвищити настороженість фахівців усіх спеціальностей, а особливо інфекціоністів, лікарів загальної практики та сімейної медицини стосовно клінічної діагностики ентеровірусної хвороби й проведення диференційної діагностики з вітряною віспою.

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

ОСОБЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ»

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

На сьогодні в Україні ми стаємо свідками та учасниками певних зрушень в реформуванні медицини – переходу на систему медичного страхування, сімейну медицину та її місце в загальній структурі охорони здоров'я (ОЗ). Медична освіта та медична наука – основа кадрової політики в ОЗ, що є важливою складовою у формуванні здорової нації. Це у свою чергу сприятиме забезпеченню високої якості та тривалості життя.

Для впровадження і досягнення цієї концепції у життя необхідно мати на увазі багато складових. Однією з них є якісна

підготовка кадрів – інтернів та інфекціоністів, тобто потрібних спеціалістів належної кваліфікації. Безпосередній професійний розвиток майбутнього лікаря розпочинається ще з перших курсів вищого навчального закладу (ВНЗ). Метою цього процесу є те, щоб у майбутньому лікар не розчарувався у своїй професійній діяльності та не залишив медицину, що, на превеликий жаль, ми бачимо сьогодні. Проблема якісної професійної підготовки майбутніх лікарів (особливо інфекціоністів) у ВНЗ, формування їхньої професійної компетенції та досвіду набуває на теперішній час особливої актуальності. Основним завданням підготовки студента-лікаря у ВНЗ є підготовка спеціаліста, який володіє багатосторонніми практичними і теоретичними вміннями та навичками.

Формування особистості майбутнього спеціаліста є складним і багатогранним процесом, успіх якого забезпечується, перш за все, організацією і плануванням діяльності студентів, активним виконанням ними визначених задач, створенням зовнішніх та внутрішніх умов для інтенсивного виявлення необхідних професійних рис. Досягнення успіху у викладанні визначається трьома взаємопов'язаними умовами: бажанням і вмінням студента, а в подальшому лікаря-інтерна вчитися, бажанням і вмінням викладача вчити та рівнем організації навчального процесу. Проблемою в цьому випадку є те, що працюючі лікарі у своєму загалі немотивовані самостійно регулярно поповнювати свої знання за відсутності конкурентного середовища.

Управління освітнім процесом з боку педагога – це постійний моніторинг за ходом процесу навчання, розробкою та втіленням своєчасних коректуючих дій, бо нові інформаційні технології багатогранні. З метою підготовки таких компетентних спеціалістів значна увага при проведенні практичних занять на кафедрі інфекційних хвороб НМУ приділяється як теоретичному курсу, так і здобуттю практичних навичок студентами через роботу із пацієнтами інфекційного стаціонару в реальній клінічній ситуації. При цьому велика увага приділяється одній з проблем практичної медицини – захворюванням печінки, що переважають сьогодні над усіма захворюваннями органів травлення і займають друге місце за поширенням після серцево-судинної патології. Покращенню діагностики та лікуванню цієї патології посприяла реалізація Державної цільової соціальної програми профілактики,

діагностики та лікування вірусних гепатитів (ВГ). У теперішній час велика увага приділяється гемоконтактним гепатитам (С, В, D).

На практичному занятті (особливо на випускному курсі та з лікарями-інтернами) в основній частині ми ставимо перед собою завдання навчити розглядати основні питання, що дають можливість швидко виявляти патологічні процеси гепатобіліарної системи на початкових стадіях їх розвитку, обстежувати (принципи послідовності – першочерговим є епідеміологічний анамнез і анамнез хвороби, біохімічні-печінкові тести, маркери ВГ, визначені методами ІФА, ПЛР, Фібротест) і лікувати (необхідність призначення протівірусної терапії) не лише стаціонарних хворих, але й працездатні верстви населення, своєчасно попереджати їх тяжкий перебіг, розвиток ускладнень аж до цирозу печінки. Враховуючи тенденцію ВГ до епідемічного і пандемічного розповсюдження, звертаємо увагу на доцільність найефективніших заходів профілактики (вертикальної передачі, забезпечення безпечності парентерального та хірургічного втручання, переливання препаратів крові, вживання ін'єкційних наркотичних засобів) та оформлення основних звітних документів (екстрене повідомлення).

Висновок. Досягнення успіху у викладанні навчальної дисципліни «інфекційні хвороби» визначається вибором правильного підходу як до проведення практичного заняття, так і до кожного студента, лікаря-інтерна. Оптимізація фахової підготовки з інфекційних хвороб, коли продовжують виникати нові та ставати більш агресивними, особливо у дорослих, «старі» захворювання, стає вкрай актуальною проблемою. У роботі майбутнього лікаря-інтерна, інфекціоніста, сімейного лікаря профілактична санітарно-просвітницька робота займатиме одне із провідних місць. Вакцинація проти ВГ є одним із надійних методів захисту та попередження можливих негативних наслідків, пов'язаних з ними, що у свою чергу потребує проводити пропаганду здорового способу життя, контроль і реабілітацію. При цьому також треба враховувати сукупність медичних, психологічних і соціальних факторів, а не тільки одномірність хвороби пацієнта.

Р.Ю. Грицко, І.І. Фуртак

**НАПРЯМКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
УДОСКОНАЛЕННЯМ ІНФЕКЦІЙНОЇ СЛУЖБИ
В КОНТЕКСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Стан громадського здоров'я в Україні вказує на необхідність виконання положень Конституції та законодавства України щодо збереження і зміцнення здоров'я українського народу, формування здорового способу життя кожної людини, що є підґрунтям громадського здоров'я понад 50% сучасного суспільства й стало національного розвитку.

Тому метою нині стає створення пріоритетної соціально-економічної політики держави в розвитку профілактичної медицини і громадського здоров'я.

Кожний керівник центрального чи місцевого органу державної виконавчої влади має враховувати наслідки своїх рішень для громадського здоров'я об'єднаних територіальних громад, надавати пріоритет заходам, що допоможуть людям уникнути хвороб і травм.

Розбудова такої системи громадського здоров'я в Україні є однією з вимог Угоди про асоціацію між Україною і Європейським Союзом.

Виходячи з того, що пацієнти є не достатньо інформованими споживачами медичних послуг, їх медичні маршрути, структуру і обсяг послуг у різних закладах охорони здоров'я (первинної, вторинної та третинної допомоги) формує переважно сімейний лікар як найбільш доступний фахівець первинної медичної допомоги (ПМД).

У наш час необхідно суттєво поліпшити підготовку лікарів загальної практики – сімейних лікарів з проблем інфектології на поліпрофільних кафедрах сімейної медицини і громадського здоров'я, у клініках інтегративної сімейної медицини та в центрах ПМД, в яких лікарі загальної практики – сімейні лікарі працюють разом із «вузькими спеціалістами», у тому числі й інфекціоністами.

Зі збільшенням кількості академічних годин на вивчення амбулаторної інфектології як на додипломному, так і післядипломному етапах медичної освіти лікарів загальної практики та інфекціоністів якість їх підготовки підвищиться, що дозволить їм самостійно надавати діагностичні та лікувальні послуги хворим на інфекційні хвороби в амбулаторіях сімейної медицини.

Сімейний лікар при першому контакті з хворим або з пацієнтом, який потребує медичної опіки його індивідуального здоров'я, визначає необхідність у тому чи іншому виді спеціалізованої медичної допомоги, обирає місце і форму її надання, а також конкретного фахівця, до якого скеровує пацієнта. Попереднє направлення не потрібне у випадку необхідності отримання екстреної медичної допомоги.

Принцип керованості медичної допомоги хворим на інфекційні чи паразитарні захворювання полягає в тому, що вони всі первинні медичні послуги отримують у свого сімейного лікаря або, за його направленням, у лікаря-спеціаліста другого чи третього рівня амбулаторного чи госпітального закладу (принцип «воротаря»).

Концепція якості та ефективності медичної допомоги хворим на інфекційні та інвазійні хвороби на рівні закладів охорони здоров'я ПМД полягає в її доступності, керованості, профілактичній спрямованості, стандартизації та доказовості.

Висновки. Нова система громадського здоров'я в Україні будується на принципах децентралізації та суб'єктності. Координаторами і професійними лідерами виконання комплексних цільових програм з розвитку громадського здоров'я в Україні стають фахівці загальної практики – сімейної медицини, а керівними органами – Центри громадського здоров'я МОЗ України і регіонів, які разом з громадськими медичними професійними об'єднаннями України створюють систему державно-громадського управління охороною індивідуального та громадського здоров'я об'єднаних територіальних громад і розвитку превентивної медицини в Україні.

Розбудова громадянського суспільства в Україні сприятиме розвитку ПМД на засадах інтегративної сімейної медицини і громадського здоров'я в об'єднаних територіальних громадах.

Для поліпшення підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів з проблем інфектології на поліпрофільних

кафедрах сімейної медицини доцільно включити до програми навчання як на додипломному, так і післядипломному етапах медичної освіти амбулаторну інфектологію, що дасть змогу підвищити якість їх підготовки і дозволить їм самостійно надавати діагностичні та лікувальні послуги хворим інфекційного профілю в амбулаторіях сімейної медицини.

Подальші наші повідомлення та наукові розвідки будуть спрямовані на опрацювання цільових програм з профілактики окремих інфекцій у закладах охорони здоров'я у процесі трансформації системи охорони здоров'я.

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

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ВИПАДКІВ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ

Медичний університет, Обласна інфекційна клінічна
лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Широка розповсюдженість, поліморфізм клінічних проявів, можливість тяжкого перебігу і розвиток ускладнень обумовлюють актуальність вивчення інфекційного мононуклеозу, що спричинений вірусом Епштейна-Барр.

Мета роботи – на клінічному прикладі показати труднощі діагностики інфекційного мононуклеозу.

Матеріали і методи. Під спостереженням у КУ «ОІКЛ ЗОР» була дитина Ш., 2015 р. н., з тяжким перебігом інфекційного мононуклеозу, якій проводилися загальноприйняті лабораторні обстеження та інструментальні дослідження, а також специфічна лабораторна діагностика.

Результати та обговорення. Дитина поступила у лікарню зі скаргами на збільшення розмірів живота, млявість, одутлість обличчя, закладеність носа. З анамнезу захворювання з'ясовано, що було підвищення температури тіла, встановлено діагноз гострого риніту і призначено флемоксин. У динаміці захворювання відбулося збільшення розмірів живота. При огляді: стан дитини тяжкий за рахунок набрякового синдрому і гепатоспленомегалії. Відзначено мікрополілімфаденопатію. Живіт різко

збільшений в об'ємі, доступний пальпації. Печінка виступала на 8 см нижче краю правої реберної дуги, селезінка – на 5 см нижче краю лівої реберної дуги. Набряки на ногах. Сеча і випорожнення, зі слів матері, без патологічних змін. У загальному аналізі крові – підвищена ШОЕ до 35 мм/год, еоз. 7%, п. 13%, а також атипові мононуклеари 27%. У біохімічному аналізі крові: загальний білок 54 г/л, натрій 138 ммоль/л, калій 3,9 ммоль/л, хлор 104 ммоль/л, креатинін 57 мкмоль/л, сечовина 2,3 ммоль/л, активність АлАТ і АсАТ не підвищена. У загальному аналізі сечі – фосфати +, трипельфосфати +, бактерії +. Сеча за Нечипоренком: білок 0,033 г/л, лейкоцити 12 500 у п./з., еритроцити 500 у п./з. З анамнезу життя відомо, що у дитини була нефропатія. При УЗД органів черевної порожнини і малого тазу: гепатоспленомегалія, дифузні зміни печінки, селезінки, випіт у плевральній порожнині і малому тазові. Встановлено попередній діагноз: Інфекційний мононуклеоз?, тяжкий перебіг. Полісерозит. У плані диференційної діагностики було виключено захворювання крові і дебют системного захворювання сполучної тканини. У динаміці спостереження: у загальному аналізі крові зберігались лейкоцитоз до $18,6 \times 10^9$ 1/л, збільшена ШОЕ до 55 мм/год і лімфоцитоз до 58%. ІФА сироватки крові – виявлено IgM до капсидного антигена ВЕБ. Обстеження крові методом ПЛР – детектовано ДНК ВЕБ. Консультований дитячим хірургом – явища полісерозиту на тлі інфекційного мононуклеозу. Після обстеження встановлено діагноз: Інфекційний мононуклеоз (ВЕБ+), тяжкий перебіг, ускладнений набряковим синдромом із полісерозитом.

Дитина отримувала лікування: глюкокортикостероїди (преднізолон) у дозі 3 мг/кг з подальшим зниженням дози, спіроналактон 25 мг по ½ табл. 2 рази на день, азитроміцин 180 мг/добу, фуросемід одноразово 0,5 мл.

При динамічному спостереженні дитини виявлено зниження рівня загального білка до 37 г/л. За час перебування дитини у стаціонарі (7 днів) зберігались незначне збільшення периферичних лімфатичних вузлів, гепатоспленомегалія (без динаміки), проте поступово зменшилися набряки кінцівок та об'єм живота.

Висновки. У дитини з наявною нефропатією в анамнезі інфекційний мононуклеоз перебігав у тяжкій формі зі значною гепатоспленомегалією і вираженим набряковим синдромом, за

відсутності типових ознак у вигляді тонзиліту, системної запальної реакції та лімфаденопатії, що ускладнило діагностику і потребувало застосування специфічних методів етіологічного розшифрування діагнозу.

Г.М. Дубинська, О.Г. Марченко, Т.І. Коваль, О.В. Сабініна,
О.М. Ізюмська, Л.М. Сизова, Н.П. Лимаренко

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ОСІБ ІЗ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА TLR-4

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Актуальність. ВІЛ-інфекція залишається однією з найгостріших проблем сучасної медицини. Станом на сьогодні встановлений вплив численних факторів на перебіг захворювання, важливе місце серед яких займають генетичні особливості організму пацієнта. Доведено, що Toll-like рецептори (TLR) відіграють важливу роль у вродженому імунному розпізнаванні патогенів, ініціюючи імунну відповідь, а поліморфізм їх генів призводить до підвищеної сприйнятливості до ВІЛ-інфекції, її ускладненого перебігу і стрімкого прогресування.

Мета роботи – дослідити клініко-лабораторні особливості перебігу ВІЛ-інфекції в осіб з поліморфізмом гена TLR-4.

Матеріали і методи. Обстежено 181 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які знаходилися на диспансерному обліку в Полтавському обласному центрі профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом за період з 2003 по 2017 рр. Серед них чоловіків – 127 (70,2%), середній вік пацієнтів склав $(34,71 \pm 0,55)$ року. Середня тривалість спостереження – $(4,33 \pm 0,25)$ року. Діагноз ВІЛ-інфекції встановлювали згідно з міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду. Діагнози опортуністичних інфекцій встановлювали на основі даних клінічного обстеження і додаткових методів, згідно з існуючими протоколами. Відповідно до виявлених генотипів генів TLR4 хворі були розділені на дві групи:

– I – із носійством алелі 299Gly гена TLR4 – 27 (21 чоловік, 6 жінок) осіб, середній вік $(31,33 \pm 1,17)$ року;

– II – із генотипом гена TLR4 (Asp299Asp) – 154 (106 чоловіків, 48 жінок) осіб, середній вік $(35,31 \pm 0,56)$ року.

Результати та обговорення. При аналізі частоти реєстрації опортуністичних інфекцій і захворювань, пов'язаних з ВІЛ протягом періоду спостереження, в обох групах виявлено переважання опортуністичних інфекцій, притаманних III і IV клінічним стадіям: туберкульоз (відповідно у групах 40,7 і 39,0%), позагоспітальна пневмонія (51,9 і 40,9%), орофарингеальний кандидоз (55,6 і 59,7%), лейкоплакія язика (51,9 і 32,5%). Однак, проведені дослідження встановили, що при носійстві алелі 299Gly гена TLR4 ризик розвитку дисемінованої форми легеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих підвищувався у 5,2 разу (OR=5,18 [95%; 1,29-20,72], p=0,030), герпесвірусних уражень шкіри й слизових оболонок – у 2,7 (OR=2,7 [95%; 1,14-6,41], p=0,020), у тому числі оперізувального герпесу – у 3,0 разу (OR=3,0 [95%; 1,06-9,03], p=0,031).

Аналіз функції виживання, за методом Мейер-Каплан, дозволив встановити, що період часу від моменту діагностування ВІЛ-інфекції до встановлення IV стадії при рівні CD4+ Т-лімфоцитів ≥ 350 кл./мкл достовірно скорочується у пацієнтів з носійством алелі 299Gly гена TLR4 (Log-rank test=5,8, p=0,015). Проведений аналіз швидкості зниження CD4+ Т-лімфоцитів серед пацієнтів, що стали на облік із рівнем цих клітин ≥ 500 кл./мкл (n=21), показав, що швидкість прогресування імуносупресії серед ВІЛ-інфікованих носіїв алелі 299Gly гена TLR4 була достовірно вищою і склала 251,50 (127,30–340,25) кл./мкл/рік проти 108,25 (62,70–147,50) кл./мкл/рік (p=0,042) у носіїв його нормального генотипу.

Висновки. Встановлено, що особи з носійством алелі 299Gly гена TLR-4 мають підвищений ризик розвитку дисемінованої форми легеневого туберкульозу, герпесвірусних уражень шкіри й слизових оболонок, у тому числі оперізувального герпесу. Носійство алелі 299Gly гена TLR4 у ВІЛ-інфікованих хворих є прогностично несприятливою ознакою щодо швидкості прогресування захворювання до IV стадії та наростання імуносупресії.

О.К. Дуда, А.М. Печінка, Л.П. Коцюбайло, В.О. Бойко,
А.П. Голуб

РЕФОРМА МЕДИЦИНИ – ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ

Реформа медичної галузі вимагає відповідного удосконалення післядипломного навчання лікарів. Зараз, переважно, завершено перший етап реформування – надання первинної медичної допомоги, однак на місцевому рівні робота ще триває, особливо на селі.

На інфекційні хвороби, які складають суттєву частку амбулаторної захворюваності населення, в освітній програмі підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» відведено лише 36 год та 6 год – на карантинні інфекції. На нашу думку, курс такої тривалості – лише для ознайомлення. І це при тому, що інфекційна сезонна патологія домінує в амбулаторній захворюваності, особливо в осіб працездатного віку. Тому навантаження на інфекційні стаціонари під час сезонного підвищення захворюваності на грип та інші ГРВЗ не зменшується, а навіть збільшується.

Однак з 2020 р. розпочинається наступний етап реформування – спеціалізованої медичної допомоги. І для цього створено проект напрямків післядипломного навчання. У розділі «Внутрішні хвороби» запропоновано викладання патології за органічним принципом. Однак у цих розділах відсутнє будь-яке посилення на інфекційну патологію, жодної згадки про поліорганні інфекції, паразитарні інвазії та гельмінтози, а також тропічні інфекційні хвороби, а це розділ, який практично забутий в Україні. І це в умовах глобалізації світу та потепління, коли тропічна патологія все більш актуальна в країнах з помірним кліматом.

У практичній медицині виділено окрему групу хвороб, яка отримала назву «хвороби мандрівників», серед яких левову частку складає саме інфекційна патологія.

Скорочення лабораторної діагностики інфекційної патології в останні десятиліття призвело до «ліквідації» чимало серйозних інфекційних хвороб.

Зрозуміло, що таке ставлення до інфекційної патології призведе до зникнення самого фаху «лікар-інфекціоніст» і ліквідації інфекційних відділень. І це при тому, що лише нещодавно пішов на спад спалах кору, який тривав майже 2 роки. Практично усі випадки госпіталізовувалися, що свідчило про неспроможність служби сімейних лікарів забезпечити адекватне спостереження за хворими. Щороку в Україні реєструються випадки особливо небезпечної хвороби – сибірки. Ще не забутий спалах туляремії.

Таким чином, викладання інфекційної патології на післядипломному етапі необхідно не тільки залишити окремим підрозділом, а й розширити. Доцільно зберегти спеціальність та інтернатуру «Інфекційні хвороби».

Д.Г. Живиця, О.В. Царьова, Л.В. Живиця

**ВИКОРИСТАННЯ
ОМБІТАСВІРУ/ПАРИТАПРЕВІРУ/РИТОНАВІРУ
І ДАСАБУВІРУ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ
З ВГС-ІНФЕКЦІЄЮ
(результати з клінічної практики)**

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

Актуальність. Пацієнти з хронічною ВГС-інфекцією мають високий ризик прогресування фіброзу печінки, формування цирозу і гепатоцелюлярної карциноми. У клінічних дослідженнях препарати прямої противірусної дії при лікуванні пацієнтів з ВГС-інфекцією продемонстрували високу ефективність (>95%) і безпеку. Як відомо, клінічні дослідження мають жорсткі критерії включення і виключення і відбирають учасників, які не можуть представляти всю популяцію хворих з ВГС-інфекцією. Тому важливе значення має оцінка ефективності та безпеки лікування в реальній клінічній практиці, у тому числі у різних етнічних груп, які проживають у різних регіонах.

Метою роботи була оцінка ефективності і безпеки омбітасвіру/паритапревіру/ритонавіру і дасабувіру в лікуванні пацієнтів з ВГС-інфекцією 1b генотипу в клінічній практиці в Україні.

Матеріали і методи. Дослідження було проведено в клініці кафедри інфекційних хвороб ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». У дослідження включено 50 пацієнтів з ВГС-інфекцією 1b генотипу. Середній вік хворих склав 52 роки, чоловіки – 42%. При оцінці ступеня фіброзу печінки у 13 (26%) пацієнтів виявлено тяжкий фіброз (F3), а у 21 (42%) – цироз печінки (F4). В усіх пацієнтів з цирозом в анамнезі і при клініко-лабораторному обстеженні були відсутні будь-які дані про можливу декомпенсацію. Усі хворі отримували фіксовану комбінацію омбітасвіру/паритапревіру/ритонавіру (25 мг/150 мг/100 мг) 1 раз вранці і дасабувір (250 мг) вранці та ввечері протягом 12 тиж.

Результати та обговорення. Після 4 тиж терапії РНК ВГС у плазмі крові не визначалася у 45 з 50 (90%; 95%, ДІ: 78,2-96,7%) хворих. Після завершення усього курсу противірусної терапії у 50 (100,0%) пацієнтів РНК ВГС у плазмі крові не визначалася. Серед 50 осіб, які ввійшли у дослідження, у 48 (96%; 95%, ДІ: 86,3-99,5%) зареєстровано стійку вірусологічну відповідь через 12 тиж після завершення терапії (СВВ12). При цьому рівень СВВ12 був подібним у чоловіків (95,2%) і жінок (96,6%), і не залежав від вірусного навантаження ВГС до початку терапії. У той же час у пацієнтів з цирозом СВВ12 виявлялася частіше (100,0%), порівняно з пацієнтами без цирозу (93,1%), хоча ця різниця не була значущою ($p=0,22$). Аналогічні результати отримані при порівнянні СВВ12 залежно від попереднього досвіду лікування. Два пацієнти, які не мали СВВ12, – це чоловік, 55 років, ступінь фіброзу печінки F2, рівень РНК ВГС $6,1 \log_{10}$ МО/мл, і жінка, 49 років, ступінь фіброзу печінки F3, вміст РНК ВГС $5,6 \log_{10}$ МО/мл, раніше не отримували лікування ВГС-інфекції. Обидва пацієнти не мали будь-яких значущих лабораторних відхилень на старті і протягом усього курсу противірусної терапії, а також у них були відсутні побічні реакції і періоди пропуску доз препаратів. Активність сироваткових АлАТ й АсАТ в усіх пацієнтів на тлі лікування швидко нормалізувалася (у більшості хворих протягом 4 тиж). Також не

спостерігалось істотних змін у показниках загального білірубину, загального аналізу крові і швидкості клубочкової фільтрації протягом усього часу лікування. У нашому дослідженні не було зареєстровано серйозних побічних явищ, більшість таких реакцій були легкими (1-2 класу) і клінічно керованими. Найбільш поширеними побічними реакціями були загальна слабкість у 14 (28,0%) пацієнтів, діарея – у 10 (20,0%) і біль голови – у 12 (24,0%) осіб. Випадків декомпенсації цирозу печінки на тлі лікування не відзначали.

Висновки. Результати дослідження з клінічної практики свідчать про високу ефективність і безпеку фіксованої комбінації омбітасвіру/паритапревіру/ритонавіру і дасабувіру в лікуванні пацієнтів з ВГС-інфекцією 1b генотипу незалежно від ступеня фіброзу печінки і попереднього досвіду лікування.

Д.Г. Живиця, О.В. Царьова, Л.В. Живиця, Г.Ф. Пономаренко

**ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ
РЕЖИМІВ ЛІКУВАННЯ, ЗАСНОВАНИХ
НА ПРИЗНАЧЕННІ СОФОСБУВІРУ, У ПАЦІЄНТІВ
З ВГС-ІНФЕКЦІЄЮ**

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя

Актуальність. За сучасними оцінками, в Україні кількість пацієнтів з ВГС-інфекцією може досягати 1,3 млн осіб. Серед препаратів прямої противірусної дії найбільш потужну противірусну активність щодо усіх генотипів ВГС має софосбувір, який є першим інгібітором полімерази NS5B ВГС, і на даний час застосовується у різних комбінованих режимах лікування. Більшість досліджень зосереджені на визначенні ефективності лікування пацієнтів з ВГС-інфекцією при невеликій кількості даних з реальної практики, стосовно безпеки лікування.

Метою роботи було визначити вплив комбінованих режимів лікування з використанням софосбувіру, пегільованого інтерферону і рибавіріну у пацієнтів з ВГС-інфекцією на розвиток гематологічних порушень.

Матеріали і методи. Ретроспективно проаналізували клінічні та лабораторні дані 205 пацієнтів з ВГС-інфекцією, які

проходили лікування в клініці кафедри інфекційних хвороб ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». Середній вік пацієнтів склав 45 років (від 21 до 73 років), чоловіків було 129 (62,9%), жінок – 76 (37,1%). Переважали пацієнти молодого і середнього віку (69,3%), хворі старших вікових груп (від 51 до 73 років) склали 30,7%. У 3 (1,5%) пацієнтів був виявлений 1a генотип ВГС, у 100 (48,8%) – 1b, в 11 (5,4%) – 2-ий і у 91 (44,4%) пацієнта – 3a генотип ВГС. Пацієнтів з цирозом печінки було 32 (15,6%), при цьому серед чоловіків у 2,5 разу більше, ніж серед жінок – 20 і 8% відповідно. Пацієнти отримували лікування комбінацією софосбувіру, рибавіріну і пегільованого інтерферону або софосбувіру і рибавіріну протягом 12 або 24 тиж, залежно від генотипу, досвіду попереднього лікування, наявності цирозу печінки або проти-показань.

Результати та обговорення. Більшість побічних явищ у пацієнтів на фоні лікування були легкими (клас 1-2) і клінічно керованими, переважно пов'язані із застосуванням пегільованого інтерферону чи рибавіріну. Серйозні побічні явища не були зареєстровані. Гематологічні порушення були відмічені у 83,7% пацієнтів протягом лікування і, якщо на початку терапії частка хворих з нормальними показниками гемограми була 34,2%, то при завершенні 12 тиж лікування цей показник знизився до 16,3%. Анемія на початку лікування реєструвалася у 13,5% пацієнтів, при цьому у жінок у 2 рази частіше, ніж у чоловіків, а середній показник гемоглобіну склав 146 (130-160) г/л. На 4-му тиж терапії у 30,7%, а на 8 тиж – у 42,0% пацієнтів визначалася анемія легкого ступеня, середній показник гемоглобіну склав 130 (115-142) г/л і 121 (115-132) г/л відповідно. Надалі до 12 тиж терапії кількість пацієнтів з анемією зменшилася до 35,5%, при цьому середній рівень гемоглобіну склав 125 (115-134) г/л.

Тромбоцитопенію на початку терапії мали 36,9% пацієнтів. Через 4 тиж лікування кількість пацієнтів з тромбоцитопенією залишалася на тому ж рівні (36,7%), а через 8 тиж – знижений вміст тромбоцитів мали вже 47,3% хворих, при цьому середній показник залишався нормальним – $152 (126-195) \times 10^9$ 1/л. При завершенні 12-тижневого курсу лікування тромбоцитопенію реєстрували у 38,3% пацієнтів. Лейкопенія мала місце у 34,0%

пацієнтів до початку терапії. При цьому 26,0% хворих мали стартову нейтропенію. На фоні лікування ПЕГ ІНФ частка пацієнтів з лейкопенією на 4-му тиж складала 49,5%, а на 8-му – 65,3%, при цьому частка пацієнтів з тяжкою нейтропенією, яка потребувала корекції дози ПЕГ ІНФ, досягла 11,8%. При завершенні 12 тиж терапії лейкопенія реєструвалася у 60,8%, а тяжка нейтропенія – у 9,2% пацієнтів.

Висновки. Гематологічні порушення у пацієнтів з ВГС-інфекцією при застосуванні режимів лікування на основі софосбувіру реєструються у 83,7% пацієнтів протягом лікування і переважно пов'язані з використанням пегільованого інтерферону і рибавірину.

В.І. Задорожна

БІОБЕЗПЕКА ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ, ЩО ПОСТАЮТЬ У ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ ГЛОБАЛЬНИХ ІНІЦІАТИВ БОРОТЬБИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ

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

Одним із головних документів, що поставив на глобальний порядок денний питання біобезпеки, була Конвенція про заборону розробки, виробництва та накопичення запасів бактеріологічної (біологічної) і токсичної зброї та про їх знищення (КБТЗ). У процесі багаторічного опрацювання та розвитку її статей, гармонізації підходів до терміну «біобезпека» з урахуванням сучасного стану розвитку науки, соціальних та економічних досягнень, тенденції до глобалізації земної кулі в єдину епідемічну зону, потенційної загрози щодо формування емерджентних збудників, виникнення пандемій тощо об'єктами КБТЗ, окрім біологічної зброї, вже давно стали природний перебіг епідемічного процесу, що несе загрозу людству як на національному, так і на глобальному рівні; ненавмисні дії, наслідки яких можуть привести до біологічної небезпеки; ризики подвійного використання наукових досягнень. Під час Щорічної зустрічі експертів держав-учасниць КБТЗ у 2019 р. Україною вперше було ініційовано для розгляду проблему щодо значення виконання країнами зобов'язань, пов'язаних із

реалізацією Глобальних ініціатив ерадикації та елімінації інфекційних хвороб, заснованих на вакцинації. На жаль, у 2019 р. у зв'язку з існуючими в окремих країнах світу прогалинами у вакцинації, такий стан було визнано ВООЗ як 1 із 10 загроз глобальній охороні здоров'я. Окремого обговорення заслуговує стан реалізації Глобальних ініціатив ерадикації або елімінації інфекційних хвороб. На жаль, не всі країни стабільно дотримуються цих зобов'язань за рівнями охоплення вакцинацією населення, які необхідні для досягнення поставленої мети. І, у першу чергу, це стосується України. На прикладі кору можна простежити, що втрата контролю над вакцинокерованими інфекціями, як із позиції належного рівня охоплення щепленнями, так і постійного наукового супроводу (повсюдно спостерігаються випадки кору і серед двічі щеплених) становить загрозу біобезпеці як для окремої країни, так і в масштабах світу.

Іншим прикладом, що демонструє виникнення проблем, пов'язаних із потенційними непередбачуваними раніше ризиками, є результати реалізації Глобальної ініціативи ерадикації поліомієліту, що була розпочата в 1988 р. із кінцевим терміном у 2000 р. Її основним інструментом була жива вакцина, а мета – припинити циркуляцію дикого поліовірусу, а потім припинити вакцинацію. Натепер ці терміни продовжують переноситися. Це пов'язано з тим, що з самого початку не були в повній мірі враховані біологічні особливості патогена і людського організму. Досягнуті успіхи великі: число ендемічних країн скоротилося від 125 в 1988 р. до 2 – у 2018 р., число щорічних випадків поліомієліту, спричинених «диким» поліовірусом – відповідно від 350 000 до 33. Припинено циркуляцію «дикого» поліовірусу типів 2 і 3.

Однак виникли невідомі або невраховані раніше проблеми: здатність вакцинного вірусу до реверсії нейровірулентності за певних умов (як природних, так і штучних); здатність до персистенції в організмі людини >10 років. Процес набуття вірулентності прискорюється, особливо, коли охоплення вакцинацією в країні знижується. Ці віруси називаються вакциноспорідненими поліовірусами. У 2018 р. вони стали причиною 104 випадків поліомієліту у світі. Зараз докладаються зусилля, щоб зупинити їх циркуляцію. Не слід також забувати про здатність вакцинного

поліовірусу спричинювати вакциноасоційований поліомієліт (приблизно 1 випадок на 700 000 отримувачів живої вакцини).

Додатковою важливою проблемою став той факт, що в одній з лабораторій світу був синтезований повноцінний поліовірус, здатний до репродукції. У своїх дослідженнях ми отримали вірус із маркерами нейровірулентності при впливі магнітних полів *in vitro* на вакцинний поліовірус. Ці дослідження були негайно припинені. Наведені дані свідчать про потенційну можливість формування або створення вірулентного поліовірусу навіть після його ерадикації у світі, чого не можна допустити.

Таким чином, при прийнятті Глобальних ініціатив щодо боротьби з інфекційними хворобами необхідними є консолідація міжнародних зусиль, бездоганне виконання країнами своїх зобов'язань, постійний моніторинг успіхів і невдач із залученням провідних фахівців відповідної галузі та використанням останніх досягнень медичної науки. Це дасть можливість розробляти реальні плани, вчасно їх виконувати і мінімізувати будь-які пов'язані з ними біоризики.

В.І. Задорожна, І.Л. Маричев, С.І. Брижата, Н.П. Винник,
О.І. Процап, І.В. Демчишина

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КРАСНУХУ В УКРАЇНІ

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
імені Л.В. Громашевського НАМН України,
Центр громадського здоров'я МОЗ України, м. Київ

Актуальність. Незважаючи на Глобальну ініціативу елімінації кору і синдрому вродженої краснухи (СВК), що реалізується з 2002 р., проблема краснухи залишається актуальною, у т. ч. і для Європейського регіону. За даними ECDC, протягом 01.03.2018–28.02.2019 рр у 13 країнах Європи зареєстровано 557 випадків цієї інфекції (1,27 на 1 млн населення), серед яких 440 випадків у Польщі. Згідно з даними ВООЗ, на 08.05.2019 р. краснуха зареєстрована в 12 країнах Європейського регіону (213 випадків), найбільша кількість випадків мала місце в Польщі (108 випадків), Україні (63 випадки, 29,6% від захворюваності в регіоні),

Німеччині та Російській Федерації (по 11 випадків). Із серпня 2018 р. розпочалася епідемія краснухи в Японії, причиною якої вважають невакцинованих чоловіків віком від 30 до 50 років. У 2018 р. у цій країні зареєстровано 2 917 випадків краснухи, а на початок травня 2019 р. – 650. В Україні протягом 2009–2016 рр мало місце різке зниження рівня охоплення вакцинацією проти всіх «керованих» інфекцій, зокрема і проти кору, епідемічного паротиту і краснухи (КПК), що призвело до великої епідемії кору, яка розпочалася у 2017 р. і триває до теперішнього часу. Зазначене обумовлює необхідність постійного аналізу епідситуації і з інших інфекцій, для профілактики яких застосовується КПК.

Мета роботи. Аналіз епідситуації з краснухи в Україні за 2016–2018 рр.

Матеріали і методи. Статистичні форми МОЗ України, Центру громадського здоров'я МОЗ України та Європейського регіонального бюро ВООЗ.

Результати та обговорення. Протягом 2011–2016 рр спостерігалася тенденція до зниження захворюваності на краснуху (з 8,01 до 0,35 на 100 тис. населення). У 2016 р. зареєстровано 150 випадків цієї інфекції. Порівняно з 2015 р. показники захворюваності знизилися в 1,6 разу, зокрема серед дітей до 17 років – в 1,8, серед дорослих – в 1,3 разу. У 2017 р. її показник підвищився до 0,38 на 100 тис. населення (160 випадків), головним чином за рахунок дитячого населення. Так, серед дітей віком до 17 років він становив 1,72 на 100 тис. населення (131 випадок), що на 33,67% вище, ніж у попередній рік. У той же час серед дорослого населення спостерігалася зниження захворюваності в 1,8 разу (0,08 проти 0,15 на 100 тис. населення у 2016 р.). У 2018 р. захворюваність на краснуху продовжувала зростати – в 1,4 разу порівняно з 2017 р. (0,55 на 100 тис. населення; 235 випадків). При цьому її показники серед дітей залишилися майже на рівні попереднього року (1,81 на 100 тис. населення), а серед дорослих збільшилися у 3,5 разу (0,28 на 100 тис. населення). Частка дорослих зросла від 18,1% у 2017 р. до 41,3% у 2018 р. Така тенденція є прогностично несприятливою, оскільки за цих умов підвищується ризик виникнення випадків СВК. Протягом 2016–2017 рр найвищою захворюваність була серед дітей 1-го року життя (відповідно 2,3 і 5,1 на 100 тис. населення; 7,3 і 13,1% від загальної кількості

захворілих). У 2018 р. захворюваність серед дітей віком від 5 до 9 років дещо перевищувала показники серед дітей віком до 1 року (відповідно 2,7 і 2,5 на 100 тис. населення). За весь період дослідження переважну роль в епідемічному процесі краснухи відіграло міське населення.

Висновки. Незважаючи на багаторічну вакцинопрофілактику краснухи у світі та реалізацію Глобальної ініціативи елімінації кору і СВК, ця інфекція продовжує залишатися актуальною для деяких країн, і, навіть за сучасних умов, здатна набувати масштабів епідемії. Починаючи з 2017 р., спостерігається тенденція до зростання захворюваності на краснуху в Україні (від 150 випадків у 2016 р. до 235 – у 2018 р.), збільшення частки дорослих серед захворілих, що на тлі багаторічного накопичення серед населення прошарку неімунних за рахунок прогалин у вакцинопрофілактиці, є підставою очікувати ускладнення епідситуації з краснухи та СВК.

В.І. Задорожна, І.Л. Маричев, О.І. Процап, С.І. Брижата

ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ В УКРАЇНІ: СТАН ПРОБЛЕМИ

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

Актуальність. За висновками ВООЗ, епідемічний паротит (ЕП) натепер включено до переліку інфекцій, які завдяки застосуванню засобів специфічної профілактики, як передбачалося в перспективі, могли б бути зведені до поодиноких випадків. Проте захворюваність на цю інфекцію залишається актуальною світовою і вітчизняною проблемою. За даними ECDC, в Європі протягом 2012–2016 рр реєструвалося 11 632–20 936 випадків ЕП (2,7–5,9 на 100 тис. населення). У 2016 р. найбільша кількість випадків мала місце в Чехії (5 734, 61,3 на 100 тис. населення), Іспанії (2 616), Польщі (1 978), Великій Британії (999). Внесок цих країн у захворюваність на ЕП в Європі дорівнював 77%. Загалом найбільшими віковими групами ризику були особи віком від 10 до 14 і від 15 до 19 років, серед яких захворюваність становила відповідно 12,4 і 13,2 на 100 тис. населення. В Україні та тлі багаторічного низького рівня імунізації вакциною проти

кору, ЕП і краснухи (КПК) зростає ризик ускладнення епідемічної ситуації з ЕП.

Мета роботи. Характеристика захворюваності на ЕП в Україні за період 2014 р. – 4 міс. 2019 р.

Матеріали і методи. Річні статистичні форми щодо інфекційної захворюваності МОЗ України, ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України», Центру громадського здоров'я МОЗ України, Європейського регіонального бюро ВООЗ.

Результати та обговорення. У 2014-2018 рр захворюваність на ЕП в Україні коливалася в межах 335 (2017 р.) – 484 випадків (2014 р.) (0,79-1,07 на 100 тис. населення). Серед захворілих переважали діти (76,3-77,4%), а за роками спостереження їх частка серед захворілих була майже однаковою. Найвищі рівні захворюваності спостерігалися серед дітей віком від 1 до 4 і від 5 до 9 років (відповідно 3,28-5,39 і 4,88-7,29 на 100 тис. населення). Частка цих двох вікових груп у захворюваності на ЕП була превалюючою і також майже не відрізнялася за роками (50,8-54,5%). Випадки ЕП серед дітей 1-го року життя були поодинокими (1-3 випадки на рік). Серед дітей віком від 10 до 14 років захворюваність була значно нижчою, ніж в Європі і становила 3,19-4,88 на 100 тис. населення. Порівняти показники захворюваності в найбільшій групі ризику щодо ЕП в Європі (15-19 років) з аналогічними показниками в Україні неможливо у зв'язку з різним офіційним розподілом віку захворілих (в Україні – 15-17 років). Однак той факт, що в Україні захворюваність серед дітей віком від 15 до 17 років була на рівні 2,04-3,37 на 100 тис. населення, свідчить про дещо іншу, порівняно з Європою за даний період, характеристику епідемічного процесу ЕП. За 4 місяці 2019 р. в Україні, порівняно з тим же періодом 2018 р., захворюваність на ЕП зросла з 0,06 до 0,26 на 100 тис. населення, що відбувається на тлі широко-масштабної епідемії кору.

Висновки. За результатами аналізу офіційних статистичних даних епідемічний процес ЕП в Україні характеризується стабільною інтенсивністю з найвищою захворюваністю серед дітей вікових груп 1-4 і 5-9 років, що було характерним для довакцинального періоду та є результатом критичного стану вакцинопрофілактики ЕП у попередні роки. На відміну від

України, в Європі найбільшими віковими групами ризику щодо ЕП є групи 10-14 і 15-19 років. Враховуючи, що для профілактики ЕП застосовується вакцина КПК і рівні охоплення вакцинацією в Україні однакові для ЕП і кору, епідемія якого натепер має місце в Україні, існує ризик ускладнення епідемічної ситуації з ЕП саме за рахунок більш старших вікових груп, де також відбулося значне накопичення неімунізованих за рахунок низьких рівнів охоплення щепленнями в попередні роки.

М.В. Згода, М.Д. Чемич, С.О. Грищенко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ НА СУМЩИНІ

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. В Україні сьогодні триває епідемія кору. Захворіло понад 100 тис. осіб, є летальні висліди. У зв'язку з тим, що у 90-х роках минулого століття внаслідок відсутності достатньої кількості вакцини, в Україні відбулося порушення календаря щеплень, а також відмова батьків у наш час від щеплень дітей – ці факти призвели до ускладнення епідситуації з цієї хвороби. Традиційно кір відносять до «дитячих» інфекцій, але на цю недугу хворіють і дорослі, якщо вони не перенесли хворобу в дитинстві або не мали щеплень проти неї. Як й інші «дитячі» інфекції, перебіг кору у дорослих тяжчий, з розвитком ускладнень, що, можливо, пов'язано з тривалою алергізацією організму.

Мета роботи. Встановити клініко-лабораторні особливості перебігу кору у дорослих на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Обстежено 60 хворих на кір, що перебували на лікуванні в інфекційному відділенні КНП «Клінічна лікарня № 4» СМР у 2018 р. Пацієнти були обстежені з використанням клінічних об'єктивних даних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, проаналізовано їх медичні карти. Усім хворим діагноз підтверджено імуноферментним методом, виявлено діагностичні титри специфічних антитіл класу Ig M. Дані дослідження було опрацьовано з використанням комп'ютерних програм Microsoft Office Excel 2010.

Результати та обговорення. Серед обстежених чоловіків і жінок було порівно. Середній вік становив $(32,33 \pm 1,18)$ року. Переважали особи, які проживають у місті 46 (76,7%). За соціальним статусом: 40 (66,7%) осіб – працюючі, 20 (33,3%) – безробітні.

З анамнестичних даних з'ясовано, що 12 (20,0%) пацієнтів були щеплені проти кору. У минулому на кір з обстежених ніхто не хворів, а у контакті з хворими на цю недугу перебувало 16 (26,6%) осіб.

Перебіг хвороби був середньої тяжкості. Серед клінічних ознак недуги переважали: підвищення температури тіла у 50 (83,3%) осіб, яка коливалась у межах $(37,53 \pm 0,09)^\circ\text{C}$; типове плямисто-папульозне висипання – у 49 (82,3%); сухий, «гавкаючий» кашель спостерігали у половини хворих. Інші клінічні симптоми, такі як світлобоязнь, кон'юктивіт, плями Бельського-Філатова-Копліка відзначали у незначної кількості пацієнтів (відповідно у 3,3; 8,3 і 21,6%). Характерна для кору етапність висипань була відсутня у 18,3% обстежених.

При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки 4 (6,6%) осіб виявлено ознаки бронхіту. Інших ускладнень не було. При аналізі клінічних досліджень крові встановлено, що у середньому кількість лейкоцитів становила $(4,40 \pm 0,21) \times 10^9$ 1 /л, еритроцитів – $(4,33 \pm 0,06) \times 10^{12}$ 1/л, вміст гемоглобіну – $(137,85 \pm 1,89)$ г/л, швидкість осідання еритроцитів $(15,95 \pm 1,29)$ мм/год.

Показники біохімічного аналізу крові хворих були без особливих змін: середній рівень загального білка – $(70,11 \pm 0,78)$ г/л, цукру – $(4,91 \pm 0,22)$ ммоль/л, загального білірубіну – $(9,64 \pm 0,63)$ ммоль/л, сечовини – $(4,76 \pm 0,13)$ ммоль/л, креатиніну – $(72,98 \pm 2,81)$ мкмоль/л.

При дослідженні сечі пацієнтів з'ясувалося, що її питома вага становила $(1015,34 \pm 0,99)$, кількість лейкоцитів – $(5,10 \pm 0,57)$ у полі зору, еритроцитів – $(6,42 \pm 2,31)$, білка – $(0,05 \pm 0,02)$ г/л.

Висновки. На кір хворіють особи молодого віку. Гендерна залежність відсутня. Контагіозність досягає 26,6%. Серед клінічної симптоматики характерними є перебіг середньої тяжкості, підвищення температури тіла, типові висипання. Спостерігається

відхилення від типового перебігу – відсутність етапності висипання (у кожного 5-го хворого), плям Бельського-Філатова-Копліка (у 78,4%), кон'юнктивіту (у 91,7%). При лабораторному дослідженні встановлено незначне збільшення ШОЕ, зниження вмісту лейкоцитів (до нижньої межі норми), незначні протеїнурія, лейкоцитурія і еритроцитурія.

О.О. Зубач

ОСОБИСТА ПОІНФОРМОВАНІСТЬ ЩОДО ЛЕПТОСПІРОЗУ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ ВОДОКАНАЛУ

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. У фаховій літературі наводиться велика кількість публікацій, які засвідчують професійний характер захворюваності на лептоспіроз. Однією з професій, представники якої належать до групи ризику, є працівники очисних споруд і каналізаційних систем. Враховуючи високі ризики зараження лептоспірозом такої когорти робітників, нас цікавив рівень їх обізнаності щодо цієї недуги.

Мета роботи. Провести анкетування працівників Львівського комунального підприємства «Львівводоканал» для встановлення обізнаності стосовно лептоспірозу.

Матеріали і методи. Розроблений опитувальник з елементарними питаннями щодо лептоспірозу, зокрема шляхів зараження цією хворобою при виконанні професійних обов'язків (14 питань). Опитувальник заповнили 28 працівників «Львівводоканалу» (сантехніки і слюсарі). Чоловіків було 26 (92,85%), жінок – 2 (7,14%). Середній вік опитаних склав $(47,89 \pm 2,59)$ року. Мешканців міста було 16 (57,14%), села – 12 (42,85%). Аналіз отриманих даних проведено за допомогою методів дескриптивної статистики.

Результати та обговорення. Усі опитані щоденно піддавалися ризику бути зараженими лептоспірозом на робочому місці у зв'язку із професійною діяльністю на об'єктах каналізаційної системи міста Львова (ремонтні роботи, проведення планових заходів). Попри високий професійний ризик зараження, на

питання «Чи знаєте Ви, що таке лептоспіроз?» ствердну відповідь змогли дати лише незначно більше половини респондентів – 16 (57,14%). Така ж кількість опитаних знала, що мишоподібні гризуни є основним джерелом зараження лептоспірозом для людей. Попри це, лише 3 опитаних (10,71%) володіли знаннями, що дератизація є першочерговим та основним профілактичним заходом боротьби з мишоподібними гризунами. Окрім професійної небезпеки зараження, у більшості опитаних у повсякденному житті були присутні додаткові фактори ризику щодо можливого зараження лептоспірозом, зокрема 75,0% опитаних щорічно купались у невеликих водоймах зі стоячою водою, сінопокосними роботами займалися 71,43% опитаних. Також 64,28% респондентів не заперечували можливість вживання немитих овочів і фруктів, 60,71% – підтверджували наявність гризунів на території їх присадибних ділянок чи підвалів.

Висновки. Опитування працівників «Львівводоканалу» показало, що попри їх високий професійний ризик заразитися лептоспірозом на місці роботи, близько сорока відсотків опитаних взагалі не володіли навіть мінімальними знаннями про цю хворобу. Лише кожен десятий знав, що основним джерелом лептоспірозу є мишоподібні гризуни. Необхідна роз'яснювальна робота серед представників цієї професійної групи ризику стосовно основних шляхів зараження, перших симптомів хвороби та алгоритмів поведінки у разі виникнення підозрілих щодо лептоспірозу скарг, а також підходів до особистого захисту під час виконання своїх професійних обов'язків.

Н.О. Іванченко

ОПИС ВИПАДКУ КАШЛЮКУ В ПАЦІЄНТКИ ПІСЛЯ ТИРЕОЇДЕКТОМІЇ

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. ВООЗ вперше у 2019 р. внесла у щорічний список глобальних загроз людству відмову від вакцинації. В Україні вакцинація проти кашлюку входить до переліку обов'язкових профілактичних щеплень лише для дітей. Для дорослих

ревакцинація проти кашлюку належить до числа рекомендованих щеплень і здійснюється за кошти пацієнта. У Львівській області щороку ревакцинуються проти кашлюку лише від 80 до 320 дорослих осіб. Оскільки імунний захист проти кашлюку після вакцинації триває лише 12 років, підлітки і дорослі, які були вакциновані у дитинстві, є сприйнятливими до збудника хвороби. Згідно з даними Центру контролю за інфекційними захворюваннями, у 2018 р. у США зареєстровано 11 439 випадків кашлюку з інтенсивним показником 4,11 на 100 тис. населення, з них 3 029 випадків серед дорослих (1,2 на 100 тис. населення).

Мета роботи. Проаналізувати випадок кашлюку в дорослої пацієнтки Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні, в якій була видалена щитоподібна залоза з причини фолікулярного раку.

Матеріали і методи. Проведено аналіз медичної карти стаціонарного хворого, амбулаторної карти пацієнтки, огляд літератури.

Результати та обговорення. Пацієнтка В., 26 років, поступила в інфекційну лікарню зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,2°C впродовж 30 діб, сухий виснажливий нападаподібний кашель до 20-30 нападів на добу без реприз та апное. При зборі анамнезу встановлено, що у 2012 р. пацієнтці була проведена тиреоїдектомія з приводу фолікулярного раку щитоподібної залози, після якої у неї було постійне покашлювання, яке розцінювалось як післяопераційне ускладнення. Приймала замісну терапію. Напади кашлю турбували впродовж доби як у денний, так і у нічний час. Періодично спостерігалось блювання після нападу кашлю, переважно зранку. Пацієнтка відмічала інспіраторну задишку, страх смерті, виражену дратівливість та емоційну лабільність. Зверталась до психотерапевта. Був встановлений діагноз: «Невроз із нав'язливим кашлем». Отримувала антидепресанти: тритіко, есцеталопрам, буспірон, еглоніл, гіпнозотерапію без вираженої позитивної динаміки. Консультована пульмонологом: патології не виявлено.

При вступі у Львівську обласну інфекційну клінічну лікарню стан середньої тяжкості. АТ 80 і 50 мм рт. ст., пульс 116 за 1 хв, температура тіла 37,2°C. У легенях дихання везикулярне, тони серця звучні, тахіаритмія. Слизова оболонка ротоглотки гіперемічна, чиста, суха. Печінка по краю реберної дуги. Язик сухий. SpO₂ 98%. Виражена астенизація. Проведені лабораторно-

інструментальні дослідження: рентгенографія органів грудної порожнини – вогнищевих та інфільтративних змін не виявлено. Тіні коренів легень безструктурні, розширені в нижніх відділах, більше справа. Діафрагма чітка. Синуси плеври вільні. При проведенні спірографії порушень бронхіальної провідності не виявлено. У мазку із задньої стінки глотки методом полімеразної ланцюгової реакції *Bordetella pertussis* не виявлено. У сироватці крові методом імуноферментного аналізу виявлено імуноглобуліни класу М до *Bordetella pertussis* (17,47 Од/мл). У загальному аналізі крові: гемоглобін 124 г/л, еритроц. – $3,68 \times 10^{12}$ 1/л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ 1/л, еоз. 2%, п. 2%, с. 73%, лімф. 23%, мон. 0%, тромбоц. 227×10^9 1/л, ШОЕ 24 мм/год. С-реактивний білок 9 нмоль/л, антистрептолізин О 150 Од/мл, ревмофактор 1 Од/мл.

Проведене лікування – розчин глюкози довенно, аспаркам, алмірал, супрастин, небуфлюзон інгаляції, муколван, літична суміш, лібексин, синекод, азитроміцин. Після проведеного лікування стан покращився.

Висновки. Тривалий кашель у дорослих є підставою для призначення лабораторних обстежень на кашлюк. Негативний результат на наявність *Bordetella pertussis* у мазку із задньої стінки глотки методом полімеразної ланцюгової реакції не виключає дану хворобу, а потребує призначення серологічних досліджень методом імуноферментного аналізу. Кашлюк у дорослих може перебігати нетипово, особливо в осіб із супутньою соматичною патологією.

О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневська, Н.А. Васильєва, Я.І. Йосик
**ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СХЕМ ПРОТИВІРУСНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Хронічний гепатит С (ХГС) залишається невирішеною медико-соціальною проблемою, часто призводить до розвитку цирозу печінки (ЦП) і гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК). Україна належить до країн з помірним поширенням

НСV-інфекції – близько 3% населення уражені вірусом, проте фактичні показники захворюваності істотно вищі за офіційні й в деяких соціально-неблагополучних групах досягають 40-60%.

Мета роботи – оцінити вірусологічну і морфологічну ефективність різних схем протівірусної терапії (ПВТ) ХГС у хворих Тернопільської області впродовж 2013-2018 рр.

Матеріали і методи. Обстежили 160 хворих на ХГС, які за Державною програмою і за особисті кошти отримали етіотропне лікування. Діагноз верифіковано виявленням анти-НСV, визначенням генотипу вірусу і вірусного навантаження (ВН) у ПЛР. Виключали ХГВ, автоімунні захворювання. Чоловіків було 55,3%, жінок – 44,7% ($p < 0,05$); вік пацієнтів – від 20 до 60 років, середній – $(43,1 \pm 9,3)$ року.

Ступінь фіброзу та активність запально-некротичних процесів у печінці визначали фібротестом двічі (до і після лікування). ПВТ проводили та оцінювали відповідно до діючих клінічних протоколів, затверджених МОЗ України, з урахуванням рекомендацій з лікування ХГС EASL 2015, 2016. ВН контролювали в динаміці перед лікуванням, через 4, 12, 24, 48 тиж від початку терапії (залежно від схеми) і через 12-24 тиж після її закінчення; клінічні і біохімічні обстеження – щомісячно, за необхідності – частіше.

За схемами ПВТ хворі на ХГС розподілені таким чином: I група (51) отримувала пегільований інтерферон- α (ПЕГ-ІФН) і рибавірин при 1-му генотипі 48 тиж, при 2- і 3-му – 24 тиж; II група (34) – ще й софосбувір, тривалість лікування 12 тиж; III (75) – без ПЕГ-ІФН: софосбувір і рибавірин (2); софосбувір і ледіпасвір 12 тиж – при 1-му генотипі НCV (43) і при 6-му генотипі (1), разом з рибавірином (6), софосбувір і даклатасвір 12 тиж – при 2- і 3-му генотипах (9); з F3-F4 і НCV, що не типувався, (5) і з генотипом 3 (5) – ще й рибавірин 24 тиж, софосбувір з велпатасвіром при нетипованому НCV (2) ще й рибавірин в 1, 3D-терапію (омбітасвір/паритапревір/ритонавір + дасабувір) 12 тиж (1).

У роботі дотримувалися принципи міжнародної клінічної біоетики. Для статистичного аналізу використано пакет Statistica, 6.0.

Результати та обговорення. Розподіл хворих за генотипами HCV: 1b був у 117 (73,1%), 2-ий – у 3 (1,9%), 3-ій – в 11 (6,9%), 3a – у 17 (10,6%), вірус не типувався – у 10 (6,3%), 6-ий – в 1 (0,6%), рекомбінантний варіант вірусу RF 2k/1b – в 1 (0,6%). ВН перед ПВТ коливалося від 10^4 до 10^7 МО/мл.

З 51 хворого на ХГС I групи припинено лікування в 11 осіб (1 – через протипоказання, що виникли під час терапії, інші – невідповідачі; у кінці ПВТ і через 24 тиж вірус у крові не визначався у 40 (78,4%) пацієнтів – стійка вірусологічна відповідь (СВВ).

З 34 хворих II групи СВВ отримана у 33 (97,0%). В 1 хворого наприкінці ПВТ РНК вірусу виявлена, хоча її концентрація була на 3 порядки менша за початкову; СВВ все ж досягнута через 12 і 24 тиж.

У III групі хворих СВВ була у 74 (98,7%); в 1 пацієнта з F4 і невизначуваним генотипом HCV отримував софосбувір і даклатасвір, через 12 тиж продовжувала виявлятися РНК вірусу в тій же кількості, що і на початку лікування, – терапія припинена. У нього діагностовано ГЦК. Препарати прямої противірусної дії (ПППД) добре зарекомендували себе в осіб з вираженим фіброзом і цирозом печінки (клас А і В за Чайлд-П'ю), яким ПЕГ-ІФН був протипоказаний. Побічні ефекти ПВТ відзначалися значно рідше, ніж у пацієнтів I і II груп ($p < 0,05$).

Частина осіб з найвищою активністю запально-некротичних процесів у печінці (A3) у кінці лікування статистично достовірно знизилася – з 41,6 до 9,7% ($p < 0,02$) при істотному збільшенні частоти A0 (до 84,6%).

До лікування F0 був у 21 (13,1%) хворого, у 22 (13,8%) – F1, у 49 (30,6%) – F2, у 33 (20,6%) – F3, у 35 (21,9%) – F4. Після лікування фібротест проведено у 61 (38,4%) пацієнта. Аналіз індивідуальної динаміки фіброзу печінки показав, що якщо F3-F4 перед початком ПВТ був у 42,5% осіб, то на кінець лікування – у 27,0% ($p < 0,05$). При цьому у 33 (54,1%) пацієнтів ступінь фіброзу печінки зменшився, у 22 (36,1%) – залишився попереднім, а у 6 (9,8%) – відмічено наростання фіброзних змін (у тому числі у 3 – ступінь фіброзу не вдалося визначити). Тобто незважаючи на ерадикацію HCV, майже у половини пацієнтів

(44,1%) не сталося зворотного розвитку фіброзу (F2-F4), причому тенденція позитивної динаміки частіше спостерігалася в групі хворих, які тривало отримували ПЕГ-ІФН (63,9 проти 54,2%, $p > 0,05$).

Ефективність ПВТ ХГС обстежених нами хворих виявилася досить високою (91,9%), можливо, за рахунок застосування у частини з них софосбувіру і низькому ступеню фіброзу печінки до лікування. В 1 хворого, інфікованого HCV 2-го генотипу, з F4 (субкомпенсований ЦП) двічі виникав рецидив після ПВТ ПЕГ-ІФН і рибавірином упродовж 24 тиж, повторний курс – 48 тиж. При поглибленому обстеженні пацієнта встановлено інфікування рекомбінантним варіантом вірусу RF 2k/1b, який важко діагностується і піддається лікуванню ПЕГ-ІФН. Хворому проведено: 3D-терапію 12 тиж і 2D-терапію (омбітасвір/паритапревір/ритонавір) + софосбувір – ще 12 тиж. Отримано СВВ через 12 і 24 тиж.

Наші дані про динаміку фіброзу печінки після ПВТ співзвучні з результатами інших дослідників, які вважають, що навіть після ерадикації HCV може зберігатися підвищена активність перисинусоїдальних клітин Іто і експресія білків (Bcl-2) – інгібіторів апоптозу, що підтримують процеси фіброгенезу, моно- і поліклональну проліферацію астроцитів і В-лімфоцитів з високим ризиком В-клітинної неоплазії і ГЦК. Додатково прогресу ЦП також можуть сприяти ендогенні (стеатоз) і екзогенні (токсико-аліментарні) чинники.

Висновки. Вірусологічна ефективність ПВТ ХГС у хворих була досить високою – для ПЕГ-ІФН з рибавірином 78,4%, при додаванні софосбувіра збільшилася до 97,0%, при використанні ПППД – 98,7%. Хворі, інфіковані HCV 2-го генотипу, потребують додаткового обстеження з метою виявлення можливої рекомбінантної форми 2k/1b, резистентної до терапії ПЕГ-ІФН. У лікуванні таких пацієнтів доцільно використати режими ПВТ, ефективні як при 1-му, так і при 2-му генотипах вірусу. ПППД добре зарекомендували себе в осіб з вираженим фіброзом і ЦП, яким ПЕГ-ІФН протипоказані. Лише у 54,1% хворих на ХГС після досягнення СВВ спостерігали зворотний розвиток фіброзу печінки, в інших (44,1%) ступінь фіброзу зберігався на попередньому рівні або навіть прогресував (9,8%). Ерадикація HCV не

гарантує від подальшого прогресування фіброзу, що вимагає продовження динамічного диспансерного спостереження за такими пацієнтами з контролем ступеня фіброзу, можливого виникнення ГЦК, використання препаратів з антифібротичною дією.

О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишнеvsька, Н.А. Васильєва, В.О. Качор
СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ БОТУЛІЗМУ
(клінічні випадки)

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. В Україні з 2003 по 2018 рр щороку реєстрували від 225 (2003 р.) до 70 (2007 р.) випадків ботулізму. Клінічні прояви недуги досить різноманітні, особливо у перші години і дні хвороби, що становить значні труднощі для своєчасної діагностики недуги. Основне місце у лікуванні хворих належить введенню протиботулінічної сироватки, якомога швидше, що зменшує ризики для їх виникнення ускладнень і незворотних наслідків. На жаль, у нашій країні відзначаються перебої з постачанням специфічних імунобіологічних препаратів, у тому числі лікувальних сироваток-антитоксинів.

Мета роботи – представити два випадки ботулізму: з атипичним тяжким перебігом недуги і пізнім введенням семивалентного ботулінічного антитоксину (СБАТ), що все ж таки дало помітний позитивний клінічний ефект.

Матеріали та методи. Медичні карти стаціонарних хворих на ботулізм.

Результати та обговорення. Хвора К., 36 р., госпіталізована 17.10.2017 р., на 3-ій день хвороби зі скаргами на загальну слабкість, значну сухість у роті, охриплість голосу, гугнявість, утруднене ковтання, порушення зору, запаморочення, затримку сечовипускання. Захворювання почалось як харчова токсикоінфекція, наступного дня – температура тіла підвищилась до 38,4°C, запаморочення, сухість у роті, утруднене ковтання, двоїння в очах, порушення гостроти зору. При вступі: загальний стан тяжкий, обличчя бліде, *herpes labialis*. Зіниці розширені,

анізокорія, реакція на світло різко знижена. Горизонтальний ністагм. Помірний двобічний птоз. Диплопії немає. Конвергенція знижена, але читає дрібний текст. Глотковий рефлекс знижений. Утруднене ковтання твердої їжі. Пульс 98 за 1 хв, ритмічний. АТ 120 і 80 → 80 і 50 мм рт. ст. З боку внутрішніх органів без особливостей. Діагноз: підозра на ботулізм, тяжкий перебіг з вираженими офтальмоплегічним і назоглософарингеальним синдромами. Менінгоенцефаліт нез'ясованого генезу. Метаболічна кардіоміопатія. СН 0 ст. На 5-ий день хвороби виявлено ригідність м'язів потилиці +1 см, проведено люмбальну пункцію; ліквор без особливостей. Внутрішньовенно введено семивалентний протиботулінічний антитоксин (СБАТ) (тільки тоді отримали!, згідно з інструкцією виробника, через інфузомат). Огляд невролога: дисметаболічна полінейропатія нижніх кінцівок, сенситивна не різко виражена атаксія. Результат біопроби – ботулотоксин типу В. У подальшому стан пацієнтки поступово покращувався. З 7.11 – виявились слабкість у ногах, затерпання лівої ноги, хиткість при ході. Хода атактична. Сила збережена в усіх групах м'язів кінцівок. Сухожильні й періостальні рефлекси з кінцівок D=S, низькі, тонуc у кінцівках знижений. Сила в кистях 3,5-4 бали, у стопах – 3 бали. Гіпалгезія в дистальних відділах кінцівок, мова з гугнявим відтінком. Заключний діагноз: ботулізм (тип В), ускладнений млявим тетрапарезом (слабкий у кистях, помірний у стопах), дисметаболічною полінейропатією нижніх кінцівок. З 20.11 по 7.12 лікувалась у неврологічному відділенні. Динаміка неврологічної симптоматики незначна, стан розцінений як ускладнення ботулізму.

У цьому випадку ботулізму нетиповою є дисоціація офтальмоплегічного синдрому, коли за наявності помірного птозу, диплопії, мідріазу, анізокорії, порушення акомодатції хвора читала навіть дрібний шрифт і писала. Утруднювали діагностику ще й гарячка і *herpes labialis*. Пізніє поступлення хворої у стаціонар (на 3-ій день недуги), відсутність специфічного антитоксину (ввели лише на 5-ий день), можливо, сприяли виникненню такого рідкісного ускладнення, як млявий тетрапарез (слабкий у кистях, помірний у стопах), дисметаболічна полінейропатія нижніх кінцівок, які тривали понад 2 міс.

Інший хворий Ч., 62 роки, госпіталізований на 5-ий день недуги зі скаргами на загальну слабкість, значну сухість у роті, охриплість голосу, гугнявість, утруднене ковтання, порушення зору, закр. Захворювання пов'язує з вживання паштету зі свинини власного приготування. Загальний стан тяжкий. Виражена сухість слизової оболонки порожнини рота, язика. Зіниці розширені, анізокорія OD>OS, страбізм, реакція на світло різко знижена. Рогівковий рефлекс відсутній. Ністагму і птозу не було (з'явилися через добу після госпіталізації). Диплопія. Конвергенція та акомодация знижені, дрібний газетний текст не читає. Глотковий рефлекс відсутній. Параліч надгортанника, м'якого піднебіння і голосових зв'язок. Діагностовано ботулізм харчовий, офтальмоплегічний, фоноларингоплегічний синдроми, тяжкий перебіг (згодом підтверджений біологічною пробою – виявлено ботулотоксин типу В).

Внутрішньовенно ввели СБАТ (6-ий день хвороби; 1 добу затрачено на доставку). Через 3-4 год після введення антитоксину самопочуття пацієнтки покращилося, хоча очна і неврологічна симптоматика не зазнала змін. За 2 дні відзначено деяке зменшення сухості слизових оболонок ротоглотки, фотореакція жвавіша; через 14 днів – значна позитивна динаміку неврологічних і очних змін. Незначні дисфагія, дизартрія, дисфонія. Глоткові рефлексивні збережені. М'яке піднебіння фонує, незначна девіація язичка вправо. У задовільному стані виписана додому під нагляд інфекціоніста і сімейного лікаря. Отже, вводити ботулінічний антитоксин необхідно якомога раніше, проте навіть пізнього його введення має виражений позитивний терапевтичний ефект і сприяє клінічному одужанню хворого.

Висновки. Сучасний ботулізм характеризується поліморфізмом клінічних проявів, проте ряд характерних симптомів, наприклад, неможливість читати дрібний шрифт, іноді можуть й не відзначатись. При підозрі на недугу, навіть при нечіткому епідеміологічному анамнезі та нетиповій клінічній картині, показане цілеспрямоване специфічне обстеження і негайне введення антитоксинів, що суттєво зменшує ймовірність виникнення летальних випадків і ускладнень, навіть при пізньому введенні. Як ускладнення ботулізму зрідка можуть розвиватися млявий тетрапарез, дисметаболична полінейропатія нижніх кінцівок.

Н.І. Ільїна, В.В. Ільїна

ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД

Університет, медичний інститут, м. Суми

Актуальність. У наш час токсоплазмоз головного мозку, поряд з туберкульозом і ЦМВ-інфекцією, займає провідне місце серед опортуністичних інфекцій при ВІЛ-інфекції. Розвиток токсоплазмозу пов'язаний переважно з реактивацією латентної інфекції при низькому вмісті CD4+ клітин. Можливий і розвиток гострої інфекції у серонегативних осіб. Інвазія у ВІЛ-інфікованих частіше перебігає як генералізована інфекція з високою гарячкою, ознаками сепсису і поліорганными ураженнями.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний перебіг токсоплазмозу головного мозку у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Матеріали і методи. Карти стаціонарних хворих, що перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні імені З.Й. Красовицького у 2015-2018 рр.

Результати та обговорення. Хворих з ураженням ЦНС було 89, з них у 28 (31,5%) діагностовано церебральний токсоплазмоз. Переважали чоловіки – 23 (88,1%). У всіх пацієнтів була IV стадія ВІЛ-інфекції. Токсоплазмоз головного мозку розвивався поступово. Основні скарги хворих: сильний біль голови – в усіх (100,0%), запаморочення – у 20 (72,3%), слабкість, нудота і блювання – у 3 (11,2%), хиткість ходи – у 2 (7,1%), підвищення температури тіла до 38-40°C – у 88 (99,2%) осіб. Поступово з'являлась вогнищева симптоматика. Дезорієнтація у часі і просторі була у 10 (37,5%) пацієнтів, зниження пам'яті – у 21 (75,0%), менінгеальні симптоми – у 4 (14,3%), геміпарези – у 3 (10,7%), парепарези – у 5 (17,5%), тетрапарези – у 6 (21,4%) хворих. Патологічні симптоми Гордона визначалися у 6 (22,4%) пацієнтів, Бабінського – у 2 (7,1%), Бехтерева – у 3 (10,7%). Ознаки порушення свідомості були у 18 (64,2%), порушення когнітивних функцій – у більшості хворих.

Церебральний токсоплазмоз поєднувався з іншими опортуністичними інфекціями: найчастіше з орофарингеальним кандидозом – у 19 (67,8%), з туберкульозом – у 7 (25,0%), з ЦМВ-ін-

фекцією – у 4 (13,4%), рідше – з ХГС, криптоспоридіозом, Т-клітинною лімфомою, оперізувальним герпесом тощо.

У гемограмі хворих відмічали зниження кількості еритроцитів, гемоглобіну, лейкоцитів, тромбоцитів, лімфоцитів і підвищення ШОЕ.

Кількість CD4+ коливалася у межах від 3 до 131 кл./мл (0,4 і 7,8% відповідно). Ліквор характеризувався лімфоцитарним плеоцитозом.

Діагноз токсоплазмозу головного мозку підтверджено визначенням у крові методом ІФА у 23 (82,1%) хворих специфічних IgG – 650 Од/мл, методом ПЛР ДНК *Toxoplasma gondii* – у 6 (21,7%), у лікворі – у 3 (10,7%).

Комп'ютерна томографія (КТ) головного мозку виявила вогнища ураження різної локалізації. Найчастіше вражалися півкулі мозочка, скроневі частки мозку, відмічалися атрофічні процеси головного мозку, неоклюзивна гідроцефалія. Більш інформативним діагностичним методом була магнітно-резонансна томографія (МРТ) з контрастуванням, при якій виявляли характерні кільцеподібні включення в речовині мозку.

Висновки. Для клінічного перебігу церебрального токсоплазмозу характерний розвиток важкого менінгоенцефаліту. Для діагностики недуги необхідно застосовувати імунологічні методи, а також МРТ.

I.S. Ishchuk, Ia.I. Iosyk, O.A. Herasymenko, O.Ye. Avsukevych,
O.A. Chura

TROPICAL MALARIA – NOWADAY CHALLENGES

I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University,
Municipal Noncommercial
Enterprise «Ternopil City Municipal Emergency Hospital»,
State Agency
«Ternopil Regional Laboratory Centre of the Ministry of
Health of Ukraine», Ternopil

Introduction. Malaria is a parasitic disease. It is one of blood infections caused by malaria plasmodia. In 2017, 219 million people suffered from this disease worldwide, more than 3 million died.

According to the WHO experts, about half of the world population (3.2 billion) is at risk of this dangerous invasion at present. Local malaria transmission in Ukraine has not been registered since 1956, however, every year some imported cases occur, mainly in foreigners, who come to study from the countries affected by this disease: Angola, Ethiopia, Egypt, Zimbabwe, Cameroon, Kenya, Namibia, Mozambique, Sudan (Africa); Brazil, Haiti, Jamaica, Mexico, the Dominican Republic (Central and South America); Afghanistan, Vietnam, India, China, Malaysia, Thailand (Asia). In 2017, 45 cases of malaria were imported to Ukraine: 36 (80%) of them were caused by *P. falciparum*. In 2018, 4 cases of malaria were registered in Ternopil region. Unfortunately, in Ukraine, there are no medications necessary for treatment of malaria.

Material and methods. A case of imported tropical malaria in a pregnant woman has been registered.

In presented clinical case was a patient A., 24 years old, a citizen of Nigeria. First pregnancy, 32 weeks. The patient was admitted to the hospital on September 13, 2018 into the First Department of Obstetrics of the Municipal Noncommercial Enterprise “Ternopil City Municipal Hospital No.2” with complaints of high temperature up to 37.4°C, cold, epigastric and lower abdominal pain.

According to epidemiological anamnesis, she was treated for malaria in her native country in 2017. She arrived to Ukraine on August 31, 2018. The patient stated that she had received a course of antimalarial drugs before leaving the country; she did not remember their title.

The diagnosis was clarified: tropical malaria (epidemiologically, clinically, and laboratorially). Malaria coma (September 15, 2018), the subcompensation stage. Severe haemolytic anaemia. Acute hepatorenal insufficiency. First pregnancy, 31-32 weeks. Placental dysfunction. Oligoamnios.

The microscopy of thick-blood film revealed a malarial plasmodium (an immature ring-shaped schizont). *P. falciparum* was found in the blood smear. The level of parasitemia was 240 (++) in 1 ml of blood.

In the absence of the necessary etiotropic antimalarial drugs (according to CDC) Amatem Forte (Artemether 80 mg + Lumefantrine 480 mg) was prescribed: 1 tablet every 8 hours on the

1st day, then 1 tablet twice a day. The patient prudently brought the drug from Nigeria. Additionally, 600 mg of dalacin was administered intravenously twice a day. The effectiveness of the antimalarial treatment was confirmed by the regression of clinical signs of the disease and parasitoscopically: no malarial plasmodia were found in the native blood. Childbirths took place as expected, on time; a healthy, full-term infant was born.

Conclusions. In the presence of an appropriate epidemiological anamnesis, the patients with fever of unknown genesis should first of all be examined for malaria, the most socially significant tropical disease. It is necessary to define the type of malarial plasmodium by repeated blood parasitology by a thick-blood film and blood smear coloured by Gimza-Romanovsky method. Doctors' vigilance against malaria allows preventing complicated forms and late relapses of this malignant invasion. The countries free of malaria can also face this problem and therefore they should be ready to diagnose and treat this disease effectively. The infectious diseases hospitals of Ukraine should be supplied with antimalarial drugs.

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

**КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ
ГЕНА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 І ЙОГО КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ
В РОЗВИТКУ ЗМІШАНОЇ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЇ
Й ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. У 40-70% хворих на ХГС розвивається змішана кріоглобулінемія (КГЕ), що підвищує смертність пацієнтів. При цьому фактори, які сприяють маніфестації цих проявів, на сьогодні вивчаються. Відкритим залишається питання пошуку предикторів відповіді на противірусну терапію (ПВТ) за сучасними схемами.

Мета роботи – виявити клініко-патогенетичну роль поліморфізму гена інтерлейкіну-6 (IL-6) і його кількісного вмісту в розвитку змішаної кріоглобулінемії та ефективності ПВТ хворих на ХГС.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 149 хворих на ХГС і 45 здорових людей. Усі хворі були обстежені на базі гепатоцентру КУ «Запорізька обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР» згідно з Наказом МОЗ України № 729 від 18.07.2016 р. Хворі були віком від 24 до 73 років; чоловіків – 98, жінок – 51. Генотипування поліморфізму гена ІІ-6 виконано методом ПЛР, рівень ІІ-6 у сироватці крові визначали імуноферметним методом, рівень змішаних кріоглобулінів – спектрофотометричним методом. Усі спеціальні дослідження виконані на базі Навчального медико-лабораторного центру ЗДМУ (завідувач – професор А.В. Абрамов). Обробка даних проводилась за допомогою непараметричних методів статистики.

Результати та обговорення. При аналізі даних виявлено, що генотип СС гена ІІ-6 виявлявся у 3 рази рідше в групі хворих, порівняно зі здоровими ($\chi^2=29,88$, $p<0,001$) і в 5 разів рідше – за наявності КГЕ у пацієнтів з ХГС ($\chi^2=34,38$, $p<0,001$). У хворих з наявною КГЕ генотипи із наявністю G-алелі реєструвалися достовірно частіше, ніж у пацієнтів без КГЕ. Аналіз кількісного вмісту ІІ-6 виявив, що найвищий рівень цього цитокіну був у пацієнтів з генотипами CG/GG і наявністю КГЕ у сироватці крові як при порівнянні з пацієнтами носіями CG/GG генотипів без КГЕ ($p<0,01$), так і зі здоровими людьми ($p<0,001$). При обробці даних вмісту КГЕ було виявлено, що найвищий рівень спостерігався у хворих на ХГС з наявністю CG/GG-генотипів, порівняно з носіями СС-генотипу ($p<0,05$) і здоровими людьми ($p<0,01$). Після аналізу клінічних проявів КГЕ синдрому у пацієнтів з наявною біохімічною КГЕ виявлено, що у хворих з CG/GG-генотипами достовірно частіше реєструвалися артралгії ($\chi^2=8,86$, $p<0,01$) і загальна слабкість ($\chi^2=5,62$, $p<0,05$), порівняно з носіями СС-генотипу. Васкуліти і формування тріади Мельцера виявили лише у хворих ХГС з CG/GG-генотипами. Хворі з G-алеллю також гірше відповіли на ПВТ на всіх етапах терапії, яка включала препарати прямої противірусної дії другого покоління (софосбувір), пегільовані інтерферони і рибавірин. Згідно з нашими даними, на 4-му тижні ПВТ, на момент закінчення лікування та формування стійкої вірусологічної відповіді через 24 тиж (СВВ24) після терапії вірусна РНК не визначалась у сироватці крові у відповідно 92,8, 88,4 і 85,5%, порівняно з носіями СС-генотипу, в яких у 100,0% не визначали РНК HCV ($p>0,05$). Початкове вірусне навантаження не впливало на

результативність ПВТ ($p > 0,05$). Найгірше відповіли на терапію хворі з CG/GG-генотипами і наявністю КГЕ у сироватці крові на всіх етапах. При аналізі кореляцій було виявлено, що на формування СВВ24 мали вплив поліморфізм гена IL-6 ($\tau = -0,17$, $p < 0,05$) і рівень активності АЛАТ до початку ПВТ ($\tau = -0,18$, $p < 0,05$).

Висновки. Наявність G-алелі поліморфізму гена IL-6 відіграє певну роль у розвитку змішаної КГЕ. Наявність у хворих на ХГС з КГЕ CG/GG-генотипів обумовлює більшу частоту маніфестації клінічних проявів. Відсутність формування СВВ24 у хворих зумовлюється наявністю CG/GG-генотипів, вищою запальною активністю до початку ПВТ і наявністю КГЕ у сироватці крові. За умов наявності генотипу CC лікування за схемою рег-IFN α +SOF+RBV є ефективним у всіх пацієнтів.

В.Ю. Ключ, А.О. Руденко, Л.В. Муравська, П.А. Дьяченко,
О.Г. Андреева

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ФОРМОЮ ХВОРОБИ ЛАЙМА

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

Актуальність. Останнім часом у багатьох регіонах України, що є природними осередками та ареалами проживання іксодових кліщів, спостерігається зростання захворюваності на хворобу Лайма (ХЛ). Значну небезпеку складають особливості перебігу ХЛ, що проявляються в тенденціях хронізації та періодичних рецидивів, супроводжуються широким спектром поліорганних уражень багатьох органів і систем (шкіра, опорно-руховий апарат, серце). У той же час, характерною рисою клінічної картини ХЛ є поява у значного відсотка пацієнтів (біля 40%) різного рівня тяжкості уражень нервової системи, які також мають багатий поліморфізм проявів, що, у свою чергу, часто обумовлює складнощі діагностування та застосування адекватної терапії.

Мета роботи. Дослідити особливості даних магнітно-резонансної томографії (МРТ) у пацієнтів з хронічною формою ХЛ з переважним ураженням нервової системи.

Матеріали і методи: клінічні, серологічні, МРТ головного та спинного мозку.

Результати та обговорення. Дослідження проведене на базі відділення нейроінфекцій ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України». Відповідно до поставленої мети серед цих пацієнтів було виділено основну групу з 112 хворих віком від 20 до 77 років, в яких було запідозрено або були ознаки борелійного процесу, або був попередньо встановлений діагноз «А69.2. Хвороба Лайма» (за МКХ-10). До складу основної групи пацієнтів увійшли 24 (21,4%) особи чоловічої статі та 88 (78,6%) – жіночої. Пацієнтів працездатного віку було 103 (91,9%).

На початку дослідження пацієнти були розділені на дві групи. До першої групи увійшло 69 (61,6%) хворих, які перенесли гостру стадію бореліозу в різні періоди і звернулися з приводу неврологічних скарг. До другої групи увійшло 43 (38,4%) пацієнти, які не мали в анамнезі еритеми та звернулися з приводу діагнозу нейроінфекції.

Верифікація діагнозу ХЛ серед пацієнтів основної групи проводилась у ході двоетапного дослідження крові/сироватки. На першому етапі здійснювали дослідження методом ІФА із визначенням у крові антитіл класу IgM і IgG до *Borrelia s. s.*, на другому – методом БлотАналізу.

МРТ головного та спинного мозку проводили на 18-канальному магнітно-резонансному томографі «SIEMENS» (Німеччина) з індукцією магнітного поля 1,5 Тесла, за стандартною програмою.

Для проведення кількісного та якісного аналізу уражень головного мозку, що фіксуються у хворих на ХЛ, 112 пацієнтам основної групи було проведено МРТ головного мозку. У ході аналізу отриманих результатів були зафіксовані такі зміни: вогнищеве ураження головного мозку різної локалізації мали 34 (30,3%) пацієнти, розширення підпаутинних і субарахноїдальних просторів виявлено у 56 (50,0%) і у 6 (5,4%) осіб – ознаки кіст головного мозку.

У ході статистичного аналізу частот уражень головного мозку статистично достовірних відмінностей між результатами, зафіксованими у групі I та II, не виявлено, що вказує на подібність патологічного процесу в обох групах.

Висновки. З метою оцінки характеру і рівня ураження нервової системи у пацієнтів з хронічною формою ХЛ з переважним ураженням нервової системи рекомендовано здійснювати МРТ перед початком лікування.

А.І. Когутич, Г.М. Коваль, М.А. Поляк, А.А. Галамба, П.В. Петах

ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПІРОЗУ З ЛЕТАЛЬНИМИ НАСЛІДКАМИ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Національний університет, медичний факультет,
м. Ужгород

Актуальність. Лептоспіроз належить до найпоширеніших у світі природно-осередкових інфекційних захворювань. Незважаючи на досягнення сучасної медичної науки, летальність від цієї недуги коливається у широких межах: від кількох відсотків до двох третин випадків. Причиною несприятливих наслідків захворювання може стати неврахування окремих епідеміологічних і клініко-лабораторних даних при вступі у лікувальний заклад, а відтак і не своєчасність адекватної медичної допомоги хворому в максимальному обсязі.

Мета роботи. Виявити найбільш характерні ознаки у хворих на лептоспіроз із летальними наслідками серед жителів Закарпатської області.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 101 випадку захворювання на лептоспіроз серед пацієнтів Обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ) м. Ужгорода: 69 чоловіків і 32 жінки, віком від 19 до 75 років, середній вік становив $(49,5 \pm 1,5)$ року; 2010-2018 рр і перша половина 2019 р., у тому числі 26 випадків з летальним наслідком. Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica v.10.

Результати та обговорення. Серед пацієнтів ОКІЛ діагноз лептоспірозу був верифікований серологічно у 89,1%, у 10,9% – клінічно ($p < 0,001$). Слід зауважити, що останні належали до тих, у кого спостерігалися несприятливі форми захворювання і їх частка становила 42,3% серед померлих. Статистично вагомих відмінностей у домінуванні якогось конкретного збудника лептоспірозу, який спричинив загибель хворих, не встановлено.

Жовтянична форма лептоспірозу була виявлена у 75,2% випадків, безжовтянична – у 24,8%. Летальні наслідки захворювання відмічено лише при жовтяничній формі ($p < 0,05$). Частота несприятливих наслідків захворювання на лептоспіроз у різні роки спостереження коливалась у межах від 0 у 2015 р. до 35,7% у 2014 р., а за перше півріччя 2019 р. сягнула 50,0%. Середня смертність за період спостереження становила 25,7%, за жовтяничної форми – 34,2%. На лептоспіроз частіше хворіли особи чоловічої статі. Їх частка становила 68,3%. Статистично вірогідних відмінностей у частоті несприятливих наслідків у хворих на лептоспіроз залежно від статі не виявлено (чоловіки – 26,1%, жінки – 25,0%). Не відзначено такої відмінності і залежно від місця проживання (27,2% – жителі міст, 25,0% – сіл), хоча серед хворих на лептоспіроз переважали жителі сільської місцевості (63,4%). У той же час, вік померлих від лептоспірозу був більшим – $(53,8 \pm 2,3)$ року, порівняно з хворими, котрі одужали, – $(47,6 \pm 1,8)$ року ($p < 0,05$).

При порівнянні лабораторних даних хворих з летальним наслідком захворювання і тими, хто одужав, виявлено вірогідні відмінності у частці гранулоцитів – $(91,33 \pm 1,28)$ і $(88,12 \pm 0,92)\%$ ($p < 0,05$), кількості тромбоцитів – $(52,16 \pm 6,92)$ і $(127,89 \pm 15,51) \times 10^9$ /л ($p < 0,01$), вмісту загального білірубину – $(363,89 \pm 29,29)$ і $(165,25 \pm 20,88)$ мкмоль/л ($p < 0,01$), прямого білірубину – $(255,61 \pm 23,97)$ і $(114,12 \pm 17,82)$ мкмоль/л ($p < 0,01$), кількості креатиніну – $(482,20 \pm 45,21)$ і $(197,94 \pm 19,87)$ мкмоль/л ($p < 0,01$), сечовини – $(29,66 \pm 2,83)$ і $(12,58 \pm 1,07)$ ммоль/л ($p < 0,01$).

Висновки. Захворювання на лептоспіроз продовжує бути актуальним для охорони здоров'я Закарпатської області. Серед пацієнтів ОКІЛ частка летальних наслідків в окремі роки коливалась від 0 до 35,7-50,0%. Надаючи медичну допомогу в повному обсязі при вступі хворих на лікування, слід звертати увагу на інтенсивність жовтяниці (концентрацію загального і прямого білірубину – більше 300 і 200 мкмоль/л відповідно), вік пацієнтів понад 50 років. Серед лабораторних показників прогностично несприятливими були: частка гранулоцитів більше 90%, вміст креатиніну $(482,20 \pm 45,21)$ мкмоль/л і сечовини $(29,66 \pm 2,83)$ ммоль/л.

Т.Р. Колотило

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ФОНІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Рентгенологічними особливостями туберкульозу (ТБ) у ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД є атипова середньо- і нижньочасткова локалізація в передніх сегментах і відносно невисока частота розпаду легеневої тканини, що може бути причиною помилкової діагностики пневмонії та інших опортуністичних респіраторних інфекцій і пізньої діагностики ТБ.

Мета роботи. Проаналізувати рентгенологічні ознаки ТБ легень у хворих на ВІЛ-інфекцію.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 33 хворих на ВІЛ-інфекцію в поєднанні з ТБ у Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Результати та обговорення. Рентгенологічні прояви ТБ у ВІЛ-інфікованих значною мірою залежать від стану пригнічення імунітету. При цьому кількість CD4⁺-Т-лімфоцитів розглядається як маркер імунокомпетентності макроорганізму. У міру зниження їх кількості в крові (до 200 кл. в 1 мкл) разом з легневими ураженнями (чи замість них) усе частіше починають виявлятися позалегенові локалізації ТБ. Міліарний ТБ і менінгіт переважно розвиваються при кількості CD4⁺-Т-лімфоцитів близько 100 кл. в 1 мкл і нижче.

За даними рентгенографії органів грудної порожнини, туберкульозні зміни у ВІЛ-інфікованих (як і при первинному зараженні) відрізняються частішим розвитком прикореневої аденопатії, міліарних висипань, наявністю переважно інтерстиційних змін і утворенням плеврального випоту. У той же час у таких пацієнтів достовірно рідше уражаються верхні відділи легень, не так часто формуються порожнини розпаду й ателектази, хоча дослідники частіше відзначають переважне ураження усієї легені або верхніх часток.

Порожнини розпаду на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції були тільки у 20% випадків, що пов'язано з різким зниженням ексудативно-проліферативних процесів на тлі тяжкого імунодефіциту і що, у свою чергу, призводить до швидкої дисемінації тубер-

кульозного процесу. Поширеність уражень, схильність до дисемінації з множинними позалегеновими локалізаціями розглядаються як головні особливості ТБ у ВІЛ-інфікованих хворих. Їх виявлення має викликати підозру на імунонекомпетентність навіть при негативних скринінгових дослідженнях на ВІЛ-інфекцію.

Висновки. При рентгенографії органів грудної порожнини особливостями туберкульозу у ВІЛ-інфікованих є частіший розвиток прикореневої аденопатії, міліарних висипань, наявність переважно інтерстиційних змін і утворення плеврального випоту.

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

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ, ОБУМОВЛЕНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР, У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

Медичний університет, Обласна клінічна інфекційна
лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Епштейна-Барр вірусна інфекція (ЕБВІ) належить до найбільш поширених інфекційних захворювань людини. Захворюваність на гостру форму ЕБВІ у різних країнах коливається від 4 до 45 на 100 тис. населення. У країнах, що розвиваються, діти інфікуються у віці від 3 до 5 років і при досягненні повноліття майже 100% населення інфіковано ВЕБ.

Мета роботи. Вивчити сучасні вікові особливості клініко-лабораторних проявів інфекційного мононуклеозу Епштейна-Барр вірусної етіології у дітей.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 133 історій хвороб дітей з клінічним діагнозом інфекційного мононуклеозу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Запорізькій обласній клінічній інфекційній лікарні з 1 червня по 30 листопада 2018 р. Діти були розподілені на 4 групи залежно від віку: перша група – від 1 до 2 років (23; 22,1%); друга – від 2 до 5 років (37; 35,6%); третя – від 6 до 11 років (24; 23,1%), четверта – від 12 до 17 років (20; 19,2%). Статистичний аналіз виконано на персональному комп'ютері з використанням комерційного пакету програми SSPS, версія 23.

Результати та обговорення. До заключного аналізу було включено 104 дитини, які відповідали таким діагностичним критеріям первинної ЕБВІ: 1. Наявність принаймні трьох класичних клінічних проявів – гарячка, тонзилофарингіт, цервікальна лімфаденопатія, гепатомегалія або спленомегалія; 2. Серологічний профіль первинної ЕБВІ – наявність IgM до капсидного антигена ВЕБ (VCA IgM) одночасно з відсутністю антитіл до ядерного антигена ВЕБ (EBNA IgG).

Середній вік дітей склав $(6,22 \pm 4,99)$ року. Максимальна захворюваність на інфекційний мононуклеоз відмічена у віковій групі від 2 до 5 років – 35,6%, найменш чисельною виявилася група від 12 до 17 років – 19,2%.

Рівень підвищення температури тіла був більшим у дітей молодших вікових груп – виявлено достовірні відмінності між другою і четвертою групами хворих ($p_{2-4}=0,002$).

Шийну лімфаденопатію виявлено у 93,3% дітей. Ступінь збільшення шийних лімфатичних вузлів був більшим у дітей шкільного віку і підлітків, порівняно з пацієнтами раннього віку ($p<0,001$). Одним з типових проявів захворювання був тонзиліт, який відзначали у 79,8% хворих, статистично достовірних відмінностей між віковими групами за цим симптомом не виявлено. У 98,1% обстежених спостерігали гепатомегалію, у 34,6% – спленомегалію. Відзначено відмінності між першою і другою групами хворих ($p_{1-2}=0,035$) та між першою і четвертою ($p_{1-4}=0,014$).

Атипові мононуклеари частіше виявляли у дітей старших вікових груп, ніж у раннього віку. Слід відзначити, що діти молодшого віку мали значно нижчі значення активності АлАТ сироватки – $(0,76 \pm 0,63)$ і $(0,7 \pm 0,59)$ ммоль/(л×год) у групах 1 та 2, порівняно з дітьми старших вікових груп – $(2,51 \pm 1,4)$ ммоль/(л×год) у групі 4 ($p<0,001$).

Висновки. У дітей перших двох років життя ЕБВІ характеризується меншими проявами захворювання (шийна лімфаденопатія, спленомегалія) і рідшою наявністю атипових мононуклеарів. У цій групі частіше зустрічається значне підвищення температури тіла. Виявлено виражену різницю у частоті гепатиту серед дітей різного віку: зі збільшенням віку хворого середні значення активності АлАТ істотно і поступово збільшувалися.

Т.С. Копійченко, С.В. Кузнецов, А.М. Татаркіна, Я.І. Бурма,
Л.А. Білоконова, Л.М. Онопко

АНАЛІЗ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ КИШКОВОГО ЄРСИНІОЗУ В ДІТЕЙ

Медичний університет, Обласна дитяча інфекційна
клінічна лікарня, м. Харків

Актуальність. Зниження матеріального добробуту населення, збільшення кількості мишоподібних гризунів у наших містах і селах призвело до зростання захворюваності на кишковий ерсиніоз. Поліморфізм клінічних проявів хвороби часто зумовлює діагностичні помилки і призначення неадекватної терапії.

Мета роботи. Провести аналіз діагностичних помилок кишкового ерсиніозу в дітей.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилося 54 дитини віком від 3 до 16 років, хворих на кишковий ерсиніоз. Діти вступали у стаціонар з діагнозами: гостра кишкова інфекція – 28 (51,8%), гепатит – 12 (22,2%), гостра респіраторна інфекція – 9 (16,7%), артрити різної локалізації – 5 (9,3%). Заключний діагноз виставлявся на підставі сукупності клініко-анамнестичних, епідеміологічних і лабораторних даних. Проводилося бактеріологічне дослідження калу і ПЛР калу на виявлення *Yersinia enterocolitica* та специфічні серологічні тести (РНГА, ELISA та імуноблотинг – метод Вестернблот).

Результати та обговорення. У 38 (70,4%) хворих встановлено шлунково-кишкову форму захворювання (гастроентероколіт – 16, ентероколіт – 12, ентерит – 4), у 9 (16,7%) – жовтяничну, у 7 (12,9%) – генералізовану.

При шлунково-кишковій формі захворювання частіше починалося гостро. Температура тіла збільшувалась до субфебрильних (23,7%) або фебрильних (76,3%) цифр, з'являлися симптоми інтоксикації (100,0%), озноб (65,8%), біль у суглобах і м'язах (73,7%). Локалізація болю в животі була різною, але частіше він реєструвався в надчеревній і правій здухвинній ділянках (74,3%) або мав оперізувальний характер (25,7%). У 78,9% дітей виявлено збільшення мезентеріальних лімфовузлів. Випорожнення були від 2-3 до 15 разів за добу, рідкі, смердючі, іноді з домішками крові та слизу. Гепатоспленомегалія з підвищенням показ-

ників цитолізу гепатоцитів спостерігали в 92,1% випадків. У частини хворих (31,6%) відмічався скарлатино- чи короподібний висип без певної локалізації, у 9 (23,7%) – гіперемія та висипання на долонях.

При жовтяничній формі ерсиніозу домінуючими симптомами були ознаки ураження печінки: біль і відчуття тяжкості в правому підребер'ї, знебарвлення калу і потемніння сечі, жовтяниця склер і шкіри, збільшення розмірів і болючість печінки при пальпації. При лабораторному дослідженні виявляли гіпербілірубінемію і незначну гіпертрансаміназемію. В усіх хворих відзначалися болі в животі без певної локалізації, біль у суглобах і м'язах – у 7 (77,8%) дітей, короткочасний плямисто-папульозний висип – у 5 (55,6%).

Генералізована форма ерсиніозу характеризувалася високою гарячкою, вираженими симптомами інтоксикації, діареєю, болем у животі, гранульозним фарингітом, різноманітним висипом, іноді з геморагічним компонентом. У всіх хворих визначалися гепатоспленомегалія та підвищення показників цитолізу гепатоцитів. У 4 (57,1%) дітей на тлі жовтяниці шкіри і склер реєструвалася гіпербілірубінемія.

Проведення бактеріологічного дослідження калу на ерсинії в усіх дітей не дало позитивних результатів. При дослідженні калу в ПЛР у ранні терміни хвороби у 59,3% дітей були позитивні результати, а на 3-4-му тижні патологічного процесу – лише у 22,2%. Серологічна діагностика в РНГА виявила діагностичні титри (1:200-1:400) лише у 8 дітей на 3-4-му тижні хвороби. Проведення ELISA на виявлення антитіл до *Y. enterocolitica* дозволило зареєструвати підвищення рівня антитіл класу IgA в ранню фазу і зростання вмісту антитіл класу IgG впродовж декількох тижнів хвороби у 83,3% дітей. У 2 дітей з рецидивом хвороби і лабораторно невизначеним діагнозом виявили специфічні антитіла методом імуноблотингу, що дозволило встановити етіологічний чинник хвороби.

Висновки. Кишковий ерсиніоз характеризується поліморфізмом клінічних проявів, що часто призводить до діагностичних помилок. При появі ознак інтоксикації, діареї, болю у животі в поєднанні з наявністю гепатоспленомегалії, артрити, висипу необхідно призначати обстеження на ерсиніоз із застосуванням сучасних методів діагностики.

В.С. Копча, О.Я. Кадубець, О.А. Герасименко

ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ HCV ДО ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРЯМОЇ ДІЇ У МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, Міська комунальна лікарня
швидкої допомоги, м. Тернопіль

Актуальність. Із запровадженням противірусних препаратів прямої дії (ПППД), ефективність ерадикації HCV у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) зросла майже до 100%. Однак, враховуючи колосальну швидкість еволюції вірусів, яка у рази вища, ніж у бактерій, не забарилося й очікуване формування резистентності збудників вірусних гепатитів до практично повсюдно використовуваних у нас ПППД.

Мета роботи – проаналізувати стійкість HCV до ПППД протягом останніх 4-ох років їх використання у мешканців Тернопільської області.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 197 хворих на ХГС, а також цироз печінки, асоційований з HCV (усі у вигляді моноінфекції), які отримували етіотропне лікування ПППД у 2016-2019 рр. Усі пацієнти проживали у м. Тернополі і Тернопільській області. Серед них було 89 (45,2%) чоловіків і 108 (54,8%) жінок. Обстежені були віком від 20 до 67 років, середній вік – $(39,4 \pm 3,3)$ року. В усіх осіб діагноз верифіковано традиційними клінічними і лабораторно-інструментальними методами. Шляхом генотипування HCV було встановлено, що найчастішим виявився 1b генотип – у 119 (60,4%) пацієнтів, рідше виявляли 3a – у 40 (20,3%) хворих і в поодиноких випадках генотип 2 – у 7 (3,6%) осіб. У 31 (15,7%) пацієнта генотип верифікувати не вдалося. Ступінь фіброзу печінки, оцінений біохімічним методом і/або шляхом фібросканування, за шкалою METAVIR коливався від F0 до F4, причому відсутність фіброзу встановили у 76 (38,6%), F4 – у 40 (20,3%) хворих. У решти осіб ступінь фіброзу займав проміжні значення.

Результати та обговорення. Усі пацієнти отримували лише одну з двох пангенотипних комбінацій ПППД: софосбувір + даклатасвір (152 хворих; 77,2%) або, починаючи з 2018 р.,

софосбувір + велпатасвір (45 осіб – 22,8%). У разі виявлення неефективності лікування, про що свідчили зниження вірусного навантаження менше, ніж на 3 порядки після 4-8 тиж прийому ПППД («нульова відповідь»), або повторне виявлення вірусу під час лікування після його первинного зникнення з крові (вірусологічний прорив), чи після закінчення курсу терапії (рецидив), здійснювали дослідження мутації медикаментозної стійкості HCV у ТОВ «Центр лабораторних досліджень» (м. Київ).

Встановили, що у 2016 р. досягнуто ерадикацію вірусу в усіх хворих (31 особа).

У 2017 р. вперше був встановлений 1 (1,7%) випадок рецидиву HCV (генотип 1b, F4 за шкалою METAVIR) з пролікованих 58 осіб. Важливо, що зазначений хворий був прооперований з приводу гепатоцелюлярної карциноми, після чого протягом 96 тиж отримував терапію на основі інтерферону і ще протягом 16 тиж – ПППД. Виділений вірус характеризувався численними мутаціями стійкості, зокрема до інгібіторів білка NS5A (регіони R30G/H/P/Q та Y93C/H/N/S), а також до інгібіторів NS5B (регіони L159F та C316H/N/Y/W). Отриманий результат вказує на те, що мутант HCV резистентний до даклтасвіру, велпатасвіру і софосбувіру, а також не виключене виникнення стійкості до пібрентасвіру.

У 2018 р. було проліковано 53 хворих, з яких також в 1 (1,9%) особи зі ступенем фіброзу F4 встановили нульову відповідь. Досліджений HCV мав 1b генотип, мутації резистентності до інгібіторів NS5A виявлено у єдиному регіоні Y93H/N/R, що засвідчувало стійкість вірусу до даклтасвіру і велпатасвіру, а також можливе виникнення резистентності до пібрентасвіру. Оскільки зазначений HCV був позбавлений мутацій стійкості до інгібіторів білка NS5B, це дало змогу призначити хворому потрібну терапію (софосбувір + ПЕГ-інтерферон + коpegус) протягом 6 міс., після чого було досягнуто стійку вірусологічну відповідь.

З початку 2019 р. лікування отримали 55 пацієнтів, у 5 з яких (9,1%) (в усіх був 3a генотип HCV, ступінь фіброзу коливався від F1 до F4) терапія виявилася неефективною (у 2 встановлено нульову відповідь, а у 3 – вірусологічний прорив). В усіх 5 осіб мутації стосувалися інгібіторів білка NS5A (регіони

S24F, L31F/I/M/P/V та Y93H/N/R), а у 2 – ще й NS5B (в обох регіон S282T).

Таким чином вже сьогодні спостерігаємо суттєве зростання кількості хворих на ХГС, в яких ефективність терапії ПППД і близько не досягає декларованих багатоцентровими дослідженнями минулих років 96-98%.

Висновки. Сьогодні стрімко зростає резистентність HCV до передусім використовуваних у нас традиційних комбінацій софосбувіру із даклатасвіром чи велпатасвіром. Рекомендована нині пангенотипна комбінація софосбувіру із велпатасвіром, будучи суттєво дорожчою, ніж із даклатасвіром, не демонструє жодних переваг, оскільки в разі формування резистентності HCV до інгібіторів полімерази NS5A вона стосується одночасно обох зазначених препаратів. Враховуючи цінову недоступність новітніх ПППД, а також рідше виникнення стійкості HCV до софосбувіру (у 3 із виявлених 7 випадків резистентності в цілому), можливий ренесанс пегільованих інтерферонів передусім у вигляді потрібної терапії хворих на ХГС.

Ю.В. Копча

ІНТЕРЛЕЙКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ ПРИ ГОСТРОМУ ТОНЗИЛІТІ

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Гострий тонзиліт – гостре інфекційне запалення піднебінних мигдаликів, має високі інтенсивні показники захворюваності та займає одне з провідних місць у тимчасовій непрацездатності населення. Незважаючи на гостроту і тяжкість захворювання, наявність гнійно-запальних змін у ротоглотці, питання імунітету, ролі та значення системи інтерлейкінів при гострому тонзиліті вивчені недостатньо.

Мета роботи – дослідити показники прозапальних інтерлейкінів (ІЛ) – фактора некрозу пухлин альфа (ФНП- α), ІЛ-1 β , ІЛ-6 і протизапальних цитокінів – ІЛ-4 та ІЛ-10 у сироватці крові хворих залежно від періоду, клінічних форм і ступеня тяжкості гострого тонзиліту.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 65 хворих на гострий тонзиліт (29 чоловіків і 36 жінок), віком від 20 до 52 років, які отримували тільки традиційну терапію в умовах клініки інфекційних хвороб. З них у 51 особи захворювання перебігало із середнім, у решти 14 – з тяжким ступенем. Тяжких супутніх захворювань, які могли б вплинути на рівень досліджуваних цитокінів, пацієнти не мали. З урахуванням місцевих змін у 7 хворих діагностовано катаральний тонзиліт, у 48 – фолікулярний або лакунарний і в 10 – флегмонозний або флегмонозно-некротичний. Однобічне ураження мигдаликів мали 12 хворих, двобічне – 53.

Хворі отримували антибактерійне та патогенетичне лікування. Цефалоспорини III покоління призначали протягом 5-7 днів залежно від ступеня тяжкості недуги. У перші дні дезінтоксикаційну терапію здійснювали внутрішньовенним краплинним введенням 5% розчину глюкози з аскорбіною кислотою та реосорбілакту по 400,0 мл через день. Використовували також полоскання ротової порожнини розчинами натрію гідрокарбонату, риванолу, фурациліну до 8-10 разів за добу.

Пацієнти обстежені в період розпалу недуги (1-4-та доби хвороби), згасання клінічних симптомів (5-6-та), ранньої реконвалесценції (7-10-та), тобто перед виписуванням із стаціонару, а частину з них – також через 1 міс. після вибуття зі стаціонару.

Контрольну групу склали 20 донорів крові.

Результати та обговорення. В усіх хворих виявлено значне підвищення вмісту прозапальних цитокінів у плазмі крові з максимальним значенням у розпал гострого періоду: ФНП- α – $(12,77 \pm 1,30)$, ІЛ-1 β – $(7,93 \pm 1,12)$, ІЛ-6 – $(7,99 \pm 1,04)$ пг/мл (порівняно зі здоровими $p < 0,01-0,001$). При згасанні клінічних симптомів простежувалося поступове зниження рівня зазначених інтерлейкінів, концентрація яких була статистично достовірно нижча порівняно з попереднім періодом. У ранню реконвалесценцію рівень прозапальних цитокінів у плазмі крові мав схильність до зниження, однак в усіх хворих демонстрував значення суттєво вищі від нормальних.

Вміст ФНП- α , ІЛ-1 β , ІЛ-6 у плазмі крові мав вищі значення при фолікулярній і лакунарній формі тонзиліту, ніж при катаральній ($p < 0,01-0,001$). При флегмонозно-некротичній формі встановили найвищі концентрації цих цитокінів ($p < 0,05-0,001$).

Значніші зміни і вищі досліджувані показники простежували у хворих з тяжким ступенем, ніж при середньотяжкій формі недуги ($p < 0,05$).

У розпал гострого тонзиліту встановили також зниження рівня протизапальних цитокінів: ІЛ-4 – $(1,64 \pm 0,23)$ та ІЛ-10 – $(2,84 \pm 0,32)$ пг/мл (порівняно з нормою, $p < 0,01-0,001$). У період згасання клінічних симптомів встановили поступове підвищення рівнів цих цитокінів до норми в період ранньої реконвалесценції в усіх пацієнтів при катаральній, фолікулярній і лакунарній формах гострого тонзиліту. При флегмонозно-некротичній формі ураження нормалізація концентрації ІЛ-4 та ІЛ-10 наставала тільки в період пізньої реконвалесценції, тобто через 1 міс. після вибуття зі стаціонару.

Висновки. У розпал гострого тонзиліту максимально зростає вміст прозапальних цитокінів (ФНП- α , ІЛ-1 β , ІЛ-6) і падає – протизапальних (ІЛ-4, ІЛ-10) у сироватці крові хворих, а при згасанні клінічних симптомів простежується поступове зниження рівня прозапальних і підвищення – протизапальних інтерлейкінів. У ранню реконвалесценцію рівень прозапальних цитокінів у плазмі крові має схильність до зниження, а протизапальних – до підвищення, однак в усіх хворих суттєво відрізняється від показників здорових осіб. У період пізньої реконвалесценції концентрація усіх вказаних інтерлейкінів нормалізується.

При флегмонозно-некротичній формі та тяжкому ступеню інших форм гострого тонзиліту встановлено найвищі зрушення вмісту ФНП- α , ІЛ-1 β та ІЛ-6 у плазмі крові, а при фолікулярній і лакунарній формах їх значення вищі, ніж при катаральній. При цьому концентрація ІЛ-4 та ІЛ-10 у пацієнтів з флегмонозно-некротичною формою хвороби нижча, ніж при катаральній, а також в осіб з тяжким ступенем хвороби, ніж при середньому ступеню тяжкості.

М.М. Корда, М.І. Шкільна, С.М. Андрейчин, Н.І. Ярема,
Н.Я. Верещагіна, Н.А. Ничик, Р.О. Гуменна

СКРИНІНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИРОВАТОК КРОВІ ПАЦІЄНТІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА НАЯВНІСТЬ АНТИТІЛ ДО БОРЕЛІЙ

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Хвороба Лайма (ХЛ) – найпоширеніша трансмісивна інфекційна хвороба, яка є серйозною медичною проблемою з огляду на можливість ураження багатьох органів і систем, несприятливий перебіг і схильність до хронізації. За даними світової літератури, частота розладів серцево-судинної системи за наявності ХЛ виявляється в середньому в 7% хворих (у США – 2%, у Європі – 9%, у Росії – 11%).

Мета роботи. З'ясувати частоту інфікування *B. burgdorferi sensu lato* (s. l.) пацієнтів Тернопільщини, в яких діагностували захворювання серцево-судинної системи.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 109 пацієнтів віком від 18 до 87 років із захворюваннями серцево-судинної системи, які протягом 2017-2019 рр лікувались амбулаторно і стаціонарно в КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» та КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР. Чоловіків було 81 (74,3%), жінок – 28 (25,7%).

Діагнози патологічних змін серцево-судинної системи встановлювали клінічно, згідно з класифікацією МКХ-10. Антитіла до антигенів комплексу *B. burgdorferi s. l.* (*B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii* та *B. garinii*) у сироватці крові пацієнтів визначали методом імуноферментного аналізу з використанням тест-систем компанії Euroimmun AG (Німеччина): антитіла класу IgM – тест-системою *Anti-Borrelia burgdorferi ELISA (IgM)*, класу IgG – *Anti-Borrelia plus VlsE ELISA (IgG)*. Отримані результати оцінювали як позитивні, проміжні або негативні та інтерпретували згідно з рекомендаціями виробника.

Результати та обговорення. Аналіз даних серологічного дослідження сироваток крові на наявність специфічних IgM і IgG до *B. burgdorferi s. l.* виявив позитивні або проміжні результати

щодо антитіл у 27 (24,8%) із 109 хворих з ураженням серцево-судинної системи. Зокрема, хоча б один клас антитіл знайдено у 19 (70,4%) пацієнтів, а саме IgM – у 10 (52,6%) та IgG – у 9 (47,4%) хворих, а обох класів антитіл одночасно – у 8 (29,6%).

Ці дослідження у пацієнтів лікарень Тернопільщини проведено вперше. Результати вивчення етіологічної структури Лайм-бореліозу хворих кардіологічних відділень лікарень будуть висвітлені в подальших публікаціях.

Висновок. При серологічному визначенні за допомогою ІФА антитіл класів IgM і/чи IgG до *B. burgdorferi s. l.* позитивні або проміжні результати виявлено у 24,8% пацієнтів з ознаками захворювань серцево-судинної системи.

С.О. Крамарьов, В.О. Дорошенко, В.В. Євтушенко, Н.С. Кириця,
І.Ю. Ковалюх

УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ВНАСЛІДОК ВІТРЯНОЇ ВІСПИ

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

Актуальність. Вітряна віспа залишається однією із найбільш поширених інфекційних хвороб, особливо у дитячому віці, і часто має тяжкий та ускладнений перебіг. Серед ускладнень вітряної віспи важливе місце займають ураження нервової системи, частота розвитку яких становить від 1 до 7,5 випадку на 1 000 хворих.

Мета роботи. Проаналізувати особливості патогенезу, клінічні варіанти та можливості діагностики уражень нервової системи при вітряній віспі у дітей.

Матеріали і методи. Проведено огляд літератури щодо сучасного стану проблеми. Зроблено ретроспективний аналіз неврологічних ускладнень 464 стаціонарних хворих дітей з вітряною віспою.

Результати та обговорення. За даними наших спостережень, частота неврологічних ускладнень серед стаціонарних хворих дітей з вітряною віспою становить 9,3%. Серед невро-

логічних ускладнень мають місце: церебеліт (мозочкова атаксія) (3,9%), фебрильні судоми (4,8%), енцефаліт (0,4%), асептичний менінгіт (0,2%). Переважно енцефаліти при вітряній віспі перебігають з ураженням мозочка і проявляються мозочковою атаксією. Клінічна картина при них наростає протягом 3-5 діб і триває в середньому 2-4 тиж. Рідше виникає запальний процес із залученням інших структур головного мозку (півкулі, стовбур, базальні ганглії тощо). При таких формах енцефалітів летальність може досягати 35%, а залишкові явища у вигляді паралічів, олігофренії, повторних судом спостерігаються у 12-15% хворих. Клінічні прояви гострого захворювання або рецидиву (загострення) хронічної герпетичної нейроінфекції провокуються чинниками, що знижують загальну резистентність організму. Реінфікування іншими штамми ВПГ-1, що супроводжується автоімунними реакціями, також розглядається як причина загострення інфекційного процесу. Гістопатологічні зміни характеризуються вогнищевою дегенерацією і подальшою загибеллю епітеліальних клітин з утворенням везикул. Подібні зміни відбуваються і в нервовій тканині, що обумовлює не тільки некротичні, але і демієлінізуючі процеси, у тому числі центральної локалізації. Однак інфекційна причина розвитку неврологічних ускладнень при вітряній віспі не є загальновизнаною. Зберігається думка про алергічний (автоімунний) генез уражень нервової системи, у зв'язку з чим, вітрянкові енцефаломієліти відносять до параінфекційних хвороб.

Діагностика неврологічних ускладнень складна і потребує комплексного обстеження із залученням лабораторних, інструментальних та нейровізуальних методів. На цей час у нейроімунології активно вивчаються функції нейронспецифічних білків як маркерів ураження нервової системи. Порушення гематоенцефалічного бар'єру (ГБ) у відповідь на ураження мозку може підвищити концентрацію специфічних молекул у кровообігу, а оцінка концентрації цих молекул у сироватці може сприяти діагностиці ураження. Астроцит-специфічні білки, такі як S100 β , виявляються на високих рівнях в мозку, і наявність їх у крові може вказувати на втрату функції ГБ або на наявність травми. Кілька нейрон-специфічних білків, включаючи нейронспецифічну енолазу (NSE) вивільнюються з пошкоджених нейронів і потрапляють у кров, якщо пошкоджена цілісність ГБ. Присутність сиро-

ваткового альбуміну, який виявляється на високих рівнях у крові, у спинно-мозковій рідині також вказує на порушення ГБ.

Висновки. Ураження ЦНС часто ускладнюють перебіг вітряної віспи у дітей. Біомаркери S100 β і НСЕ можуть бути корисними для ранньої діагностики та диференційної діагностики неврологічних ускладнень вітряної віспи у дітей.

С.О. Крамарьов, Л.О. Палатна, І.В. Шпак, В.В. Євтушенко,
І.Ю. Ковалюх, В.А. Васильєва, Т.І. Башкатова

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ У ДІТЕЙ (клінічні випадки)

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця,
Державний експертний центр Міністерства охорони
здоров'я України, м. Київ

Актуальність. За останніми оцінками програм імунізації ВООЗ і ЮНІСЕФ, у 2016 р. в усьому світі практично кожна десята дитина не отримала жодної вакцинації. У 2019 р. ВООЗ включила недовіру до вакцинації в список десяти глобальних загроз для здоров'я населення.

Мета роботи. Акцентувати увагу на побічних реакціях (ПР) після застосування вакцин. Продемонструвати клінічні випадки несприятливих подій після імунізації (НППІ) у дітей віком 7 місяців і 2,3 року, що відносяться до ПР, з визначеним причинно-наслідковим зв'язком.

Матеріали і методи. Клінічні випадки НППІ у дітей віком 7 місяців і 2,3 року, які перебували на лікуванні в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КМДКІЛ).

Результати та обговорення. Порядок здійснення фармако-нагляду регламентується наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 р. № 898. Згідно з термінологією ВООЗ (2014), НППІ – будь-яка несприятлива з медичної точки зору подія, що спостерігається після імунізації та не обов'язково має причинно-наслідковий зв'язок з використанням вакцини. Період після застосування вакцини – проміжок часу після проведеної імунізації, що коливається у межах від першої доби до

24 міс. і залежить від типу вакцини, і для переважної більшості з них становить 30 діб.

Клінічний випадок № 1. Пацієнт Т., 2 роки 3 міс, поступив зі скаргами на наявність геморагічного та уртикарного висипу, а також набряки кистей рук. З анамнезу хвороби – після огляду лікарем проведено щеплення вакциною для профілактики дифтерії, правця, кашлюку (ацелюлярний компонент). У день після щеплення стан дитини задовільний, температура тіла 36,6°C. Наступного дня з'явилися зазначені вище симптоми. Дитина направлена на стаціонарне лікування. Об'єктивно: стан середнього ступеня тяжкості за рахунок інтоксикації та розвитку гострої алергічної реакції. Заключний діагноз: «НППІ: гостра кропив'янка». Встановлено причинно-наслідковий зв'язок між клінічними проявами і вакциною, що застосовувалась.

Клінічний випадок № 2. Пацієнтка К., 7 міс., поступила з діагнозом: «ПР після щеплення у вигляді фебрильних судом». З анамнезу хвороби – проведена III вакцинація для профілактики дифтерії, правця, кашлюку (ацелюлярний компонент), гепатиту В, поліомієліту і захворювань, спричинених збудником *Haemophilus influenzae* типу *b* (далі – комбінована вакцина). Прояви НППІ виникли у дитини на другу добу після імунізації – гіпертермія до 38,6°C, генералізовані судоми клоніко-тонічного характеру, тривалістю до 1 хв. Дитина була госпіталізована. На фоні підвищення температури тілам після введення комбінованої вакцини спостерігались фебрильні судоми. Причинно-наслідковий зв'язок між клінічними проявами і застосуванням комбінованої вакцини був визначений. Заключний діагноз: «ПР на щеплення у вигляді фебрильних судом».

Висновки. На сьогодні питання безпеки імунізації в Україні є важливим елементом Національних програм. Переваги імунізації часто не помічають, особливо коли рівень захворюваності на керовані інфекції низький. Навпаки, НППІ, що спостерігаються після імунізації, швидко стають помітними і призводять до недовіри населення до профілактичних щеплень. Наявність проявів ПР, що пов'язані з властивостями вакцин, підтверджують реакцію імунної системи щепленої особи на антигени, що входять до складу вакцини, та формування протиінфекційного імунитету в подальшому. Як правило ПР є короткочасними і минають без будь-яких наслідків.

Вакцинація гарантує захист від тяжкого перебігу серйозних хвороб та їх ускладнень, інвалідності й смерті. Альтернатив вакцинації немає. Лише підвищення рівня колективного імунітету може допомогти подолати серйозні інфекційні хвороби.

Г.О. Литвин, І.В. Дибас, М.В. Стасів

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КАШЛЮКА У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З РІЗНИМ ВАКЦИНАЛЬНИМ СТАТУСОМ

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Захворюваність на кашлюк продовжує зростати як в Україні, так і у світі. Цей процес обумовлений високим рівнем немотивованих відмов від вакцинації, зміною типів вакцин (з повноклітинної на ацелюлярну) і зміною реактивності самого збудника через мутації. У дітей першого року життя хвороба має тривалий перебіг, часто супроводжується ускладненнями.

Мета роботи. Вивчити особливості клінічного перебігу кашлюка у дітей першого року життя, залежно від вакцинального статусу.

Матеріали і методи. Обстежено 68 пацієнтів віком від 2 до 12 міс., які лікувались в КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня» з діагнозом «кашлюк» впродовж 2015-2018 рр. Діагноз було підтверджено методом ІФА та ПЛР. Тяжкість перебігу кашлюка оцінювали за шкалою *M.-P. Preziosi, E. Halloran*. Аналіз стану проводився за основними клінічними і лабораторними даними, усього проаналізовано 52 показники. Усі діти були розподілені на три групи: група 1 – діти не вакциновані протикашлюковою вакциною, група 2 – вакциновані протикашлюковою вакциною 1 або 2 рази; група 3 – пацієнти, які отримали повний курс вакцинації протикашлюковою вакциною.

Результати та обговорення. Встановлено, що катаральний період захворювання був дещо коротшим у пацієнтів групи 1, і становив ($7,78 \pm 2,63$) доби (у групі 2 – ($9,58 \pm 4,03$), у групі 3 – ($10,08 \pm 1,98$) доби). Період спазматичного кашлю характеризу-

вався достовірно довшою тривалістю часу, впродовж якого виникали репризи, у пацієнтів групи 1 – $(12,35 \pm 3,40)$ доби (у хворих групи 2 – $(6,93 \pm 2,91)$, групи 3 – $(7,91 \pm 2,91)$ доби), $p < 0,05$. Частота розвитку апное у не щеплених протикашлюковою вакциною пацієнтів (група 1) становила 20,40%, групи 2 – 17,55%, а групи 3 – 14,18%. Рівень лейкоцитозу у дітей групи 1 був достовірно вищим – $Me\ 15,79 \times 10^9\ 1/л$ (11,40-20,19), порівняно з групою 2 – $Me\ 14,15 \times 10^9\ 1/л$ (9,46-18,85) і групою 3 – $Me\ 12,51 \times 10^9\ 1/л$ (8,54-16,49). У дітей групи 2 медіана абсолютної кількості лімфоцитів становила $8,95 \times 10^9\ 1/л$ (6,44-10,80), групи 3 – $8,85 \times 10^9\ 1/л$ (5,40-11,97). Зазначені показники були достовірно нижчими ($p < 0,05$), ніж у невакцинованих дітей (група 1) – $10,96 \times 10^9\ 1/л$ (7,02-14,14).

Висновки. У вакцинованих та частково вакцинованих проти кашлюка пацієнтів першого року життя, хворих на кашлюк, статистично достовірно довший катаральний період хвороби, коротший період часу, впродовж якого виникають репризи, нижча частота розвитку апное, достовірно менший рівень лейкоцитозу і абсолютного лімфоцитозу в периферичній крові, порівняно з пацієнтами, які не були вакциновані проти кашлюка. Отже, діти раннього віку, вакциновані проти кашлюка можуть хворіти на кашлюк, однак перебіг захворювання у таких дітей легший, а ризик розвитку ускладнень менший.

Г.О. Литвин, Т.В. Покровська, І.В. Дибас

ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ЛНМУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Вивчення інфекційних хвороб у дітей є одним з важливих компонентів у формуванні високофахових конкурентоздатних спеціалістів.

Львівська обласна клінічна інфекційна лікарня є навчальною базою для кафедри дитячих інфекційних хвороб. Українські та

чужоземні студенти 5-го і 6-го курсів лікувального і педіатричного факультетів мають прекрасну можливість засвоювати теоретичні знання, підкріплювати їх практичною частиною, оглядаючи хворого, інтерпретувати лабораторні та інструментальні дослідження. Впродовж практичних занять проводять розбір клінічних випадків, розглядають фото і відеоматеріали, які є результатами власних спостережень викладачів кафедри. Студенти вчаться проводити люмбальну пункцію на відповідному симуляторі.

Впродовж кожного практичного заняття вирішуються тестові завдання різних рівнів складності. Розв'язування ситуаційних задач і тестів з бази Крок 2 дало можливість студентам ЛНМУ посісти одне з чільних місць в Україні.

На жаль, постійно зменшується кількість годин практичних занять для студентів 5-го і 6-го курсів, кількість лекцій для студентів 5-го курсу, зменшується число нозологій, які входять до тематичного плану, що не дає можливості донести до студента важливі теми дисципліни. Відсутність диференційного заліку на 6-му курсі не мотивує до кращої підготовки до занять.

З метою удосконалення навчального процесу, студенти 5-го і 6-го курсів медичного факультету використовують навчальну платформу *Moodl (misa)*. За допомогою даного електронного ресурсу забезпечується доступ студентів до навчально-методичних матеріалів, а також моніторинг та аналіз якості знань. У матеріалах цієї платформи, відповідно до навчального плану, студентам пропонуються методичні вказівки для підготовки до практичних занять, лекційні матеріали, ілюстрації, відеоматеріали. Переваги навчальної платформи *Moodl (misa)* полягають у можливості навчання у будь-який час і в будь-якому місці, зможі швидкого доступу до матеріалів.

Науково-дослідна робота студентів – один з найважливіших засобів підвищення якості підготовки спеціалістів у вищій школі, що забезпечує навчання студентів навичкам наукових досліджень у відповідності до обраної спеціальності в рамках навчального процесу і поза ним. Метою роботи студентського наукового гуртка є виявлення найбільш здібних і талановитих, схильних до науково-дослідної роботи студентів, поглиблене вивчення студентами обраної дисципліни. Робота в гуртку дозволяє студентові презентувати наукові здобутки на українських і міжнародних конференціях, публікувати їх у періодичних медичних виданнях.

Цього року змінилася форма прийому державного випускного іспиту. ОСКІ (OSCE) – тип екзамену, який широко застосовується в західних медичних університетах. Його проведення спрямоване на демонстрацію лікувально-діагностичних навичок, які студент отримав під час навчання у ВНЗ. На нашій станції всі студенти виконували завдання однакової складності, які оцінювалися із застосуванням контрольного листа. Нами були представлені ситуаційні задачі, максимально наближені до клінічних випадків. Різноманітні зміни на шкірі, у ротоглотці, лікворі, які виникають у хворих при інфекційних захворюваннях, були представлені фотоматеріалами. Спілкування викладача зі студентом зведено до мінімуму, що дозволило максимально об'єктивно оцінити відповіді.

Висновки: Поєднання класичних методик і новітніх інформаційних технологій при проведенні занять мають мотивувати студента стати висококваліфікованим спеціалістом. Медична освіта розвивається, а стандарти оцінки якості освіти мають відповідати міжнародному рівню.

Г.О. Литвин, М.В. Стасів, Н.Р. Баса

ПІДГОСТРИЙ КОРОВИЙ ЕНЦЕФАЛІТ У ДИТИНИ З ЛЕЙКЕМІЄЮ (клінічний випадок)

Національний медичний університет імені Данила Галицького, Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Львів

Актуальність. Ускладнення з боку нервової системи при кору спостерігаються частіше, ніж при інших хворобах, що супроводжується висипом. Розрізняють такі види кір-індукованих енцефалітів: гострий коровий енцефаліт, підгострий коровий енцефаліт (*measles inclusion body encephalitis*), гострий дисемінований енцефаломієліт, підгострий склерозуючий паненцефаліт. Процес локалізується переважно у білій речовині півкуль головного мозку і в спинному мозку. Запальні інфільтрати з'являються також в оболонках мозку.

Мета роботи. Проаналізувати клінічні особливості перебігу підгострого корового енцефаліту у дівчинки віком 5 років, хворої

на лейкемію. Висвітлити проблему диференційної діагностики на підставі лабораторних досліджень.

Матеріали і методи. На підставі даних карт стаціонарного хворого з'ясувати специфіку діагностики підгострого корового енцефаліту.

Результати та обговорення. Дитина М.Р., 5 років, у серпні 2018 р. госпіталізована у відділення інтенсивної терапії обласної дитячої спеціалізованої клінічної лікарні зі скаргами на блювання, тоніко-клонічні судоми, порушення свідомості, зорові галюцинації, погіршення зору, дизартрію, порушення координації рухів.

Стан хворої тяжкий, шкіра бліда, чиста. ЧД 20 за 1 хв, ЧСС 81 за 1 хв, SpO₂ 98%. Менінгеальні симптоми від'ємні. Спостерігається двобічний птоз.

Зазначені симптоми розвинулись на фоні повної ремісії гострої лімфобластної лейкемії, діагноз якої був встановлений 03.04.2018 р. Проходила хіміотерапію згідно програми ALLIC BFM-2009. Отримала протокол I, розпочала протокол Мм (в/в метотрексат N1 у дозі 2 г/м² і метотрексат інтратекально 12 мг). У червні 2018 р. перенесла кір.

Незважаючи на лікування, стан дитини прогресивно погіршувався, наростав неврологічний дефіцит з формуванням правобічного геміпарезу, розвинулась повна сліпота, свідомість – кома I. З'явилися порушення ковтання, послаблення кашльового рефлексу, тоніко-клонічні судоми за гемітипом справа. Стан дівчинки погіршився за рахунок судомного статусу з апное, наростання дихальної недостатності, у зв'язку з чим була переведена на ШВЛ.

З жовтня 2018 р. по січень 2019 р. стан дитини залишався стабільно тяжким, кома I-III ст., наростання атрофічних змін у головному мозку. У січні 2019 р. виписана додому з підтримкою дихання на портативному апараті ШВЛ.

За результатами МРТ – формування ділянок енцефаломаліяції у паренхімі правої та лівої півкуль мозку, поширення дифузного мультифокального ураження паренхіми обох півкуль головного мозку.

У крові дитини виявлено IgG та IgM до вірусу кору. (IgM, IgG=2,7, *positive result* >1,1).

Було відзначено інтратекальний синтез антитіл до вірусу кору в лабораторії Німеччини. Дослідження включало кількісне визначення антитіл класу IgG у сироватці крові та спинно-мозковій рідині. Для диференційної діагностики між PRES-синдромом і прогресуючою мультифокальною енцефалопатією було проведено ПЛР до JC поліомавірус. Результат був негативним.

Висновки. Підгострий коровий енцефаліт може розвинутися в дітей з імуносупресією впродовж року після перенесеного кору. Прогресивне погіршення даних на МРТ, перенесений кір, синтез антитіл до вірусу кору в лікворі та фонове захворювання дитини дозволили підтвердити підгострий коровий енцефаліт.

Г.О. Литвин, М.В. Стасів, І.В. Дибас, Н.Р. Баса

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ЕКІРІ (клінічний випадок)

Національний медичний університет імені Данила Галицького, Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Львів

Актуальність. Шигельоз посідає важливе місце у загальній структурі інфекційних хвороб і смертності, яка обумовлена розвитком екстраінтестинальних ускладнень та несвоєчасною діагностикою. Токсична енцефалопатія, спричинена шигельозним токсином (синдром Екірі), характеризується гострим початком з розвитком неврологічних проявів без ураження шлунково-кишкового тракту чи метаболічних розладів або з найменшим їх порушенням.

Мета роботи. Проаналізувати особливості сімейного випадку шигельозу з різними його клінічними формами.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих дітей з шигельозом із сімейного осередку.

Результати та обговорення. У дівчинки віком 4,5 року шигельоз перебігав у типовій клінічній формі з ураженням дистального відділу товстої кишки: гемоколіт, тенезми. Діагноз верифіковано бактеріологічним виділенням *Shigella sonnei* з калу. Шестирічний хлопчик госпіталізований у реанімаційне

відділення у тяжкому стані з порушенням свідомості: психомоторне збудження, біль голови, блювання, тоніко-клонічні судоми, лівобічний геміпарез, згладження носогубної складки справа, девіація язика вправо, температура тіла 39,5°C. Дані об'єктивного обстеження: шкірні покриви бліді, чисті, артеріальний тиск 95 і 50 мм рт. ст., пульс 100 за 1 хв, SpO₂ 97%, ЧД 22 за 1 хв, живіт м'який, перистальтика кишечника збережена, випорожнень не було. Позитивні менінгеальні симптоми: ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, Брудзинського справа, зниження черевних рефлексів зліва, високі сухожилкові рефлекси зліва, м'язова сила в лівих кінцівках 1-2 бали. На момент госпіталізації діагностовано менінгоенцефаліт. Лікування призначено згідно протоколу № 354. У загальному аналізі крові: лейкоцитоз $14,0 \times 10^9$ 1/л з нейтрофіліозом 80%, збільшеною ШОЕ до 29 мм/год, біохімічний аналіз крові вказує на гіпонатріємію (Na⁺ 129 ммоль/л). Ліквор – інтактний, бактеріологічне дослідження – флори не виявлено. Дослідження сироватки крові та спинномозкової рідини заперечило вірусну етіологію захворювання (ПЛР ДНК і РНК вірусів не виявлено). На третю добу розвинувся парез сфінктера сечового міхура. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) голови: запальні зміни паренхіми правої півкулі мозку. Бактеріологічно з калу виділено *Shigella sonnei*.

У результаті проведеної терапії на 9-ий день лікування спостерігалася позитивна динаміка: відновилися активні рухи в лівих кінцівках, функція тазових органів.

Сімейний випадок дозволив запідозрити спільне етіологічне походження хвороби. Клінічна картина пов'язана з набряком мозку токсичного характеру, про що свідчить інтактний характер ліквору та ознаки набряку мозку, за даними МРТ.

Висновки. Епідеміологічний анамнез є однією з важливих підстав для проведення відповідних досліджень з метою визначення етіології захворювання. Дизентерійний токсин є важливим чинником ураження периферичної та центральної нервових систем.

А.Г. Лішневська, М.Д. Чемич, О.Б. Берест, В.А. Парашенко

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗРАХУНКУ
СТУПЕНЯ ФІБРОЗУ РІЗНИМИ НЕІНВАЗИВНИМИ
МЕТОДАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКУ
ДЛЯ ANDROID**

Університет, Медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Одним із вагомих факторів оцінки функціональної здатності печінки у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) є визначення ступеня фіброзу. Він відіграє важливу роль у багатьох різних патологіях. Крім того, що цироз печінки – це одне з найбільш частих ускладнень гепатиту С, він є кінцевою стадією багатьох хронічних захворювань печінки. Тому саме вчасне встановлення ступеня фіброзу може забезпечити зниження кількості летальних наслідків. Для максимально швидкого орієнтовного встановлення ступеня фіброзу використовуються неінвазивні методи дослідження. Для цього проводиться розрахунок за відповідними формулами. З метою обчислення даних тестів використовуються результати клінічного і біохімічного аналізів крові.

Мета роботи. Розрахувати, проаналізувати і порівняти результати тестів для обчислення фіброзу печінки (Fibrotest за METAVIR, APRI-тесту та FIB-4) у хворих на ХГС за допомогою створеного нами мобільного додатку для операційної системи Android.

Матеріали і методи. Обстежено 72 хворих на ХГС, які перебували на лікуванні в ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З.Й. Красовицького». Кожному пацієнту проводився клінічний і біохімічний аналізи крові, а також біохімічний аналіз крові для фібротесту (аполіпропротеїн-1А, гаптоглобін, α -2-макроглобулін). Результати обраних тестів розраховувалися за допомогою мобільного додатку для Android.

Результати та обговорення. Серед досліджуваної групи чоловіків було у 2,4 разу більше (70,83%), ніж жінок (29,17%). Середній вік хворих становив ($46,01 \pm 1,44$) року.

Розраховуючи ступінь фіброзу методом Fibrotest за METAVIR, було встановлено, що найбільшу кількість склали пацієнти з F2 (37,50%). У 2 рази рідше зустрічалися фіброз F4 та

F0 – відповідно 19,44 і 18,06%, у 2,7 разу рідше – F1 (13,89%) і у 3,4 разу рідше – F3 (11,11%).

Середнє значення APRI тесту склало ($1,19 \pm 0,15$), що відповідало високій вірогідності розвитку значного фіброзу у хворих. Але, незважаючи на такий високий показник, однакова кількість хворих мали значення, які вказували на малу вірогідність значного фіброзу ($<0,5$; 37,50%) і високу вірогідність значного фіброзу (>1 ; 37,50%). В 1,5 разу менше було хворих із середньою вірогідністю значного фіброзу (від 0,5 до 1; 25,00%).

Значення тесту FIB-4 становило ($2,33 \pm 0,28$), що свідчить про середню вірогідність значного фіброзу. Як і при розрахунку попереднього тесту, найбільша кількість хворих мала малу вірогідність значного фіброзу ($<1,45$; 54,17%). Але, на відміну від попереднього методу, у вдвічі меншій кількості обстежених виявлено середню (від 1,45 до 3,25; 25,00%) і високу ($>3,25$; 20,83%) вірогідність значного фіброзу.

Висновки. Результати фібротестів, які були розраховані за допомогою мобільного додатку для Android, співпадають зі значеннями, що розраховувалися за допомогою Microsoft Excel Office. На основі розрахунків APRI-тесту і FIB-4 було встановлено, що вірогідність значного фіброзу в більшості пацієнтів – мала, що й відповідає даним Fibrotest за METAVIR (оскільки F4 мали лише 19,44% пацієнтів). Також підтверджено, що APRI-тест і FIB-4 є орієнтовними методами дослідження, оскільки мають певні відхилення у показниках та не дають можливості точно встановити ступінь фіброзу печінки. Крім того, враховувати ці показники слід окремо для кожного пацієнта, оскільки середнє значення у певній групі пацієнтів не дає достовірної інформації, що пов'язано зі значним стандартним відхиленням цих показників у різних пацієнтів.

І.В. Лутай, М.Д. Чемич

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ ЛАЙМА В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Університет, Медичний інститут, м. Суми

Актуальність. У даний час одним з найпоширеніших природно-осередкових захворювань із трансмісивним механізмом передачі збудника є хвороба Лайма (ХЛ). Захворювання характеризується поліморфізмом клінічних ознак, схильністю до затяжного рецидивного перебігу і здатністю до хронізації процесу, тому залишається найбільш актуальною проблемою сучасної інфекційної патології.

Лайм-бореліоз реєструють на усіх континентах. Захворюваність в ендемічних районах Європи та Америки досягає 500 випадків на 100 тис. населення; в Австрії, Німеччині та Словаччині – 100 випадків на 100 тис. Офіційну реєстрацію хвороби Лайма в Україні ведуть з 2 000 р., хоча про перші випадки захворювання стало відомо ще у 1990-их роках.

Сумська область за рівнем захворюваності посідає провідне місце, належить до неблагополучних територій. Географічне розташування у двох природних зонах: лісостеповій і степовій, оптимальна температура, різноманітність тваринного і рослинного світу сприяють масовому поширенню кліщів, а рання весна та тепла осінь впливають на збільшення терміну їх активності.

Мета роботи. Встановити епідеміологічні особливості хвороби Лайма в Сумській області.

Матеріали і методи. Використана форма державної статистичної звітності (ф. № 1) у період з 2000 по 2018 рр; матеріали Сумського обласного лабораторного центру Міністерства охорони здоров'я України.

Результати та обговорення. У період з 2000 по 2019 рр в Україні збільшилася кількість випадків ХЛ у 93 рази. Так, у 2000 р. було зареєстровано 58 випадків захворювання, а у 2018 р. – 5 418. У порівнянні показник захворюваності з 2017 р. (9,36 на 100 тис. населення) по 2018 р. (12,78 на 100 тис.) зріс майже у півтора рази.

У Сумській області за 2018 р. було зареєстровано 254 випадки захворювання людей на ХЛ, що у 1,3 разу більше, ніж у

попередньому (193). Показник захворюваності станом на 2018 р. склав 23,04 на 100 тис. населення, при середньому в Україні 12,78. У деяких районах і містах захворюваність значно перевищує обласний: м. Ромни – 40,45 випадки на 100 тис. населення; м. Суми – 38,02; Краснопільський район – 38,37; Тростянецький – 34,69; Кролевецький – 31,95; Сумський – 30,21; Недригайлівський – 25,02 випадки на 100 тис. населення. Поодинокі випадки хвороби реєструвалися у Буринському, Конотопському, Лебединському, Путивльському та Ямпільському районах. Жодного випадку не зареєстровано у Липоводолинському і Середино-Будському районах.

Стационарне лікування отримували 92 хворих у ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З.Й. Красовицького». Більшість госпіталізованих становили жінки (57,6%) молодого віку (від 18 до 44 років – 46,7%). Жителів міста було 84,8%, села – 15,2%.

За минулий рік в області за медичною допомогою зверталось 1 438 осіб з приводу присмокування кліщів, з них 415 у СОІКЛ. Пік активності кліщів в області, як і в усій Україні, реєструється в червні (33% усіх випадків за рік). Напади кліщів виявлялися у природних біотопах на всій території області – у містах і селах, на присадибних ділянках, на дитячих майданчиках і в місцях відпочинку людей.

Висновок. Захворюваність на ХЛ висока, показник в області за 2017-2018 рр виріс майже у півтора рази. До районів з найвищими показниками інцидентності належать Краснопільський і Тростянецький, міста Суми і Ромни. Не реєструвалися випадки ХЛ у Липоводолинському та Середино-Будському районах, можливо це пов'язано з недостатньою обізнаністю місцевого населення щодо цього захворювання і, як наслідок, відсутність звернень за медичною допомогою у разі присмокування кліщів. Пік активності кліщів реєструвався у червні (33% усіх звернень з цього приводу). Серед хворих переважали жителі міст (84,8%), з них більшу частину становили жінки (57,6%) працездатного віку.

В.В. Маврутенков, А.В. Чергінець, О.М. Якуніна, Н.А. Турчин,
С.В. Якімова, С.Г. Тараненко, Т.В. Маврутенкова

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ РИБАВІРИНУ В ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА КІР

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

Актуальність. Останніми роками в Україні спостерігається збільшення захворюваності на кір, переважно серед дорослого населення, яка є найвищою у Європейському регіоні. Сьогодні рекомендована терапія кору складається із застосування високих доз вітаміну А і препаратів, які полегшують симптоми захворювання. Раніше встановлено, що рибавірин ефективно блокує реплікацію вірусу кору *in vitro*, проте залишається невідомою клінічна ефективність його застосування.

Мета роботи. Визначити клінічну ефективність рибавірину в комплексній терапії кору в дорослих імунокомпетентних хворих.

Матеріали і методи. У дослідженні (за згодою) взяли участь 37 пацієнтів віком від 18 до 60 років, які звернулися за медичною допомогою не пізніше, ніж через 48 год від початку появи екзантеми. Діагноз кору встановлювався за клініко-епідеміологічними даними і був підтверджений ретроспективно серологічними дослідженнями. Усі пацієнти не мали ускладнень кору, імуносупресивних станів (ВІЛ-інфекція, хіміотерапія, стероїдотерапія тощо), хронічних декомпенсованих захворювань внутрішніх органів, психічних розладів, анемії, а жінки ще й не були вагітними. Усі пацієнти не отримували активну чи пасивну постконтактну профілактику кору. Згідно з метою дослідження, усіх пацієнтів було випадково розподілено на 2 групи. Першу (дослідну) групу склали 17 хворих (10 чоловіків і 7 жінок), другу (контрольну) – 20 (10 чоловіків і 10 жінок). Пацієнтам обох груп призначався внутрішньо вітамін А в дозі 200 тис. МО одноразово протягом 2-ох діб, а також проводилася симптоматична терапія. Додатково пацієнти 1-ої групи отримували рибавірин внутрішньо з розрахунку 20 мг/кг/добу у 2 прийоми протягом усього періоду висипань і ще 2 доби після нього.

Результати та обговорення. За результатами порівняльного аналізу нами не було встановлено різниці між групами щодо тривалості періоду висипань, так і захворювання в цілому. Поряд з цим, експресія таких симптомів захворювання, як гарячка, загальна слабкість, кашель, склерокон'юнктивіт були меншими у пацієнтів, які отримували рибавірин, порівняно з контрольною групою. Більш того, усі пацієнти дослідної групи відмітили підвищення свого емоційного стану. Нами не зафіксовано жодного випадку ускладнень кору, а також побічних впливів рибавірину. Відсутність впливу рибавірину на тривалість висипань і захворювання, яка була встановлена у представленому дослідженні, можливо пов'язана із пізнім початком етіотропної терапії. Не виключаємо, що призначення рибавірину в більш ранні терміни може виявитись ефективним, проте це питання потребує подальшого вивчення.

Висновки. Застосування рибавірину в дорослих імунокомпетентних хворих на кір у перші 48 год висипки не скорочувало тривалості висипань і захворювання в цілому, проте полегшувало деякі клінічні прояви недуги. Для вирішення питань про ефективність і показання щодо застосування рибавірину у хворих на кір потрібні подальші дослідження.

В.П. Малий, І.В. Андрусович

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Актуальність. Системний (іксодовий) кліщовий бореліоз (СКБ) – інфекційна, переважно трансмісивна хвороба, що характеризується значним поліморфізмом клінічних проявів і спричинюється щонайменше п'ятьма видами бактерій роду *Borrelia* типу спірохет (до сукупності цих видів інколи застосовують *B. burgdorferi s. l.*, тобто у повному розумінні слова). *B. burgdorferi s. s.* (тобто у вузькому розумінні слова) домінує як збудник хвороби Лайма у США, у той час як інші види (*B. miyamotoi*, *B. afzelii*, *B. garinii*, *B. bavariensis* і

B. spielmanii) – в Євразії. Результати досліджень і клінічних спостережень останніх років дозволяють припустити, що від виду борелій може залежати характер органних уражень. Отже, різноманітності в клінічній картині хвороби Лайма, що спостерігаються у хворих у різних регіонах нозоареалу цієї інфекції, можуть мати у своїй основі генетичну гетерогенність комплексу *B. burgdorferi* s. l. Враховуючи наведене вище, під терміном «хвороба Лайма» мають на увазі цілу групу етіологічно самостійних іксодових кліщових бореліозів.

Аналіз захворюваності на СКБ у Харківському регіоні за 2018 р., згідно з даними Харківського обласного лабораторного центру, свідчить про тенденцію до збільшення кількості випадків цієї інфекції на 11,3%, порівняно з 2017 р., а тільки по місту Харкову – на 66,7%.

Мета роботи – надання медичної допомоги населенню, що постраждало від нападів кліщів, при зверненні в кабінет інфекційних захворювань.

Матеріали і методи. На базі міської поліклініки № 8 Шевченківського району м. Харкова було обстежено 128 мешканців цього району, що звернулися по медичну допомогу після укусу кліща. Постраждалі перебували в лісистій місцевості цього району, де зазнали укусів кліщів.

Результати та обговорення. Пацієнтів розподілили на 3 групи. Першу групу склали 34 особи, котрі звернулися до лікаря в перші три дні з моменту укусу кліща, якого лікар виймав цілого і неушкодженого, а методом ПЛР у цих кліщів були виявлені борелії (в 1 випадку – борелії+ерліхії). Таким особам була призначена профілактична терапія. Другу групу спостереження склали пацієнти в кількості 44 особи, які звернулись до лікаря у такі ж строки після укусу кліща, кліщі були видалені лікарем, а методом ПЛР ДНК борелій у кліщах не виявляли. За цими пацієнтами (як і за пацієнтами першої групи) було встановлено динамічне спостереження протягом 6 міс. з визначенням антитіл до борелій.

Третю групу склали пацієнти (51 особа), які звернулися до лікаря тільки на 10-ту добу й пізніше після укусу кліща, вони самостійно його видаляли, але не вдало (з руйнуванням). Причиною звернення за медичною допомогою були ознаки кільце-

подібної еритеми, вторинної інфікованої рани тощо. Їм були призначені антибіотикотерапія і дообстеження на бореліоз.

Після здійснення зазначених вище заходів у пацієнтів першої групи (профілактична терапія) у 8,8% розвинулася хвороба Лайма з наявністю позитивних титрів антитіл у динаміці. У пацієнтів другої групи, в яких ДНК борелій не виявлялася, у 4,7% визначалися позитивні титри антитіл у динаміці, що також свідчило про наявність хвороби Лайма. Серед пацієнтів третьої групи хвороба Лайма розвинулася в 41,2% випадків, вона характеризувалася наявністю клінічних ознак і позитивної динаміки титрів антитіл в ІФА.

Висновки. У підсумку у пацієнтів, що звернулися за медичною допомогою після нападу кліщів, у 20,3% розвинулася хвороба Лайма. Здійснена профілактична терапія бореліозу при укусах інфікованих кліщів не завжди гарантує від розвитку хвороби. Відсутність ДНК борелій при обстеженні кліщів, що присмоктувалися, також не гарантує від розвитку інфекційного процесу в постраждалих людей.

В.П. Малий, І.М. Асоян, Ю.В. Танчук, П.В. Нартов,
В.С. Маслова, Н.В. Шепілева, А.О. Швайченко, І.П. Бодня

ОПТИМІЗАЦІЯ ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

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

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) представляють одну з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я у світі, що завдає значних соціально-економічних збитків. Від своєчасності та адекватності призначення терапії при ГКІ залежать тривалість захворювання і наслідки. Основним напрямком лікування зазначених хворих є патогенетична терапія, одним з важливих методів якої є ентеросорбція. Завдяки її проведенню виникає швидкий і виражений детоксикаційний, а можливо, й етіотропний ефект. Одним із існуючих і зареєстрованих в Україні препаратів зазначеної дії є Ентероклін, який відповідає критеріям «ідеального»

сорбента за рахунок наявності у його складі високодисперсного діоксиду кремнію, пектину, хітозану і лактулози.

Мета роботи. Вивчення ефективності ентеросорбенту Ентерокліну в комплексній терапії ГКІ.

Матеріали і методи. Дослідження виконувалися на клінічній базі кафедри інфекційних хвороб Харківської медичної академії післядипломної освіти у КНП ХОР «Обласна клінічна інфекційна лікарня». В обстеження включено 37 пацієнтів з ГКІ, з яких 15 випадково відібраних пацієнтів отримували терапію без призначення сорбенту (група порівняння), а 22 – додатково отримували ентеросорбент Ентероклін (основна група) у дозі 1 пакетик 3 рази на добу протягом 5 днів. За основними клінічними ознаками, при надходженні до стаціонару, хворі у групах достовірно не відрізнялися.

Результати та обговорення. Включення Ентерокліну в комплексну терапію ГКІ суттєво вплинуло на перебіг захворювання, зокрема призвело до достовірного скорочення тривалості таких симптомів як: загальна слабкість (на 27,3%, $p < 0,05$), нудота (на 58,3%, $p < 0,05$), біль у животі (на 57,7%, $p < 0,05$), рідкі випорожнення (на 39,3%, $p < 0,05$) і наявність ацетону в сечі (на 90,9%, $p < 0,05$), що призвело до скорочення (на 30,0%, $p < 0,05$) тривалості перебування у стаціонарі хворих основної групи.

У пацієнтів, яким призначався Ентероклін, також спостерігалася більш рання нормалізація клінічного аналізу крові: зниження ШОЕ (на 59,8%, $p < 0,05$), кількості лейкоцитів (на 51,6%, $p < 0,05$) і паличкоядерних нейтрофілів (на 51,3%, $p < 0,05$), порівняно з аналогічними показниками у хворих контрольної групи.

Результати дослідження також встановили, що додаткове призначення Ентерокліну сприяло статистично достовірному зменшенню вмісту білка і лейкоцитів у клінічному аналізі сечі.

У групі хворих, яким призначався Ентероклін, спостерігалось статистично значиме зниження рівня малонового діальдегіду на 32,8% ($p < 0,05$), порівняно з даними, отриманими в контрольній групі.

Висновки. Ентеросорбент Ентероклін є засобом із багатогранною ефективністю, що визначається детоксикувальною, антидіарейною і, можливо, етіотропною дією. Його можна використовувати як важливий компонент терапії незалежно від тяжкості хвороби, а також від типу діареї.

Включення препарату в стандартну терапію призвело до достовірного скорочення тривалості симптомів інтоксикації, локальних проявів, кишкових розладів і показника ацетону в сечі. При цьому тривалість перебування хворих у стаціонарі скоротилась на 30,0% ($p < 0,05$).

Після проведеного лікування Ентерокліном спостерігалось достовірне зменшення ШОЕ і рівня лейкоцитів у крові, вмісту білка та лейкоцитів у сечі.

Застосування Ентерокліну приводило до достовірного зниження рівня малонового діальдегіду, порівняно з хворими, які його не приймали, що свідчило про зниження інтенсивності перекисного окислення ліпідів на тлі такого лікування і зменшення оксидативного стресу в організмі.

Н.Г. Малиш, В.М. Плакса

РОЛЬ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ В ЕПІДЕМІЧНОМУ ПРОЦЕСІ ДІАРЕЙНИХ ІНФЕКЦІЙ

Університет, Медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Епідеміологія діарейних інфекцій під впливом процесів глобалізації, зростання міграційних рухів, міжнародного туризму, на тлі загального погіршення екологічного становища, зниження імунного статусу населення, посилення патогенного потенціалу збудників зазнала змін.

Мета роботи. Дослідити вплив демографічних показників, харчування, водозабезпечення на рівень захворюваності на діарейні інфекції.

Матеріали і методи. У роботі були використані матеріали галузевої статистичної звітності (ф. 40-здоров.) ДУ «Сумський обласний лабораторний центр МОЗ України», Головного управління статистики у Сумській області за 2003-2018 рр, застосовані епідеміологічний і статистичний методи дослідження.

Результати та обговорення. У Сумській області зараз епідемічну ситуацію з діарейних інфекцій визначають гострі кишкові інфекції, спричинені умовно-патогенними мікроорганізмами або невизначеної етіології (ГКІВЕ ТА ГКІНЕ), спосте-

рігається різке зниження захворюваності на кишкові антропонози: шигельоз і черевний тиф.

Однак зазначена вище ситуація такою була не завжди. Згідно зі звітами, в 1960 р. показники захворюваності на шигельоз становили 100,7 на 100 тис. нас., ГКІВЕ та ГКІНЕ – 500; сальмонельоз – 3,6; у 1980 р. захворюваність на шигельоз становила – 78,7 на 100 тис. нас., сальмонельоз – 20,1, ГКІВЕ та ГКІНЕ – 171,5; у 2000 р. – шигельоз – 110,2 на 100 тис. нас., сальмонельоз – 14,1, ГКІВЕ та ГКІНЕ – 174,2; у 2018 р. – шигельоз – 0,6 на 100 тис. нас., сальмонельоз – 19,3; ГКІВЕ та ГКІНЕ – 132,1.

Тобто, епідемічна ситуація з діарейних інфекцій з часом змінилися. З метою визначення ймовірного впливу соціальних факторів на епідемічний процес були досліджені кореляційні зв'язки між ними і захворюваністю.

Встановлено, що у регіоні посилюється процес депопуляції. Кількість померлих осіб перевищує чисельність народжених у 2,2 разу. Між чисельністю населення і щільністю проживаючого населення та захворюваністю на шигельоз встановлені прямі сильні кореляційні зв'язки, відповідно $r=0,838$ та $r=0,836$; з ГКІВЕ та ГКІНЕ – зворотні, відповідно $r=-0,779$ та $r=-0,779$; зі сальмонельозом – зворотні, $r=-0,722$ та $r=-0,721$. Сильні та середньої сили прямі кореляційні зв'язки були виявлені між міграційним рухом населення і ГКІВЕ та ГКІНЕ і сальмонельозом, відповідно $r=0,897$ і $r=0,563$.

Умови життя людей визначають здоров'я населення. Хліб, овочі і картопля склали найбільшу частку у раціоні населення. За місяць одна особа у середньому вживала від 6,5 до 10,5 кг картоплі, від 8,3 до 10,2 кг овочів, від 8,3 до 11,2 кг хліба і хлібопродуктів; при цьому риби і рибопродуктів – від 1,0 до 2,0 кг, м'яса і м'ясопродуктів – від 3,1 до 4,8 кг, фруктів – від 1,8 до 3,2 кг. Встановлені прямі сильні кореляційні зв'язки між споживанням м'яса і фруктів та захворюваністю на ГКІВЕ – відповідно $r=0,836$ і $r=0,764$. Ще одним фактором, який свідчить про рівень життя населення, є його доступ до водопроводу, каналізації, забезпечення гарячим водопостачанням. За результатами проведеного кореляційного аналізу встановлено, що крім очікуваного оберненого кореляційного зв'язку між захворю-

ваністю на шигельоз та обладнанням житла водопроводом, каналізацією, гарячим водопостачанням (r від -0,783 до -0,806), прямі сильні кореляційні зв'язки встановлені між наявністю у житлі як водогону та каналізації, так і гарячого водопостачання і захворюваністю на ГКІВЕ та ГКІНЕ і сальмонельозом (r від 0,729 до 0,872).

Висновки. Проблема гострих кишкових інфекцій набула характеру медико-соціальної. На зростання захворюваності на сальмонельоз і ГКІВЕ та ГКІНЕ опосередковано впливатимуть подальші процеси депопуляції у регіоні, споживання неякісного м'яса і м'ясопродуктів, фруктів, аварійні ситуації на водогонах і каналізаційних мережах.

В.Д. Москалюк, М.О. Соколенко

ВПЛИВ АЛОФЕРОНУ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Сьогодні Україна займає одне з перших місць серед країн Європи за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. Характерна ознака ВІЛ-інфекції – тяжкий імунодефіцит, обумовлений прогресуючим зниженням числа CD4⁺-лімфоцитів і їх функціональною недостатністю, що спричинено безпосередньо ВІЛ. Зниження числа CD4⁺-лімфоцитів при ВІЛ-інфекції підвищує ризик опортуністичних інфекцій. Серед цих захворювань значний відсоток складають герпесвірусні інфекції, у тому числі генітальний герпес. Досі залишається недостатньо вирішеним питання лікування хворих на герпесвірусні інфекції, передусім за допомогою препаратів, що володіють одночасно противірусним та імуномодулювальним ефектом

Мета роботи. З'ясувати вплив алоферону на клінічний перебіг генітального герпесу у ВІЛ-інфікованих хворих.

Матеріали і методи. Загальне число обстежених і пролікованих хворих на ВІЛ-асоційований генітальний герпес склало 22 особи. Для репрезентативної вибірки хворі були поділені на дві групи. До першої групи включено 11 осіб, яким призначали тільки базисну етіотропну терапію (валацикловір). До другої групи

увійшли 11 пацієнтів, яким на фоні вказаної базисної терапії застосували 3 підшкірні ін'єкції нового імунотропного препарату «Алокін-альфа», діючою речовиною якого є алоферон, у дозі 1 мг через один день.

Найближчі результати лікування оцінювали за зміною тривалості рецидиву герпетичної інфекції. Тривалість рецидиву (час досягнення повної реепітелізації) оцінювали в добах. Віддалені результати лікування визначали за перебігом захворювання протягом 3 міс. амбулаторного спостереження: кількість наступних рецидивів за спостережуваний період і тривалість рецидивів у добах.

Результати та обговорення. Виявили, що у ВІЛ-інфікованих хворих тривалість клінічних проявів генітального герпесу під час етіотропного лікування валацикловіром та алофероном характеризується тенденцією до скорочення, порівняно з тільки традиційною терапією без використання імунотропних препаратів.

Тримісячне амбулаторне спостереження за пацієнтами у I-II клінічній стадії ВІЛ-інфекції, які отримали тільки базисну терапію ГВІ, вказувало на відсутність будь-якої зміни частоти наступних рецидивів ($p > 0,05$). Водночас доповнення базисної терапії алофероном забезпечувало збільшення тривалості ремісії і зменшення частоти наступних рецидивів генітального герпесу.

III-IV клінічна стадія ВІЛ-інфекції закономірно накладала свій відбиток на клінічний перебіг генітального герпесу, що супроводжувалось й особливостями динаміки аналізованих показників під впливом різних методів терапії. Проте, у хворих з термінальними стадіями ВІЛ-інфекції також виявили зменшення частоти рецидивів генітального герпесу на фоні доповнення базисної терапії алофероном – від $(2,50 \pm 0,29)$ до $(0,75 \pm 0,48)$ раз за 3 міс. ($p < 0,05$).

Висновки. Доповнення базисної етіотропної терапії ВІЛ-асоційованої герпетичної інфекції трьома підшкірними ін'єкціями препарату, який містить алоферон, у дозі 1 мг через один день, забезпечує позитивний вплив на клінічний перебіг цього захворювання як під час лікування, так і протягом трьох місяців після його завершення.

О.О. Мотовиляк, А.М. Задорожний, Н.М. Прикуда

ВИПАДОК СКАЗУ НА ЛЬВІВЩИНІ

Національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Актуальність. Сказ на сьогодні залишається важливою медико-біологічною проблемою. За даними ВООЗ, упродовж 2018 р. зареєстровано близько 59 тис. випадків сказу на території більше ніж 150 країн світу, з яких 95% – у країнах Африки та Азії. Серед захворілих 40% – діти віком до 15 років. Відсутність на сьогодні етіотропного лікування і 100% летальність у випадку розвитку хвороби визначають актуальність проблеми.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок сказу у хворої, яка знаходилася на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні (ЛОІКЛ).

Матеріали і методи. Проведений аналіз даних карти стаціонарного хворого.

Результати та обговорення. Хвора Д., 58 р., госпіталізована 26.10.2018 р. у відділення інтенсивної терапії ЛОІКЛ. З анамнезу відомо, що на початку серпня 2018 р. (за три місяці до виникнення перших проявів хвороби) хвору вкусив собака за вказівний палець правої руки. Собака помер через 2 тиж з невідомих причин. Перші прояви хвороби – біль голови, загальна слабкість виникли 20.10.2018 р. З 22.10.2018 р. у хворої приєдналися скарги на запаморочення, порушення координації, короткочасну втрату свідомості після ковтання води. На наступну добу (23.10.2018 р.) з'явилося утруднене ковтання, відчуття «клубка в горлі». У зв'язку з цим 24.10.2018 р. госпіталізована в неврологічне відділення Городоцької ЦРЛ. На момент госпіталізації у стаціонар стан хворої середньої тяжкості. Свідомість ясна, контакту доступна, адекватна. На 5-ту добу хвороби у пацієнтки виник перший напад гідрофобії. Упродовж наступної доби (25.10.18 р.) посилювалися прояви гідрофобії, з'явилась аерофобія.

На 7-му добу хвороби пацієнтку для подальшого лікування переведено у відділення інтенсивної терапії ЛОІКЛ. На момент госпіталізації в інфекційний стаціонар стан хворої тяжкий: розлади свідомості, психомоторне збудження, аеро-, фото-, гідро-

фобія. З 30.10.2018 р. з'явилися тетрапарез, розлади дихання. 02.11.2018 р. хвора померла. Діагноз сказу підтверджено помертньо методом ПЛР.

Висновок. Наведений клінічний випадок свідчить про важливість своєчасного звернення за медичною допомогою і проведення екстреної специфічної профілактики сказу, що дає можливість уникнути розвитку хвороби з летальним наслідком в усіх випадках.

К.С. Нестерук, І.А. Зайцев, Н.О. Тверда, І.М. Новак,
В.Т. Кірієнко

ВПЛИВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С НА ФІБРОЗ ПЕЧІНКИ, ЗГІДНО З ДАНИМИ УЗД-ЕЛАСТОГРАФІЇ

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця,
Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
імені Л.В. Громашевського НАМН України, м. Київ

Актуальність. HCV-інфекція є однією з основних причин хронічних захворювань печінки. Зараз в усьому світі налічується орієнтовно 71 млн осіб з хронічною HCV-інфекцією. Винайдення і впровадження в практику противірусних препаратів прямої дії (ПППД) дозволило скоротити тривалість лікування і підвищити ефективність терапії хронічного гепатиту С (ХГС), навіть у хворих з компенсованим цирозом, до 95-98%. Але питання щодо зворотнього розвитку фіброзу у пацієнтів зі стійкою вірусологічною відповіддю (СВВ), залишається відкритим.

Мета роботи. Дослідити вплив противірусної терапії хронічного гепатиту С ПППД на фіброз печінки, згідно з даними УЗД-еластографії у хворих зі СВВ.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних даних 58 пацієнтів із ХГС, в яких було досягнуто СВВ після терапії ПППД. Опрацьовані протоколи УЗД-еластографії, виконані на ультразвуковій скануючій системі Soneus P7. Обстеження проведені до початку лікування та через 3-6 міс. після

досягнення СВВ. Ступінь фіброзу оцінювався за шкалою Metavir. Статистична обробка виконана в програмі STATISTICA 8.0.

Результати та обговорення. Середній вік пацієнтів склав 46,5 року. До лікування 4 (7%) пацієнти мали фіброз F0, 10 (17%) – F1, 18 (31%) – F2, 14 (24%) – F3, 12 (21%) осіб – F4. У жодного з пацієнтів при повторному обстеженні не виявлено прогресування фіброзу за період спостереження. Покращення спостерігалось у 80,0% пацієнтів з F1, у 77,8% – з F2, у 100,0% – з F3 і у 33,3% осіб – з F4 ($\chi^2=4,04$, $p<0,005$). Виразність фіброзу не змінилася у 14 (24,1%) хворих, основним чином у хворих з F4 (57,1% від чисельності хворих без динаміки фіброзу). Ймовірно, що збільшення еластичності печінкової тканини за такий короткий проміжок часу (у середньому інтервал між дослідженнями складав 263 дні) пояснюється зменшенням виразності запалення. При вираховуванні ступеня доказовості даних зміни виявляються статистично достовірними (критерій $\chi^2=4,04$, $p<0,005$).

Для стадії фіброзу F1 медіана жорсткості зменшилась на 0,04-0,90% ($p=0,93$), для стадії фіброзу F2 – на 1,30-20,20% ($p<0,05$), для F3 – на 1,76-16,40% ($p<0,001$) і для F4 – на 3,04-19,0% ($p<0,05$). При стандартизації показників статистичними методами обробки даних виявляється, що показник медіани жорсткості після лікування зменшується статистично достовірно ($t_e=3,32$, $p<0,05$).

Цікаво, що середнє значення медіани жорсткості за період спостереження у пацієнтів з F4 хоч і статистично достовірно зменшилось, але все ще відповідало цирозу, у той час як в 11 пацієнтів з F3 (78,6%) середнє значення відповідало F2 та у 3 осіб з F3 (21,4%) – F1, у 10 пацієнтів з F2 – F1 (55,6%) і в 4 з F2 – F0 (22,2%), відповідно у 8 пацієнтів з F1 – F0 (80,0%).

Висновок. У дослідженні було продемонстровано позитивний вплив протівірусної терапії ППД на зворотний розвиток фіброзу у пацієнтів з ХГС після досягнення СВВ. Але варто зазначити, що тільки у третини пацієнтів з цирозом печінки вдалося досягнути зниження стадії фіброзу за шкалою Metavir, тому в цій групі пацієнтів повинен проводитись моніторинг виникнення ускладнень цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми, навіть після досягнення СВВ.

С.О. Никитюк, Н.М. Олійник, А.П. Гульовська

МІКРОФЛОРА ШКІРИ ДІТЕЙ, В ЯКИХ ДІАГНОСТОВАНО МІГРУЮЧУ ЕРИТЕМУ

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, Обласна дитяча клінічна
лікарня, м. Тернопіль

Актуальність. Відомо, що *Borrelia burgdorferi*, збудник хвороби Лайма, здатна утворювати агрегати і мікроколонії на шкірі. У зоні мігруючої еритеми на місці укусу кліща змінюється мікробіоценоз шкіри, отже порушується склад біоплівки, яка сформована нормальними мікроорганізмами. Враховуючи це, дослідження мікроекології шкіри доцільно для розшифрування деяких механізмів взаємодії борелій з мікробіотою шкіри. Діагностика Лайм-бореліозу потребує значного вдосконалення.

Мета роботи – дослідити мікробіологічні особливості шкірної форми Лайм-бореліозу та можливість використання мікробіологічних критеріїв для діагностики цієї інфекції. Порівняти мікробіоценози ділянок шкіри на місці укусу та симетричних до них ділянках.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 15 хворих дітей (7 хлопчиків і 8 дівчаток) віком від 1 до 10 років з кільцеподібною мігруючою еритемою різної локалізації, яка на підставі анамнестичних даних про недавній (протягом 3-5 діб) укус кліща, характерної клінічної картини та серологічного обстеження була розцінена як шкірна форма Лайм-бореліозу. Вивчали зміни шкіри з використанням методів мікроскопічної біології. Для забору матеріалу користувалися методом змивів з поверхні шкіри площею 1 см².

Результати та обговорення. В обстеженої групи дітей виявлено почервоніння шкіри кільцеподібного характеру. Мігруюча еритема спостерігалася у нижніх ділянках тіла, у шкірних складках, де, як правило збільшена вологість і температура тіла. Вивчення мікробіоценозу шкіри показало, що в ньому домінували факультативно-анаеробні бактерії. На ділянці місця укусу кліща висівали переважно кокову флору – *Staphylococcus aureus*, (10^3 КУО/см²), *Micrococcus luteus* – 10^2 КУО/см², та грампозитивні паличковидні бактерії (*Bacillus* spp.). Середній ступінь

колонізації шкіри за медіаною у зоні укусу за медіаною складав 10^3 , КУО/см², у той час як на симетричних ділянках – медіана на симетричній ділянці становила 10^5 КУО/см². Тобто ступінь колонізації шкіри бактеріями в неуражених ділянках був вищим. Зокрема, рівень колонізації *S. aureus* становив 10^7 КУО/см², *Bacillus spp.* – 10^1 КУО/см², а *M. luteus* – 10^3 КУО/см². Без сумніву відбувається перебудова колонізаційної резистентності шкіри, яку забезпечує нормальна мікробіота.

Висновки. На місці укусу та симетричних ділянках шкіри спостерігався подібний рівень колонізації шкіри мікроорганізмами, хоча ступінь колонізації шкіри бактеріями в неуражених ділянках був вищим.

Н.М. Олійник, О.В. Покришко

АНАЛІЗ ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Етіологічними чинниками цирозу печінки (ЦП) є вживання алкоголю, неалкогольний стеатогепатит, аутоімунний гепатит, віруси. Хронічні гепатити вірусної етіології у 30% пацієнтів трансформуються в цироз. Основними факторами формування і прогресування ЦП є некроз гепатоцитів і прогресуючий фіброз. Важливою ланкою фіброгенезу є активація прозапальних цитокінів, зокрема фактор некрозу пухлин-альфа (ФНП- α), який зумовлює процеси фіброгенезу шляхом вивільнення з мітохондрій активних форм кисню, цитохромоксидази та індукції апоптозу. Процес надмірної активізації макрофагів стримують протизапальні цитокіни, зокрема інтерлейкін-4 (ІЛ-4), які здійснюють контроль за регуляцією продукції прозапальних цитокінів.

Мета роботи – вивчити цитокіновий профіль у хворих на вірусний ЦП (ВЦП).

Матеріали і методи. Обстежено 33 пацієнта на ВЦП. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Верифікацію діагнозу здійснювали на підставі анамнестичних, клі-

ніко-лабораторних даних, за допомогою уніфікованих методик, затверджених МОЗ України. Умовами відбору хворих обох груп були відсутність тяжкої супутньої патології і ВІЛ-інфікування, незначна тривалість цирозу (не більше 2 років від встановлення діагнозу) і відсутність маркерів активності вірусної інфекції. Діагноз встановлювали за класифікацією Міжнародної робочої групи і Всесвітнього конгресу гастроентерологів (Лос-Анджелес, 1994) і МКХ. Середній вік обстежених становив ($56,0 \pm 1,1$) року. Рівень цитокінів ФНП- α та ІЛ-4 визначали методом ІФА (аналізатор StatFax303Plus).

Результати та обговорення. ВЦП виникав найчастіше в результаті гепатиту С (81,8% хворих). ФНП- α був підвищений в усіх обстежених із ЦП і складав ($39,05 \pm 4,79$) пг/мл, поряд із цим рівень ІЛ-4 знижувався у більшості хворих (98,0%) до ($2,61 \pm 0,58$) пг/мл порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Підвищення рівня ФНП- α у сироватці крові свідчить про наявність в організмі активації імунітету з розвитком запальної реакції, з одного боку, і стимуляції процесів фіброгенезу – з іншого, що відповідає патогенезу ЦП. Більш глибокі зміни виявлено у жінок, ніж у чоловіків. Вірогідні відмінності зафіксовані як за рівнем ФНП- α ($32,65 \pm 0,17$) проти ($43,62 \pm 7,27$) пг/мл, так й ІЛ-4 ($3,42 \pm 0,14$) проти ($2,03 \pm 0,65$) пг/мл. Аналіз показників у хворих різних вікових груп показав вірогідне зростання концентрації ФНП- α з віком. Показник у хворих віком 45-59 і понад 60 років перевищував такий у пацієнтів віком до 45 років в 1,5 разу ($p < 0,05$). Концентрація ІЛ-4 мала тенденцію до збільшення у хворих молодшої вікової групи. У пацієнтів виявлено зворотний кореляційний зв'язок між рівнями про- і протизапального цитокінів – ФНП- α та ІЛ-4 ($r = -0,475$; $p < 0,05$).

Висновки. Визначені відмінності відкривають перспективу для можливого використання зазначених цитокінів як предикторів перебігу вірусних гепатитів.

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

**ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10
ЯК ГЕНЕТИЧНИЙ ПРЕДИКТОР УСКЛАДНЕНОГО
ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ**

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Незважаючи на те, що вітряна віспа вважається «дитячою» інфекцією з легким перебігом, за останні роки реєструється збільшення випадків ускладненого перебігу захворювання серед дорослих імунокомпетентних осіб. Ризик розвитку ускладнень і летального завершення хвороби у дорослих хворих у 25 разів вищий, ніж у дітей, а смертність від пневмонії сягає 10%. Вивчення патогенетичних аспектів вітряної віспи, зокрема одонуклеотидного поліморфізму інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), є актуальним для прогнозування перебігу і запобігання розвитку специфічних й неспецифічних ускладнень.

Мета роботи – визначити вплив генетичного поліморфізму ІЛ-10 – rs 1800872, rs 1800896 на перебіг вітряної віспи у дорослих.

Матеріали і методи. У дослідження включено 50 хворих на вітряну віспу, віком від 18 до 49 років, у середньому ($20,0 \pm 2,1$) року. Чоловіків було 34, жінок – 16. Середньотяжкий перебіг вітряної віспи реєструвався у 40, тяжкий – у 10 хворих. Одонуклеотидний поліморфізм генів ІЛ-10 визначали методом полімеразної ланцюгової реакції у реальному часі. Залежно від поліморфізму гена ІЛ-10 rs 1800872 було сформовано групи: 37 пацієнтів з ТТ генотипом і 13 – з ТГ генотипом; залежно від поліморфізму гена ІЛ-10 rs 1800896, відповідно – 42 пацієнти з генотипом ТТ і 8 – з генотипом СС. Статистичну обробку здійснювали з використанням сформованої бази даних пацієнтів у програмі «STATISTICA for Windows 13» (StatSoft Inc., № JPZ804I382130ARCN10-J) ($p < 0,05$).

Результати та обговорення. У хворих з тяжким перебігом вітряної віспи в 1,48 разу частіше виявлявся генотип ТТ гена ІЛ-10 rs 1800872, порівняно з хворими зі середньотяжким перебігом ($\chi^2 = 4,39$, $p = 0,04$). Аналіз впливу поліморфізму гена ІЛ-10 rs 1800896 на розвиток тяжкого перебігу вітряної віспи достовірно значущих відмінностей не показав ($p > 0,05$). Встановлено, що

різні генотипи гена ІЛ-10 впливали на розвиток ускладненого перебігу вітряної віспи у дорослих. Так, розвиток ускладнень асоціювався з носійством генотипу ТТ гена ІЛ-10 rs 1800896 і реєструвався у 31 (93,9%) хворих проти 11 (64,7%) пацієнти з неускладненим перебігом захворювання ($\chi^2=7,13$, $p=0,008$). Дослідження впливу експресії генів ІЛ-10 rs 1800872 на факт формування ускладнень вітряної віспи статистично значущих відмінностей не виявило ($p>0,05$). Слід зазначити, що генетичний поліморфізм генів ІЛ-10 rs 1800872, rs 1800896 впливав на розвиток певного спектру ускладнень. Так, у всіх (100%) хворих з формування вісцеральних ускладнень, а саме токсичного гепатиту (13) і пневмонії (4), виявляли генотип ТТ гена ІЛ-10 rs 1800872 і генотип ТТ гена ІЛ-10 rs 1800896 ($\chi^2=11,22$, $p=0,0008$). Генетичний поліморфізм генів ІЛ-10 rs 1800872, rs 1800896 не впливав на розвиток офтальмологічних і неврологічних ускладнень ($p>0,05$). Проте, дослідження алелей гена ІЛ-10 rs 1800872 показало, що у більшості (7; 87,5%) хворих з розвитком ускладнень, пов'язаних з приєднанням вторинної бактерійної флори, реєструвався генотип TG гена ІЛ-10 ($\chi^2=18,72$, $p=2.0E-6$). Розвиток ускладнень, обумовлених приєднанням вторинної бактерійної мікрофлори, не залежав від поліморфізму гена ІЛ-10 rs 1800896 ($p>0,05$).

Висновки. Визначення поліморфізму гена ІЛ-10 може бути використано для прогнозування перебігу вітряної віспи у дорослих. Генотип ТТ гена ІЛ-10 rs 1800872 асоціюється з високим ризиком розвитку тяжкого перебігу недуги ($\chi^2=6,35$, $p=0,01$), носійство генотипу TG гена ІЛ-10 rs 1800872 обумовлює розвиток ускладнень, пов'язаних з приєднанням вторинної бактерійної мікрофлори ($\chi^2=18,72$, $p=2.0E-6$). Експресія генотипу ТТ гена ІЛ-10 rs 1800896 асоційована з формуванням ускладненого перебігу вітряної віспи ($\chi^2=7,13$, $p=0,008$). На розвиток вісцеральних ускладнень недуги впливає як генотип ТТ гена ІЛ-10 rs 1800872, так і генотип ТТ гена ІЛ-10 rs 1800896 ($\chi^2=11,22$, $p=0,0008$).

Т.Є. Оніщенко, О.В. Рябоконт, В.Г. Савельєв, Н.С. Ушеніна,
Ю.Ю. Рябоконт

АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ЗАВІЗНИХ ВИПАДКІВ МАЛЯРІЇ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2001-2018 рр

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Малярія є найпоширенішою у світі трансмісивною протозойною хворобою. Щорічно реєструється більше 220 млн випадків. Малярія є ендемічною інфекцією і регулярно реєструється в 91 країні світу (Африки, Центральної та Південної Америки, Азії). У деяких регіонах захворюваність залишається на тому ж рівні, що й 150 років тому. Щорічно гинуть від малярії до 500 тис. людей, що в 15 разів більше, ніж від СНІДу. З числа летальних випадків від малярії 98% припадає на тропічну малярію. У сучасних умовах міграції населення особливого значення набуває проблема завізної малярії в неендемічні регіони.

Мета роботи – з'ясувати особливості етіологічної структури завізних випадків малярії в Запорізькій області за 2001-2018 рр.

Матеріали і методи. Проаналізовано статистичні дані щодо етіологічної структури 27 завізних випадків малярії в Запорізькій області за період 2001-2018 рр, за даними паразитологічного відділу Запорізького обласного лабораторного центру Державної санітарно-епідеміологічної служби (завідувач – Зарудна О.В.).

Результати та обговорення. Встановлено, що в Запорізькій області майже щорічно фіксуються завізні випадки малярії із максимальною їх кількістю у 2001, 2013, 2017 рр. В етіологічній структурі завізних випадків малярії суттєво переважає тропічна малярія, яка спричинена *Plasmodium falciparum*, частка її в загальній структурі склала 74%. Рідше реєструвалася малярія, зумовлена *P. vivax* (14,8%) і *P. ovale* (11,0%).

Аналіз географічних регіонів, з яких була завезена малярія, показав, що всі випадки тропічної малярії були з країн Африки, частіше з Нігерії (30,0%) і Конго (35,0%). Випадки малярії, збудниками яких були *P. vivax* і *P. ovale*, були завезені не лише із різних країн Африки, а й з країн Азії і, навіть, Латинської Америки. Епідеміологічні дані свідчать, що завізні випадки малярії частіше були пов'язані зі службовими відрядженнями: у

90,0% – при малярії *falciparum* і в 57,1% – при малярії *vivax* та *ovale*. Інфікування збудником малярії *vivax* відбулось також у туристки, яка перебувала на відпочинку в Домініканській республіці. На особливу увагу заслуговують випадки малярії в іноземних студентів, які після 5-6-тирічного перебування в Україні, відвідали свою країну, а саме Нігерію, і внаслідок інфікування мали маніфестацію тропічної малярії.

Особи, які проживають в неендемичних регіонах, перед подорожжю в ендемічні з малярії регіони повинні розпочати хіміо-профілактику. Проте серед хворих на малярію більшість не отримували хіміо-профілактику при перебуванні в ендемічному регіоні: 65,0% пацієнтів з тропічною малярією і 71,4% пацієнтів з малярією *vivax* і *ovale*. Серед хворих на тропічну малярію 15,0% приймали препарати нерегулярно. Привертає увагу, що кожен п'ятий хворий отримував хіміо-профілактику, яка виявилася малоефективною. Причиною неефективності в таких випадках була резистентність збудника малярії до профілактичних препаратів.

Експерти ВООЗ вважають, що інформування осіб при виїзді в ендемічні регіони про ризик захворювання на малярію й розпізнавання симптомів захворювання, є пріоритетними цілями консультації мандрівників перед подорожжю в такі регіони.

Висновки. У Запорізькій області майже щорічно фіксуються завізні випадки малярії. В етіологічній структурі завізних випадків малярії суттєво переважає тропічна малярія, спричинена *P. falciparum* (74,0%), вона була завезена з країн Африки, частіше з Нігерії (30,0%) і Конго (35,0%). Завізні випадки малярії частіше пов'язані зі службовими відрядженнями: у 90,0% – при малярії *falciparum* і в 57,1% – при малярії *vivax* і *ovale*. Серед хворих на малярію більшість не отримувала хіміо-профілактику при перебуванні в ендемічному регіоні: 65,0% пацієнтів з тропічною малярією і 71,4% – з малярією *vivax* та *ovale*.

В.О. Паничев

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УДОСКОНАЛЕНИХ І ТРАДИЦІЙНИХ ЗАСОБІВ ЗБОРУ КЛІЩІВ

Обласний лабораторний центр МОЗ України, м. Тернопіль

Актуальність. Однією з проблем сучасної інфектології є так звані кліщові інфекційні захворювання, для яких кліщі є одною з ланок механізму передачі й можуть бути як джерелом, так і вектором цілого ряду патогенів, що спричинюють вірусні, бактерійні та паразитарні захворювання. Серед них є як давно відомі і достатньо вивчені, наприклад, вірусний енцефаліт, так і ті, вивчення яких розпочалося відносно недавно: хвороба Лайма, анаплазмоз, бабезіоз та ін. Вивчення епідеміології цих захворювань потребує якісних акаралогічних досліджень. Засоби та методи збору кліщів не змінювалися протягом майже століття, є традиційними. Вимоги щодо засобів збору кліщів офіційно не регламентовані. Існує потреба удосконалення засобів, напрацювання методик і регламентів, що створить підґрунтя для розробки методів об'єктивного оцінювання епідемічних ризиків.

Мета роботи. Порівняти ефективність різних засобів збору кліщів, а саме традиційного прапора на дрівку, запатентованого пристрою з постійно працюючою поверхнею та удосконаленого пристрою на Г-подібному тримачеві.

Матеріали і методи. Порівнювали індекс рясності кліщів усіх стадій розвитку, зібраних трьома вказаними засобами протягом двох польових сезонів в одних і тих самих біотопах трьох різних кліматичних районів Тернопільської області. Біотопи за характеристиками максимально відповідали кліматичним районам, а саме: Мале Полісся, Холодне Поділля, Тепле Поділля. Обов'язково дотримувалась умова одночасного паралельного застосування трьох засобів. Конфігурація та площа тканини всіх засобів однакова – квадрат в 1 м². Попередньо намічались маршрути і визначалась їх довжина. Витримувалась середня швидкість пересування – два кілометри на годину. Засоби оглядались одночасно з інтервалом відстані, залежно від рельєфу та рослинності. Збір кліщів проводився в часовому проміжку між 10.00 і 12.00 годинами з вимірюванням температури, вологості, швидкості руху повітря, атмосферного тиску, враховувалась зміна

погоди, погодні явища та наявність роси. Склад бригади був постійним.

Для порівняння ефективності різних засобів використано статистичні методи.

Результати та обговорення. Середні (M) значення індексів рясності для запатентованого пристрою, прапора на Γ -подібному тримачу і прапора на деревку у 2017 та 2018 рр становили відповідно: $13,40 \pm 0,94$ і $11,08 \pm 1,66$; $12,76 \pm 1,40$ і $8,80 \pm 1,25$; $7,34 \pm 2,58$ і $8,48 \pm 0,19$.

Показники наочності відповідно складають за 2017 р.: 182,5, 172,6 і 100,0%; за 2018 р.: 130,7, 103,8 і 100,0%. Тобто показники запатентованого та удосконаленого пристроїв на Γ -подібному тримачу є вищими. Оскільки експериментальні дані не відповідають нормальному закону розподілу, то неможливо використовувати параметричні критерії оцінки. Використовували критерій Краскела-Уолліса, при якому $p=0,0216$, що менше 0,05 і засвідчує суттєві відмінності ефективності засобів.

Висновок. Запатентований пристрій з постійно працюючою поверхнею та удосконалений пристрій на Γ -подібному тримачеві є ефективнішими засобами збору кліщів, ніж традиційний, що підтверджено за допомогою непараметричного критерію Краскела-Уолліса.

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

ПЕРЕБІГ ІНФЕКЦІЙНОЇ ДІАРЕЇ З РОЗВИТКОМ ГЕМОЛІТИКО-УРЕМІЧНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Медичний університет, Обласна інфекційна клінічна
лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) у дітей раннього віку з тяжкими проявами токсико-ексикозу рідко мають таке ускладнення, як гемолітико-уремічний синдром (ГУС). ГУС визначається тріадою симптомів (мікроангіопатична гемолітична анемія, ниркова недостатність, тромбоцитопенія) й асоціюється з шигельозом та ешерихіозом.

Мета роботи: проаналізувати особливості перебігу тяжкого токсико-ексикозу при ГКІ з розвитком ГУС у дітей раннього віку.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз клініко-лабораторних особливостей розвитку ГУС при тяжкому перебігу інфекційної діареї у дітей, які отримували лікування у дитячому кишковому відділенні Обласної інфекційної клінічної лікарні м. Запоріжжя у 2019 р. За поточний рік ГУС було діагностовано у 2 дітей віком 1 рік 8 міс. та 1 рік 11 міс., яких лікували з приводу ГКІ. Підтвердження етіології захворювання проводилося класичним бактеріологічним і вірусологічним методами.

Результати та обговорення. Проаналізували перебіг тяжкої ускладненої форми ротавірусної інфекції у дитини, 1 рік 11 міс. Діагноз підтверджено позитивним ротатестом з калом. Дитина була госпіталізована на 3-тю добу хвороби з діарейним синдромом і симптомами токсико-ексикозу II ст., гемоколіту та ацетонемії. Початок хвороби гострий з появи рідких випорожнень до 4 разів, наступного дня – 10-15 разів, повторного блювання, на 3-тю добу в калі з'явилися прожилки крові. У лікуванні батьки самостійно давали парацетамол, а з 3-ої доби лікарем був призначений антибіотик. В ОІКЛ дитина перебувала впродовж 2-ох діб. У динаміці зберігалось блювання до 7-8 разів, діарея з прожилками крові до 8 разів за добу, наросла млявість, дитина відмовилася від їжі та пиття. Протягом усіх днів відзначалася нормотермія. При огляді на 1-у добу – хлопчик млявий, шкіра чиста, бліда, тепла, тургор різко знижений, особливо на животі, губи рожеві, сухі, язик обкладений, вологий. З боку легень і серця – без порушень. Живіт м'який, доступний глибокій пальпації, неболючий, відчутно вурчання. Випорожнення рідкі, з прожилками крові та слизу. Діурез зменшений, сеча насичено жовтого кольору. В аналізах крові: еритроц. $4,0 \times 10^{12}$ 1/л, Нв 104 г/л; на другий день: еритроц. $3,48 \times 10^{12}$ 1/л, Нв 91 г/л, лейкоц. $19,4 \times 10^9$ 1/л, тромбоц. 156×10^9 1/л, потім – 89×10^9 1/л; креатинін 119 мкмоль/л, сечовина 11,09 ммоль/л. На фоні проведення дезінтоксикаційно-регідратаційної терапії відмічалось зростання креатиніну (до 248 мкмоль/л) і сечовини (до 20,3 ммоль/л). Відзначали протеїнурію (до 6,6 г/л), мікроеритроцитурію та ацетонурію. Бактеріологічне дослідження калу патогенної флори

не виявило. Діагностовано ротавірусну інфекцію, тяжку форму з розвитком ГУС. Дитина була переведена до реанімаційного відділення для проведення гемодіалізу.

У дитини, 1 рік 8 міс., захворювання почалось з фебрильної гарячки і блювання, а з 2-го дня – приєднались рідкі випорожнення, які на 5-ту добу містили слиз і кров, до 10 разів за добу. На момент госпіталізації (5-та доба хвороби) об'єктивно превалювали симптоми токсикозу II ст. У гемограмі: еритроц. $4,03 \times 10^{12}$ 1/л, Нь 117 г/л, лейкоц. $5,1 \times 10^9$ 1/л, тромбоц. 180×10^9 1/л, потім – 267×10^9 1/л. Вірусологічно і бактеріологічно у калі патогенної флори і ротавірусу не виявлено. На 6-ту добу, на фоні олігурії та гемоколіту, креатинін підвищився до 273 мкмоль/л, сечовина – до 7,9 ммоль/л. В аналізі крові: еритроц. $3,3 \times 10^{12}$ 1/л, Нь 90 г/л, лейкоц. $14,4 \times 10^9$ 1/л, тромбоц. 150×10^9 1/л. Дитину екстрено переведено в реанімаційне відділення для проведення гемодіалізу. Діагностовано ускладнення тяжкої форми ГКІ розвитком ГУС.

Висновки. Наведені клінічні приклади демонструють можливість розвитку ГУС при «кров'янистій» діареї на 5-6-ту добу хвороби у дітей, в яких не виділено основних збудників ГУС (кишкових паличок чи шигел).

А.М. Печінка, І.А. Мірошніченко

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ НА ЕТАПІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені
П.Л. Шупика, Київський міський центр радіаційного
захисту населення м. Києва від наслідків чорнобильської
катастрофи, м. Київ

Поява етіотропного лікування хронічних вірусних гепатитів, особливо гепатиту С, щеплення проти гепатиту В, здавалося б вирішило проблему цих інфекцій. Однак етап цирозу печінки залишається серйозною проблемою, враховуючи здатність його до подальшого прогресування.

На цьому етапі одним з провідних чинників прогресування цирозу є хронічне запалення та гіпоксія органу.

Досвід лікування хронічних вірусних і токсичного алкогольного гепатитів на стадії цирозу печінки вказує на необхідність дотримання таких правил:

- ліквідація етіотропного чинника (протівірусна терапія, припинення вживання алкоголю);
- уникнення поліпрагмазії, особливо препаратами, що метаболізуються в печінці;
- компенсація проявів портальної гіпертензії (антагоніст альдостерону+салуретик);
- аргінін (тівортін) – має антиоксидантну, антигіпоксичну, дезінтоксикаційну і мембраностабілізувальну дію;
- пентоксифілін – спричинює розширення кровоносних судин, покращує забезпечення тканин киснем, також пригнічує прозапальні цитокіни, у тому числі й фактор некрозу пухлини- α , інтерлейкіни -1, -2 і -6, С-реактивний білок, знижує утворення вільних радикалів;
- метадоксин (ліверія ІС) має мембраностабілізувальну дію, внаслідок чого підвищується стійкість гепатоцитів до дії перекисного окислення ліпідів, гальмує утворення колагену.

Застосування цього комплексу зумовлює не лише стабілізацію цирозу печінки, а й поступовий зворотний розвиток фібротичних змін, на що вказувала не лише динаміка клінічних проявів, а й позитивна динаміка еластометрії зсувної хвилі – неінвазивного методу ультразвукової діагностики фіброзу печінки.

О.В. Покришко, М.С. Творко, Н.І. Ткачук, Л.Б. Романюк,
С.І. Климнюк

ПЕРСИСТЕНЦІЯ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Умовно-патогенні мікроорганізми є представниками нормальної мікрофлори людини. Саме ці мікроорганізми найчастіше спричиняють спалахи внутрішньолікарняних інфекцій, ускладнюють перебіг майже третини хірургічних втручань.

Стафілококи належать до одних з найпоширеніших умовно-патогенних мікроорганізмів. Захворювання, які обумовлені *Staphylococcus aureus*, характеризуються великим розмаїттям локалізації і клінічних проявів. Частіше за все стафілококова інфекція перебігає у вигляді хронічних процесів, рідше – у гострій формі. Найбільш небезпечними джерелами стафілококової інфекції є не хворі з гострою, клінічно вираженою формою недуги, яких зазвичай ізолюють, а носії. Носіями золотистого стафілокока в лікувальних закладах можуть бути не тільки працівники лікарень, а й студенти медичних вузів, які проходять там навчання. Носійство золотистого стафілокока буває гострим, хронічним або транзиторним, що залежить від особливостей штаму, стану макроорганізму і конкуруючої мікрофлори.

Мета роботи. Виявити й охарактеризувати бактеріоносійство *S. aureus* у студентів медичного факультету ТНМУ.

Матеріали і методи. Обстежено 6 820 здорових студентів протягом трьох років під час щорічного санітарно-профілактичного огляду, який проводиться у ТНМУ. Забір матеріалу здійснювали з дотриманням правил асептики та ідентифікували стафілококи згідно із загальноприйнятими методами.

Результати та обговорення. Гострими носіями золотистих стафілококів були 8,4-10,2% студентів-медиків, хронічними – 4,6-5,9%. Найбільше виявлено транзиторних носіїв (30,3-37,4%). Виділені штами *S. aureus* відрізнялися за своєю вірулентністю. З них продукували пігмент 66,7%, в анаеробних умовах манніт ферментували 97,2%, володіли гемолітичною активністю 79,9%, плазмокоагулазну активність проявляли 98,4% виділених культур. Усі перераховані ознаки констатовані одночасно у 60,0% штамів золотистих стафілококів, три ознаки (плазмокоагулаза, гемолітичні властивості, ферментація манніту в анаеробних умовах) – у 75,05% штамів.

Висновки. Виділені від носіїв штами *S. aureus* володіли різним ступенем вірулентності. Необхідно одночасно з бактеріологічним методом діагностики носійства провести анкетування гострих, хронічних і транзиторних носіїв, щоб з'ясувати, чим зумовлені зміни вірулентної активності золотистих стафілококів, з метою подальшого запобігання розповсюдження штамів мікроба у лікарняних закладах і виникнення госпітальних інфекцій.

В.А. Понятовський, О.Л. Бондарчук, М.О. Приступюк,
О.О. Смікодуб, В.П. Ширококов, В.П. Малий

**БАКТЕРІОФАГИ У БОРОТЬБИ
З МЕТИЦИЛІНРЕЗИСТЕНТНИМИ ШТАМАМИ
*STAPHYLOCOCCUS AUREUS***

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця,
Міська клінічна лікарня № 4, м. Київ;
Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Актуальність. Інфекції, що спричинюються стійкими до антибіотиків мікроорганізмами, є значною загрозою для сучасної системи охорони здоров'я. Кількість таких полі- та мульти-резистентних штамів неухильно зростає.

Одними із найпоширеніших збудників внутрішньолікарняних інфекцій є метицилінрезистентні штами *Staphylococcus aureus* (*MRSA*). Вони є важливими опортуністичними мікроорганізмами і входять до групи *ESKAPE* патогенів (J.N. Pendleton et al., 2013). Частка *MRSA* серед ізолятів золотистих стафілококів у країнах ЄС коливається в значних межах від 26,6 (2007 р.) до 16,8% (2015 р.) (A. Cassini et al., 2015). За даними вітчизняних вчених, в Україні поміж бактеріоносіїв кількість метицилінрезистентних штамів серед коагулазонегативних стафілококів (*MR-CNS*) склала 42,8%, що майже вдвічі переважало кількість серед коагулазопозитивних стафілококів (*MR-CPS*) – 16,6% (О.В. Коцар і співавт., 2016).

У процесі своєї еволюції мікроорганізми виробили різні механізми опору щодо антибіотиків. Історія вивчення антибіотикорезистентності розпочалася з відкриття пеніцилінази у *S. aureus* – першої з ряду β-лактамаз. Нечутливість до метициліну корелює зі стійкістю до інших β-лактамних антибіотиків. Розвиток стійкості, пов'язаний із низьким афінітетом β-лактамів з пеніцилінзв'язуючим білком 2a, за синтез якого відповідає ген *tesA*. Цей ген присутній лише в метицилінрезистентних штамів. Знижена чутливість щодо оксациліну можлива також і за рахунок гіперпродукції β-лактамаз. Штами золотистого стафілококу з даною властивістю отримали назву *BORSA* (*borderline-oxacillin-*

resistant S. aureus). Описаний варіант модифікації пеніцилін-зв'язуючих білків – *MODSA*. Обидва варіанти можна назвати «хибними» *MRSA*, оскільки в них відсутній ген *tesA*. Для підтвердження істинності потрібно визначати генетичні особливості кожного окремого штаму.

Одним із закономірних шляхів подолання проблеми антибіотикорезистентності є використання бактеріофагів. Насьогодні терапія фагами інфекційних захворювань стає популярним та ефективним інструментом боротьби з патогенними мікроорганізмами. Бактеріофагові препарати можна використовувати як у вигляді монотерапії, так і в комбінації з антибіотиками.

Мета роботи. Вивчити чутливість клінічних ізолятів *S. aureus*, включаючи метицилінрезистентні штами, до бактеріофагових препаратів і можливість використання даних засобів у клінічній практиці.

Матеріали і методи. Дослідження проводили на базі Київської міської клінічної лікарні № 4, кафедри хірургії № 2 НМУ імені О.О. Богомольця і кафедри мікробіології, вірусології та імунології НМУ імені О.О. Богомольця.

Спочатку виділяли та ідентифікували мікроорганізми, а також визначали чутливість до антибіотиків (загальноприйнятим диско-дифузійним методом). Для диференціації «істинних» від «псевдо» метицилінрезистентних штамів золотистого стафілококу використовували комерційну тест-систему для проведення ПЛР виробництва «ДНК-технологія». Дослідженню підлягав бактеріофаговий препарат «Піофаг[®]», виробництва НеоПробіоКеар, Україна. Для дослідження чутливості до фагів застосовували 18-24-годинні бульйонні культури.

Результати та обговорення. Отримані дані специфічної активності бактеріофагових препаратів на клінічних ізолятах *S. aureus* свідчать про те, що дослідний препарат має виражену специфічну літичну дію щодо використаних штамів. 95% клінічних ізолятів стафілококів виявилися чутливими до дії досліджуваних препаратів (19 із 20). Усі три штами, що володіли резистентністю до більшості антибіотиків, і мали *tesA* ген за даними ПЛР-діагностики, були чутливими до дії Піофагу.

Однією з особливостей клінічних ізолятів *S. aureus* із наявністю *tesA* гена була відсутність у них лецитиназної активності. Ця властивість є дуже важливою з практичної точки

зору, оскільки одним із діагностичних маркерів, що дозволяє диференціювати золотисті стафілококи від епідермальних і зазвичай використовуються в практичних лабораторіях, є наявність лецитовітелазної активності. Це, у свою чергу, може призвести до віднесення *S. aureus* з *tesA* геном до групи епідермальних стафілококів і, відповідно, недооцінки поширеності золотистих стафілококів у людській популяції, та коректного визначення етіологічного чинника інфекційного захворювання.

При використанні бактеріофагового препарату «Піофаг®» у клініці у хворого з генералізованим фурункульозом стафілокової етіології (який був носієм золотистого стафілококу протягом тривалого часу, що підтверджувалося результатами попередніх бактеріологічних обстеженнях – постійне виділення золотистого стафілококу з носу і мигдаликів), відмічали регресію клінічної симптоматики і не висівали золотистого стафілококу з носової та ротової порожнин. Антибіотикотерапія до цього не була ефективною.

Висновки. Використання бактеріофагів може стати важливим інструментом у боротьбі з антибіотикорезистентними штамми, що спричиняють інфекційну патологію у людини. Застосування бактеріофагів у монотерапії є ефективним і безпечним способом лікування бактерійних інфекцій.

Н.О. Прийменко, Т.М. Котелевська, Т.І. Коваль,
Л.М. Калініченко, Н.П. Свириденко

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ

Українська медична стоматологічна академія,
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Полтава

Актуальність. Кір залишається однією з найактуальніших проблем сучасної інфектології. У 2018 р. зареєстровано 82 596 випадків захворювання у 47 з 53 країн Європейського регіону. За даними звіту ВООЗ, у 2018 р. Україна посіла перше місце за кількістю хворих на кір серед країн Європи. З 2017 р. по травень 2019 р. в Україні зареєстровано більше 100 000 випадків, з них 37 – летальних. Зростання захворюваності на кір в Україні

характеризується значним втягненням в епідемічний процес підлітків і дорослих, що відбувається на тлі зниження стану протикорового імунітету, зумовленого зменшенням обсягу вакцинації у попередні роки і порушенням термінів проведення щеплень за Календарем.

Мета роботи – вивчити особливості сучасного перебігу кору в дорослих.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилися 78 хворих на кір, які перебували на лікуванні у Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні протягом 2018 р., серед них чоловіків – 51 (65,4%), жінок – 27 (34,6%), віком від 18 до 55 років; середній вік – $(30,3 \pm 3,4)$ року. Діагноз кору встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних і результатів серологічних досліджень (виявлення у сироватці крові методом ІФА протикорових IgM). Статистичну значимість відмінностей для кількісних ознак оцінювали із використанням t-критерію Стьюдента, для якісних – точного тесту Фішера.

Результати та обговорення. Проведені дослідження показали, що більшість хворих (62,8%) були вакциновані проти кору в дитячому віці. У третини (33,3%) госпіталізованих мали місце хронічні соматичні захворювання, частіше верхніх і нижніх дихальних шляхів та гепато-біліарного тракту – по 30,8%, ЛОР-органів – 19,2%. Переважав перебіг хвороби середньої тяжкості у 72 (92,4%) осіб, легкий і тяжкий – по 3 (3,8%). У клінічній картині більшості хворих із середньотяжким перебігом недуги були наявні всі основні прояви «класичного» кору: циклічність перебігу, інтоксикаційний синдром, ураження респіраторного тракту та очей, макуло-папульозний висип. Проте у 44,9% на момент встановлення діагнозу був відсутній патогномонічний симптом кору – плями Бельського-Філатова-Копліка, а у 26,9% – відзначалися нудота, блювання, біль у животі та діарея. Ускладнення мали місце у 37 (47,4%) хворих, а саме бронхіт – у 12 (15,4%), ларинготрахеїт – у 4 (5,1%), пневмонія – у 3 (3,8%), синусит, середній отит і гнійний кон'юнктивіт – по 2 (2,6%), гепатит – у 36 (46,1%). У 12,8% пацієнтів відзначалм поєднання двох і більше ускладнень.

У вакцинованих частота ускладнень була вірогідно нижчою (8,8%), ніж у невакцинованих хворих (33,3%, $p < 0,05$). Харак-

терними змінами у загальному аналізі крові були: зсув лейкоцитарної формули вліво – у 56 (71,8%), збільшена ШОЕ – у 36 (46,1%), лейкопенія – у 32 (41,0%), тромбоцитопенія – у 15 (19,2%). У 36 (46,1%) пацієнтів відзначалося підвищення активності трансаміназ.

Висновки. Більшість хворих (62,8%) на кір були вакциновані проти цієї недуги в дитячому віці. У 33,3% пацієнтів мали місце хронічні соматичні захворювання, частіше верхніх і нижніх дихальних шляхів та гепато-біліарного тракту (по 30,8%), ЛОР-органів (19,2%). Сучасний перебіг кору у дорослих характеризувався клінічними особливостями: переважав середньотяжкий перебіг хвороби (92,4%), на момент встановлення діагнозу у 44,9% осіб невиявлено плям Бельського-Філатова-Копліка, у 26,9% – мало місце ураження травного тракту. Ускладнення кору розвинулися у 47,4% хворих, найчастіше з боку дихальної, травної систем і ЛОР-органів. У не вакцинованих частота ускладнень виявилася вірогідно вищою ($p < 0,05$), ніж у вакцинованих. Для гемограми характерними були лейкопенія з вираженим паличкоядерним зсувом і збільшеною ШОЕ; у 22,7% пацієнтів виявлялася тромбоцитопенія. У 46,1% хворих визначалися біохімічні ознаки ураження печінки.

О.Я. Пришляк, О.П. Бойчук, О.Я. Яців, М.В. Прокопович

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕННЯМИ З БОКУ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, з 28.12.2018 р. до 02.05.2019 р. на кір захворіло 45 147 людей – 21 121 дорослий і 24 026 дітей. На захворювання у дорослих суттєво впливає преморбідний фон. Серед ускладнень, за даними літератури, найчастіше відмічаються ларинготрахеобронхіт, пневмонія, реактивний панкреатит і гепатит. Вірус тропний до епітеліальних клітин респіраторного тракту, кон'юнктиви очей, шкіри, а також до епітелію кишечника, тканин печінки, підшлункової залози.

Мета роботи. Вивчити клінічні особливості перебігу кору у дорослих із ускладненнями з боку органів травної системи.

Матеріали і методи. Проаналізовано 120 медичних карт дорослих хворих на кір, які перебували на лікуванні в Івано-Франківській обласній клінічній інфекційній лікарні в період з листопада 2018 р. по березень 2019 р. Діагноз встановлювали на основі епідеміологічного анамнезу, клінічних симптомів і серологічних досліджень (визначення протикорових IgM методом ІФА).

Результати та обговорення. Серед обстежених було 54 (45%) чоловіки і 66 (55%) жінок. Середній вік – $(22,2 \pm 0,8)$ року. Кір тяжкого ступеню діагностовано у 14 (11,6%) пацієнтів, середньої тяжкості з розвитком ускладнень – у 62 (51,6%), без ускладнень – у 34 (28,3%); легкого ступеня – у 10 (8,3%). Ускладнення спостерігали у невакцинованих або імунізованих одноразово осіб – 76 (63,3%), у тому числі з боку органів дихання: у 27 (35,5%) – гострий необструктивний бронхіт і у 17 (22,3%) – вірусно-бактерійна пневмонія; з боку травної системи: у 17 (22,3%) – реактивний гепатит і у 13 (17,1%) – реактивний панкреатит. Діагностували також 2 (2,6%) випадки кератокон'юнктивіту. Середній вік хворих із ускладненнями становив $(34,2 \pm 0,8)$ року. Преморбідний фон даних хворих: артеріальна гіпертензія у 25 (32,8%), дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом – у 23 (30,2%), хронічний некалькульозний холецистит – у 21 (27,6%), сечокам'яна хвороба – у 5 (6,5%) і цукровий діабет 2-го типу – у 2 (2,6%) пацієнтів. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила $(11,3 \pm 2,1)$ дня.

Пацієнти з ознаками реактивного гепатиту скаржились на нудоту і тяжкість у правому підребер'ї. Спостерігалась субіктеричність склер, печінка виступала з-під краю реберної дуги по *l. medioclavicularis dextra* на 1,0-1,5 см. За даними УЗД органів черевної порожнини відмічали ознаки гепатиту: підвищення ехогенності структури печінки, збільшення розмірів правої частки. У гемограмі на 2-3-тю добу захворювання відзначали лейкопенію до $2,2 \times 10^9$ 1/л із зсувом лейкоцитарної формули вліво (паличкоядерних від 9 до 52%), збільшення ШОЕ. У біохімічному аналізі крові відмічали підвищення активності АсАТ і АлАТ у 5-6 разів ($p < 0,05$) у 16 (94,1%) хворих, гіпопротеїнемію

до 52-55 г/л за рахунок гіпоглобулінемії. Пацієнти з ознаками реактивного панкреатиту скаржились на нудоту, блювання до 2-3 разів за добу, біль в епігастрії, розлади випорожнення (пронос) до 3-4 разів за добу. При пальпації відмічали посилену пульсацію черевного відділу аорти, болючість у надчеревній ділянці. Діастаза сечі підвищувалась, ШОЕ – до 40 мм/год. За даними УЗД – неоднорідність структури і збільшення розмірів підшлункової залози.

Лікувальний комплекс включав палатний режим, діету № 15, патогенетичну терапію (дезінтоксикаційна, протизапальна, інгібітори протеолізу, гепатопротектори, антигістамінні засоби, протикашлеві, деконгестанти, вітамін А). На фоні призначеного лікування відмічали нормалізацію біохімічних показників зазначених пацієнтів та їх повне видужання.

Висновки. Кір помітно «подорослішав». Співвідношення кору у дорослих і дітей на початок 2019 р. наближається до 1:1. Розвиток ускладнень частішає з віком пацієнтів, за наявності супутньої патології та відсутності щеплень в анамнезі. Значний відсоток (34,4%) припадає на ускладнення з боку органів травної системи, що вимагає своєчасної діагностики (визначення біохімічних показників сироватки крові, УЗД) і проведення корекції у схемі лікування (призначення інгібіторів протеолізу, гепатопротекторів, відновлення електролітного балансу).

О. Пришляк, З. Тиліщак, О. Бойчук, У. Мазурок, Н. Гуровська,
У. Недоступ

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ

Національний медичний університет,
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Івано-Франківськ

Актуальність. Вітряна віспа на сьогодні посідає одне з провідних місць серед інфекційних хвороб. Захворювання характеризується високою контагіозністю і розвитком бактерійних ускладнень. Згідно з даними літератури, 15% від загальної кількості хворих становлять дорослі, в яких захворюваність на

вітряну віспу часто не залежить від пори року і спостерігається на всіх територіях.

Мета роботи. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу вітряної віспи у дорослих, за даними обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ).

Матеріали і методи. Проаналізовано 52 випадки захворювання на вітряну віспу дорослих пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ у період з січня по травень 2019 р. Діагноз встановлювали на підставі даних епідеміологічного анамнезу (контакт з хворими на вітряну віспу), клінічних ознак (наявність типового висипу) і специфічних лабораторних методів дослідження – визначення IgM до вірусу вітряної віспи за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА).

Результати та обговорення. Встановлено, що найбільша кількість хворих знаходилася на стаціонарному лікуванні у травні – 22 (42,3%). Серед захворілих переважали чоловіки – 40 (76,92%). Середній вік пацієнтів становив $(23,8 \pm 1,84)$ року. На контакт із хворими на вітряну віспу вказували 39 (75,0%) осіб.

Залежно від виразності клінічних симптомів у 50 (96,15%) пацієнтів діагностували недугу середньої тяжкості, у 2 (3,85%) – тяжкого ступеня. У 50 (96,15%) осіб вітряна віспа мала типову форму, у 2 (3,85%) – атипову рудиментарну, підтверджену лабораторно за допомогою ІФА.

Вітряна віспа середньої тяжкості характеризувалася гострим початком, рясним макульозно-папульозно-везикульозним висипом впродовж 4-5 днів, помірно вираженим інтоксикаційним синдромом. Температура тіла сягала субфебрильних і фебрильних цифр, утримувалася 5-6 днів.

Тяжкий ступінь захворювання характеризувався наявністю генералізованого папульозно-везикульозного висипу на шкірі і слизових оболонках впродовж 5-6 днів, вираженим інтоксикаційним синдромом із фебрильною гарячкою тривалістю 7-9 днів.

Серед ускладнень вітряної віспи у дорослих хворих реєстрували: піодермію – у 19 (36,54%); гострий бронхіт – у 4 (7,69%); пневмонію – у 2 (3,85%). Середня тривалість перебування у стаціонарі становила $(9,78 \pm 1,21)$ ліжко-днів.

Цікавою особливістю було те, що серед 52 пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні, 24 (46,15%) – військово-

вослужбовці однієї з частин м. Івано-Франківська. Хвороба характеризувалася середньою тяжкістю.

Лікувальний комплекс включав палатний режим, діету № 15, етіотропну терапію (ацикловір, валавір) у 50 (96,15%) пацієнтів, патогенетичну (дезінтоксикаційні, антигістамінні) середники і симптоматичну терапію. При наявності ускладнень хворим призначали антибактерійні (фторхінолони, цефалоспорини) препарати. Завдяки своєчасній діагностиці та вчасно розпочатому лікуванню в усіх дорослих хворих на вітряну віспу спостерігали повне одужання.

Висновки. У дорослих пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ м. Івано-Франківська з діагнозом вітряної віспи, можна виділити такі особливості: хворіли переважно особи молодого віку, захворювання перебігало в типовій формі, середньої тяжкості. Серед ускладнень найчастіше діагностували: піодермію у 19 (36,54%) хворих; гострий бронхіт – у 4 (7,69%); пневмонію – у 2 (3,85%) пацієнтів. Висока захворюваність на вітряну віспу серед людей молодого віку і військовослужбовців ставить питання про необхідність вакцинації проти вітряної віспи.

Х.І. Пудяк, В.Д. Москалюк

ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ЗНАХІДКИ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ

(за даними проспективних обсерваційних досліджень)

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. ВІЛ-інфекція, з появою ефективної антиретровірусної терапії (АРТ), перетворилася з прогресуючої смертельної недуги в хронічну і керовану, що характеризується підвищеним ризиком хронічних коморбідних захворювань, включаючи серцево-судинні (ССЗ). Слід зазначити, що кардіоваскулярна патологія, асоційована з ВІЛ-інфекцією, є багатофакторною, проте, згідно з останніми зарубіжними дослідженнями, лише один ВІЛ на 61% підвищує ризик ураження серцево-судинної системи, порівняно з неінфікованими суб'єктами. Тому виправданим є ретельний кардіологічний скринінг ВІЛ-позитивних

пацієнтів, особливо тоді, коли у хворого є й традиційні фактори ризику щодо розвитку ССЗ. Ехокардіографія є корисним і неінвазивним інструментом скринінгу для виявлення серцевої дисфункції на ранній стадії, коли ще відсутня чітка клінічна картина, а ті мінімальні симптоми, що виявляються, пояснюють наявністю опортуністичної інфекції.

Мета роботи – вивчити структурно-функціональні зміни серцевого м'яза, за даними ехокардіографічного обстеження, у пацієнтів з ВІЛ шляхом порівняння різних проспективних обсерваційних досліджень.

Результати та обговорення. Порівняння результатів різних досліджень показує практично однаковий відсоток серцево-судинних уражень у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Частково різні результати дослідження можна пояснити різним віком досліджуваних популяцій, рівнем імуносупресії, критеріями відбору пацієнтів, у тому числі й включення/виключення осіб, які отримували АРТ. Так, за даними дослідження індійських вчених (Rural et al., 2016), 35,7% пацієнтів мали хоча б одне ехокардіографічне відхилення, яке корелювало з низьким рівнем CD4+ (<350 кл./мм³). У тому числі у 23,2% хворих виявили зниження фракції викиду лівого шлуночка (ФВЛШ), у 26,4% пацієнтів діагностували діастолічну дисфункцію (ДД) і у 15,9% – легенеvu гіпертензію (ЛГ). В 11,9% ВІЛ-позитивних осіб виявили перикардiальний випіт різного ступеня вираженості (основний етіологічний фактор – туберкульоз). У той же час, ряд інших дослідників (Aggarwal et al., 2008) показали дещо вищий відсоток (42,3%) ехокардіографічних знахідок у пацієнтів з ВІЛ і встановили статистично значущі кореляції між цими відхиленнями та кількістю Т-хелперів, а також наявністю опортуністичних інфекцій (у 63,5% хворих був туберкульоз). Серед обстежених пацієнтів, у 34,6% виявили порушення ФВЛШ, у 19,2% – лівошлуночкову ДД і в 11,5% – перикардiальний випіт. Американські вчені (Mondy et al., 2011) у 20% ВІЛ-позитивних осіб зафіксували зниження ФВЛШ, ще у 26% – ДД, проте аж у 57% випадків – ЛГ. Останні результати дослідники пояснили великим відсотком пацієнтів, що перебували на АРТ на основі інгібіторів протеази з ритонавіром. За даними німецьких науковців (Reinsch et al., 2011), 32% учасників HIV-HEART дослідження мали незначне зниження ФВЛШ, 1,9% і 0,4% – відповідно помірне та

суттєве зниження цього показника, тоді як у 48% хворих виявили ДД. Такі результати пояснюються високим середнім віком обстежуваних пацієнтів. В іншій публікації цих дослідників показано поширеність ЛГ серед 4,7% ВІЛ-інфікованих осіб, переважна більшість з яких не мала жодних симптомів ураження серцево-судинної системи. Дані цих досліджень знайшли підтвердження у роботах й інших закордонних вчених (Da Olusegun et al., 2012; Secemsky et al., 2015 та ін.).

Висновки. У ВІЛ-позитивних осіб за відсутності симптомів ураження серцево-судинної системи можна виявити значні порушення систолічної та діастолічної функцій за допомогою ехокардіографічного дослідження, що підтверджує раннє залучення серця у патологічний процес. Тож, ВІЛ-позитивні пацієнти повинні проходити ретельну початкову і періодичну оцінку роботи серця для своєчасного виявлення серцевої дисфункції. Зважаючи на те, що частота ехокардіографічних відхилень зростає зі зниженням кількості CD4+-лімфоцитів, варто рекомендувати якомога ранній початок АРТ для покращення якості життя людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією.

Г.О. Ревенко, В.В. Маврутенков, І.В. Будаєва, О.О. Лісничка

НАПРУЖЕНІСТЬ ПРОТИПРАВЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

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

Актуальність. Ефективна антиретровірусна терапія призвела до того, що ВІЛ-інфекція стала керованою хворобою, тому стає актуальним питання про імунопрофілактику інфекційних захворювань серед цих пацієнтів. Так, правцю можна запобігти лише вакцинацією.

Мета роботи. Оцінити стан поствакцинального імунітету проти правця шляхом дослідження серопревалентності антитіл щодо цієї інфекції у ВІЛ-інфікованих дорослих осіб.

Матеріали і методи. Обстежено 90 ВІЛ-інфікованих пацієнтів віком від 22 до 60 років (основна група). Групу контролю склали 49 імунокомпетентних добровольців відповідного віку.

Визначення рівнів протиправцевих антитіл проводили методом ІФА з використанням діагностичних тест-систем RIDASCREEN *Tetanus* IgG (R-Biopharm AG, Germany). Стан імунітету проти правця оцінювали за концентрацією антитіл у МО/мл. Згідно з інструкцією шкала напруженості протиправцевого імунітету мала такий розподіл: до 0,1 МО/мл – захист відсутній; 0,1-0,5 МО/мл – мінімальний рівень захисту; 0,6-1,0 МО/мл – середній рівень; 1,1 МО/мл і вищий – високий рівень захисту.

Статистичну обробку проводили за допомогою ліцензійного програмного продукту STATISTICA v.6.1. Критичний рівень статистичної значимості (p) приймався $<0,05$.

Результати та обговорення. Проведені дослідження встановили суттєві розбіжності між титрами антитоксичних антитіл у ВІЛ-інфікованих та імунокомпетентних дорослих осіб. Визначено, що медіана протиправцевих антитіл в основній групі дорівнювала 0,59 (0,28-1,09) МО/мл, що у 2,3 разу менше за показник у контрольній групі – 1,33 (1,13-1,45) МО/мл ($p < 0,001$, за U -критерієм). При більш детальному вивченні показників антитоксичного імунітету виявили, що відсоток захищених ВІЛ-інфікованих осіб проти правця (середні та високі титри) достатньо низький і становив 47,8% ($n=43$), у контрольній групі – 91,8% ($n=45$) ($p < 0,001$, за χ^2). Незахищена когорта ВІЛ-інфікованих індивідуумів (серонегативні та особи з мінімальним рівнем захисту) становила 52,2% ($n=47$), порівняно з 8,2% ($n=4$) – серед імунокомпетентних осіб ($p < 0,001$, за χ^2).

Не виявлено достовірного кореляційного зв'язку між рівнями антитоксичних антитіл проти правця і кількістю $CD4^+$ Т-лімфоцитів у ВІЛ-інфікованих осіб ($r_s = -0,08$; $p = 0,46$).

Висновки. Більшість ВІЛ-інфікованих дорослих осіб не мають достатніх протективних титрів антитіл проти правця і, відповідно, є більше сприйнятливими до зазначеної хвороби. Цей факт ставить певне завдання перед амбулаторно-поліклінічною службою про необхідність обов'язкової вакцинації проти правця ВІЛ-інфікованих осіб.

О.В. Рябоконт, В.Г. Савельев, Ю.Ю. Рябоконт, Т.Є. Онщенко
**ВИПАДОК ЗАВІЗНОГО ЯПОНСЬКОГО ШИСТОСОМОЗУ
В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Шистосомози за показником розповсюдженості паразитарних інвазій займають друге місце у світі, поступаючись лише малярії. Близько 700 млн людей живуть в ендемічних регіонах, а 243 млн інфіковані шистосомами. Найбільш розповсюдженим є збудник сечостатевого шистосомозу. Японський шистосомоз менш розповсюджений, проте його перебіг частіше тяжчий.

Мета роботи – проаналізувати випадок завізного японського шистосомозу в Запорізькій області, зареєстрований у 2018 р.

Клінічний випадок. Хвора О., 39 років (медична карта № 4 177), надійшла в Запорізьку обласну інфекційну клінічну лікарню 08.07.18 р. зі скаргами на висип на шкірі нижніх кінцівок, що супроводжувався значним свербіжем, сухий кашель, підвищення температури тіла до 38°C, загальну слабкість.

З анамнезу відомо, що протягом останнього року працювала на Балі, часто купалася в природних джерелах прісної води, пила некип'ячену воду. З листопада 2017 р. з'явилися і поступово підсилювалися свербіж шкіри, елементи висипу на шкірі гомілок, сухий кашель. З березня 2018 р. приєднався субфебрилітет і хвора звернулася за медичною допомогою. При проведенні рентгенографії органів грудної порожнини виникла підозра на злоякісне новоутворення лівої легені і пацієнтка повернулася в Україну.

У червні 2018 р. при проведенні рентгенографії і комп'ютерної томографії органів грудної порожнини виникла необхідність проведення диференційної діагностики між еозинофільною інфільтрацією паразитарного генезу і лімфомою легені. При надходженні в інфекційний стаціонар 05.07.2018 р.: хвора зниженого відживлення (ІМТ 17,6 кг/м²), на шкірі нижніх кінцівок множинні елементи висипу діаметром до 0,5 см з наявністю виразок у центрі, гіперемією по периферії, на шкірі тулуба – поодинокі подібні елементи; на шкірі – значна кількість розчухів. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, аускуль-

тативно над легенями дихання жорстке, значна кількість сухих хрипів, виявлена гепатомегалія. У гемограмі – збільшена ШОЕ до 50 мм/год, паличкоядерних лейкоцитів 10%, еозинофілів 1%. У протеїнограмі: гіпоальбумінемія до 26%, гіпергаммаглобулінемія до 33%. Дослідження крові на антитіла до ВІЛ, маркери вірусних гепатитів, малярійний плазмодій дали негативні результати. При мікроскопічному дослідженні калу були виявлені яйця *Schistosoma japonicum*. У пацієнтки було діагностовано: «Шистосомоз японський, тяжкий перебіг». Проведено лікування: празиквантел у добовій дозі 60 мг/кг протягом двох діб на тлі дезінтоксикаційної, десенсебілізуючої терапії, глюкокортикостероїдів, гепатопротекторів. Після лікування відзначено виражену позитивну динаміку: протягом трьох діб зникли свербіж шкіри і сухий кашель, нормалізувалася температура тіла, протягом тижня відбулося загоєння ран на шкірі із залишенням пігментних плям. Контрольні дослідження не виявили в калі яєць гельмінтів. Пацієнтка була виписана зі стаціонару із рекомендаціями рентгенологічного контролю в амбулаторних умовах.

Однак через 2 тиж, незважаючи на стійку відсутність яєць гельмінта в калі, було відзначено погіршення стану: фебрильна гарячка, кашель. При повторному проведенні комп'ютерної томографії органів грудної порожнини знову виникла підозра на лімфому. В онкологічному диспансері проведено біопсію, за даними морфологічного дослідження в жовтні 2018 р. була підтверджена лімфома Ходжкіна, з приводу якої хвора зараз лікується.

Висновки. Наведене клінічне спостереження демонструє рідкісний випадок завізного шистосомозу японського в Україну з Індонезії. Незважаючи на характерну для даної інвазії клінічну симптоматику, відповідне лабораторне підтвердження і позитивний ефект від проведеної протигельмінтної терапії, виявлені зміни з боку легень викликали суттєві труднощі в їх трактовці. Імовірно, тривалий перебіг шистосомозу японського став пусковим фактором у формуванні онкопатології.

О.В. Рябокони, Л.Ю. Сіянова, Г.В. Ялова

ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗІНТЕРФЕРОНОВОЇ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ (3D-РЕЖИМ) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. В Україні завдяки наявності Державної цільової програми з'явилася можливість набуття власного досвіду застосування сучасних схем противірусної терапії (ПВТ) при лікуванні хворих на хронічний гепатит С (ХГС). На особливу увагу заслуговує так званий 3D-режим, який є багатокомпонентним безінтерфероновим режимом терапії з комбінацією трьох препаратів з прямою протівірусною дією: фіксована доза інгібітору протеази NS3-4A паритапревіра, бустерованного ритонавіром, та інгібітору NS5A омбітасвіра в одній таблетці і ненуклеозидного інгібітору полімерази NS5B дасабувіру в поєднанні з або без рибавірину.

Мета роботи – проаналізувати ефективність 3D-режиму ПВТ хворих на ХГС, інфікованих 1-им генотипом вірусу, за результатами виконання Державної цільової програми в Запорізькій області.

Матеріал і методи. У дослідження увійшов 61 хворий на ХГС, інфікований 1-им генотипом вірусу (60 – 1b субтип, 1 – 1a субтип). Пацієнти лікувалися в рамках виконання Державної цільової програми в КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР». Вік пацієнтів у середньому склав 51 (41-59) рік. Хворі отримали лікування за схемою OBV/PTV/г+DSV±RBV, при цьому RBV був включений до схеми лікування за умов F3-4 або наявності інфікування 1a субтипом вірусу. Усі хворі були обстежені в динаміці лікування згідно з Уніфікованим протоколом.

Результати та обговорення. Встановлено, що при лікуванні за схемою OBV/PTV/г+DSV±RBV у 55 (90,1%), у хворих вже через 4 тиж RNA HCV у крові не визначалася. У подальшому, на момент завершення ПВТ, 57 (93,4%) пацієнтів відповіли на лікування, при цьому СВВ12 сформувалася в усіх цих хворих. На особливу увагу заслуговує той факт, що ступінь вираження фіброзу печінки не мав статистично значущого впливу

на частоту досягнення СВВ12. Так, за наявності F1-2 СВВ12 було досягнуто у 18 (90,0%) хворих, а за наявності F3-4 – у 39 (95,1%) пацієнтів ($p > 0,05$).

Протягом перших 4-ох тиж ПВТ відзначено статистично значущу динаміку щодо відновлення активності АлАТ, порівняно з показником до лікування. Активність АлАТ знизилася з 1,49 [0,94; 2,06] до 0,46 [0,28; 0,66] ммоль/(л×год) ($p < 0,0001$), а частка хворих з нормальною активністю АлАТ у сироватці крові збільшилася з 9 (14,8%) до 41 (67,2%) хворих. При подальшому спостереженні відзначено, що на момент завершення лікування кількість хворих, в яких відбулася нормалізація активності АлАТ при проведенні 3D-режиму лікування, збільшилася, порівняно з 4-им тиж проведення ПВТ до 56 (91,8%) пацієнтів ($\chi^2 = 11,3$, $p < 0,001$). При подальшому спостереженні цей показник був незмінним на момент оцінки СВВ12.

При проведенні лікування 3D-режимом відзначено появу певних небажаних явищ: у 37,7% хворих – тромбоцитопенія, у 3,3% – свербіж шкіри. Після завершення лікування у 2 пацієнтів з фіброзом печінки F4, на тлі стійкої негативації RNA HCV у крові, зафіксовано появу асцити.

Висновки. ПВТ хворих на ХГС за схемою OBV/PTV/r+ DSV±RBV призводила до формування СВВ12 у 93,4%, що не залежало від ступеня вираження фіброзу печінки. Застосування 3D-режиму сприяло нормалізації АлАТ на момент завершення лікування у 91,8% пацієнтів, а в подальшому протягом 12 тиж цей показник залишався таким же. ПВТ 3D-режимом супроводжувалася розвитком небажаних побічних явищ: тромбоцитопенія була у 37,7% хворих, свербіж шкіри – у 3,3%. У 2 хворих з фіброзом печінки F4 після ПВТ, на тлі тривалої відсутності RNA HCV у крові, з'явився асцит.

Ю.Ю. Рябоконт, О.О. Фурик, О.В. Зарудна, Н.С. Ушеніна,
Д.Ю. Рябоконт

ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГЕЛЬМІНТОЗІВ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Гельмінтози – соціально-обумовлені захворювання, які в сучасних умовах є одним з факторів, що визначають стан здоров'я населення. В Україні щорічно реєструється більше ніж 400 тис. випадків цих інвазій. В останні роки відзначається збільшення ураження гельмінтозами населення, насамперед нематодозами, а також набуває значення збільшення випадків дирофіляріозу, який в Україні є єдиним гельмінтозом, при якому реалізується трансмісивний шлях передачі. При цьому з'являються повідомлення про завізні випадки екзотичних для нашої країни гельмінтозів. Відомо, що гельмінтози чинять різноспрямований вплив на організм хазяїна, що призводить до погіршення перебігу соматичних захворювань і навіть розвитку онкопатології.

Мета роботи – з'ясувати особливості етіологічної структури гельмінтозів у Запорізькій області за останні десять років.

Матеріал і методи. Проаналізовано етіологічну структуру 43 186 випадків гельмінтозів у Запорізькій області за період 2009-2018 рр, за даними паразитологічного відділу Запорізького обласного лабораторного центру Державної санітарно-епідеміологічної служби (завідувач – О.В. Зарудна).

Результати та обговорення. Аналіз спектру виявлених у Запорізькій області за останні десять років гельмінтозів показав, що протягом періоду спостереження найбільшу кількість пацієнтів склали хворі на ентеробіоз – 97,8% (42 261 із 43 186 хворих), який є контактним гельмінтозом. Частка хворих на ентеробіоз у загальній кількості пацієнтів з гельмінтозами у Запорізькій області стабільно залишається на високому рівні й склала 98,2% (6 770 із 6 896) у 2009 р. і 98,4% (3 028 із 3 076) у минулому, 2018 р. На відміну від ентеробіозу частка гіменолепідозу, який також є контактним гельмінтозом, серед загальної кількості пацієнтів з гельмінтозами склала за останні 10 років лише 0,07% (32 із 43 186 хворих).

Аналіз етіологічної структури інших гельмінтозів (919 хворих), за винятком ентеробіозу, показав, що найчастіше виявлялися хворі на такі геогельмінтози як аскаридоз (389: 42,3%) і трихоцефальоз (196; 21,3%).

Особливу увагу привертає той факт, що у структурі інших гельмінтозів, без ентеробіозу, у Запорізькій області третє місце за частотою реєстрації займає дирофіляріоз, спричинений *Dirofilaria repens*, – 14,8% (136 із 919). Цей паразитоз реєстрували щорічно, а його частка у структурі інших гельмінтозів склала 14,7%. На дирофіляріоз хворіли частіше дорослі (95,5%); локалізацію цієї нематоли в підшкірній клітковині повік відзначали у 45,5%, обличчя – 26,4%.

Ехінококоз, спричинений *Echinococcus granulosus*, щорічно реєструвався в Запорізькій області, а його частка в структурі інших гельмінтозів склала 4,0%. Переважно ехінококоз виявлявся у дорослих людей (91,8%), які мали епідеміологічний ризик інфікування на цей гельмінтоз (61,2%).

У 2018 р. у Запорізькій області було зафіксовано 1 випадок завізного японського шистосомозу після перебування хворої на Балі.

Висновки. У Запорізькій області протягом останніх десяти років в етіологічній структурі гельмінтозів значно переважає ентеробіоз (97,7%). У структурі інших гельмінтозів, без ентеробіозу, переважають аскаридоз (42,3%) і трихоцефальоз (21,3%). Частка дирофіляріозу складає 14,7%, для якого характерно частіше ураження дорослих (95,5%) із локалізацією гельмінта в підшкірній клітковині повік (45,5%) та обличчя (26,4%). Частка ехінококозу складає 4,0%, найчастіше хворіють дорослі (91,7%). Зафіксовано 1 випадок екзотичного для нашої країни японського шистосомозу.

Є.А. Сіліна, О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова,
О.А. Дралова, Р.Л. Шевченко, В.О. Сліпко

ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ КАШЛЮКУ В НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Медичний університет, Міська дитяча лікарня № 5,
м. Запоріжжя

Актуальність. Щорічно у світі реєструється близько 50 млн випадків захворювання на кашлюк. В останні роки в Україні зберігається висока захворюваність на цю недугу дітей раннього віку, особливо не вакцинованих і недоношених.

Мета роботи. Проаналізувати особливості перебігу кашлюку у недоношених дітей на прикладі клінічних випадків.

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз даних клініко-епідеміологічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження 2 недоношених дітей з кашлюком, які отримували лікування в КНП «Міська дитяча лікарня № 5» ЗМР у поточному році.

Результати та обговорення. Простежили перебіг ускладненої тяжкої форми кашлюку у 2 недоношених дітей (двійня) (пологи у гестаційному віці 29 тиж), скоригований вік – 4 міс. Вагітність I, що перебігала на тлі мікроаденоми гіпофізу, загрози переривання з 23 тиж, анемії 1-го ст., істміко-цервікальної недостатності. Стан хлопчика обтяжений позапечінковою формою порталльної гіпертензії, реактивним гепатитом, бронхолегеневою дисплазією (БЛД). Стан дівчинки обтяжений БЛД. Наявність грубої легеневої патології значно ускладнила діагностику і стала фактором несприятливого перебігу кашлюку.

З епідеміологічного анамнезу відомо, що у батька дітей кашель нападopodobного характеру відзначався в січні-лютому 2019 р. При цьому, дорослі члени сім'ї не були щеплені від кашлюку перед випискою дітей з пологового будинку. Діти госпіталізовані у лікарню з проявами нападopodobного кашлю, задишки із симптомами бронхообструктивного синдрому в лютому 2019 р. На 2-му тижні хвороби стан дітей був тяжким за рахунок проявів дихальної недостатності. У хлопчика захворювання ускладнилося двобічною полісегментарною пневмонією, двобічним парціальним пневмотораксом. У дівчинки – гострою

полісегментарною пневмонією з формуванням ателектазу верхньої частки справа. Результати лабораторних досліджень були типовими для кашлюку: у загальному аналізі крові – гіперлейкоцитоз, лімфоцитоз, нормальна ШОЕ. Методом ПЛР виявлений специфічний фрагмент генома *B. pertussis* із задньої стінки ротоглотки в обох дітей.

На тлі терапії протягом 2,5 міс. у дітей зберігались помірні респіраторні порушення, вологий кашель, задишка змішаного генезу з участю допоміжної мускулатури. В обох дітей посилювалися прояви бронхолегеневої дисплазії. У дівчинки простежувалась негативна динаміка, за даними рентгенографії ОГК – субателектаз S2 справа, УЗД легень і плеври – субплевральна консолідація справа S3 з формуванням пневмофіброзу.

Отже, у зв'язку з наявністю факторів, що ускладнюють перебіг захворювання (недоношеність і БЛД), у цих випадках кашлюк мав тяжкий перебіг і призвів до значного погіршення стану дітей. З урахуванням тривалої гіпоксії, як наслідку основного захворювання і супутніх станів, слід очікувати стійких резидуальних явищ з боку ЦНС та легень.

Висновки. Ці клінічні випадки демонструють тяжкий перебіг кашлюку і високий ризик ускладнень у недоношених дітей з обтяженим бронхолегеневою дисплазією фоном, тобто важливість своєчасної специфічної профілактики даного захворювання у родині шляхом вакцинації дорослих, що контактують з дитиною.

А.М. Татаркіна, Т.С. Копійченко, Т.Г. Вовк, Л.М. Глебова,
Т.В. Савінова, Л.М. Сушко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ НА ТЛІ ГЕРПЕС-ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

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

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) продовжують займати лідерські позиції у захворюваності серед дітей. Відсутність ефективних методів профілактики, частота і тяжкість їх перебігу, розвиток ускладнень обумовлюють високу актуальність цієї проблеми, особливо в дітей раннього віку.

Мета роботи. Виявити особливості перебігу ГКІ, асоційованих з групою герпес-вірусів (ГГВ).

Матеріали і методи. У динаміці патологічного процесу обстежено 157 дітей віком від 1 міс. до 3 років. Хлопчиків було 53,3%, дівчаток – 46,7%. ГКІ були обумовлені сальмонелами – у 37,4% пацієнтів, шигелами – у 32,5%, ешерихіями – у 24,6%, умовно-патогенною флорою – 5,5% дітей. Етіологічним фактором ГГВ були віруси Епштейна-Барр (ВЕБ) – у 34,6% хворих, цитомегаловіруси (ЦМВ) – у 31,4%, віруси герпесу 6-го типу (HHV-6) – у 13,7%, у решти 20,3% дітей – виявлено різні вірусно-вірусні асоціації. Діагноз встановлювали за сукупністю клініко-анамнестичних даних, підтверджували лабораторно (бактеріологічно, серологічно, шляхом визначення нуклеїнових кислот збудників). Поряд із загальноклінічними методами обстеження в динаміці патологічного процесу визначали вміст інтерлейкінів (ІЛ) у сироватці крові: ІЛ-1, ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-6, ІЛ-8.

Результати та обговорення. Серед обстежених переважали діти першого року життя – 62,4%. Несприятливий преморбідний фон виявлено у 88,3% хворих. Серед обтяжливих факторів – дистрофія, патологічна вагітність і пологи, ранне змішане й штучне вигодовування, анемія, прояви рахіту, алергії, перенесені раніше захворювання тощо. Частіше реєструвалися середньотяжкі та тяжкі форми (31,4 та 61,2% відповідно) недуги, легкі склали лише 7,4%. Гастроентероколіт діагностували у 37,0% хворих, ентероколіт та ентерит – у 43,3 і 19,7% відповідно.

Виділили дві групи спостереження. У групу 1 об'єднали 43,6% дітей, хворих на бактерійні ГКІ; у групу 2 – 56,4%, хворих на мікст-інфекцію, де поряд з дисфункцією шлунково-кишкового тракту виявляли катаральні явища слизових оболонок дихальних шляхів – у 73,2% дітей; збільшення периферичних лімфовузлів – у 64,5%; різні висипки, як перед госпіталізацією, так і під час перебування у стаціонарі – у 12,3%; тривалу гарячку – у 17,6%; ангіну з гнійними нашаруваннями на мигдаликах – у 9,8%; утруднене носове дихання, інколи – хропіння під час сну; збільшення печінки і селезінки – у 51,5%, з них з ознаками помірного цитолізу (активність АлАТ 2-4 норми – у третини хворих), збільшення лімфовузлів у воротах печінки і мезентеріальних лімфовузлів – у 23,7%. Тяжкі форми ГКІ частіше ($p < 0,01$)

реєстрували у хворих групи 2. Тривалість гарячкового періоду у хворих групи 1 склала ($4,8 \pm 1,4$) дня, групи 2 – ($7,1 \pm 1,5$). Дисфункція кишок (часті випорожнення з патологічними домішками) тривала ($7,2 \pm 1,5$) і ($10,1 \pm 1,4$) дня відповідно. Щодо перебігу хвороби: рецидиви, загострення та ускладнення, нашарування ГРЗ були відмічені значно частіше ($p < 0,01$) у хворих групи 2. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі та бактеріологічна санація були також вірогідно більш тривалими ($p < 0,05$) у дітей групи 2.

Встановлена пряма кореляційна залежність між вираженістю клінічних проявів, тяжкістю хвороби і рівнем цитокінів крові. У хворих групи 1 переважав нормореактивний тип з відсутністю дисоціативного підвищення ІЛ-4/ІЛ-6, у хворих групи 2 домінував гіпореактивний тип імунної відповіді.

Висновки. Бактерійні ГКІ на тлі ГГВ характеризуються тяжкістю патологічного процесу, тривалістю симптомів, їм притаманні затяжний, рецидивний перебіг і розвиток ускладнень. Наявність герпетичної внутрішньоклітинної інфекції, з урахуванням її особливостей, слід розцінювати як дуже серйозну преморбідну обтяженість, що впливає на зниження реактивності в цілому і пояснює неадекватність наступної імунної відповіді, що необхідно враховувати при обґрунтуванні терапії та реабілітації хворих.

В.І. Трихліб, В.В. Грушкевич, Т.В. Буракова, Ю.О. Боклан,
В.І. Лисько, О.П. Пасюк, А.С. Тараповська, Н.А. Боханова

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ КОРУ, УСКЛАДНЕНОГО ТОКСИЧНИМ ГЕПАТИТОМ

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

Актуальність. На сьогодні проблема кору залишається актуальною темою в багатьох країнах світу, у тому числі й в Україні. Спостерігається зміна клінічних проявів недуги. За даними літератури, під час останньої епідемії кору в Україні реєструється високий відсоток осіб із реактивним (токсичним) гепатитом на тлі кору.

Мета роботи – з'ясувати клініко-лабораторні особливості кору, ускладненого токсичним гепатитом.

Матеріали і методи. Вивчено дані медичних карт стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні у клініці інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» у 2019 р. При аналізі результатів використовували програму Statistika 10.

Результати та обговорення. Хворі на кір госпіталізовані у клініку інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» із такими діагнозами: ГРЗ – 6,5%; гострий тонзиліт – 3,5%; кір – 90,0%.

Діагноз кору встановлено в середньому на 3,8-у добу від моменту захворювання (максимально – на 16-ту) і в середньому – на 36-ту год з моменту госпіталізації у стаціонар (максимально – на 12-ту добу).

У 97,0% пацієнтів стан був середньої тяжкості, у 3,0% – легкий. На момент госпіталізації у 93,4% хворих відзначали низку різноманітних скарг, характерних для кору, у 6,6% – скарги були відсутні. 93,4% госпіталізованих мали незначний кашель і висипку; натомість, у 6,6% – екзантеми не було. Підвищену температуру тіла реєстрували у 96,6% пацієнтів, серед яких у 73,4% – фебрильну, у 26,6% – субфебрильну з середньою тривалістю 5,8 доби. При об'єктивному обстеженні плями Бельського-Філатова-Копліка виявлено у 74,0% хворих. Для більшості осіб (83,4%) була притаманна характерна етапність висипки, а у 16,6% – вона відсутня.

Ускладнення кору реєстрували в середньому на 5,8-у добу від дня захворювання (максимально на 18-ту) і на 2,4-у добу з моменту госпіталізації. Серед хворих з кором легкої тяжкості токсичний гепатит частіше діагностували на 2-гу добу після госпіталізації і на 6-ту – захворювання. При середній тяжкості кору, окрім токсичного гепатиту, спостерігали такі ускладнення: реактивний панкреатит (у 20,0% осіб); гарячкову нефропатію (у 13,3%); ларингіт (у 3,3%); кератит, синусит і середній отит (у 13,3%). Також слід відзначити, що токсичний гепатит і реактивний панкреатит при кору середньої тяжкості частіше були діагностовані на 2,4-у добу з моменту госпіталізації і на 5,8-у добу захворювання. У свою чергу, гарячкову нефропатію частіше діагностували на 2,1-гу добу від госпіталізації і та 5,5-ту добу захворювання; ларингіт – відповідно на 3,0-тю і 6,0-ту доби;

кератит – 4,7- і 6,2-у; синусит – на 5,2- і 7,1-у та середній отит – на 4,5- і 6,3-у доби.

У 40,0% хворих при аналізі показників загального аналізу крові змін не виявлено, нормоцитоз із паличкоядерним зсувом відзначено у 16,6% осіб, лейкопенію із паличкоядерним зсувом – у 26,6%, лейкопенію без змін у формулі – у 13,3% пацієнтів. Лейкоцитоз у хворих не спостерігали.

Середній ліжко-день становив ($13,73 \pm 4,6$) (min – 3, max – 27) діб.

Забір першого аналізу крові проводився в середньому на Me=5 добу ($Q_{25}=4$; $Q_{75}=6$), min=2 доби, max=11 добу. При першому дослідженні крові середній рівень АлАТ становив Me=47,5 ($Q_{25}=29$; $Q_{75}=85,5$) U/l, min=12 U/l, max=321 U/l. При дослідженні показників біохімічного аналізу крові в перші три дні захворювання середній рівень АлАТ складав Me=38 ($Q_{25}=30$; $Q_{75}=51$) U/l, min=12 U/l, max=126 U/l. Серед дослідженої групи хворих у 66,7% показники АлАТ знаходилися в межах норми; у 22,2% – перевищували норму у 2 рази, а в 11,1% – більше ніж у 3 рази. У період із 4- по 6-ту добу рівень АлАТ становив Me=52 ($Q_{25}=28$; $Q_{75}=126$) U/l, min=12 U/l, max=321 U/l. У 35,5% хворих показники знаходилися в межах норми; у 35,5% – перевищували норму до 2 разів; у 6,5% – до 3 разів; у 9,7% – до 5 разів; у 9,7% – до 6 разів; у 3,2% – більше 6 разів. Під час дослідження з 7-ої по 9-ту доби середній рівень АлАТ складав Me=64 ($Q_{25}=30$; $Q_{75}=116$) U/l, min=24 U/l, max=272 U/l. У даний період показники АлАТ знаходилися в межах норми у 28,6% осіб. Однак, у 42,9% пацієнтів показники перевищували норму до 2 разів; у 14,3% – до 3 разів і в 14,3% – до 7 разів. У подальший період із 10-ої по 12-ту доби середній рівень АлАТ в усіх хворих був у межах референтних значень (23 U/l).

При першому дослідженні крові при вступі хворого на лікування середній рівень АсАТ становив Me=65,5 ($Q_{25}=43$; $Q_{75}=97,5$) U/l, min=26 U/l, max=273 U/l. Протягом перших трьох діб середній рівень АсАТ був Me=44 ($Q_{25}=29$; $Q_{75}=60$) U/l, min=26 U/l, max=180 U/l. Показники АсАТ знаходилися в межах норми у 44,4% хворих. Проте, у 33,3% пацієнтів вони перевищували норму до 2 разів; в 11,1% – до 3 разів; в 11,1% –

до 5 разів. У період із 4-ої по 6-ту доби рівень АсАТ складав $Me=68$ ($Q_{25}=44$; $Q_{75}=104$) U/l, $min=36$ U/l, $max=273$ U/l. У 18,5% осіб середній рівень АсАТ знаходився в межах референтних значень. Однак, у 50,0% хворих він перевищував норму до 2 разів; у 18,6% – до 3 разів; у 6,3% – до 5 разів; у 6,3% – понад 5 разів. При дослідженні показників АсАТ у період із 7-ої по 9-ту доби середній рівень складав $Me=82$ ($Q_{25}=64$; $Q_{75}=93$) U/l, $min=62$ U/l, $max=140$ U/l. Слід відзначити, що у 42,9% пацієнтів показники АсАТ перевищували норму до 2 разів; у 42,9% – до 3 разів, а у 14,3% – до 4 разів. При інтерпретації показників АсАТ з 10-ої по 12-ту добу в 1 пацієнта рівень АсАТ був 28 U/l.

При лікуванні всі хворі отримували Укрлів по 250 мг 3 рази на добу.

Другий (контрольний) аналіз крові проводився в середньому на $Me=12$ добу ($Q_{25}=12$; $Q_{75}=15$) U/l, $min=7$ U/l, $max=24$ U/l.

Середній рівень АлАТ при повторному дослідженні крові становив $Me=34$ ($Q_{25}=30$; $Q_{75}=50$) U/l, $min=10$ U/l, $max=130$ U/l. У період із 7-ої по 10-ту добу середній показник АлАТ складав $Me=33$ ($Q_{25}=28$; $Q_{75}=67$) U/l, $min=13$ U/l, $max=92$ U/l. Під час інтерпретації даних отримані такі результати: у 66,7% осіб показники були в межах норми; у 16,7% – перевищували норму до 2 разів; у 16,7% – до 3 разів. У наступний період із 11-ої по 13-ту добу середній рівень АлАТ $Me=35,5$ ($Q_{25}=30$; $Q_{75}=50$) U/l, $min=14$ U/l, $max=80$ U/l. Отримані результати: у 66,7% пацієнтів показники знаходилися в межах норми; у 33,3% – перевищували норму до 2 разів. При дослідженні в період із 14-ої по 16-ту добу середній рівень АлАТ $Me=33$ ($Q_{25}=26,5$; $Q_{75}=36$) U/l, $min=10$ U/l, $max=40$ U/l. В усіх хворих показники знаходилися в межах норми. У період із 17-ої по 19-ту добу середній рівень АлАТ $Me=50$ ($Q_{25}=30$; $Q_{75}=60$) U/l, $min=29$ U/l, $max=61$ U/l. При обробці даних отримані такі результати: у 60,0% осіб – показники знаходилися в межах норми; у 40,0% – перевищували норму до 2 разів.

Середній рівень АсАТ при контрольному дослідженні крові складав $Me=30$ ($Q_{25}=24,5$; $Q_{75}=36$) U/l, $min=12$ U/l, $max=83$ U/l. У наступний період із 7-ої по 10-ту добу лікування середній рівень АсАТ становив $Me=31$ ($Q_{25}=19$; $Q_{75}=46$) U/l, $min=12$ U/l,

max=89 U/l. Серед осіб цієї групи у 66,7% пацієнтів показники не перевищували референтних значень; у 16,7% – перевищували норму до 2 разів; у 16,7% – до 3 разів. Під час лікування (період із 11-ої по 13-ту добу) середній рівень АсАТ Me=29 (Q₂₅=26; Q₇₅=36) U/l, min=16 U/l, max=67 U/l. Отримані такі результати: у 78,9% осіб показники знаходилися в межах норми; у 21,1% – перевищували норму до 2 разів. У період госпіталізації із 14-ої по 16-ту добу середній рівень АсАТ складав Me=32,5 (Q₂₅=28; Q₇₅=38) U/l, min=18 U/l, max=42 U/l. Згідно з отриманими результатами, у 81,8% пацієнтів показники знаходилися в межах фізіологічних значень; у 18,2% – перевищували норму до 2 разів. У період лікування із 17-ої по 19-ту добу середній рівень АсАТ становив Me=26 (Q₂₅=18; Q₇₅=30) U/l, min=18 U/l, max=34 U/l. У ході обстеження встановлено, що в усіх хворих показники знаходилися в межах референтних значень.

Висновки. У хворих на кір відзначали ранне ураження печінки – протягом перших 3-ох діб захворювання; печінкові трансамінази досягали максимальних значень у період із 4-ої по 6-ту доби на тлі появи висипки, з їх подальшим поступовим зниженням. Як ураження печінки, так і екзантема, ймовірно, є результатом впливу одного фактора. Ці дані слід враховувати при проведенні диференційної діагностики для більш точного встановлення діагнозу кору в продромальному періоді в осіб з гарячкою з осередку кору, в осіб з атиповою висипкою.

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

ВИПАДОК КОРУ З РЕАКТИВНИМ ГЕПАТИТОМ НА ФОНІ ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

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

Актуальність. Серед інфекційних захворювань у військово-службовців провідне місце на даний час займають ГРЗ, гострий тонзиліт та «дитячі» інфекції. У випадках одночасного існування

збудників цих інфекцій в організованому колективі, утруднюється диференційна діагностика з урахуванням атипичних і ускладнених форм, а також проведення профілактичних заходів.

Мета роботи: надати інформацію стосовно випадку кору на фоні гострого респіраторного захворювання з реактивним гепатитом.

Матеріали і методи: вивчено дані медичної карти стаціонарного хворого, який лікувався в клініці інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» у 2019 р.

Результати та обговорення. Хворий П., 1997 р. н., надійшов 17.12.2018 р. з осередку кору, ГРЗ з діагнозом при направленні – кір. Захворів 13.12.2018 р., коли погіршилось самопочуття, підвищилась температура тіла до 39,6°C, з'явилися скарги на біль голови, ломоту в суглобах, першіння в горлі, малопродуктивний кашель, нежить. За медичною допомогою звернувся 13.12.18 р., був ізольований у лазареті медичного пункту військової частини, де отримував симптоматичне лікування, але без належного ефекту. У зв'язку з відсутністю позитивної динаміки, 17.12.2018 р. був направлений на стаціонарне лікування та обстеження до клініки інфекційних хвороб НВМКЦ «ГВКГ».

При вступі стан середньої тяжкості. Температура тіла 38,7°C. Шкіра, видимі слизові оболонки чисті, висипки, енантеми немає. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Носове дихання утруднене, наявні слизові виділення. Слизова оболонка ротоглотки гіперемічна з гіпертрофією лімфатичних вузлів по задній стінці. Дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця звучні, ритмічні. Пульс 90 за 1 хв, задовільних властивостей. Язик вологий, чистий. Живіт при пальпації не болючий. Нижній край печінки по краю реберної дуги, при пальпації не болючий, перкуторно – печінка не збільшена. Селезінка не збільшена. Встановлений діагноз: гостре респіраторне захворювання, ринофаринготрахеїт, середньої тяжкості. Не виключалось, що у хворого гострий риносинусит. У загальному аналізі крові від 18.12.2018 р. – лейкоц. $3,6 \times 10^9$ 1/л, еритроц. $4,81 \times 10^{12}$ 1/л, Нв 140 г/л, тромб. 160×10^9 1/л, п. 10%, сегм. 49%, еоз. 1%, лімф. 30%, мон. 10%. Діастаза 406 Од. Призначено симптоматичне та антибактерійне лікування. На наступний день після госпіталізації температура тіла знизилась до 37,5°C, нормалізувалась з 19.12.2018 р. У загальному аналізі крові від 19.12.2018 р. вияв-

лено підвищення рівня деяких показників: АлАТ 330,9 U/l, АсАТ 239,2 U/l, ГГТП 36,4 U/l, лужна фосфатаза 67,3 U/l. Діагностовано реактивний гепатит. За даними рентгенографії виявлено рівень рідини у лобній і гайморовій пазухах зліва. Оглянутий лор-спеціалістом. До лікування додано ципрофлоксацин 0,5 г 2 рази на добу, укрлів 250 мг 3 рази на добу, лоратадин, назонекс, носовий душ, нафтизин, проведено УВЧ на ділянку носа. У наступні дні спостерігалось покращення стану, температура тіла стійко трималась у межах норми, але ввечері 27.12.18 р. знову підвищелась температура тіла до 39,1°C. Хворий став скаржитися на кашель, утруднене носове дихання, загальну слабкість. Екзантеми та енантеми не було. Дихання везикулярне. У біохімічному аналізі крові утримувалася тенденція до зниження рівня деяких біохімічних показників: АлАТ 152,7 U/l, АсАТ 78,1 U/l, ГГТП 52,6 U/l, лужна фосфатаза 97,8 U/l. Протягом декількох днів температура тіла поступово знижувалась до субфебрильних цифр. 30.12.18 р. (на 4-й день підвищеної температури тіла) на фоні вже субфебрильної температури відмічається поява плям Бельського-Філатова-Копліка, у легенях дихання жорстке, вислуховуються поодинокі сухі хрипи. Встановлений діагноз: кір, середньої тяжкості. Температура тіла 1.01.2019 р. нормалізувалась, з 2.01.19 р. (6-ий день після підвищення температури тіла) відмічається поява висипки на обличчі, тулубі. У легенях зберігаються сухі хрипи. 4.01.2019 р. стан хворого значно покращився, температура тіла стійко нормалізувалась, висипка регресувала, на шкірі обличчя та тулуба відмічались залишкові явища у вигляді висівкоподібного лущення шкіри. У крові спостерігалась позитивна динаміка – зниження рівнів АлАТ до 100,6 U/l, АсАТ до 56,3 U/l. 8.01.2019 р. розвиваються прояви двобічного евстахіїту, лікування відкореговано. У крові від 9.01.2019 р. зберігається тенденція до нормалізації показників – АлАТ 52,8 U/l, АсАТ 23,2 U/l. Станом на 10.01. хворий почуває себе добре, скарг немає. Виписаний 11.01.2019 р. Остаточний діагноз: кір, типова форма, середньотяжкий перебіг. Гостре респіраторне захворювання, ларинготрахеїт, середньотяжкого перебігу. Ускладнення – реактивний гепатит, лівобічний синусит, евстахіїт.

Висновки. За даними літератури, при сучасному перебігу кору прояви гепатиту можуть маніфестувати перед висипкою. Цей випадок цікавий тим, що явища реактивного гепатиту

спостерігались у хворого в продромальному періоді, перед появою типових симптомів кору, на фоні залишкових клінічних проявів ГРЗ. Кір може розвиватись на фоні інших захворювань, як гострих, так і хронічних, що певною мірою впливає на клініко-лабораторні прояви і спричинює труднощі у діагностиці.

С.М. Туряниця, І.Ю. Пікіна

**ДИНАМІКА ПЕРЕБІГУ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ
У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ
В ОБЛАСНІЙ КЛІНІЧНІЙ ІНФЕКЦІЙНІЙ ЛІКАРНІ
І ЗАКАРПАТСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ
З ПРОФІЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ ПРОТЯГОМ
2004-2017 рр**

Національний університет, Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, м. Ужгород

Актуальність. Поширеність вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) і синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) у Закарпатській області й надалі займають найнижчі рівні в Україні. Відтак, станом на кінець 2017 р. цей показник по області склав 44,6 на 100 000 населення, на відміну від 329,6 на 100 000 населення по Україні. За даними Закарпатського обласного центру з профілактики та боротьби із СНІДОм, на диспансерному обліку перебувають 560 ВІЛ-інфікованих осіб (44,6 на 100 000 населення), з них 185 – хворі із встановленим діагнозом СНІД (14,7 на 100 000 населення). Дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, 54, з яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено лише в 11 осіб.

Мета роботи. Провести ретроспективний аналіз епідеміологічних даних ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у Закарпатській області та проаналізувати структуру асоційованих з ними опортуністичних інфекцій в осіб, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні Обласної клінічної інфекційної лікарні.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося з використанням статистичних даних показників захворюваності Закарпатського обласного центру з профілактики та боротьби із СНІДОм та Обласної клінічної інфекційної лікарні у місті Ужгороді, а

також карти стаціонарного хворого (форма № 003/о) пацієнтів із підтвердженим діагнозом методом полімеразної ланцюгової реакції, що перебували на лікуванні в умовах стаціонару. У процесі дослідження було опрацьовано дані 47 хворих.

Результати та обговорення. Станом на грудень 2017 р. 571 ВІЛ-позитивних осіб знаходилися на диспансерному обліку, з них $(32,57 \pm 1,96)\%$ з встановленим діагнозом СНІДу. За останній рік на облік стало 87 ВІЛ-позитивних осіб, з яких 12 – з тимчасово окупованої території України та території проведення анти-терористичної операції (АТО). Серед 47 обстежених, що були госпіталізовані в ОКІЛ, 32 $(68,09\%)$ – чоловіки і 15 $(31,91\%)$ – жінок. Середній вік хворих складав $(37,58 \pm 6,80)$ років. Виявлено такі опортуністичні захворювання: туберкульоз у 24 $(51,06 \pm 7,29)\%$ пацієнтів, гепатит С – у 21 $(44,68 \pm 7,25)\%$ і цитомегаловірусну інфекцію – у 25 $(53,19 \pm 7,28)\%$. Найчастіше в ОКІЛ зверталися хворі з Ужгородського району і м. Ужгород – 24 $(51,06 \pm 7,29)\%$ особи. Основні синдроми, з якими хворі зверталися в ОКІЛ: лімфаденопатія – 35 $(74,47 \pm 6,36)\%$ і гепатоспленомегалія – 22 $(46,81 \pm 7,28)\%$ особи.

Висновки. Показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію демонструють чітку тенденцію до зростання, порівняно з минулими роками, про що свідчить як число нових виявлених випадків (118 у 2017 р. і 105 у 2016 р.), так і взяття на облік хворих, які змінили місце постійного проживання з окупованих територій АТО. Серед найбільш частих коморбідних станів, з якими зверталися обстежені, були лімфаденопатія та гепатоспленомегалія. До найпоширеніших опортуністичних інфекцій належали туберкульоз, гепатит С та цитомегаловірусна інфекція. Профілактика і раннє виявлення опортуністичних інфекційних захворювань й надалі залишається актуальною темою, адже коморбідні стани значно ускладнюють перебіг основного захворювання, тому питання ВІЛ-інфекції/СНІДу та асоційованих з ними інфекцій потребує більш детального вивчення і проведення ґрунтовного аналізу їх динаміки.

О.В. Усачова, В.В. Печугіна

ДИНАМІЧНІ ЗМІНИ РІВНЯ IgA У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Незважаючи на прогрес у лікуванні і профілактиці інфекційних захворювань, гострі кишкові інфекції (ГКІ) продовжують залишатися досить важливою проблемою в усіх без винятку країнах світу, оскільки, як і раніше, стабільно утримують друге місце у структурі захворюваності і смертності. До того ж досі залишаються невирішеними ряд питань щодо ГКІ: тяжко купіровати затяжну діарею; низька ефективність етіотропної терапії; неможливість у ряді випадків впевнено прогнозувати подальший перебіг розвитку захворювання.

Зрозуміло, що від адекватної відповіді імунної системи залежить і тяжкість перебігу захворювання, і тривалість основних симптомів. Доведено, що антигени, які потрапили в шлунково-кишковий тракт, контактують з В-лімфоцитами і різними імунорегуляторними Т-лімфоцитами лімфоїдної тканини стінки кишечника. До процесу підключається імунна система. В останній час усе більшу увагу приділяють імуноглобуліну А (IgA). Основна функція IgA в організмі людини – захист мукозального епітелію за рахунок специфічного розпізнавання антигенів і гаптенів та взаємодії з іншими складовими секрету. Отже, важливим є виявлення забезпеченості цим імуноглобуліном хворих на ГКІ.

Мета роботи: визначити рівень IgA у сироватці крові дітей раннього віку в динаміці гострої інфекційної діареї (ІД).

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 36 дітей віком від 4 місяців до 15 років з ІД. Діти були розподілені на три групи: I – 14 дітей до 2-ох років з ІД бактерійної етіології, II – 9 того ж віку з ІД вірусної етіології, III – 13 дітей старше 2-х років. Етіологічне розшифрування проведено за результатами імунохроматографічного тесту СІТО TEST ROTA (ТОВ «ФАРМАСКО») і бактеріологічного дослідження випорожнень на наявність патогенних бактерій кишкової групи і умовно-патогенних мікроорганізмів. Для визначення рівня IgA сироватку крові, забір якої проводили на першу, третю і п'яту доби госпіталізації, зберігали у замороженому стані при -20°C. Рівень IgA визначали за допомогою ІФА (Seramun Diagnostica GmbH) на

базі Навчального медико-лабораторного центру Запорізького державного медичного університету. Отримані результати порівнювали з референтними показниками: діти від 1 до 12 міс. – 100-1,310 мг/мл; від 1 до 13 років – 19-395 мг/мл; старші – 700-4,000 мг/мл.

Статистична обробка результатів проведена методами варіаційної статистики, прийнятими в медицині.

Результати та обговорення. У процесі наукового дослідження крові 36 дітей з діареєю встановлено, що серед дітей віком до 2-ох років у перший день стаціонарного лікування вміст IgA нижче референтних значень був у кожного 8-го і коливалися від 11,69 до 395,83 (норма 19-395 мг/мл). А ось у третій групі зниження показників не було зафіксовано в жодного і у 69% хворих навіть спостерігався підвищений рівень селективного IgA з середнім значенням (538,3±332,9) мг/мл.

При порівнянні показників IgA у крові в динаміці захворювання дітей перших двох років життя (група 1 та 2) відзначено, що його вміст на 2-3-тю доби лікування у переважної більшості коливався в межах норми і у 7,1% пацієнтів з ІД бактерійної етіології – став вищим за референтні показники.

Отже, лише у дітей перших двох років життя рівень IgA крові в перший день лікування діарейного захворювання був нижчим за норму, що не залежало від етіологічного чинника. Таким чином, у дітей раннього віку, хворих на ІД, не відбувалося адекватного збільшення рівня селективного IgA як у 1-шу, так і на 3-5-ту доби лікування, що мало місце в старшій віковій групі.

Висновки. Дітям раннього віку властива пізня відповідь на інфекційну діарею у вигляді затримки активації синтезу IgA.

О.В. Усачова, О.В. Рябоконт, Д.А. Задирака, О.М. Фірюліна

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ЕНТЕРОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ БЕЗ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Медичний університет, Обласна інфекційна клінічна
лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Ентеровіруси (ЕВ) є найважливішим етіологічним чинником багатьох інфекційних хвороб від діарей до респі-

раторних інфекцій, кон'юнктивіту, гепатиту, менінгіту та енцефаліту, паралічу. Незважаючи на доброякісний перебіг, в останні роки описані летальні випадки ентеровірусної інфекції (ЕВІ), обумовлені ентеровірусом 71-го типу.

Мета роботи. Вивчити поширеність та особливості перебігу різних клінічних форм ЕВІ без ураження нервової системи.

Матеріали і методи. Проведено аналіз перебігу захворювання у 131 дитини та 31 дорослого. Середній вік обстежених склав $(11,03 \pm 11,46)$ року. Етіологію ЕВІ підтверджували дослідженням фекалій і ліквору методом ПЛР на наявність РНК ЕВ з подальшим визначенням 71-го типу ЕВ.

Результати та обговорення. Ентеровірусну етіологію захворювання підтверджено у 64 (38,9%) пацієнтів. У кожного другого хворого (33; 55,1%) ЕВ спричинювали менінгіт, екзантемний симптомокомплекс мали 16 (25,1%) пацієнтів, клінічні прояви гострої кишкової інфекції (ГКІ) і гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) – відповідно 10 (15,6%) і 4 (6,3%), гострий в'ялий параліч – 1 (1,5%) пацієнт. Треба зазначити, що ЕВ 71-го типу не виявлено у жодного хворого.

Госпітальні випадки ГКІ ентеровірусної етіології частіше реєструвалися у дітей раннього віку. Особливістю клінічного перебігу цих недуг були субфебрильна і фебрильна гарячка при госпіталізації ($p < 0,05$), яка зберігалася більш тривалий час (до 3-5-ої доби захворювання; $p < 0,05$), більша частота випорожнень – $(5,8 \pm 3,8)$ разу за добу, проти $(3,9 \pm 2,8)$ у групі порівняння й тривалість блювання – у половини хворих до 3-го дня лікування, менша частота і тривалість діарейного синдрому – $(4,2 \pm 3,1)$ разу на добу проти $(2,8 \pm 2,3)$ в основній, а також відсутність ексикозу ($p < 0,05$). Слід зазначити, що захворювання у більшості дітей основної групи перебігало в ізольованому диспепсичному варіанті, тоді як у 63,0% пацієнтів контрольної – відзначено ще й катаральний синдром ($p < 0,05$).

Екзантемний симптомокомплекс виявлявся переважно у дітей раннього віку (50,0% серед пацієнтів з ЕВІ та 83,0% – контрольної групи). Крім того, серед пацієнтів з ЕВ екзантемою кожний третій був віком від 1 до 10 років. Аналіз клінічних особливостей перебігу «екзантемних захворювань» показав, що при ЕВ екзантемі частіше в дебюті відзначено гіпертермію, прояви герпангіни і

везикульозу «рука-нога-рот». У динаміці перебігу захворювання для не ЕВ інфекції була характерна більш тривала температурна реакція, яка практично у половини хворих зберігалася на субфебрильних цифрах до 5-го дня хвороби.

Висновки. В епідемічний період кожний другий з «катаральним й екзантемним» і кожний п'ятий з «диспепсичним» захворюванням є пацієнтом з ентеровірусною етіологією захворювання. Госпітальні випадки ентеровірусної етіології ГКІ частіше реєструються у дітей раннього віку. У день надходження у стаціонар у більшості осіб мала місце субфебрильна або фебрильна температура тіла ($p < 0,05$), яка тривалий час утримувалася (до 3-5-ої доби). Для ГКІ цієї етіології характерними є значна частота блювання і тривалість його. У більшості пацієнтів вірусна диспепсія перебігала в ізольованому диспепсичному варіанті, тоді як у 63,0% обстежених контрольної групи відзначено й катаральний синдром ($p < 0,05$). Госпітальні випадки ЕВ екзантеми частіше реєструвалися у дітей віком від 1 до 10 років, у дебюті переважно супроводжувалися гіпертермією, проявами герпангіни та везикульозу «рука-нога-рот».

Л. А. Ходак, В. І. Огієнко

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ІНФЕКЦІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ ВІРУСОМ ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6-ГО ТИПУ, У ДІТЕЙ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Актуальність. Вірус герпесу людини 6-го типу (HHV-6) – один з восьми вірусів родини герпесвірусів, що відкритий порівняно нещодавно (1986 р.), широко досліджується в останні роки. Найбільш часто з цим вірусом пов'язують раптову екзантему в дітей раннього віку. Значна органотропність вірусу пояснює можливість виникнення різної інфекційної патології.

Мета роботи – діагностика клінічних варіантів перебігу HHV-6-інфекції в дітей.

Методи і методи. ІФА сироватки крові для виявлення IgG-антитіл до HHV-6, ПЛР крові, ліквору, слини (кількісний метод) для визначення вірусного навантаження. Мікст HHV-6-інфекції з дослідження виключали.

Результати та обговорення. Маркери ННV-6-інфекції були виявлені у 42 дітей віком від 1 року 2 міс. до 14 років. Активна ННV-6-інфекція встановлена у 16 (38,0%) дітей і розцінена як первинне інфікування. Діагноз підтверджувався виявленням ДНК вірусу методом ПЛР, за відсутності специфічних IgG-антитіл. Активна ННV-6-моноінфекція реалізована в таких клінічних формах: раптова екзантема – у 7 дітей, судомний синдром – у 4, енцефаліт – у 2, тривалий субфебрилітет – у 2, полінейропатія – в 1 дитини.

Найчастіше діагностували реактивовану форму персистентної ННV-6-інфекції – у 26 (62,0%) дітей. Верифікація діагнозу ґрунтувалася на виявленні IgG-антитіл у високому титрі і наявності ДНК-копій ННV-6. Клінічно реактивована форма недуги виявлялася судомами – у 9 дітей, моонуклеозоподібним синдромом – у 7, енцефалітом – у 3, частими ГРВІ – у 5, гепатитом – у 2 дітей.

Залежність клінічних форм захворювання від віку виявлено тільки у групі дітей з раптовою екзантемою – усі віком до 3 років.

Висновки. Наші нечисленні спостереження дозволяють зробити висновок, що найбільш часто (62% хворих) клінічні прояви ННV-6-інфекції є результатом реактивованої хронічної форми. Гостра форма захворювання, як результат первинного інфікування, встановлена у 38% дітей. Серед клінічних форм ННV-6-інфекції частіше реєстрували раптову екзантему і судомний синдром.

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

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ В У ХВОРИХ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ВИРАЗНОСТІ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Хронічний гепатит В (ХГВ) залишається актуальною проблемою сучасної інфектології. У світі близько 400 млн хворих на ХГВ, серед яких через 5 років формується цироз печінки у 2-20% пацієнтів, а кумулятивний ризик розвитку

гепатоцелюлярної карциноми складає 2-5%. Щорічно у світі внаслідок захворювань печінки, асоційованих з HBV-інфекцією, вмирає до 2 млн людей. Вважається, що ризик розвитку цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми при природному перебігу ХГВ має певну залежність від вірусного навантаження. Тому головною метою лікування є зниження рівня DNA HBV у крові нижче за рівень визначення, що дозволяє досягти покращення якості та тривалості життя пацієнтів завдяки запобіганню розвитку цирозу печінки та його ускладнень, гепатоцелюлярної карциноми і передчасної смерті. Моніторинг хворих на ХГВ залишається досить складним питанням і не має однозначних підходів до вирішення.

Мета роботи – з'ясувати особливості перебігу ХГВ у пацієнтів з різним ступенем виразності фіброзу печінки.

Матеріали і методи. Обстежено 69 хворих на ХГВ в КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР», які були віком від 20 до 78 року, середній вік склав 46 років. Хворим проведена оцінка ступеня виразності фіброзу печінки неінвазивними методами (фібротест або еластографія), визначали в сироватці крові кількість DNA HBV методом ПЛР, наявність HBeAg методом ІФА, оцінено активність АлАТ. Залежно від ступеня виразності фіброзу печінки пацієнти були розділені на дві групи: 43 хворих зі ступенями фіброзу F0-F2 і 26 – з F3-F4. Критеріями виключення з дослідження були коінфікування іншими гепатотропними вірусами і вірусом імунодефіциту людини. Статистична обробка проведена в програмі «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Результати та обговорення. У результаті проведеного дослідження встановлено, що у хворих зі ступенями фіброзу печінки F3-F4 ХГВ характеризувався збільшенням частки осіб із підвищеною активністю АлАТ до 80,8% (21 із 26) проти 30,2% (13 із 43) пацієнтів зі стадіями фіброзу печінки F0-F2 ($\chi^2=16,6$, $p<0,001$). При цьому слід зазначити, що не був встановлений статистично достовірний зв'язок між стадією фіброзу печінки і певним рівнем вірусного навантаження. Так, вірусне навантаження DNA HBV $>2\ 000$ IU/ml було у 30,8% хворих з фіброзом печінки F3-F4 проти 34,9% – з фіброзом F0-F2 ($p>0,05$); вірусне навантаження у межах від 2 000 до 20 000 IU/ml – відпо-

відно у 7,7 проти 23,3% ($p > 0,05$); а вірусне навантаження $> 20\ 000\ IU/ml$ – відповідно у 61,5 проти 41,8% хворих ($p > 0,05$). Не було зафіксовано статистично значимої різниці у частоті виявлення HBeAg у сироватці крові у хворих на ХГВ з різним ступенем фіброзу печінки, хоча встановлена певна тенденція до збільшення частки до 47 проти 27,6% (в 1,7 разу, $\chi^2 = 2,1$, $p > 0,05$) HBeAg-позитивних пацієнтів за наявності F3-F4 проти хворих з фіброзом F0-F2.

Висновки. Моніторинг хворих на ХГВ обов'язково повинен бути комплексним із визначенням ступеня фіброзу печінки, вірусного навантаження і показників некрозопальної активності. Прогресування фіброзу печінки до F3-F4 ступенів поєднується зі значним збільшенням частки хворих з підвищеною активністю АлАТ у сироватці крові (до 80,0%, $p < 0,001$), незважаючи на відсутність статистично значущого ($p > 0,05$) збільшення числа пацієнтів із вірусним навантаженням DNA HBV $> 2\ 000\ IU/ml$, що в умовах динамічного спостереження надасть змогу своєчасно призначити протівірусне лікування.

Т.В. Чабан, В.М. Бочаров

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ПНЕВМОЦИСТНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Національний медичний університет, м. Одеса

Даний опис заснований на аналізі клінічного випадку поєднання туберкульозу і пневмоцистної пневмонії (ПП) у хворого з ВІЛ-інфекцією.

Хворий А., вступив до Одеської обласної клінічної протитуберкульозної лікарні зі скаргами на підвищення температури тіла, збільшення шийних лімфатичних вузлів. В анамнезі – ВІЛ-інфекція протягом 9 років. Туберкульоз шийних лімфатичних вузлів підтверджений морфологічно і посівами патологічного матеріалу. Через 1 міс. після виписки, повторно звернувся в поліклініку Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру зі скаргами на кашель, підвищення температури тіла. Об'єктивно: стан середнього ступеня тяжкості. Шкіра бліда. Збільшені й болючі

шийні лімфатичні вузли. Аускультативно над легенями дихання везикулярне, хрипів немає.

В аналізах крові відзначалась анемія (Hb 60 г/л), збільшена ШОЕ (77 мм/год), лейкопенія ($1,3 \times 10^9$ л/л) і підвищення активності АсАТ і АлАТ (до 107 і 60 Од./л відповідно). Рівень CD4+ – 304 (4%) кл./мкл, CD8+ – 174 (26%) кл./мкл, вірусне навантаження – 1 700 HIV-1 РНК копій/мл. Посіви сечі і виділень із нориці лімфатичного вузла шиї виявили колонії мікобактерій туберкульозу з наявністю множинної лікарської стійкості.

На рентгенограммах ОГП справа в S2 округлий інфільтрат діаметром 3,0 см, однорідної структури з чіткими контурами, навколо в тканині поодинокі дрібні вогнищеві тіні. Хворий отримував хіміотерапію туберкульозу – протіонамід, піразинамід, ПАСК, циклосерин, тубазид. ВААРТ – ківекса та інтеленс, а також бісептол. Через 4 міс. негативна рентгенологічна динаміка – з обидвох боків у середніх і нижніх легеневиx полях посилення, нечіткість легеневого малюнка, зниження прозорості за типом «матового скла». Через тиждень описано розсмоктування зазначених змін. Потім ще через тиждень відзначалась різко негативна динаміка, розцінена як приєднання до набряку легенів неспецифічної полісегментарної пневмонії. Незважаючи на проведену терапію наступила смерть хворого.

При макроскопічному дослідженні привертала увагу «гумоподібна» щільність легень, при цьому з поверхні зрізів легеневої тканини стікала велика кількість пінистої рідини. У верхній частці правої легені виявлено порожнину розпаду до 4 см у діаметрі з білими щільними стінками, наявні дрібні білуватого кольору вогнища по периферії в легеневій тканині, селезінці і нирках. Лімфатичні вузли шиї, грудної та черевної порожнини були збільшені, на розрізі виявлявся казеозний некроз. При гістологічному дослідженні виявлено картину, характерну для ПП, ДВЗ-синдрому і респіраторного дистрес-синдрому.

При дослідженні порожнинного утворення в легені виявлено каверну з наявністю внутрішнього шару з казеозно-некротичних нашарувань, стінка каверни з помірним склерозом і фіброзом, по периферії спостерігалась мізерна продуктивна клітинна реакція з наявністю багатоядерних клітин Пирогова-Лангханса, лімфоїдних елементів і гістіоцитів. При фарбуванні за Ціль-Нільсеном

виявлено велику кількість КСП. Результати мікроскопічного дослідження лімфатичних вузлів, нирок і селезінки свідчили про туберкульозне ураження.

Причина смерті: набряк легень. Респіраторний дистрес-синдром дорослих. ДВС-синдром. Гепатоспленомегалія. набряк головного мозку. Гостре розширення правих відділів серця. Гепатит. Клініко-анатомічний епікриз. Смерть хворого, обумовлена ВІЛ-інфекцією в IV клінічній стадії (СНІД), прогресування якої проявилася множинними інфекціями (туберкульоз, ПП, грибові ураження). Безпосередньо причиною смерті стала дихальна недостатність, спричинена набряком легенів, респіраторним дистрес-синдромом.

Висновки. Генералізовані інфекції, включаючи туберкульоз і ПП, спостерігаються при зниженні CD4+ <200 кл./мкл. Наявність поширених генералізованих форм туберкульозу у хворих на ВІЛ-інфекцію не виключає наявність ПП, яка може бути основною в генезі смерті.

Т.В. Чабан, Н.В. Верба

ВПЛИВ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ/АНТИОКСИДАНТНА СИСТЕМА НА СТАН ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Національний медичний університет, м. Одеса

Актуальність. На сьогодні більше уваги приділяється вивченню участі процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у патогенезі різноманітних захворювань. Однак, особливості перебігу ПОЛ і функціонування антиоксидантної системи (АОС), їх вплив на активність запального процесу в печінці та стан тромбоцитарної ланки гемостазу хворих на хронічний гепатит С (ХГС) вивчені недостатньо.

Мета роботи – вивчити показники ПОЛ/АОС і тромбоцитарної ланки гемостазу у хворих на ХГС.

Матеріали і методи. Обстежено 68 хворих на ХГС. Пацієнти були поділені на 2 групи: I група – 35 хворих із помірно вираженою активністю гепатиту (активність АЛАТ коливалась у

межах від 4 до 9 норм), II група – 33 хворих із вираженою активністю гепатиту (активність АлАТ перевищувала 10 норм). Діагноз ХГС встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних і підтверджували виявленням у сироватці крові хворих специфічних антитіл (анти-HCV, анти-HCV NS3, анти-HCV NS4, анти-HCV NS5, анти- HCV IgM) методом імуноферментного аналізу (ІФА) і РНК вірусу гепатиту С (RNA HCV) за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) (якісний і кількісний вміст, генотипування HCV). Стан системи ПОЛ/АОС вивчали за концентрацією у сироватці крові малонового діальдегіду (МДА) і дієнових кон'югатів (ДК), активністю глутатіонредуктази (ГР), глутатіонпероксидази (ГП) і вмістом відновленого глутатіону (G-SH). Тромбоцитарну ланку гемостазу досліджували за загальною кількістю (PLT), середнім об'ємом (MPV) і шириною розподілу (PDW) тромбоцитів та активованим частковим тромбопластиновим часом (АЧТЧ).

Результати та обговорення. У результаті дослідження встановлено, що вміст МДА і ДК у хворих I групи перевищував показники здорових осіб в 1,81 та 1,46 рази відповідно, у хворих II групи – у 2,29 та 1,84 рази ($p < 0,05$). Зменшення активності ГП, ГР, вмісту G-SH і PLT було статистично достовірним. АЧТЧ був довшим, ніж у здорових осіб, на 24,91 і 31,83% у хворих I та II груп відповідно. Також збільшувались MPV на 84,41 і 93,55% та PDW на 4,3 і 5,47% у хворих I та II груп відповідно ($p < 0,05$). Виявлено наявність прямого помірно вираженого кореляційного зв'язку між активністю АлАТ і концентрацією МДА і ДК, між вмістом ДК і MPV, PDW і АЧТЧ, і зворотного помірно вираженого – між активністю АлАТ і ГП, ГР і вмістом G-SH, між вмістом ДК і МДА та PLT.

Висновки. Надмірна активація процесів ПОЛ супроводжувалась виснаженням АОС і призводила до прогресування запального процесу в печінці хворих на ХГС і порушень у тромбоцитарній ланці гемостазу. Дані зміни потребують корекції шляхом включення у терапію таких хворих препаратів із антиоксидантною дією.

М.Д. Чемич, М.А. Андрейчин, І.С. Іщук, О.Л. Івахів, О.М. Чемич

ЗМІШАНА ФОРМА НАВЧАННЯ – СУЧАСНА ОСВІТНЯ МЕТОДИКА

Університет, Медичний інститут, м. Суми,
Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Вимогою часу є пошук нових форм і методик взаємодії на різних етапах підготовки майбутніх лікарів. Цілу низку питань намагаються вирішити заклади вищої освіти: якісний відбір абітурієнтів на початкових етапах (професійне орієнтування, здатність у майбутньому якісно виконувати професійні обов'язки, прихильність до пацієнтів тощо), мотивувати студентів до засвоєння навчального матеріалу, можливість надання навчальних матеріалів на сучасному рівні, доступність до сучасних навчальних і лікувальних методик і багато інших питань. Але усе це натикається на відсутність достатньої мотивації досягнення поставленої (дуже часто батьками) мети у самого майбутнього лікаря.

Мета роботи – впровадити змішану форму навчання у викладанні інфекційних хвороб та епідеміології у закладах вищої освіти, як один з мотиваційних моментів до вивчення цих дисциплін.

Матеріали і методи. Наказ по Сумському державному університету МОН України 0252-І від 30.03.2018 р., система електронного навчання (*e-learning*). Наказ по Тернопільському національному медичному університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України № 385 від 5.09.2016 р. «Про впровадження в університеті «Автоматизованої системи управління навчальним закладом».

Результати та обговорення. Змішане навчання є сучасною освітньою методикою, що передбачає взаємодію суб'єктів навчального процесу, засновану на поєднанні різних стратегій і технологій традиційного й електронного навчання. Така форма характеризується кращою результативністю, у тому числі за рахунок впровадження елементів контролю студентами власних знань.

Впровадження змішаного навчання розширює можливості студента, за рахунок доступності та гнучкості, врахування індивідуальних освітніх потреб. Усе це відбувається на основі певної моделі організації вивчення навчальної дисципліни.

Із 2016 р. здійснюється впровадження змішаного навчання у викладення професійних дисциплін з напрямку медицина. Методика передбачає вивчення дисциплін студентами під керівництвом викладача і поєднує безпосереднє спілкування в аудиторії, біля ліжка хворого зі самостійним опрацюванням матеріалів в опосередкованому віртуальному онлайн-середовищі (індивідуальна або групова робота).

Для навчально-методичного забезпечення змішаного навчання при викладанні дисциплін використовуються: наявні дистанційні курси («Актуальні проблеми ВІЛ-інфекції», «Внутрішня медицина: інфекційні хвороби»), масові онлайн-курси (матеріали конференцій, семінарів, тренінгів), колекції навчально-методичних матеріалів (Lectur.ED), матеріали відкритих освітніх ресурсів, у тому числі OCW СумДУ та Moodle ТНМУ.

У наших університетах з метою проведення змішаної форми навчання, застосовуються: ознайомлення з лекцією у вигляді мультимедійного контенту (самостійний перегляд, конспектування, складання переліку незрозумілих питань для подальшого опрацювання з викладачем); опрацювання онлайн-контенту на основі аналізу теоретичних матеріалів (розроблення нотаток до лекцій, підготовка мультимедійних презентацій); розв'язання практичних завдань за допомогою онлайн-технологій (віртуальні тренажери); участь в онлайн-дискусії (постановка і обговорення проблеми в онлайн-середовищі); інтерактивне тестування (контроль знань із застосуванням бази інтерактивних тестів); отримання онлайн-консультації (обговорення з викладачем проблемних навчальних питань через онлайн-платформи, соцмережі тощо).

Разом з тим, змішане навчання не заперечує використання класичних методик: прослуховування лекції в аудиторії, але вже на вищому рівні (спілкування, проблемні питання тощо); розв'язання практичних завдань в аудиторії (більш складних, професійного спрямування, робота з хворим); участь у дискусії в групах, при цьому викладач виступає модератором; отримання консультацій тощо.

Інтерактивне тестування є обов'язковим і контрольованим елементом цієї системи навчання.

Для виконання поставлених завдань створені особисті електронні кабінети викладачів і студентів, що дозволяє здійснювати прямий контакт викладач – студент, викладач – група, викладач – викладач, студент – студент.

Так, в електронному кабінеті викладача є: результати оцінювання здобувачем вищої освіти якості освітньої діяльності викладача при вивченні навчальних дисциплін; редактор електронних навчальних матеріалів (Lectur.ED); електронні навчальні матеріали для всіх (MiX Learning); відомості успішності; навчальні групи (закріплені за викладачем, з доступом до персонального кабінету студента); документи; дистанційне навчання тощо. Усе це спрощує спілкування в онлайн режимі та посилює відповідальність за виконання роботи не лише студента, а й викладача.

У Тернопільському національному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського щороку кращі студенти, які володіють англійською мовою, проходять конкурсний відбір для навчання або виробничої практики закордоном. Умови конкурсу оприлюднюються на сайті університету та в газеті «Медична академія». Завдяки такій інтеграції національної медичної освіти з світовим медичним простором наші студенти засвоюють досвід професійної роботи лікаря в розвинутих країнах.

Висновки. Застосування змішаного навчання не замінює аудиторних занять з викладачем, а лише розширює їх можливості шляхом упровадження сучасних засобів і технологій, посилює відповідальність усіх учасників навчального процесу, створює умови для швидкого обміну знаннями і ефективного контролю за їх засвоюванням.

М.Д. Чемич, А.О. Горбачевський, О.М. Чемич

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, АСОЦІЙОВАНИЙ З ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ С

Університет, Медичний інститут, м. Суми

Актуальність. В Україні статистичні дані щодо кількості хворих з цирозом печінки і показники смертності значно відрізняються. Як правило, кількість летальних випадків перевищує

кількість зареєстрованих з таким діагнозом. За останніх 10 років у розвинених країнах частота цирозу печінки зросла на 10-15%. У 60-90% інфікованих вірусом гепатиту С через 8-10 років формується хронічний гепатит, а через 15-20 років з моменту інфікування діагностують цироз печінки. Офіційну статистику цього захворювання зібрати важко. Хвороба перебігає безсимптомно і через це часто діагностується надто пізно, як правило, на етапі декомпенсації.

Мета роботи. Встановити особливості клініко-лабораторних змін у пацієнтів з цирозом печінки, спричиненим вірусом гепатиту С.

Матеріали і методи. Обстежено 51 хворого, що знаходився на лікуванні у ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З.Й. Красовицького». Серед пацієнтів чоловіків було 29 (56,9%), жінок – 22 (43,1%), середній вік склав $(42,13 \pm 1,78)$ і $(48,0 \pm 3,32)$ року відповідно. Групу порівняння склали 40 клініко-анамнестично здорових донорів крові, середній їх вік – $(30,75 \pm 2,07)$ року. Здійснювали: збір клініко-анамнестичних даних, клініко-лабораторні дослідження. Отримані результати опрацьовано з використанням комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010.

Результати та обговорення. Встановлено, що цироз печінки був спричинений вірусом гепатиту С, переважно 1-го генотипу – у 17 (33,3%) осіб і 3-го – у 16 (31,4%), у той час як зумовлений 2-им генотипом виявлявся у 2,7 разу рідше – у 6 (11,8%) пацієнтів ($p < 0,05$), не встановлено генотип у кожного четвертого хворого – у 12 (23,5%). На момент обстеження переважала мінімальна активність хвороби (34 (66,7%) пацієнти), помірну – діагностовано в 11 (21,5%), виражену – у 6 (11,8%) осіб. В обстежених респондентів за класифікацією Чайлд-П'ю переважали цироз печінки класів А та В (12; 23,6% і 7; 13,7% відповідно), класу С діагностували найрідше – лише у 2 (3,9 %) пацієнтів ($p < 0,001$); у 30 (58,8%) осіб клас цирозу не диференційовано у зв'язку з відсутністю додаткових лабораторних досліджень.

Встановлено зменшення вмісту тромбоцитів у крові хворих на цироз печінки. Середній показник склав цих формених елементів у крові склав $(129,37 \pm 10,33) \times 10^9$ 1/л, що нижче в 1,6 ра-

зу, порівняно з контрольною групою – $(202,79 \pm 7,69) \times 10^9$ 1/л ($p < 0,05$).

За даними ультразвукового дослідження печінки встановлено збільшення розмірів портальної вени у 9 (17,6%) обстежених, селезінкової вени – у 19 (37,3%).

Серед клінічних ознак у хворих з цирозом печінки переважали портальна гіпертензія (26 осіб, 51,0%), гіперспленізм; енцефалопатію, варикозне розширення вен стравоходу і набряково-асцитичний синдром діагностували в 1,4-3,3 разу рідше – відповідно у 19, 37,3; 18, 35,3 і 8, 15,7%. ($p < 0,05$), дещо рідше виявляли спленомегалію – у 6 (11,8%) хворих. У деяких випадках спостерігали кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу – у 4 (7,8%), асцит – в 1 (2,0%).

Висновки. Серед хворих на цироз печінки, спричинений вірусом гепатиту С, переважали чоловіки молодого віку. Хвороба зумовлена переважно 1-им і 3-ім генотипами вірусу гепатиту С, мінімального ступеня активності, за класифікацією Чайлд П'ю класу А. Клініко-лабораторна симптоматика супроводжувалась стійкою тромбоцитопенією, портальною гіпертензією, гіперспленізмом, енцефалопатією.

М.Д. Чемич, О.С. Саєнко

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ВІД ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ БЕШИХИ

Університет, Медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Сучасною проблемою інфектології залишається бешиха, яка є глобальним тягарем для здоров'я людства, а особливо її схильність до частих рецидивів. Частота реєстрації бешихи у європейських країнах коливається у межах 19-24 випадки на 10 тис. населення. Не втрачають своєї актуальності дослідження клініко-епідеміологічних особливостей перебігу недуги з метою прогнозування, виявлення пацієнтів з факторами ризику на догоспітальному етапі, розробка та удосконалення методів профілактики хвороби.

Мета роботи. Встановити залежність змін показників ендогенної інтоксикації та реактивності організму хворих від частоти виникнення рецидивів бешихи.

Матеріали і методи. Обстежено 90 хворих на бешиху, що перебували на лікуванні в ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З. Й. Красовицького». Використовували клінічні дані, лабораторні та інструментальних методів дослідження, опрацьовано їх медичні карти. Хворих було поділено на три групи: перша – пацієнти з первинною бешихою, друга – з повторною, третя – з рецидивною, по 30 осіб у кожній.

Обчислювали інтегративні показники ендогенної інтоксикації та імунореактивності: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), показник інтоксикації (ПІ), реактивну відповідь нейтрофілів (РВН), індекс імунореактивності (ІІР), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНМ), 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).

Результати та обговорення. Середній вік хворих склав ($57,2 \pm 5,7$) року. В усіх групах переважали жінки (81,2%). Локалізація запалення була переважно на нижніх кінцівках. Не виявлено статистично достовірної різниці між досліджуваними групами щодо ураженої кінцівки ($p=0,95$). Переважала еритематозна форма бешихи (72,2%). Госпіталізація пацієнтів відбувалася протягом усього року, з підвищенням її у травні-вересні. Перебіг хвороби у 93,2% осіб був середньої тяжкості, тяжкий – реєструвався переважно у пацієнтів з повторною бешихою (6,8%). Серед супровідної патології найчастіше виявлялися ожиріння (61,1%) і варикозна хвороба (40,0%), при рецидивній бешисі ця патологія реєструвалась відповідно у 24,0 і 17,3% пацієнтів. Перебування хворих на стаціонарному лікуванні із рецидивною бешихою, порівняно з первинною, мало тенденцію до подовження ліжка-дня – відповідно ($11,35 \pm 5,0$) проти ($8,43 \pm 4,3$).

Встановлено, що найвищі показники ендогенної інтоксикації були у пацієнтів з рецидивною бешихою: ЛІ $6,07 \pm 0,37$, ГПІ

20,53±2,08, ІЗЛК 2,63±0,21, в 1,2-2,3 рази вони були нижчими у хворих з первинною (ЛПІ 5,19±0,44, ГПІ 9,06±0,44, ІЗЛК 2,19±0,37) і повторною бешихою (ЛПІ 4,76±0,28, ГПІ 14,66±1,47, ІЗЛК 2,43±0,34) ($p < 0,05-0,001$).

Показники реактивності найнижчими також були у пацієнтів з рецидивною формою бешихи (ПР 3,00±0,32, ІСЛМ 2,86±0,22, Ілімф 0,29±0,08, ЯІ 0,21±0,02), в 1,2-2,2 рази вони були вищими у хворих з первинною (ПР 5,12±0,34, ІСЛМ 4,06±0,32, Ілімф 0,37±0,07, ЯІ 0,26±0,02) і повторною (ПР 4,90±0,22, ІСЛМ 4,80±0,24, Ілімф 0,34±0,09, ЯІ 0,24±0,02) формами бешихи.

Висновки. На бешиху хворіють частіше жінки з локалізацією ураження на нижніх кінцівках з переважанням еритематозної форми. Супровідна патологія має вагомe значення у розвитку рецидивів хвороби (ожиріння, варикозна хвороба). Підвищення індексів ендогенної інтоксикації та зниження індексів неспецифічної реактивності при рецидивній бешисі свідчить про активацію тканинного розпаду, активний запальний процес, системну імунну відповідь.

М.Д. Чемич, О.М. Чемич, Д.С. Сосновенко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД СУПРОВІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Університет, Медичний інститут, м. Суми

Актуальність. У патогенезі ВІЛ-інфекції велике значення має вибірковість ураження вірусом імунної системи, основна мета якої є захист організму від патогенних інфекційних агентів і забезпечення рівноваги умовно-патогенної мікрофлори організму. ВІЛ тропний до Т-лімфоцитів-хелперів, що далі спричинює порушення їх зв'язку з В-лімфоцитами – це означає неспроможність останніх перетворюватися у специфічну клітину, що продукує антитіла, і здійснювати синтез цих антитіл. Стає неможливим активування діяльності Т-цитотоксичних лімфоцитів, які розпізнають і знешкоджують уражені та атипіві клітини організму людини. Це відкриває безліч шляхів до розвитку різноманітних

патологічних процесів з ще більшим ураженням імунної системи, формуючи так зване «замкнуте коло».

Мета роботи. Встановити особливості клініко-лабораторних зміни у ВІЛ-інфікованих залежно від супровідних опортуністичних інфекцій.

Матеріали і методи. Протягом 2015-2018 рр обстежено 51 ВІЛ-інфікованого. Серед хворих було 38 чоловіків і 13 жінок, середній їх вік становив $(40,75 \pm 1,21)$ року. Групу порівняння склали 44 клініко-анамнестично здорових донорів крові, середній вік – $(37,95 \pm 1,72)$ року. Здійснювали: збір епідеміологічних, клініко-анамнестичних даних; клініко-лабораторні дослідження. Дані наукового дослідження було опрацьовано з використанням комп'ютерних програм Microsoft Office Excel 2010.

Результати та обговорення. Усі хворі були поділені на 3 групи. 1-ша – пацієнти з ВІЛ-інфекцією та вірусними гепатитами: 28 осіб; у I стадії – 1 хворий, у II – 2, у III – 4, у IV – 21; ймовірний середній термін інфікування – $(11,0 \pm 0,97)$ року; ймовірний середній термін з моменту виникнення перших симптомів вірусного гепатиту – $(30,13 \pm 8,31)$ міс.; чоловіків – 23, жінок – 5; середній вік – $(42,11 \pm 1,14)$ року. 2-га – з ВІЛ і токсоплазмозом: 12 хворих; усі мали IV стадію недуги; ймовірний середній термін інфікування $(6,50 \pm 1,18)$ року; ймовірний середній термін з моменту виникнення перших симптомів токсоплазмозу – $(20,64 \pm 6,07)$ міс.; чоловіків – 9, жінок – 3; середній вік – $(39,67 \pm 2,25)$ року. 3-тя – з ВІЛ-інфекцією і туберкульозом: 10 пацієнтів; усі мали IV стадію недуги; ймовірний середній термін інфікування – $(5,0 \pm 1,55)$ року; ймовірний середній термін з моменту виникнення перших симптомів туберкульозу – $(27,33 \pm 7,31)$ міс.; чоловіків – 9, жінок – 1; середній вік – $(38,80 \pm 2,44)$ року. Не усі ВІЛ-інфіковані з I і II клінічними стадіями увійшли в ці групи через відсутність досліджуваної патології. Крім переліченої вище патології найчастіше зустрічалися – кандидоз різної локалізації (1-ша група – 60,7%, 2-га – 83,3% і 3-тя – 70,0%), герпетичні інфекції (10,7, 16,0 і 20,0% відповідно), енцефалопатія різного ступеня (39,3, 50,0 і 40,0%), туберкульоз (32,1 і 33,3% лише у 1-й і 2-й групах), токсоплазмоз і (вірусні гепатити) ВГ – у 40,0 і 50,0% осіб 3-ої групи, гепатомегалію виявляли у 89,3, 75,0 і 80,0% відповідно у 1-й, 2- і 3-й групах.

Зріст ВІЛ-інфікованих різних груп коливався у середньому у межах від $(172,0 \pm 2,61)$ до $(175,6 \pm 1,86)$ см; індекс маси тіла – від $(20,14 \pm 0,96)$ до $(22,76 \pm 0,63)$; артеріальний тиск – від $(116,0 \pm 3,71)$ і $(72,5 \pm 2,91)$ до $(122,5 \pm 2,81)$ і $(79,64 \pm 2,21)$ мм рт. ст.; ЧСС – від $(91,29 \pm 3,12)$ до $(94,3 \pm 5,66)$ за 1 хв; температура тіла – $(37,41 \pm 0,20)$ – $(37,84 \pm 0,27)^\circ\text{C}$.

При дослідженні загального аналізу крові зниження кількості еритроцитів виявлено лише у 3-ій групі до $(3,6 \pm 0,32) \times 10^{12}$ л/л, при нижній межі норми гемоглобіну – $(110,90 \pm 10,44)$ г/л. Середня кількість лейкоцитів і тромбоцитів в усіх групах хворих була у межах норми. Спостерігалось прискорення ШОЄ у межах від $(26,43 \pm 3,91)$ до $(41,6 \pm 7,72)$ мм/год.

CD4+ клітин найменше було у ВІЛ-інфікованих 2-ої групи – у середньому $(79,75 \pm 40,17)$ кл./мл, найбільше – у 1-ої $(311,08 \pm 64,88)$ кл./мл.

Фіброз печінки (FIB-4), розрахований за допомогою розробленого нами додатку до мобільного телефону, склав у середньому $2,87 \pm 0,86$ у пацієнтів 1-ої групи, $2,73 \pm 1,01$ – 2-ої і $4,15 \pm 2,52$ – у 3-ої.

Дослідження ліквору здійснено у 28,6, 66,7 і 60,0% хворих відповідно 1-ої, 2- і 3-ої груп. При цьому встановлено наявність білка у середньому $(0,94 \pm 0,27)$, $(1,21 \pm 0,39)$ і $(1,09 \pm 0,52)$ г/л відповідно; вміст глюкози у середньому $(3,90 \pm 0,44)$, $(3,19 \pm 0,39)$ і $(2,86 \pm 0,70)$ г/л; цитоз, за рахунок лімфоцитів, – $(82,33 \pm 5,83)$, $(86,43 \pm 4,88)$ і $(62,40 \pm 8,19)\%$ відповідно.

Висновки. Серед госпіталізованих ВІЛ-інфікованих переважали чоловіки молодого віку, у IV клінічній стадії, з ймовірним терміном інфікування від 5 до 12 років і розвитком клінічної симптоматики протягом 14-38 міс. З опортуністичних захворювань переважали ВГ, токсоплазмоз, туберкульоз + кандидоз. ВІЛ-інфекція супроводжувалася підвищенням температури тіла, тахікардією, гепатомегалією, не вираженою анемією, збільшенням ШОЄ, зниженням вмісту у крові CD4+-клітин, змінами у лікворі у кожного другого-третього госпіталізованого. Найбільш ймовірний розвиток фіброзу печінки характерний при ВГ і токсоплазмозі.

О.М. Чемич, М.Д. Чемич, А.А. Олефір, Я.Л. Кравцова
**ЗМІНИ ІНТЕГРАТИВНИХ ІНДЕКСІВ ЕНДОГЕННОЇ
ІНТОКСИКАЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**

Університет, Медичний інститут, м. Суми

Актуальність. Пандемія ВІЛ-інфекції є загрозовою проблемою світової спільноти. Інфіковано понад 37 млн людей, з них лише 53% отримують специфічну антиретровірусну терапію. Практично на всіх континентах визначається значний ріст захворюваності. Україна займає одне з перших місць у Східній Європі за рівнем зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Провідною причиною смерті ВІЛ-інфікованих залишаються опортуністичні інфекції, які на тлі імунodefіциту перебігають частіше у вигляді тяжких форм з тенденцією до генералізації, а одним з провідних неспецифічних синдромів є ендогенна інтоксикація.

Мета роботи. Дослідити зміни інтегративних індексів ендогенної інтоксикації та неспецифічної реактивності у ВІЛ-інфікованих.

Матеріали і методи. Протягом 2015-2018 рр обстежено 72 ВІЛ-інфікованих. Здійснювали дослідження: клінічний аналіз крові (аналізатор Cobas Micros), розраховували інтегративні показники ендогенної інтоксикації та імунореактивності: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), індекс Кребса (ІК), індекс імунореактивності (ІІР), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ІЛГ), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНМ), індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛ ШОЕ), лімфоцитарний індекс (Ілімф), індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів (ІСЕЛ), індекс алергізації (ІА), ядерний індекс (ЯІ), показник інтоксикації (ПІ).

Групу порівняння склали 40 клініко-анамнестично здорових донорів крові середній вік яких ($37,95 \pm 1,72$) року. Статевий склад цієї групи був таким – по 20 чоловіків і жінок. Дані наукового дослідження було опрацьовано з використанням комп'ютерних програм Microsoft Office Excel 2010.

Результати та обговорення. У пацієнтів з ВІЛ-інфекцією зміни у загальному аналізі крові супроводжувались зростанням

інтегративних показників ендogenous інтоксикації, порівняно з групою здорових осіб: ЛП – у 3,4 разу, $2,31 \pm 0,43$ ($p < 0,001$), ІЗЛК – в 1,8 разу, $2,88 \pm 0,36$ ($p < 0,01$), ГПІ – у 7,6 разу, $4,78 \pm 1,04$ ($p < 0,001$), ПІ – у 36,6 разу, $5,86 \pm 1,47$ ($p < 0,001$), РВН – у 4,2 разу, $50,13 \pm 8,55$ ($p < 0,001$).

З індексів неспецифічної реактивності збільшився ІСНМ в 1,6 разу – до $14,55 \pm 2,52$ ($p < 0,05$) та ЯІ у 4,8 разу – до $0,29 \pm 0,05$ ($p < 0,001$), завдяки зсуву лейкоцитарної формули у бік нейтрофілів і превалювання несегментованих форм над сегментованими, що вказує на запальну реакцію. Інші індекси неспецифічної реактивності не мали достовірної різниці щодо групи здорових осіб: ІПР $5,12 \pm 0,71$; ІСЛМ $4,61 \pm 0,62$; Ілімф $0,53 \pm 0,04$; ІСЕЛО $100 \pm 0,020$; ІА $1,00 \pm 0,09$ ($p > 0,05$).

ІК у хворих на ВІЛ-інфекцію був у 2,1 разу вищим ($4,27 \pm 0,61$), порівняно зі здоровими особами ($p < 0,001$). Індекс відображає відсоткове співвідношення нейтрофілів до такого ж числа лімфоцитів, співвідношення між гуморальною ланкою імунітету і клітинною. Зокрема, збільшення ІЛШОЕ у 4,9 разу до $6,55 \pm 0,64$ ($p < 0,001$) свідчить про наявність ендogenous інтоксикації внаслідок автоімунного процесу. ІЛГ не змінювався і склав у середньому $4,14 \pm 0,32$ ($p > 0,05$).

Висновки. Зміни індексів у ВІЛ-інфікованих свідчать про ендogenous інтоксикацію і наявність запального процесу внаслідок ураження пацієнтів опортуністичними інфекціями. Відбувається порушення імунологічної реактивності організму внаслідок автоінтоксикації при деструкції власних клітин і при дії екзогенних факторів, зокрема персистенції вірусів чи бактерійних ендотоксинів. Відзначено порушену здатність нейтрофілів елімінувати антигени у зв'язку із збільшенням кількості молодих форм. Зміни індексів вказують на більшу активність гуморальної ланки імунітету у ВІЛ-інфікованих.

К.Д. Чічірельо-Константинович, Л.В. Мороз, Т.В. Константинович

ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ЯК ІНДУКТОР ІМУННО-КЛІТИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ СЕРЕД ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

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

Актуальність. На сучасному етапі вивчення негоспітальна пневмонія (НП) асоціюється із імуносупресією переважно у гуморальній ланці, зокрема недостатністю імуноглобулінів (Ig) класів А, М, G. Дані щодо впливу персистуючих інфекцій, особливо цитомегаловірусної (ЦМВІ), на перебіг НП в імунокомпетентних пацієнтів молодого віку залишаються суперечливими.

Мета роботи. Дослідити зміни клітинної ланки імунітету у молодих імунокомпетентних хворих на НП за наявності ЦМВІ з персистуючим перебігом.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 105 хворих на НП, середній вік – $(34,1 \pm 0,8)$ року, яким визначали CMV IgG (якісно; авідність), проведено імунологічні дослідження (CD3+, CD4+, CD8+). Статистичну обробку даних проводили з допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows.

Результати та обговорення. Серед обстежених 80 (48,2%) хворих мали позитивні маркери CMV IgG. ЦМВІ-негативні пацієнти з НП достовірно відрізнялись вищими відсотковими середніми значеннями імунологічних параметрів – CD3+ $(57,480 \pm 1,360)$ проти $(46,325 \pm 1,150)\%$, CD4+ $(32,640 \pm 1,220)$ проти $(26,338 \pm 0,720)\%$, CD8+ $(26,880 \pm 0,840)$ проти $(21,288 \pm 0,700)\%$ від ЦМВІ-позитивних осіб ($p < 0,0001$). Також достовірно вищий відсотковий вміст CD3+ ($p < 0,0001$), CD4+ ($p = 0,001$) і CD8+ ($p = 0,001$) відмічався у пацієнтів із високим ступенем авідності CMV IgG, порівняно із тими, які мали середній або низький рівень авідності. Серед чоловіків з ЦМВІ спостерігалось вірогідне зниження показників CD3+ до $(45,018 \pm 1,658)$ проти $(58,077 \pm 1,527)\%$ ($p < 0,0001$), CD4+ до $(25,316 \pm 0,890)$ проти $(32,615 \pm 1,591)\%$ ($p < 0,0001$), CD8+ до $(20,947 \pm 1,028)$ проти $(27,154 \pm 1,270)\%$ ($p = 0,002$) серед ЦМВІ-негативних. Подібні відмінності знайдено і серед хворих на НП жінок, оскільки

середні відсоткові значення вірогідно нижчі у ЦМВІ-позитивних респонденток: CD3+ – (47,349±1,565) проти (57,727±2,394)% у ЦМВІ-негативних (p=0,003), CD4+ – відповідно (27,209±1,069) проти (33,364±1,983)% (p=0,011) і CD8+ – (21,605±0,953) проти (27,000±1,168)% (p=0,009).

Висновки. В імунокомпетентних осіб молодого віку, хворих на НП, наявність ЦМВІ сприяє розвитку імунно-клітинної недостатності (CD3+, CD4+, CD8+), ступінь вираженості якої асоціюється зі зменшенням авідності CMV IgG і не залежить від гендерних характеристик.

Т.М. Шандро, В.І. Трихліб

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИБАКТЕРІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ СИНУСІТІ, ЯК УСКЛАДНЕННІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРІОДУ РОКУ

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) і грип залишаються актуальними для військовослужбовців й у теперішній час. Захворюваність має сезонний характер з підвищенням в осінньо-зимовий період, у той же час у деяких військових частинах реєструється високий рівень захворюваності на ГРЗ, гострий тонзиліт, негоспітальну пневмонію, навпаки, у літні місяці. За нашими даними, відзначено зміну збудників ГРЗ, що впливає на клінічні прояви, розвиток ускладнень. Реєструються спалахи ГРЗ, які спричинені не вірусами, а бактеріями, атипичною мікрофлорою. Є труднощі у проведенні верифікації збудників ГРЗ. Досить часто у хворих на ГРЗ військовослужбовців спостерігається розвиток різноманітних ускладнень (синусит, бронхіт, пневмонія, отит, міокардит, нефропатія, реактивний гепатит та ін.). Гострий риносинусит (ГРС) складає до 25-30% у структурі стаціонарної ЛОР-патології, за даними літератури – 5-10%. До 2/3 випадків недуги мають вірусну етіологію. Збудниками гострих бактерійних синуситів є: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (≈ у 50%), рідше – *Streptococcus*

pyogenes, *Moraxella catarrhalis* (у дітей \approx у 25%), *Staphylococcus aureus*, *S. pyogenes*; грамнегативна мікрофлора, анаероби – розповсюджені значно менше.

Мета роботи. Визначити ефективність антибактерійної терапії ускладнених форм ГРЗ гострим синуситом у військово-службовців, залежно від періоду року (I – січень-квітень, II – травень-серпень, III – вересень-грудень), з урахуванням рівня захворюваності серед цивільного населення.

Матеріали і методи. Проаналізовано дані 150 медичних карт стаціонарних хворих із ускладненими формами ГРЗ, які знаходились на стаціонарному лікуванні у госпіталі з 01.01.2017 р. по 31.12.2017 р.

Результати та обговорення. Для лікування бактерійних ускладнень ГРЗ використовували здебільшого такі антибіотики: кларитроміцин, цефтриаксон, зиоміцин, левофлоксацин, медоклав, амоксил, азитроміцин, ципрофлоксацин та їх поєднання. При ускладненому синуситом ГРЗ хворі знаходились на лікуванні в середньому $Me=10,9$ дня, максимально – 15,9 дня, мінімально – 5,8 дня. У пацієнтів для лікування гострого синуситу використовували цефтриаксон у 78 (61%) випадках, кларитроміцин – у 5 (4%), зиоміцин – у 32 (25%), левофлоксацин – у 4 (3%), медоклав – у 5 (4%), а також амоксицилін, азитроміцин, ципрофлоксацин, кларитроміцин + цефтриаксон, зиоміцин + цефтриаксон, левофлоксацин + цефтриаксон, медоклав + цефтриаксон. У періоді I для лікування гострого синуситу використовувався 1 антибактерійний препарат у 29 (22%) хворих, 2 – у 8 (6%) і 3 – в 1 (1%) пацієнта. У періоді II застосовували 1 антибактерійний препарат у 34 (26%) хворих, 2 – у 4 (3%). У періоді III використовували 1 антибактерійний препарат у 37 (28%) хворих, 2 – у 4 (3%). В усі періоди достовірно частіше застосовували монотерапію, переважно цефтриаксоном, ніж схеми з комбінацією двох і більше препаратів. Найменша тривалість стаціонарного лікування була: у періоді I при застосуванні зиоміцину і медоклаву; у періоді II – зиоміцину і комбінації цефтриаксону та зиоміцину; у періоді III – медоклаву.

Висновки. Суттєвої різниці між тривалістю стаціонарного лікування на фоні застосування різних антибіотиків при лікуванні ГРС як ускладнення ГРЗ не було, що свідчить про ймовірну

вірусну етіологію захворювання, у той же час при бактерійних риносинуситах у періодах I і II доцільно використовувати препарати цефалоспоринового ряду, а в періоді II – макроліди.

Т.М. Шандро, В.І. Трихліб

УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРІОДУ РОКУ

Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. Як у мирний час, так і під час ведення воєнних дій захворюваність на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) залишається однією з головних причин серед не бойових втрат, втрати боєздатності та боєготовності військових підрозділів. У військовослужбовців під час війни збільшується ризик захворювання на «застуду». Захворюваність має сезонний характер з піком в осінньо-зимовий період і низьким рівнем у літні місяці, але в деяких військових частинах навпаки – у літній період вона вища, ніж в інші періоди. На рівень захворюваності має вплив велика кількість різноманітних факторів. Під час епідемічних спалахів грипу та інших ГРЗ хворіє до 30% і більше військовослужбовців, а сезонні підйоми захворюваності розтягуються на 3-4 міс. В осінньо-зимовий період у сформованих військових колективах на ГРЗ хворіють протягом 2-3 міс. 70-100% осіб з числа молодого поповнення. При ГРЗ, грипі у військовослужбовців спостерігаються різноманітні ускладнення: отит, синусит, бронхіт, пневмонія, міокардит, нефропатія, реактивний гепатит.

Мета роботи. Визначити, які ускладнення ГРЗ найчастіше виникають у військовослужбовців залежно від періоду року: I – січень-квітень, II – травень-серпень, III – вересень-грудень, з урахуванням рівня захворюваності серед цивільного населення.

Матеріали і методи. Вивчено дані 150 медичних карт стаціонарних хворих із ускладненими формами ГРЗ, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Клініці інфекційних захворювань НВМКЦ «ГВКГ» з 01.01.2017 р. по 31.12.2017 р.

Результати та обговорення. Переважно в групі обстежених були військовослужбовці строкової служби – 132 (88,0%) особи, здебільшого віком до 25 років – 139 (92,6%) пацієнтів. Встановлено, що найбільше хворих у всі періоди, як з ускладненими, так і з неускладненими формами недуги, поступали з окремих військових частин. Відсоток ускладнених форм у госпіталізованих хворих у більшості частин суттєво не відрізнявся. Це може свідчити про загальний відсоток ускладнених форм ГРЗ – близько 30%. Найбільше хворих з усіх частин поступало на лікування в період III ($p=0,005$). З ускладненими формами ГРЗ більше госпіталізовано пацієнтів у періоді III, а з неускладненими – у II. У середньому хворі з ускладненими формами зверталися до медичних пунктів своїх військових частин на $Me=0,8$ добу ($Q_{25}=0,6$; $Q_{75}=1,0$), $min=0,5$, $max=10,0$. Військовослужбовці з ускладненими формами ГРЗ у середньому госпіталізувались на $Me=3$ добу ($Q_{25}=2$; $Q_{75}=5$), $min=1$, $max=14$. У періоді I структура ускладнень ГРЗ була такою: гострий синусит – у 46 (85%) хворих, гострий бронхіт – у 3 (5%), реактивний гепатит – у 2 (4%), тубоотит – в 1 (2%), пневмонія – в 1 (2%), декомпенсований хронічний тонзиліт – в 1 (2%); у періоді II (53 хворих): гострий синусит – у 44 (76%) осіб, тубоотит – у 2 (3%), реактивний гепатит – у 4 (7%), аденоїдит – у 3 (5%), декомпенсований хронічний тонзиліт – у 3 (5%), міокардит – в 1 (2%), пневмонія – в 1 (2%); у періоді III: синусит – у 42 (88%) хворих, міокардит, менінгізм і пневмонія – по 1 (2%) хворому, хронічний декомпенсований тонзиліт – у 3 (6%). Найчастіше ускладнення виявлялись на 3-4-ту добу від часу захворювання – у 63 (42%) хворих. Гострий синусит був у 132 (85,3%) осіб, діагностований у середньому на $Me=4,1$ добу, $min=1,0$, $max=16,0$; реактивний гепатит – у 6 (4%) пацієнтів, у середньому на $Me=7,0$ добу, $min=0,7$, $max=13,2$; гострий бронхіт – на $Me=2,3$ добу від часу захворювання ($Q_{25}=1,0$; $Q_{75}=4,0$); тубоотит – на $Me=6,7$, ($Q_{25}=5,0$; $Q_{75}=8,0$) добу; пневмонія – на $Me=3,0$ ($Q_{25}=2,0$; $Q_{75}=4,0$). Гострий міокардит реєструвався лише у 2 випадках – на 2-гу і 10-ту доби від початку захворювання відповідно. Менінгізм визначався в 1 хворого на 2-гу добу від моменту поступлення.

Висновки. У кожному періоді основним ускладненням ГРЗ був гострий синусит, дещо частіше спостерігався в періоді I. Інші ускладнення, такі як гострий бронхіт, пневмонія, тубоотит, реактивний гепатит, декомпенсований хронічний тонзиліт та ін., у нашій вибірці виникали дуже рідко.

О.В. Шевельова, Л.Р. Шостакович-Корецька

ВПЛИВ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ І КО-ІНФЕКЦІЇ НА РОЗВИТОК ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ТЛІ ПРИЙОМУ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ

Медична академія, м. Дніпро

Актуальність. Основним компонентом лікування хворих на ВІЛ-інфекцію є антиретровірусна терапія (АРТ), за допомогою якої можна досягти контрольованого перебігу захворювання. Однак деякі пацієнти можуть давати дискордантну відповідь на терапію, коли на тлі зникнення вірусу з крові відсутній підйом рівня клітин CD4+. Незважаючи на тривале лікування, у пацієнтів зберігається імунодефіцитний стан. Ризик розвитку опортуністичних інфекцій на тлі стертої імунної відповіді, незважаючи на досягнуту супресію реплікації вірусу, вищий, ніж у пацієнтів з гарною імунною відповіддю на терапію. Тривалість інфікування ВІЛ до початку антиретровірусної терапії, вік, ко-інфекція ВІЛ/гепатит, ВІЛ/туберкульоз, наявність опортуністичних захворювань, схема АРТ – усе це може впливати на збільшення кількості CD4+ лімфоцитів.

Мета роботи: встановити деякі клініко-епідеміологічні аспекти, ко-інфекції, опортуністичні інфекції та схеми лікування АРТ у хворих з ВІЛ-інфекцією і дослідити їх вплив на розвиток імунодефіциту, за рівнем CD4+ лімфоцитів.

Матеріали і методи. До групи досліджуваних були включені 450 пацієнтів з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, яким були призначені різні схеми АРТ. Вплив клініко-епідеміологічних аспектів, ко-інфекції, опортуністичних інфекцій і схем АРТ на розвиток ВІЛ-інфекції у хворих на тлі прийому АРТ розраховувався за допомогою методу кореляції Пірсона, значимо відрізняється від нуля при ($p < 0,01$) і ($p < 0,05$).

Результати та обговорення. Для більш детального аналізу основну когорту (n=450) хворих розподілено на 4 групи за рівнем CD4+, який вони мали на початок АРТ. Таким чином, у групу 1 (n=123) увійшли хворі, початковий рівень CD4+-лімфоцитів склав від 0 до 100 кл./мкл., групи 2 (n=114) – від 101 до 200 кл./мкл, 3 (n=142) – 201-300 кл./мкл, 4 (n=71) – 301 кл./мкл крові і більше.

Проаналізувавши кореляції у групах спостережених було виявлено, що в групі 1 коефіцієнт кореляції Пірсона статистично значимо відрізняється від нуля ($p < 0,01$), можна побачити прямий зв'язок із ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз ($r = 0,238$) і на рівні коефіцієнта кореляції Пірсона ($p < 0,05$) – зворотній зв'язок із схемою АРТ: TDF+FTC+EFV, ($r = -0,183$).

У групі 2 – коефіцієнт кореляції Пірсона статистично значимо відрізняється від нуля ($p < 0,01$) – зворотній зв'язок з рівнем нативного вірусного навантаження ($r = -0,248$) і при ($p < 0,05$) – прямий зв'язок з тривалістю прийому АРТ ($r = 0,200$).

У групі 3 зав'язків за коефіцієнтами кореляції виявлено не було. У групі 4 прямий зв'язок спостерігався з ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз ($r = 0,264$), коефіцієнт кореляції Пірсона статистично значимо відрізнявся від нуля ($p < 0,05$).

Висновки. При вивченні впливу клініко-епідеміологічних аспектів і впливу ко-інфекції на розвиток ВІЛ-інфекції у хворих на тлі прийому АРТ за допомогою методу кореляції, коефіцієнт кореляції Пірсона статистично значимо відрізнявся ($p < 0,01$ - $p < 0,05$) від загальної когорти хворих, був встановлений прямий і зворотній взаємозв'язок із віком, статтю, клінічною стадією захворювання, тривалістю прийому АРТ, рівнем нативного вірусного навантаження, з ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз, з опортуністичними інфекціями, спричиненими герпесами 1- і 2-го типів, кандидозом ротової порожнини, схемами лікування: AZT+3TC+EFV і AZT+3TC+LPV/г.

Н.В. Шепилева, С.М. Граматюк, О.І. Чірюкіна

ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ДЕСТРУКТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Медична академія післядипломної освіти,
ТОВ «Інститут кліткової біореабілітації»,
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків

Актуальність. Значимість проблеми хронічних вірусних гепатитів (ХВГ) визначається не тільки самою хворобою, але й збільшенням ризику формування віддалених несприятливих наслідків – цирозу печінки (ЦП) і гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК). На тлі персистенції вірусу гепатиту С порушуються енергетичні та метаболічні процеси в організмі, що сприяє прогресуванню фіброзу печінки. При цьому практичний інтерес представляє дослідження ферментів, що утилізують фосфотріози – гліцерин-3-фосфат дегідрогеназу (ГЗД) і гліцеральдегід-3-фосфат дегідрогеназу (ГАФД), які каталізують різні шляхи гліколізу та беруть участь як в енергетичних (синтез молекул АТФ), так і пластичних (споживання гліцерин-3-фосфату для синтезу фосфоліпідів, що будують клітинні мембрани) процесах.

Мета роботи – визначити енергетичний і пластичний баланс у клітинах крові хворих на хронічний гепатит С (ХГС) шляхом дослідження активності ферментів, що утилізують фосфотріози (ГЗД і ГАФД).

Матеріали і методи. Під наглядом знаходились 67 хворих на ХГС, які проходили планове обстеження у гепатологічному центрі КНП «Харківська обласна клінічна інфекційна лікарня», м. Харків. Вік обстежених хворих був від 32 до 65 років, із них чоловіків – 49 (73,1%), жінок – 18 (26,9%). Усім пацієнтам проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Згідно з даними дослідження, хворі були розподілені на 3 групи залежно від виразності фіброзу печінки за шкалою METAVIR. 26 (38,8%) хворих з F0-F1 увійшли до 1-ої групи, 22 (31,3%) – з F2-F3 склали 2-гу групу, 3-тя група була сформована з 20 (29,8%) осіб, в яких діагностовано F4-ЦП. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, які не мали в анамнезі хвороб печінки.

В еритроцитах і лімфоцитах крові досліджували активність ферментів ГЗД і ГАФД, яку визначалася за швидкістю віднов-

лення НАД+, що бере участь у відповідних реакціях в якості акцептора атомів водню. Активність даних ферментів виражали в нмоль/(л×хв).

Результати та обговорення. Встановлено, що в еритроцитах пацієнтів, хворих на ХГС, було статистично достовірне зниження активності ГЗД, ферменту, що каталізує утворення гліцерин-3-фосфату, у середньому у $(2,1 \pm 0,03)$ разу ($p \leq 0,001$) порівняно з контролем. Причому виявлено зворотний кореляційний зв'язок між активністю ГЗД і ступенем вираженості фіброзу в групах порівняння. Активність ГАФД не відрізнялась у групах дослідження і в контрольній групі.

Активність ГЗД у лімфоцитах периферичної крові хворих обстежених груп склала $(1,47 \pm 0,53)$ нмоль/(л×хв) ($p \leq 0,001$), без достовірної різниці з контрольною групою. Тоді як активність ГАФД, що характеризує інтенсивність гліколітичного розщеплення глюкози, навпаки, була достовірно підвищена у $(2,3 \pm 0,27)$ разу ($p \leq 0,01$), порівняно з контролем. Причому, у групах порівняння встановлена пряма кореляційна залежність між вмістом ферменту ГАФД і ступенем виразності фіброзу печінки. Так, у 1-ій групі активність цього ферменту становила $(2,34 \pm 0,40)$ нмоль/(л×хв), у 2-ій – $(2,97 \pm 0,31)$, у 3-ій – $(3,47 \pm 0,26)$ нмоль/(л×хв).

Висновки. Дослідження зазначених ферментів в еритроцитах і лімфоцитах периферичної крові можуть слугувати патогенетичними предикторами розвитку фіброзу і ЦП. Доцільність їх вимірювання обумовлює подальшу патогенетичну корекцію у хворих на ХГС

М.І. Шкільна, М.А. Андрейчин, І.М. Кліщ, О.Л. Івахів,
Н.Ю. Вишневська, М.Т. Гук

ЛАЙМ-АРТРИТ У МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ЛІСНИКІВ ДЕЯКИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Актуальність. Хвороба Лайма (син. бореліоз, Лайм-бореліоз) – поліетіологічний, природно-осередковий зооноз із трансмісивним механізмом передачі, що спричинюється бореліями

комплексу *B. burgdorferi sensu lato (s. l.)*, передається через напади кліщів та характеризується поліморфізмом клінічних проявів. Лайм-артрит – одна з клінічних форм хвороби Лайма.

Мета роботи. Встановити частоту інфікування *B. burgdorferi s. l.* мешканців Тернопільської області та працівників лісових господарств деяких регіонів України з ураженням суглобів, використавши метод імуноферментного аналізу (ІФА).

Матеріали і методи. Обстежено дві групи хворих, разом 137 осіб, вік їх від 18 до 73 років. Чоловіків було 88 (64,2%), жінок – 49 (35,8%). Першу групу склали 53 пацієнти, які лікувались у ревматологічному відділенні КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР. У другу групу ввійшли 84 лісники з ураженням опорно-рухової системи з 7 областей: Тернопільської, Хмельницької, Чернігівської, Житомирської, Чернівецької, Закарпатської, Волинської. Діагнози встановлено на основі клінічних і лабораторно-інструментальних досліджень, згідно з МКХ-10. Також усі пацієнти дали відповіді на питання уніфікованої міжнародної анкети-опитувальника.

Антитіла до антигенів комплексу *B. burgdorferi s. l.* у сироватці крові визначали за допомогою ІФА з використанням тест-систем компанії Euroimmun AG (Німеччина): антитіла класу IgM – тест-системою *Anti-Borrelia burgdorferi ELISA (IgM)*, антитіла класу IgG – *Anti-Borrelia plus VlsE ELISA (IgG)*. Отримані результати оцінювали як позитивні, проміжні або негативні та інтерпретували згідно з рекомендаціями виробника.

Результати та обговорення. Аналіз даних серологічного дослідження сироваток крові пацієнтів першої групи на наявність специфічних IgM і IgG виявив позитивні або проміжні результати щодо одного класу антитіл у 26 (49,0%), з них IgM – у 39,6%, IgG – у 17,0%, обох одночасно – у 7,5 %. 30 (56,6%) опитаних вказали на напад кліща в минулому.

Серед осіб другої групи специфічні антитіла класів IgM і IgG виявлено у 63 (75,0%), з них лише IgM у 43,0%, IgG – у 20,1%, обох одночасно – у 36,9%.

Обстеження пацієнтів Тернопільщини з ураженням суглобів на наявність антитіл до збудника Лайм-бореліозу проведено вперше. Результати вивчення етіологічної структури ймовірного бореліозу у хворих з артритами будуть висвітлені у подальших публікаціях.

Висновки. Частота виявлення антитіл до *B. burgdorferi s. l.* у мешканців Тернопільської області та працівників лісових господарств деяких регіонів України з ураженням суглобів склала 49,0% пацієнтів ревматологічного відділення КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР та 75,0% працівників лісових господарств низки областей України.

Л.Р. Шостакович-Корецька, О.А. Кушнерова

ЗМІНИ У СКЛАДІ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ НА РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ СТАДІЯХ НЕДУГИ І СУПУТНІМ ІНФІКУВАННЯМ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР

Медична академія, м. Дніпро

Актуальність. Актуальність проблеми інфекції вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ) пов'язана, насамперед, із повсюдним поширенням і високим ступенем ураження населення збудником. За даними, опублікованими на офіційному web-сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2009 р., отриманими на підставі серологічних досліджень, близько 95% дорослого населення у світі інфіковані ВЕБ. Існують дані про те, що наявність у ВІЛ-інфікованих хворих супутньої герпетичної інфекції, зокрема, спричиненої ВЕБ, посилює прояви вторинного імунодефіциту і сприяє прогресуванню ВІЛ-інфекції.

Мета роботи. Дослідити зміни у складі периферичної крові у хворих з ВІЛ-інфекцією на різних клінічних стадіях захворювання і супутнім інфікуванням ВЕБ.

Матеріали і методи. У дослідження було залучено 54 ВІЛ-інфікованих хворих з клінічними проявами та лабораторно доведеними (на основі імунологічних, серологічних і молекулярно-генетичних досліджень) ознаками ВЕБ і ВІЛ-інфекції. Основними діагностичними критеріями включення до групи дослідження були такі показники: наявність ДНК вірусу ВЕБ (аналітична чутливість набору реагентів – 200 копій/мл), а також серологічних маркерів ВЕБ-інфекції – виявлення противірусних антитіл у сироватці крові VCA IgM і EA IgG. У контрольну групу увійшли 30 ВІЛ-інфікованих пацієнтів без супутнього інфікування ВЕБ.

Результати та обговорення. Основну групу склали 54 ВІЛ-інфікованих хворих із супутнім інфікуванням ВЕБ, вік їх – від 26 до 57 років, середній вік – $(38,0 \pm 1,0)$ року, у тому числі 31 (57,4%) чоловік і 23 (42,6%) жінки. При поглибленому аналізі історій хвороб, амбулаторних карт та анамнезу встановлено, що у переважної більшості обстежених ($n=50$, 96,2%) тривалість інфікування ВІЛ не перевищувала 10 років. Серед пацієнтів з I-II клінічною стадією ВІЛ-інфекції було 8 осіб, із III стадією – 35, IV – 11 хворих. Переважним шляхом передачі інфекції у пацієнтів з I-II і IV стадіями ВІЛ був статевий (75,0 і 72,7% відповідно), а при III стадії – парентеральний (68,6%; $p < 0,05$).

При дослідженні показників рівня лейкоцитів і гемоглобіну були виявлені такі результати: у хворих основної групи рівень лейкоцитів становив у середньому $(4,87 \pm 0,24)$ Г/л, лімфоцитів – $(33,1 \pm 1,1)\%$, гемоглобіну – $(117,4 \pm 2,7)$ г/л. При цьому, у хворих з I-II клінічною стадією ВІЛ-інфекції ці показники були такі: рівень лейкоцитів – $(4,91 \pm 0,45)$ Г/л, лімфоцитів – $(29,4 \pm 3,2)\%$, гемоглобіну – $(116,9 \pm 5,7)$ г/л. В осіб з III клінічною стадією ВІЛ-інфекції вміст лейкоцитів становив $(4,83 \pm 0,25)$ Г/л, лімфоцитів – $(34,6 \pm 1,3)\%$, гемоглобіну – $(121,3 \pm 2,3)$ г/л. Хворі з IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції мали такі показники: рівень лейкоцитів $(4,97 \pm 0,92)$ Г/л, лімфоцитів – $(31,0 \pm 3,0)\%$, гемоглобіну – $(105,5 \pm 6,1)$ г/л. У хворих контрольної групи ці показники були: вміст лейкоцитів $(5,01 \pm 0,18)$ Г/л, лімфоцитів – $(29,2 \pm 1,0)\%$, гемоглобіну – $(128,4 \pm 2,5)$ г/л. При множинному порівнянні трьох груп пацієнтів за критерієм Краскела-Уолліса (p_H) ці показники відповідно становили 0,677-0,225-0,024.

У пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та ко-інфікуванням ВЕБ зниження рівня гемоглобіну зворотно корелює зі стадією ВІЛ ($r = -0,26$; $p < 0,05$). Вміст лімфоцитів у периферичній крові ВІЛ-інфікованих пацієнтів із супутнім інфікуванням ВЕБ достовірно вищий, ніж у пацієнтів без ко-інфекції – $(33,1 \pm 1,1)$ проти $(29,2 \pm 1,0)\%$ ($p < 0,05$). Рівень лімфоцитів досягає максимального значення при III стадії хвороби – $(34,6 \pm 1,3)\%$ з подальшою тенденцією до зниження з прогресуванням імуносупресії.

Висновки. Отримані результати дозволяють вважати, що супутнє інфікування вірусом Епштейна-Барр негативно впливає

на зміни гематологічних показників і може мати маркерне значення для визначення прогнозу перебігу ВІЛ-інфекції.

Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин, І.В. Чухалова,
М.Г. Гудова

ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У СТРУКТУРІ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Медична академія, Обласний центр профілактики та
боротьби зі СНІДом, м. Дніпро

Актуальність. За даними досліджень, частота Епштейна-Барр вірусної (ЕБВ) інфекції серед усіх вірусних нейроінфекцій сягає 40-50%. ЕБВ інфекція ЦНС у пацієнтів з імуносупресією асоціюється з менінгоенцефалітом і з первинною лімфомою ЦНС. Вважають, що при імунodefіциті ЕБВ у спинномозковій рідині (СМР) часто співіснує з іншими мікроорганізмами і в цих випадках його патогенна роль залишається нез'ясованою.

Мета роботи. Визначити поширеність і клініко-лабораторні характеристики ЕБВ інфекції ЦНС у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.

Матеріали і методи. Проаналізовано медичні карти 451 пацієнта, госпіталізованого з причини маніфестації неврологічних захворювань у відділення Міської клінічної лікарні № 21 м. Дніпра та Обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом у період з 2010 по 2017 рр. Верифікація ЕБВ у СМР базувалась на результатах полімеразної ланцюгової реакції. Для статистичного аналізу використовували програму STATISTICA v.6.1.

Результати та обговорення. ДНК ЕБВ у СМР була виявлена у 48 (10,6%) з 451 пацієнта з ВІЛ-асоційованими захворюваннями ЦНС. З них 24 (50,0%) особи були виписані з покращенням стану, інші 24 (50,0%) – померли внаслідок захворювання. Серед хворих переважали чоловіки – 27 (56,3%). Хворі були віком від 26 до 56 років, середній вік склав $(39,8 \pm 1,13)$ року. У більшості пацієнтів – 27 (56,3%) ВІЛ-статус був визначений у той же рік або одночасно з розвитком ВІЛ-асоційованих неврологічних уражень, наслідком чого був низький

відсоток пацієнтів з призначеною АРТ – 12 (25,0%). Переважна кількість випадків ЕБВ-інфекції ЦНС відбувалась на тлі тяжкої імуносупресії – рівень CD4+ менший 100 кл./мкл мали 75,0% пацієнтів, з яких у 52,1% кількість CD4+ була меншою ніж 50 кл./мкл. Медіана CD4+ у пацієнтів з ЕБВ-інфекцією в ЦНС дорівнювала 45,0 кл./мкл. Медіана Ig ВН ВІЛ РНК склала 5,34 РНК копій/мл. Плеоцитоз був виявлений у 27 (56,3%) ВІЛ-позитивних пацієнтів з ЕБВ-інфекцією ЦНС, у тому числі у 6 (12,5%) – з моноінфекцією ЕБВ.

У переважній більшості випадків – 33 (68,8%) мало місце поєднання ЕБВ-інфекції з іншими нейроінфекціями, які, враховуючи можливість асимптоматичного існування ЕБВ, могли обумовлювати клінічну симптоматику. Найбільш часто ЕБВ, як ко-інфекція двох патогенів, виявлявся у СМР ВІЛ-інфікованих пацієнтів з токсоплазмозом і грибовою інфекцією ЦНС – по 9 (по 27,3%) з 33 випадків, туберкульозом ЦНС – 7 (21,2%), також були 2 (6,1%) випадки поєднання ЕБВ інфекції з прогресуючою множинною лейкоенцефалопатією (ПМЛ) та 1 (3,3%) – з вірусом простого герпесу. У 5 (15,2%) із 33 ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ко-інфекцією ЦНС у СМР визначались одночасно три збудника. Серед клінічних варіантів у пацієнтів з ДНК ЕБВ у СМР при моно- і ко-інфекції найбільш часто мали місце менінго-енцефаліт – у 22 (45,8%) та енцефаліт – у 18 (37,5%) випадків. У 5 (10,4%) хворих був діагностований менінгіт без ознак енцефаліту та в 3 (6,3%) – лімфома ЦНС. Однак, враховуючи велику кількість ко-інфекції в СМР, неможливо об'єктивно в усіх випадках визначити специфіку патологічних змін у ЦНС і клінічні прояви захворювання, які безпосередньо пов'язані з дією ЕБВ.

Висновки. ЕБВ інфекцію виявлено в 10,6% випадків захворювань ЦНС у ВІЛ-позитивних пацієнтів; 75,0% пацієнтів з ЕБВ у СМР мають рівень CD4+ менше 100 кл./мкл; співіснування ЕБВ з іншими патогенами у СМР на тлі імуносупресії спостерігається в 68,8% випадків і значно ускладнює діагностику та лікування. Наявність ДНК ЕБВ у СМР усіх пацієнтів з лімфомами ЦНС підтверджує ЕБВ-індукований характер цих пухлин.

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

ВИВЧЕННЯ СТУПЕНЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С НА ТЛІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

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

Актуальність. Одним із напрямків глобальної стратегії ВООЗ з елімінації вірусних гепатитів є вилікування хворих на хронічний гепатит С (ХГС). З початку впровадження Державної цільової програми з лікування хворих на хронічні вірусні гепатити і дотепер, у нашій країні застосовувались різні схеми противірусної терапії (ПВТ). У тому числі, при ХГС продовжують застосовувати пегінтерферон- α (Peg-IFN) і рибавірин (RBV) терміном 24 або 48 тиж (W), залежно від генотипу вірусу HCV, та запроваджують нові схеми терміном на 12W, які містять противірусні препарати прямої дії (ПППД). Загальновідомо, що схема Peg-IFN+RBV може спричинити ланцюг побічних дій і небажаних явищ, які посилюють спектр позапечінкових проявів ХГС, індукують інші прояви, такі як грипоподібний синдром, гематологічні зміни, неврологічні та психічні розлади – від астенії і болю голови, аж до депресії, тощо. У свою чергу це може потребувати призначення терапії супроводу хворим. Проте дія на нервову систему нових схем ПВТ із застосуванням ПППД вивчена недостатньо.

Мета роботи. Виявити наявність тривоги і депресії у хворих на ХГС на тлі різних схем ПВТ у Дніпропетровському регіоні та обґрунтувати призначення терапії супроводу хворим.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилось 643 хворих на ХГС, чоловіків (Ч) – 319 (49,6%), жінок (Ж) – 324 (50,4%), віком від 18 до 76 років, які знаходились на лікуванні у КЗ «МКЛ № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової ДМР» м. Дніпро (інфекційна лікарня). Діагноз встановлювали згідно з наказом МОЗУ № 729 і локальних протоколів. Хворих було розподілено на 4 групи залежно від призначеної схеми терапії. 1-шу групу склали 248 хворих на ХВГС, які отримували ПВТ за схемами Peg-IFN+RBV протягом 24W або 48W, залежно від генотипу

HCV, у тому числі Ч – 146 (59%), Ж – 102 (41%), віком від 19 до 65 років. З них 1-ий генотип HCV мали 144 (58%) особи, 2-ий – 17 (7%), 3-ій – 87 (35%) пацієнтів. 2-га група – 177 хворих, ПБТ за схемою SOF+Peg-IFN+/-RBV 12W, у тому числі Ч – 75 (42%), Ж – 102 (58%), віком від 24 до 69 років, з них 1-ий генотип HCV – 44 (25%), 2-ий – 23 (13%), 3-ій – 110 (62%) пацієнтів. 3-тя група – 68 хворих з 1-им генотипом HCV, Ч – 33 (49%), Ж – 35 (51%), віком від 18 до 70 років, ПБТ за схемою SOF/LDV+/-RBV 12W. 4-та група – 150 хворих з 1-им генотипом HCV, Ч – 65 (59%), Ж – 85 (41%), віком від 24 до 76 років, які отримували схему 3D 12W.

При моніторингу стану хворих, окрім досліджень, які регулюються локальним протоколом, при старті ПБТ, а потім на 4-му, 12-му тижнях лікування, а у 1-ій групі – ще й на 24-му тижні оцінювали якість їх життя за допомогою опитувальників SF-36 і Опитувальника оцінки якості життя при хронічних захворюваннях печінки (CLDQ). Рівень тривоги і депресії визначали за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Ця шкала складається з 14 тверджень, де пункти субшкали тривоги (Т) складені на основі стандартизованого клінічного інтерв'ю. Пункти субшкали депресії (Д) відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Кожне твердження має чотири варіанти відповіді й кодується за наростанням тяжкості симптому від 0 до 3 і підраховується за кожною шкалою. 0-7 – норма; 8-10 – субклінічно виражена Т / Д; 11 і вище – клінічно виражена Т / Д.

Статистичну обробку даних проводили методом варіаційної статистики продуктами Microsoft Excel і пакету програм Statistica v.6.1®.

Результати та обговорення. Можливі психоневрологічні розлади на старті терапії досліджували в усіх хворих. Субклінічно виражену Т було виявлено у 49 хворих – від 7,3 до 8,8% у кожній групі; на 12W лікування – у 125 (19,4%) з усіх хворих, з яких 79 (31,9%) – це хворі 1-ої групи. На 12W тижні лікування тільки в 1-ій групі спостерігалось у 153 хворих (61,7%). Субклінічно виражена Д спостерігалась тільки у хворих 1-ої групи: в 1 (0,4%) – на 4W, 5 (2,0%) – на 12W і у 15 (6,0%) – на 24W. Рівень Т підвищувався у хворих 1-ої групи до 33,5% на 4W і до 61,7% – на 24W лікування. У 2-ій групі Т зросла з 7,3 до 21,4%

на 12W ПВТ. У хворих 3-ої і 4-ої груп рівень Т не змінювався протягом терміну лікування і був у межах 6,7-8,8%. У разі необхідності хворим проводилась корекція лікування і призналась терапія супроводу. Пацієнти були консультовані психіатром та отримували необхідне лікування, у тому числі фітопрепарати або, за необхідності, трициклічні антидепресанти на короткий час. Описані побічні ефекти були коректованими і не потребували припинення ПВТ.

Висновки. Т частіше зустрічалась в 1-й та 2-й групах, була збільшена у 3-4 рази на 12-му тижні, але більш виражена (до 61,7%) на 24-му тижні ПВТ у 1-й групі, що можливо пов'язане з тривалішим терміном застосування інтерферону у цій групі. Т та Д, що виникає та посилюється під час терапії інтерфероном, є однією з найважливіших клінічних проблем ПВТ і визначає ступінь прихильності хворих до лікування, його повноцінність, завершеність і успішність. Д виявилась нечастим (6,0%) несприятливим психічним розладом, який зустрічається у хворих на ХВГС на тлі ПВТ схемами що містять інтерферон. Але на тлі ПВТ та терапії супроводу вона є контрольованою, що дозволяє зберегти початкові дози протівірусних препаратів. Ступінь Т не збільшувалась на безінтерферонових схемах ПВТ. Виявлення проявів інтерферон-індукованої депресії при ПВТ хворих на ХГС дозволяє збільшити їх прихильність до лікування завдяки ранній діагностиці та адекватній корекції за допомогою антидепресантів, що забезпечує максимальну ймовірність стійкої вірусологічної відповіді. Отриманий нами досвід дозволяє запропонувати застосування належної терапії супроводу пацієнтам у комплексній протівірусній терапії ХВГС без зниження доз протівірусних засобів. Схильність хворого до тривожно-депресивних розладів до початку ПВТ обґрунтовує призначення схем з ПППД та сприяє персоналізації терапії ХГС.

ЗМІСТ

М.А. Андрейчин

**ЕМЕРДЖЕНТНІ ТА РЕ-ЕМЕРДЖЕНТНІ ІНФЕКЦІЇ
І БІОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА УКРАЇНИ..... 3**

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

**ПРЕПАРАТИ НОРМАЛЬНОГО ЛЮДСЬКОГО ІМУНО-
ГЛОБУЛІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ
ЦЕНТРАЛЬНОЇ І ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ
ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ПРИРОДИ..... 6**

М.О. Андрущак

**ОЦІНКА НЕФРОТОКСИЧНИХ ЕФЕКТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ
ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ..... 8**

Т.І. Бевз, Л.В. Мороз, Г.А. Мартинюк

**ЗАЛЕЖНІСТЬ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО
ГЕПАТИТУ С ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ TLR4..... 9**

С.О. Білокобила, О.В. Рябоконт, О.М. Фірюліна, Ю.Ю. Рябоконт

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ
СИСТЕМИ У ДОРΟΣЛИХ, ХВОРИХ НА КІР, ЗАЛЕЖНО
ВІД НАЯВНОСТІ УСКЛАДНЕНЬ..... 11**

*В.А. Боднар, Т.І. Коваль, Г.М. Дубинська, Н.О. Прийменко,
Т.М. Котелевська, Л.А. Боднар, Л.М. Сизова, Н.П. Лимаренко*

**ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ГРИП-АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ, ЗАЛЕЖНО
ВІД ЕТІОЛОГІЧНОГО ЧИННИКА..... 13**

К.І. Бодня, Т.А. Велієва, О.С. Марченко

**ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНИМ І ХІРУР-
ГІЧНИМ МЕТОДАМИ – ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ
СОБІВАРТОСТІ..... 15**

К.І. Бодня, Л.О. Кадельник, І.П. Бодня, Л.І. Скорик

**ІТЕРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ЦІНОУТВОРЕННЯ НА ЛАБО-
РАТОРНІ ПОСЛУГИ ПРИ КОПРОСКОПІЧНОМУ ОБСТЕ-
ЖЕННІ НА ЛЯМБЛІОЗ..... 18**

К.І. Бодня, Л.І. Скорик

**УРАЖЕНІСТЬ КОМАРІВ МІКРОФІЛЯРІЯМИ *D. REPENS*
У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ 22**

<i>Н.А. Боханова, В.І. Трихліб</i> СПАЛАХИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ У 2018 р.	24
<i>С.М. Букій, О.М. Ольховська, Л.А. Букій, М.А. Піддубна</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПРОЗАПАЛЬНОГО ІНТЕР- ЛЕЙКІНУ 1 У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ШИГЕЛЬОЗ ТА ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ	27
<i>О.І. Вовчик</i> ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ <i>CLOSTRIDIUM DIFFICILE</i>-ІНФЕКЦІЇ	28
<i>О.Б. Ворожбит</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН ПРОЯВІВ СТИГМАТИЗАЦІЇ І ДИСКРИМІНАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ПОВ'ЯЗАНИХ З ЇХ ДІАГНОЗОМ	30
<i>О.Б. Ворожбит, О.Б. Герасун, Н.О. Іванченко, А.М. Задорожний</i> ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ЕНТЕРОВІРУСНОЇ ХВОРОБИ У ПРАКТИЦІ ІНФЕКЦІОНІСТА	31
<i>О.А. Голубовська, А.В. Шкурба, К.І. Чепілко</i> ОСОБЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ»	33
<i>Р.Ю. Грицко, І.І. Фуртак</i> НАПРЯМКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ УДОСКОНА- ЛЕННЯМ ІНФЕКЦІЙНОЇ СЛУЖБИ В КОНТЕКСТІ ТРАНС- ФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	36
<i>О.А. Дралова, О.В. Усачова, О.В. Конакова, Т.М. Пахольчук, Є.А. Сіліна, Г.В. Глазунова</i> ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ВИПАДКІВ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ	38
<i>Г.М. Дубинська, О.Г. Марченко, Т.І. Коваль, О.В. Сабініна, О.М. Ізюмська, Л.М. Сизова, Н.П. Лимаренко</i> КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ОСІБ ІЗ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА TLR-4	40
<i>О.К. Дуда, А.М. Печінка, Л.П. Коцюбайло, В.О. Бойко, А.П. Голуб</i> РЕФОРМА МЕДИЦИНИ – ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ІНФЕК- ЦІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ	42

<i>Д.Г. Живиця, О.В. Царьова, Л.В. Живиця</i> ВИКОРИСТАННЯ ОМБІТАСВІРУ/ПАРИТАПРЕВІРУ/РИТОНАВІРУ І ДАСАБУВІРУ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ВГС-ІНФЕКЦІЄЮ (результати з клінічної практики)	43
<i>Д.Г. Живиця, О.В. Царьова, Л.В. Живиця, Г.Ф. Пономаренко</i> ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РЕЖИМІВ ЛІКУВАННЯ, ЗАСНОВАНИХ НА ПРИЗНАЧЕННІ СОФОСБУВІРУ, У ПАЦІЄНТІВ З ВГС-ІНФЕКЦІЄЮ.....	45
<i>В.І. Задорожна</i> БІОБЕЗПЕКА ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ, ЩО ПОСТАЮТЬ У ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ ГЛОБАЛЬНИХ ІНІЦІАТИВ БОРОТЬБИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ	47
<i>В.І. Задорожна, І.Л. Маричев, С.І. Брижата, Н.П. Винник, О.І. Процап, І.В. Демчишина</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КРАСНУХУ В УКРАЇНІ.....	49
<i>В.І. Задорожна, І.Л. Маричев, О.І. Процап, С.І. Брижата</i> ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ В УКРАЇНІ: СТАН ПРОБЛЕМИ	51
<i>М.В. Згода, М.Д. Чемич, С.О. Грищенко</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ НА СУМЩИНІ ...	53
<i>О.О. Зубач</i> ОСОБИСТА ПОІНФОРМОВАНИСТЬ ЩОДО ЛЕПТОСПІРОЗУ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ ВОДОКАНАЛУ	55
<i>Н.О. Іванченко</i> ОПИС ВИПАДКУ КАШЛЮКУ В ПАЦІЄНТКИ ПІСЛЯ ТИРЕОЇДЕКТОМІЇ	56
<i>О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневська, Н.А. Васильєва, Я.І. Йосик</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СХЕМ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	58
<i>О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневська, Н.А. Васильєва, В.О. Качор</i> СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ БОТУЛІЗМУ (клінічні випадки).....	62
<i>Н.І. Ільїна, В.В. Ільїна</i> ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД.....	65

<i>I.S. Ishchuk, Ia.I. Iosyk, O.A. Herasymenko, O.Ye. Avsukevych, O.A. Chura</i>	
TROPICAL MALARIA – NOWADAY CHALLENGES.....	66
<i>К.В. Калашник, Ю.Ю. Рябоконт, О.М. Камишний</i>	
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 І ЙОГО КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ В РОЗВИТКУ ЗМІШАНОЇ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЇ Й ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	68
<i>В.Ю. Ключ, А.О. Руденко, Л.В. Муравська, П.А. Дьяченко, О.Г. Андрєєва</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ФОРМОЮ ХВОРОБИ ЛАЙМА	70
<i>А.І. Когутич, Г.М. Коваль, М.А. Поляк, А.А. Галамба, П.В. Петах</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПІРОЗУ З ЛЕТАЛЬНИМИ НАСЛІДКАМИ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	72
<i>Т.Р. Колотило</i>	
РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ФОНІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	74
<i>О.В. Конакова, О.В. Усачова, Е.А. Сіліна, Т.М. Пахольчук, О.А. Дралова, В.В. Бондарева</i>	
ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ, ОБУМОВЛЕНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР, У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ	75
<i>Т.С. Копійченко, С.В. Кузнєцов, А.М. Татаркіна, Я.І. Бурма, Л.А. Білоконова, Л.М. Онопко</i>	
АНАЛІЗ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ КИШКОВОГО ЄРСИНІОЗУ В ДІТЕЙ	77
<i>В.С. Копча, О.Я. Кадубець, О.А. Герасименко</i>	
ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ НСV ДО ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРЯМОЇ ДІЇ У МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	79
<i>Ю.В. Копча</i>	
ІНТЕРЛЕЙКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ ПРИ ГОСТРОМУ ТОНЗИЛІТІ.....	81

<i>М.М. Корда, М.І. Шкільна, С.М. Андрейчин, Н.І. Ярема, Н.Я. Верещагіна, Н.А. Ничик, Р.О. Гуменна</i>	
СКРИНІНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИРОВАТОК КРОВІ ПАЦІЄНТІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА НАЯВНІСТЬ АНТИТІЛ ДО БОРЕЛІЙ	84
<i>С.О. Крамарьов, В.О. Дорошенко, В.В. Євтушенко, Н.С. Кириця, І.Ю. Ковалюх</i>	
УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ВНАСЛІДОК ВІТРЯНОЇ ВІСПИ.....	85
<i>С.О. Крамарьов, Л.О. Палатна, І.В. Шпак, В.В. Євтушенко, І.Ю. Ковалюх, В.А. Васильєва, Т.І. Башкатова</i>	
ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ПІСЛЯ ВАКЦИНАЦІЇ У ДІТЕЙ (клінічні випадки).....	87
<i>Г.О. Литвин, І.В. Дибас, М.В. Стасів</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КАШЛЮКА У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З РІЗНИМ ВАКЦИНАЛЬНИМ СТАТУСОМ	89
<i>Г.О. Литвин, Т.В. Покровська, І.В. Дибас</i>	
ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ЛНМУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО	90
<i>Г.О. Литвин, М.В. Стасів, Н.Р. Баса</i>	
ПІДГОСТРИЙ КОРОВИЙ ЕНЦЕФАЛІТ У ДИТИНИ З ЛЕЙКЕ- МІЄЮ (клінічний випадок).....	92
<i>Г.О. Литвин, М.В. Стасів, І.В. Дибас, Н.Р. Баса</i>	
ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ЕКІРІ (клінічний випадок)	94
<i>А.Г. Лішневська, М.Д. Чемич, О.Б. Берест, В.А. Паращенко</i>	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗРАХУНКУ СТУПЕНЯ ФІБРОЗУ РІЗНИМИ НЕІНВАЗИВНИМИ МЕТОДАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКУ ДЛЯ ANDROID	96
<i>І.В. Лутай, М.Д. Чемич</i>	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ ЛАЙМА В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	98

<i>В.В. Маврутенков, А.В. Чергінець, О.М. Якуніна, Н.А. Турчин, С.В. Якімова, С.Г. Тараненко, Т.В. Маврутенкова</i> ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ РИБАВІРИНУ В ІМУНОКОМПЕ- ТЕНТНИХ ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА КІР	100
<i>В.П. Малий, І.В. Андрусович</i> КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМ- НОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ НА СХОДІ УКРАЇНИ	101
<i>В.П. Малий, І.М. Асоян, Ю.В. Танчук, П.В. Нартов, В.С. Маслова, Н.В. Шепилєва, А.О. Швайченко, І.П. Бодня</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ	103
<i>Н.Г. Малиш, В.М. Плакса</i> РОЛЬ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ В ЕПІДЕМІЧНОМУ ПРОЦЕСІ ДІАРЕЙНИХ ІНФЕКЦІЙ	105
<i>В.Д. Москалюк, М.О. Соколенко</i> ВПЛИВ АЛОФЕРОНУ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ГЕНІТАЛЬ- НОГО ГЕРПЕСУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ.....	107
<i>О.О. Мотовиляк, А.М. Задорожний, Н.М. Прикуда</i> ВИПАДОК СКАЗУ НА ЛЬВІВЩИНІ	109
<i>К.С. Нестерук, І.А. Зайцев, Н.О. Тверда, І.М. Новак, В.Т. Кірієнко</i> ВПЛИВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПА- ТИТУ С НА ФІБРОЗ ПЕЧІНКИ, ЗГІДНО З ДАНИМИ УЗД-ЕЛАСТОГРАФІЇ.....	110
<i>С.О. Никитюк, Н.М. Олійник, А.П. Гульовська</i> МІКРОФЛОРА ШКІРИ ДІТЕЙ, В ЯКИХ ДІАГНОСТОВАНО МІГРУЮЧУ ЕРИТЕМУ	112
<i>Н.М. Олійник, О.В. Покришко</i> АНАЛІЗ ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ	113
<i>Н.В. Оніщенко, О.В. Рябоконт, О.М. Камішний</i> ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 ЯК ГЕНЕТИЧНИЙ ПРЕДИКТОР УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ВІТРИЯНОЇ ВІСПИ У ДОРОСЛИХ	115

<i>Т.Є. Оніщенко, О.В. Рябоконт, В.Г. Савельєв, Н.С. Ушеніна, Ю.Ю. Рябоконт</i>	
АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ЗАВІЗНИХ ВИПАДКІВ МАЛЯРІЇ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2001-2018 рр	117
<i>В.О. Паничев</i>	
ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УДОСКОНАЛЕНИХ І ТРАДИЦІЙНИХ ЗАСОБІВ ЗБОРУ КЛІЩІВ.....	119
<i>Т.М. Пахольчук, О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, О.В. Конакова, О.А. Дралова, В.В. Печугіна, Т.Б. Матвеева</i>	
ПЕРЕБІГ ІНФЕКЦІЙНОЇ ДІАРЕЇ З РОЗВИТКОМ ГЕМОЛІТИКО- УРЕМІЧНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.....	120
<i>А.М. Печінка, І.А. Мірошниченко</i>	
ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ НА ЕТАПІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ	122
<i>О.В. Покришко, М.С. Творко, Н.І. Ткачук, Л.Б. Романюк, С.І. Климнюк</i>	
ПЕРСИСТЕНЦІЯ <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	123
<i>В.А. Понятовський, О.Л. Бондарчук, М.О. Приступюк, О.О. Смікодуб, В.П. Широбоков, В.П. Малий</i>	
БАКТЕРІОФАГИ У БОРОТБІ З МЕТИЦИЛІНРЕЗИСТЕНТ- НИМИ ШТАМАМИ <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i>.....	125
<i>Н.О. Прийменко, Т.М. Котелевська, Т.І. Коваль, Л.М. Калініченко, Н.П. Свириденко</i>	
ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ	127
<i>О.Я. Пришляк, О.П. Бойчук, О.Я. Яців, М.В. Прокопович</i>	
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕННЯМИ З БОКУ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ....	129
<i>О. Пришляк, З. Тиліщак, О. Бойчук, У. Мазурок, Н. Гуровська, У. Недоступ</i>	
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ	131
<i>Х.І. Пудяк, В.Д. Москалюк</i>	
ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ЗНАХІДКИ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ (за даними проспективних обсерваційних досліджень)	133

<i>Г.О. Ревенко, В.В. Маврутенков, І.В. Будаєва, О.О. Лісничка</i> НАПРУЖЕНІСТЬ ПРОТИПРАВЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ	135
<i>О.В. Рябокони, В.Г. Савельєв, Ю.Ю. Рябокони, Т.Є. Оніщенко</i> ВИПАДОК ЗАВІЗНОГО ЯПОНСЬКОГО ШИСТОСОМОЗУ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	137
<i>О.В. Рябокони, Л.Ю. Сіянова, Г.В. Ялова</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗІНТЕРФЕРОНОВОЇ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ (ЗД-РЕЖИМ) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	139
<i>Ю.Ю. Рябокони, О.О. Фурик, О.В. Зарудна, Н.С. Ушеніна, Д.Ю. Рябокони</i> ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГЕЛЬМІНТОЗІВ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	141
<i>Є.А. Сіліна, О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова, О.А. Дралова, Р.Л. Шевченко, В.О. Сліпко</i> ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ КАШЛЮКУ В НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ	143
<i>А.М. Татаркіна, Т.С. Копійченко, Т.Г. Вовк, Л.М. Глебова, Т.В. Савінова, Л.М. Сушко</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ НА ТЛІ ГЕРПЕС-ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ	144
<i>В.І. Трихліб, В.В. Грушкевич, Т.В. Буракова, Ю.О. Боклан, В.І. Лисько, О.П. Пасюк, А.С. Тараповська, Н.А. Боханова</i> КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ КОРУ, УСКЛАДНЕНОГО ТОКСИЧНИМ ГЕПАТИТОМ	146
<i>В.І. Трихліб, В.В. Грушкевич, В.І. Лисько, Ю.О. Боклан, Т.В. Буракова</i> ВИПАДОК КОРУ З РЕАКТИВНИМ ГЕПАТИТОМ НА ФОНІ ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ.....	150
<i>С.М. Туряниця, І.Ю. Пікіна</i> ДИНАМІКА ПЕРЕБІГУ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЯ В ОБЛАСНІЙ КЛІНІЧНІЙ ІНФЕКЦІЙНІЙ ЛІКАРНІ І ЗАКАРПАТСЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ З ПРОФІ- ЛАКТИКИ ТА БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ ПРОТЯГОМ 2004-2017 рр	153

<i>О.В. Усачова, В.В. Печугіна</i> ДИНАМІЧНІ ЗМІНИ РІВНЯ ІgА У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ.....	155
<i>О.В. Усачова, О.В. Рябоконт, Д.А. Задирака, О.М. Фірюліна</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ЕНТЕРО- ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ БЕЗ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	156
<i>Л. А. Ходак, В. І. Огієнко</i> КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ІНФЕКЦІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ ВІРУСОМ ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6-ГО ТИПУ, У ДІТЕЙ.....	158
<i>А.Б. Хелемендик, О.В. Рябоконт, О.В. Царьова</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ В У ХВОРИХ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ВИРАЗНОСТІ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ	159
<i>Т.В. Чабан, В.М. Бочаров</i> АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ГЕНЕ- РАЛІЗОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ПНЕВМОЦИСТНОЇ ПНЕВМОНІЇ.....	161
<i>Т.В. Чабан, Н.В. Верба</i> ВПЛИВ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ/ АНТИОКСИДАНТНА СИСТЕМА НА СТАН ТРОМБО- ЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	163
<i>М.Д. Чемич, М.А. Андрейчин, І.С. Іщук, О.Л. Івахів, О.М. Чемич</i> ЗМІШАНА ФОРМА НАВЧАННЯ – СУЧАСНА ОСВІТНЯ МЕТОДИКА.....	165
<i>М.Д. Чемич, А.О. Горбачевський, О.М. Чемич</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, АСОЦІЙОВАНИЙ З ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ С.....	167
<i>М.Д. Чемич, О.С. Саєнко</i> ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ВІД ЧАСТОТИ ВИНИК- НЕННЯ БЕШИХИ	169
<i>М.Д. Чемич, О.М. Чемич, Д.С. Сосновенко</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД СУПРОВІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ	171

<i>О.М. Чемич, М.Д. Чемич, А.А. Олефір, Я.Л. Кравцова</i> ЗМІНИ ІНТЕГРАТИВНИХ ІНДЕКСІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ	174
<i>К.Д. Чічірельо-Константинович, Л.В. Мороз, Т.В. Константинович</i> ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ЯК ІНДУКТОР ІМУННО- КЛІТИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ СЕРЕД ХВОРИХ НА НЕГОСПІ- ТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ	176
<i>Т.М. Шандро, В.І. Трихліб</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИБАКТЕРІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ СИНУСІТІ, ЯК УСКЛАДНЕННІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРІОДУ РОКУ	177
<i>Т.М. Шандро, В.І. Трихліб</i> УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРІОДУ РОКУ....	179
<i>О.В. Шевельова, Л.Р. Шостакович-Корецька</i> ВПЛИВ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ І КО-ІНФЕКЦІЇ НА РОЗВИТОК ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ТЛІ ПРИЙОМУ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ.....	181
<i>Н.В. Шепілева, С.М. Граматюк, О.І. Чірюкіна</i> ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ДЕСТРУКТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	183
<i>М.І. Шкільна, М.А. Андрейчин, І.М. Кліщ, О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневська, М.Т. Гук</i> ЛАЙМ-АРТРИТ У МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ЛІСНИКІВ ДЕЯКИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ.....	184
<i>Л.Р. Шостакович-Корецька, О.А. Кушнієрова</i> ЗМІНИ У СКЛАДІ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ НА РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ СТАДІЯХ НЕДУГИ І СУПУТНІМ ІНФІКУВАННЯМ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР	186
<i>Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин, І.В. Чухалова, М.Г. Гудова</i> ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У СТРУКТУРІ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	188

*Л.Р. Шостакович-Корецька, О.П. Шевченко-Макаренко,
С.А. Галущенко, О.А. Турчина*

**ВИВЧЕННЯ СТУПЕНЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С НА ТЛІ
ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ 190**

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

Підписано до друку 18.09.2019. Формат 60×84¹/₁₆
Папір офсетний. Гарнітура Antiqua. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 11,9. Обл.-вид. арк. 12,7.
Наклад 300 прим. Зам № 269.

Видавець і виготівник
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна

Свідоцтво про внесення
до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 348 від 02.03.2001 р.