ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ - ІНТЕРНІСТА: СУЧАСНІ АСПЕКТИ

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини

(м. Суми, 19-20 червня 2013 року)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ СУМЩИНИ

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини

(Суми, 19–20 червня 2013 року)

Суми
2013

УДК 616.9 (063)
ББК 55.14я431
І-74

Редакційна колегія:
М. Д. Чемич, доктор медичних наук, професор (відповідальний редактор); *Г. М. Дубинська,* доктор медичних наук, професор; *К. І. Бодня,* доктор медичних наук, професор; *Н. І. Ільїна,* кандидат медичних наук, доцент; *В. В. Захлєбаєва*, кандидат медичних наук, доцент (відповідальний секретар)

І-74

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, 19–20 червня 2013 року, м. Суми / редакційна колегія: М. Д. Чемич, Г. М. Дубинська, К. І. Бодня, Н. І. Ільїна, В. В. Захлєбаєва. – Суми: Сумський державний університет, 2013. – 176 с.

© Чемич М. Д., Дубинська Г. М., Бодня К. І., Ільїна Н. І., Захлєбаєва В .В., 2013
© Сумський державний університет, 2013

Аль Хатіб Ануар

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕННЯ ОРГАНА ЗОРУ ПРИ ПАРАЗИТОЗАХ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Проблема вдосконалення лікування і профілактики паразитарних хвороб та їх наслідків сьогодні зберігає актуальність і є предметом дискусії фахівців різних спеціальностей. Актуальність дослідження патології органу зору обумовлена, в першу чергу, тяжкими ускладненнями захворювання з частковою або повною втратою зору, особливо серед осіб молодого працездатного віку. Токсоплазмоз є основною інфекційною причиною сліпоти. В останні роки знову підвищився інтерес до проблеми хронічного набутого токсоплазмозу (ХНТ), що значною мірою пов'язано з його широким поширенням (інфікованість населення складає від 20 до 90 % у різних регіонах світу). Велика кількість хворих на ВІЛ-інфекцію та людей у стані імуносупресії після трансплантації органів та лікування злоякісних пухлин, що є особливо чутливими до токсоплазми, також робить цю тему дуже важливою для сьогодення. Але не тільки токсоплазмоз може бути причиною розвитку патології органу зору. За даними літератури, ураження органу зору спостерігається при інших тканинних та кишкових паразитарних хворобах. У зв'язку з цим останніми роками інтерес до проблеми ураження органу зору при паразитарних хворобах різко зріс і виникла необхідність більш глибокого вивчення даної патології, тобто розробки нових методів ранньої діагностики, лікування та профілактики захворювання. Це, в свою чергу, зумовлює актуальність досліджень із вивчення стану імунної системи та особливостей морфологічних змін в тканинах ока при тканинних або просвітних паразитарних хворобах.

Мета дослідження: Оцінити інформативність інструментальних методів діагностики ураження органа зору при паразитозах.

Проведена порівняльна оцінка різних інструментальних методів діагностики уражень органа зору при паразитозах. Автокераторефрактометрія – це дослідження проводиться на автокераторефрактометрі ARK-8800, Topcon (Япония), яке забезпечує отримання повної інформації про рефракцію ока та параметри рогівки незалежно від ширини зіниці та акомодації. Результати цього дослідження необхідні при перевірці гостроти зору. Безконтатна комп'ютерна тонометрія – безконтактний тонометр CT-80, Topcon (Японія) − для визначення внутріочного тиску (ВОТ) уможливлює проведення тонометрії безконтактним методом. При цьому повністю виключається можливість інфікування очей. Комп'ютерний аналіз поля зору – комп'ютерна периметрія за допомогою аналізатора поля зору HFA – II 750, Humphrey – Zeiss (США) має високі діагностичні можливості щодо функціональних розладів при перших, непомітних оку, змінах у сітківці та зоровому нерві. Ця методика має широкий діапазон скринінгових та порогових тестів. Ультразвукова біометрія та ультразвукове сканування на апараті Ultrascan, Alcon дозволяє визначити необхідні параметри очного яблука та отримати детальну інформацію про стан внутрішніх структур ока та тканин орбіти. Цей метод дозволяє оцінити висоту та розповсюдженість відшарування циліарного тіла, судинної та сітчастої оболонок, виявити запальні зміни сітківки, хоріоїдеї та скловидного тіла, визначити їх локалізацію, щільність та рухливість. Огляд переднього відрізка ока та очного дна проводиться на цифровій фотощілинній лампі SL-D7, Topcon (Японія). Фотографування переднього та заднього відрізків ока цифровою фотощілинною лампою дозволяє зареєструвати динаміку патологічних процесів у цифровому форматі. Оптична когерентна томографія (ОКТ) дозволяє отримати прижиттєве морфологічне дослідження будови шарів сітківки, хоріокапілярів і пігментного епітелію сітківки з роздільною здатністю 5-10 мкм. Метод надає можливість проводити точну морфометричну оцінку параметрів

шарів сітківки неінвазивним методом, зберігати об'єктивні дані в цифровому форматі, що особливо важливо при діагностиці та оцінюванні станів з ураженням сітківки. Результати дослідження опрацьовані із застосуванням програм для відповідної статистичного опрацювання отриманих даних і кореляційного аналізу.

Комплексне дослідження інструментальних показників при різних формах ураження очей паразитозами дозволяє розробити сучасні моделі діагностики патології органа зору при паразитарних хворобах та об'єктивізувати оцінку адаптивних можливостей і резистентності організму хворих на паразитарні інвазії.

Г. В. Бацюра, С. В. Федорченко, В. О. Бойко

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ ЛАЙМА ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ ТА ВІКУ

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського» МОЗ України, м. Сімферополь

Актуальність проблеми зумовлена переважанням у структурі захворюваності на хворобу Лайма (ХЛ) жінок та осіб молодого та зрілого віку. Метою роботи було вивчити особливості клінічного перебігу залежно від статі та віку.

Проаналізовано перебіг захворювання у 147 хворих, які знаходились на стаціонарному та амбулаторному лікуванні в інфекційному та інших відділеннях 7 міської лікарні, поліклінік м. Сімферополя та різних міст та районів Криму. Серед хворих було 102 (69,39 %) жінки та 45 (30,61 %) чоловіків віком від 16 до 75 років. За МХБ-10 всі пацієнти були розподілені на 3 вікові групи: група А (хворі віком від 16 до 44 років) − 68 (46,26 %) осіб, група Б (від 45 до 59 років) − 51 (34,69 %) осіб та група В (від 60 до 75 років) − 28 (19,05 %) осіб. Гострий перебіг хвороби з однаковою частотою відмічався як у жінок, так і чоловіків − у 85 (83,33 %) і 36 (80,00 %) пацієнтів, підгострий перебіг − у 9 (8,82 %) і 6 (13,33 %), хронічний перебіг − у 8 (7,84 %) і 3

(6,67 %). Проте легка тяжкість захворювання була більш характерною для жінок − у 77 (75,49 %) осіб, ніж чоловіків − у 17 (37,78 %) осіб (p=0,000). Середня тяжкість захворювання спостерігалась у 31 (30,39 %) жінок та 11 (24,44 %) чоловіків. Частіше відмічався виражений інтоксикаційний синдром у клінічному перебігу у чоловіків (у 38 (84,44 %) хворих), ніж жінок (у 64 (62,75%) хворих) (p=0,0002). Ураження шкіри більш характерні для жінок, ніж для чоловіків (у 102 (100,00 %) проти 42 (93,33 %) осіб (p=0,009)). Патологія нервової системи (у 7 (6,86 %) і 4 (8,89 %) випадках), а також серця (у 10 (9,80 %) і 6 (13,33 %) випадках) були типовими проявами захворювання незалежно від статі. Ураження печінки відносно частіше відмічались у чоловіків, ніж жінок (у 10 (22,22 %) проти 5 (4,90 %) хворих).

Для групи А та Б був більш характерним гострий (відповідно у 56 (82,35%) хворих і 42 (82,35 %) хворих) та підгострий перебіг захворювання (у 6 (8,82 %) пацієнтів і 8 (15,69 %) пацієнтів). У групі В частіше відмічався хронічний перебіг − у 4 (14,29%) (p=0,03) проти 6 (8,82 %) випадків в групі А та в 1 (1,96%) випадку у групі Б. Легка тяжкість захворювання була типовою для хворих віком 45 – 59 років, ніж у пацієнтів 16 – 44 років: у 44 (86,27 %) осіб проти 43 (63,24 %) (p=0,006), в групі 60 – 75 років − у 21 (75,00 %) особи. Середня тяжкість однаково спостерігалась у всіх вікових групах: відповідно у 19 (27,94%) хворих у групі А, у 6 (11,76 %) в групі Б та 3 (10,71 %) у групі В. Тенденція до більшої виразності інтоксикаційного синдрому визначалась у хворих молодого віку − у 49 (72,06 %) осіб проти 27 (52,94 %) (p=0,03) осіб зрілого віку та 17 (60,71 %) похилого віку. Ураження шкіри з однаковою частотою мали як пацієнти в групі А (у 65 (95,59 %) осіб), так і в групі Б (у 51 (100 %) осіб) та групі В (у 28 (100 %) осіб). Патологія нервової системи була характерною для хворих більш старшого віку: так, у осіб похилого віку вона спостерігалась у 4 (14,29 %) випадках (p=0,007), в групі хворих молодого віку − у 7 (10,29 %) та не

спостерігалась у хворих зрілого віку. Лайм-артрит відмічався у хворих всіх вікових груп: в групі А − у 4 (5,88 %) осіб, в групі Б − у 1 (1,96 %) та в групі В − у 1 (3,57 %). Ураження серця частіше визначались у осіб молодого віку − у 14 (20,59 %) хворих, ніж у зрілому віці − у 2 (3,92 %) (p=0,009). Частота патології печінки в різних вікових групах суттєво не відрізнялась: відповідно у 7 (10,29 %) пацієнтів у групі А, у 6 (11,76 %) у групі Б та 2 (7,14 %) у групі В.

Таким чином, можливо виділити деякі особливості перебігу ХЛ залежно від статі та віку хворих. Для жінок є більш характерними легка тяжкість захворювання та ураження шкіри; для чоловіків − інтоксикаційний синдром та патологія печінки. У хворих молодого та зрілого віку більш типовим був гострий та підгострий перебіг, легка тяжкість хвороби та більша виразність інтоксикаційного синдрому, з однаковою частотою відмічалось ураження шкіри, суглобів та печінки. Для пацієнтів похилого віку більш притаманні хронічний перебіг захворювання та більша частота ураження нервової системи.

Т. П. Бинда

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Сумський державний університет, м. Суми

Гострий первинний тонзиліт, або ангіна, – це гостре загальне інфекційне захворювання з місцевими змінами лімфоїдної тканини у вигляді гострого запалення одного або декількох елементів лімфаденоїдного глоткового кільця. Патологічний процес має системний характер. Ангіна є надзвичайно поширеним захворюванням. Зазвичай на неї хворіють діти та люди молодого віку. Гострі первинні тонзиліти за частотою виникнення посідають друге місце після грипу і складають 3-7 % усіх інфекційних захворювань. Патологічний процес має системний характер, нерідко виникають ускладнення з боку серця, суглобів, нирок.

Серед антибіотиків, які застосовуються в клінічній практиці, лідируючу позицію займають цефалоспорини. Це обумовлено високою ефективністю та низькою токсичністю, широким спектром антимікробної дії, бактерицидним механізмом дії, низькою резистентністю мікроорганізмів, стійкістю препаратів цієї групи до дії багатьох β-лактамаз, хорошою їх переносимістю. На сьогоднішній день, коли біодоступність оральних антибіотиків з групи цефалоспоринів досягає 40-60 %, а у цефалоспоринів 1-го покоління (цефалексин) – 90-95 %, має сенс розширення використання більш безпечного та менш травматичного і зручного методу антибіотикотерапії.

Цефалоспорини 1-го покоління характеризуються відносно вузьким спектром антимікробної дії: найбільш активні відносно грампозитивних коків (стрептокока, стафілокока) та неактивні щодо більшості грамнегативних бактерій (у тому числі і гемофільної палички) і атипових мікробів. Препарати цього покоління є стійкими до дії стафілококової β - лактамази, але вони гідролізуються β –лактамазами грамнегативних бактерій. На відміну від інших антибіотиків, цефалоспорини не мають дозозалежної бактерицидної дії.

Серед бактеріальних збудників гострого тонзиліту найбільше значення має β –гемолітичний стрептокок групи А (БГСА) - 15-30 % випадків. Менш частими збудниками можуть бути стрептококи групи С і G, *A.* haemolyticum, N. gonorrhoeae, C. diphtheriae, анаероби, спірохети. БГСА має високу чутливість до β-лактамів (пеніцилінів і цефалоспоринів). β-лактами залишаються єдиним класом антимікробних препаратів, до яких у цих мікроорганізмів не розвинулась резистентність. У дітей при ангіні необхідно утримуватися від призначення амінопеніцилінів у випадку підозри на інфекційний мононуклеоз, так як у пацієнтів з цим захворюванням ампіцилін і амоксицилін можуть викликати шкірну ("ампіцилінову") висипку.

Метою нашої роботи було вивчення клінічної ефективності і безпеки цефалоспорину 1-го покоління («Лексин») при лікуванні гострого тонзиліту в дітей.

Під наглядом знаходилося 48 дітей (26 хлопчиків і 22 дівчинки) у віці від 1 до 18 років, які отримували амбулаторно даний препарат із розрахунку 50 мг/кг/добу за 4 прийоми. Тривалість курсу лікування у залежності від ступеню тяжкості захворювання склала від 7 до 10 (8,2±1,8) днів. Комплекс обстеження включав збір і аналіз скарг, об'єктивний огляд, загальний аналіз крові та мікробіологічне дослідження виділень із поверхні мигдаликів.

Після призначення лікування тривалість лихоманки склала 2,1 днів, гіперемія слизової оболонки зіва утримувалася упродовж 5,6 днів, гнійні нашарування на мигдаликах виявлялися 2,3 дні, регіонарний лімфаденіт - 4,9 днів.

Позитивну динаміку самопочуття у 15 (31,3 %) дітей їх батьки відмічали на 3-й день, у 39 (81,3 %) – на 5-й день і у 47 (97,9) - на 7-й день лікування.

Таким чином, при проведенні антибіотикотерапії гострого тонзиліту в амбулаторних умовах перевагу слід надавати препаратам з найбільшою клінічною, а також бактеріологічною ефективністю і безпекою. Раціональне використання антибіотиків попереджує розвиток резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, зменшує тривалість захворювання та попереджує їх ускладнення.

І. В. Богадельніков, А. В. Бобришева, О. О. Крюгер,
Ю.В. Вяльцева, Н. І. Мужецкая, Г. И. Смірнов

КОНТРОЛЬ ЗА ДІТЬМИ, НАРОДЖЕНИМИ ВІД ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ МАТЕРІВ

Кримський медичний університет імені С. І. Георгієвського,
м. Сімферополь

Жодна біологічна складність не може бути вирішена за допомогою механістичних чи силових методів. Застосування їх

на перших порах створює ілюзію успішності. Як правило, природа досить швидко знаходить не тільки адекватну, але й часом просто єзуїтську відповідь на заходи, що вжиті людиною. Прикладом цьому може бути китайський метод боротьби із знищенням горобців і його наслідки та ін

Сучасним прикладом висловленого положення є деякі результати боротьби зі СНІДом. На тлі певної зневіри від результатів боротьби з пандемією СНІДу (тривале глобальне поширення ВІЛ-інфекції, в тому числі серед жінок репродуктивного віку, відсутність ефективних засобів боротьби та профілактики), світлим променем виявилося народження ВІЛ-негативних дітей від ВІЛ-інфікованих матерів, які отримують антиретровірусну хіміопрофілактику, яка збільшує народження таких дітей у 4-20 разів (Кузьміна М.Н. з співавт., 2010). Кількість перинатально експонованих ВІЛ / АРВХ (група R75) дітей поступово зростає у всьому світі. Наприклад, якщо в Україні в 1995 році таких дітей народилося 99 осіб, у 2002 році - 1379, то в 2008 р. - вже 5828 [www.antiaids.org / ru / hiv-aids / ukraine], а сьогодні їх вже налічується десятки тисяч. Але відповідно до існуючої практики, «отримання двох негативних результатів генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР означає, що дитина, народжена від ВІЛ-інфікованої жінки, є не ВІЛ-інфікованою» і т.д., тобто є здоровою. Саме тут і закладений «підступ» природи, суть якого полягає у тому, що діти, які отримали антиретровірусну хіміотерапію терапію, не є здоровими.

Сьогодні загальновідомо і багаторазово доведено, що такі діти народжуються з пригнобленої імунної системи. Так, вони на піку вакцинальної відповіді слабкіше реагують на дифтерійний анатоксин і компонент кашлюку АКДП-вакцини. У цих дітей синтезується менше антитіл ізотипу IgG і всіх його субкласів, а також IgA, але підвищена продукція IgM. Їхня відповідь відрізняється надлишковою несбалансованою еспансією CD4 + Т-і γδ Т-клітин (типовою для ранньої стадії

ВІЛ-інфекції). Вони слабіше формують гіперчутливість уповільненого (ГЗТ) і негайного (ГНТ) типів до анатоксинів [Kupka R. З співавт, 2009, 5, 17, 19, 20). У таких дітей підвищена захворюваність [Кузьміна М. М., 2010], а також сприйнятливість до умовно патогенних збудників інфекційних хвороб [Mussi-Pinhata M. M. з співавт, 2010]. У них порушений метаболізм [Vigano A. з співавт. 2007], що проявляється слабкою здатністю CD4 + Т-лімфоцитів до проліферативної відповіді, вироблення цитокінів [Foster C., 2008] і формування імунологічної пам'яті при вакцинації [Kupka R., 2009]. І, що особливо важливо, функціональна неспроможність Т-клітин у таких дітей може утримуватися до 10 років [Супотніцкий М. В., 2009].

Це є тією базою, на якій можуть розвинутися будь-які, часто непередбачувані варіанти перебігу як інфекційних хвороб, так і відповіді на профілактичні щеплення. Тому лікарська тактика по відношенню до таких дітей повинна бути індивідуальною, всім лікарям відомою і строго виконуваною. Очевидно, що такі діти тривалий час повинні бути під наглядом у групі ризику, їм необхідна спеціалізована допомога і імунологічний контроль за станом і підтриманням їх здоров'я. Сьогодні такі діти, досягнувши віку 18 міс., фактично прирівнюються до практично здорових. І це неправильно.

На підтвердження висловлених положень, у доповіді буде приведений клінічний випадок 5-місячного дитини, хворої ГРВІ, бронхітом, народженої від ВІЛ-позитивної матері, будучи ВІЛ-негативним, але померлої від сепсису, що стрімко розвинувся.

И. П. Бодня

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ КАК ОТВЕТНАЯ РЕАКЦИЯ ХОЗЯИНА НА СУЩЕСТВОВАНИЕ ПАРАЗИТОВ

Медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков

Печеночная энцефалопатия (ПЭП) – комплекс обратимых в большинстве случаев нейропсихических расстройств, встречающийся у больных с острыми или хроническими заболеваниями печени. В организме больного с ПЭП никаких новых веществ, которые бы отсутствовали у здорового человека, играющих роль токсинов, не продуцируется. Причиной ПЭП является болезнь печени, которая ведет либо к шунтированию крови, либо к печеночно-клеточной недостаточности и нарушению детоксикационной функции печени. Субстанции, выполняющие роль токсинов и обезвреживающиеся у здорового человека в печени, синтезируются в кишечнике.

Как известно, наиболее массовой паразитарной инвазией в Украине является энтеробиоз (около 200 000 зарегистрированных больных в год). В среднем в организме может находиться порядка 40 особей. Единичные особи могут паразитировать максимально 101 день. Однако продолжительность инвазии может быть длительной за счет постоянных реинвазий. Исходя из того, что даже трехкратные обследования методом соскоба с перианальных складок не позволяют выявить всех больных, предложены поправочные коэффициенты (от 2,5 до 15), дающие возможность на основании однократных обследований устанавливать фактическую инвазированность детей в отдельных коллективах.

Острица является одним из наиболее иммуносупрессирующих организм человека гельминтов. На фоне успехов борьбы с гельминтозами стали преобладать моноинвазии, оказывающие более иммуносупрессирующее

влияние на организм человека, чем полиинвазии. В результате успехов борьбы с аскаридозом, трихоцефалезом, возбудители которых являются антагонистами острицы, для нее освободились экологические ниши.

При эффективной терапии внезапное устранение паразита с одновременным прекращением его иммунодепрессивного воздействия и поступлением в ткани значительного количества продуктов распада гибнущих паразитов может способствовать вспышке иммунопатологических реакций.

При дегельминтизации в большинстве случаев, очевидно, развивается нерезковыраженный синдром паразитарной абстиненции, в последующем постепенно исчезающий. Поэтому для успешной борьбы с паразитарными инвазиями особенно важна в настоящее время разработка рациональных схем комплексной терапии больных паразитозами и в период реконвалесценции.

Задачи врача при лечении больных с паразитарными инвазиями. При обдумывании плана лечения необходимо помнить, что большинство симптомов являются хроническими и характеризуются волнообразным рецидивирующим течением. В случаях рефрактерности диспепсических симптомов не забывать о способности паразитов вызывать не только гастроэнтерологические, но и психогенные расстройства.

Е. И. Бодня, О. В. Боброва

СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРИОБРЕТЕННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ

Медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков

Среди паразитарных инвазий особое место занимает хронический приобретенный токсоплазмоз (ХПТ), что обусловлено частым поражением жизненно важных органов, в том числе и нервной системы. Проведено обследование 143 больных ХПТ (51 мужчины и 92 женщин) в возрасте от 17 до 75

лет (85,3 % из них трудоспособного возраста). Наличие ХПТ подтверждено у всех пациентов серологическим методом. Все больные находились в хронической фазе заболевания легкой или средней тяжести. Установить длительность заболевания было трудно, т.к. большинство больных от 1 до 5 лет и более наблюдались у невропатолога или терапевта. Всем больным проведено общепринятое клинико-лабораторное и клинико-неврологическое обследование. Функциональное состояние центральной нервной системы исследовалось методами электроэнцефалографии (ЭЭГ), эхо-электроэнцефалографии (ЭХО-ЭЭГ) и рео-энцефалографии (РЭГ). При клинико-неврологическом обследовании не было выявлено очаговой неврологической симптоматики. Отмечалось оживление сухожильных рефлексов, асимметрия в иннервации лицевой мускулатуры, неустойчивость в позе Ромберга. Более выражены были проявления расстройств вегетативной нервной системы в виде сосудистой дистонии, изменении дермографических реакций, повышенной потливости, акроцианоза, дискинезии желчного пузыря, повышенной утомляемости, эмоциональной лабильности, снижении трудоспособности и др. При этом жалобы значительно превалировали над объективной неврологической симптоматикой.

Признаки нарушения ЭЭГ отмечались у 93 % больных в виде расстройства чередования и пространственного распределения основных ритмов. У 37 больных возникали разряды пик-волна, преимущественно в височных и теменных отведениях. У 46 % больных периодически, одновременно во всех отведениях возникали вспышки высокоамплитудных однотипных медленных колебаний без пространственного различия. В ответ на гипервентиляцию у 83,2 % больных на ЭЭГ усиливались десинхронизация и дисритмия, повышалась частота комплексов пик-волна, а также билатеральная высокоамплитудная медленная активность.

Изменения ЭХО-ЭЭГ у 87,4 % больных свидетельствовали о разной степени изменений желудочковой системы и наличии внутричерепной ликворной гипертензии.

На РЭГ у 73,4 % больных имело место повышение сосудистого тонуса, преимущественно в вертебро-базилярном бассейне, нарушения венозного оттока, венозного полнокровия головного мозга.

Данные электрофизиологических исследований коррелировали с клинико-неврологическими нарушениями и свидетельствовали о расстройстве функций стволово-диэнцефальных отделов головного мозга. Наиболее частые поражения гипоталамической области и среднего мозга при ХПТ согласуются с описанным тропизмом токсоплазмоза к клеткам ретикуло-эндотелиальной системы и хориедальной ткани.

Таким образом, электрофизиологические исследования в сочетании с клинико-неврологическим обследованием могут иметь достаточно объективное основание для обязательного обследования таких больных на ХПТ.

К. І. Бодня, Т. А. Велієва

ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ЕХІНОКОКОЗУ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Сучасна ультрасонографія – галузь діагностичної медицини, що за останнє десятиліття стала одним з основних методів візуалізації у клініці та дозволяє отримати зображення, яке містить велику кількість анатомічної і фізіологічної інформації, а при печінкових і деяких інших гельмінтозах є додатковим, але дуже інформативним методом діагностики. Найбільш інформативним є ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини при ураженні Echinococcus granulosus.

Перші ознаки ехінококозу можуть з'явитися через кілька років і навіть десятиліть після зараження. Хвороба в

неускладнених випадках має перебіг роками і може бути виявлена випадково (при ультразвуковому дослідженні) або при цілеспрямованому обстеженні (в осередках) при відсутності клінічних проявів (доклінічна стадія ехінококозу). У клінічно виражених стадіях перебіг ехінококозу залежить від локалізації кіст, їх розмірів, швидкості розвитку, ускладнень, варіантів поєднаного ураження органів, реактивності організму хазяїна. Вагітність, тяжкі інтеркурентні захворювання, імунодефіцитні стани, аліментарні порушення сприяють більш тяжкому перебігу хвороби, швидкому зростанню кіст, схильності до розривів і дисемінації збудника.

В ураженому органі може розвиватися одна кіста (солітарні ураження) або кілька (множинний ехінококоз), розміри кіст значно варіюють: від 1-5 до 40 см і більше в діаметрі.

Ультрасонографія дозволяє виявити ехінококові кісти печінки у вигляді ехонегативних утворень з чіткими контурами, оцінити вміст (наявність перегородок, дочірніх міхурів, суспензії), визначити розміри та топографію. У ранніх стадіях ехінокок розвивається у вигляді одиночного утворення і може імітувати просту кісту. Найчастіше такі кісти виявляють в печінці та нирках. Ехінококова кіста зростає експансивно, відсуваючи і здавлюючи тканини хазяїна, які атрофуються і некротизуються.

Збільшуючись, кіста стає складнішою, з гермінативної мембрани формуються і розвиваються вторинні(дочірні) і третинні(внучаті) пухирці, які заповнюють майже всю первинну (материнську) кісту. Така ехографічна картина зазвичай визначає наявність живого паразита.

Найбільш тяжким ускладненням гідатидозного ехінококозу, яке можна виявити за допомогою ультрасонографії є інтраперитонеальний розрив з дисемінованим формуванням кист у черевній порожнині, який супроводжується різким больовим синдромом та проявами алергічної реакції різного ступеня вираженостіаж до розвитку анафілактичного шоку.

При неускладненому ехінококозі печінки можливе медикаментозне лікування, препаратом вибору є альбендазол.

Для етіотропної терапії застосовують альбендазол у дозі 10 мг/кг протягом 4 тижнів. Інтервал між курсами 2-4 тижні. Протирецидивне лікування передбачає призначення 2-4 курсів альбендазолу. В інших випадках терапію проводять протягом 18 місяців і більше (9-10 курсів і більше). При рецидиві або поширеному процесі показано оперативне лікування. Одиночна кіста може бути вилучена або дренована під ультрасонографічним контролем.

Хворі на гідатидозний ехінококоз після оперативного і/або хіміотерапевтичного лікування залишаються під наглядом не менше 5 років. Контрольне обстеження проводять 1-2 рази на рік, воно включає ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини та імунологічне дослідження на ехінококоз. При відсутності клініко-інструментальних ознак рецидиву захворювання і стабільно негативних серологічних реакціях з ехінококовим антигеном протягом 5 років хворі можуть бути зняті з обліку.

Таким чином, ультрасонографічне обстеження органів черевної порожнини є інформативним додатковим методом діагностики при ехінококозі, який допомогає не тільки верифікувати діагноз, але й допомагає контролювати пацієнтів, які знаходяться на диспансерному спостереженні.

К. І. Бодня, Л. В. Газзаві-Рогозіна

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ДИРОФІЛЯРІОЗ – ТРАНСМІСИВНИЙ ГЕЛЬМІНТОЗ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Актуальність. В останні 2 роки відмічається стрімке зростання захворюваності населення Харківської області на дирофіляріоз. Цей паразитоз перестає бути екзотикою та набуває значного поширення серед людей. Дирофіляріози −

тканеві зонозні гельмінтози, яким характерна трансмісивна передача, повільний розвиток, тривалий перебіг та осередкове розповсюдження. Вони ендемічні не тільки для територій з теплим та вологим кліматом, але і для багатьох країн з помірним кліматом. Головними чинниками, які впливають на виникнення і розповсюдження дирофіляріозів в зоні помірного клімату являються: зміна соціально-економічних умов; збільшення чисельності бродячих собак та котів; міграція диких м'ясоїдних тварин, яка не контролюється; зміна екологічних умов та збільшення чисельності комарів; потепління клімату, що сприяє більш швидкому дозріванню інвазійних личинок у переносниках та обороту інвазії в природі; соціальні фактори, які сприяють передачі інвазії на протязі всього року „підвальними" популяціями комарів роду Culex (C. pipiensmolestus та інші).

Мета роботи. Ускладнення епідемічної ситуації з дирофіляріозу ставить перед нами мету поліпшення якості підготовки фахівців загально-лікувальної мережі (особливо лікарів-дерматологів, окулістів, хірургів, стоматологів і терапевтів) з клініки і діагностики цього захворювання.

Матеріали та методи. За минулий період 2013 року − останні 5 місяців − нами проаналізовано 18 карт епідеміологічного обстеження пацієнтів, хворих на дирофіляріоз. У більшості випадків діагноз «дирофіляріоз» був поставлений клінічно на підставі характерної міграції паразита та просвічування крізь шкіру його контурів. У 5-ти випадках паразита було вилучено хірургічним способом або самостійно. У трьох випадках діагноз «дирофіляріоз» був поставлений за допомогою ультразвукового дослідження.

Результати та висновки. За 2012 рік, згідно даних головного управління Державної санітарно-епідеміологічної служби України у Харківської області, було зареєстровано 12 випадків дирофіляріозу, 9 – міських випадків. Практично всі випадки носили місцевий характер. За цей же період, згідно статистичних даних кафедри медичної паразитології та

тропічних хвороб Харківської медичної академії післядипломної освіти, було зареєстровано 15 випадків, з них 12 – місцевого характеру (Харківська область).

За минулий період 2013 р. (останні 5 місяців) було зареєстровано 18 випадків захворювання, з них 15 – місцевого характеру (Харківська область), по одному випадку - Чернігівська, Одеська, Полтавська області. Локалізація паразита розподілилася наступним чином: голова – 12 випадків (праве око – 6; лоб – 3; нижня губа – 1; піднебіння – 1; нижня щелепа – 1; полові органи – 2 (мошонка, лобок); зовнішня та внутрішня частини стегна – 2; поперековий відділ – 1 випадок; груди – 1. Хірургічно або самостійно були вилучені гельмінти, які ідентифіковані як D. repens,самиці розміром від 7 до 14 см.

Таким чином, у Харківської області епідеміологічна ситуація з дирофіляріозу вивчена недостатньо, оскільки неповною мірою проводиться дослідження крові собак на наявність мікрофілярій, не ведеться облік хворих тварин. Все це вимагає спільної роботи ветеринарної і санітарно-епідеміологічної служб, а також розробки заходів профілактики дирофіляріозу.

Н. В. Верба, К. Л. Сервецький, Т. В. Чабан, Є. В. Нікітін

ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ЯКІ НЕ ВІДПОВІЛИ НА ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Хронічний гепатит С (ХГС) входить до числа десяти основних причин смертності у світі. Щорічно внаслідок ускладнень, спровокованих цією хворобою, помирає 350 тис. хворих. Дякуючи введенню в лікування хворих на ХГС «золотого стандарту» із застосуванням інтерферонів та рибавірину, значно підвищилась ефективність їх лікування, оскільки така противірусна терапія (ПВТ) сприяє елімінації вірусу із крові хворих та справляє антифібротичний вплив. Однак, ПВТ ефективна лише у 30-35 % випадків, а повторне

призначення ПВТ є успішним лише у 20 % випадків з повторними рецидивами близько у 30 %. До того ж, через великий перелік побічних реакцій ПВТ більшість хворих відмовляються від подальшого лікування. Тому вирішення даної проблеми потребує нових підходів.

Під нашим спостереженням знаходилися 36 хворих на ХГС, які не відповіли на ПВТ (нон-респондерів) з вираженою активністю некрозапального процесу в печінці (активність АлАТ до 12 норм). Також досліджували ступінь фіброзу за допомогою методів еластографії та ФіброТесту, які проводились двічі – до та після лікування.

Усі нон-респондери отримували комплексне лікування аміксином ІС, гепавірином і біциклолом. Аміксин ІС призначали по 125 мг двічі на тиждень на протязі 5 тижнів, вього проведено 2 курси з місячною перервою між ними. Гепавірин призначався двічі на день – 2 таблетки вранці та 3 таблетки ввечері протягом 4-х місяців. Біциклол призначали по 50 мг тричі на день протягом 3-х місяців і ще протягом місяця - по 25 мг тричі на день.

При зверненні хворі мали наступні скарги: слабкість, швидку втомлюваність, постійне відчуття важкості в правому підребер´ї, безсоння, зниження працездатності, періодичну нудоту.

При першому дослідженні активність АлАТ у сироватці хворих складала (8,6±0,4) ммоль/год.л, АсАТ – (5,4±0,6) ммоль/год.л. У 6 із них на початку лікування діагностовано слабко виражений фіброз (F1), у 15 – помірно виражений (F2), у 14 – виражений (F3), у 1 хворого – відсутність фіброзу (F0).

Наприкінці другого курсу лікування аміксином ІС, гепавірином і біциклолом активність некрозапального процесу в печінці знижувалась. Так, активність АлАТ дорівнювала (4,3±0,4) ммоль/год.л, АсАТ – (2,7±0,6) ммоль/год.л. тобто у 2 рази, ніж на початку лікування. У всіх випадках, коли було діагностовано ступінь фіброзу F0-F1, у 7 - з F2 та у 9 – з F3 фіброз не прогресував. У 8 хворих з F2 та 5 хворих з F3 ступінь

фіброзу знижувався до F1 та F2 відповідно. А їх самопочуття під час застосування комплексного лікування аміксином ІС, біциклолом і гепавірином значно покращувалось, побічні реакції не спостерігались ні у одного хворого. Тож відміни такого лікування стан хворих не потребував.

Отже, запропоноване поєднання інтерфероногену аміксину ІС, гепатопротектору біциклолу та гепавірину у комплексному лікуванні хворих на ХГС, які не відповіли на ПВТ, є патогенетично обгрунтованим, оскільки сприяє зниженню патологічного процесу в печінці та значно знижує ознаки ендогенної інтоксикації.

І. І. Вернигора

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСОПЛАЗМОЗУ В ОКРЕМИХ ГРУПАХ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

В останнє десятиліття опортуністичні інфекції набули характеру серйозної медико-соціальної проблеми внаслідок їх широкого розповсюдження і вкрай несприятливого впливу на рівень здоров'я населення. Поряд з цитомегаловірусною, хламідійною і герпетичною інфекціями, важливе місце в групі опортуністичних інфекцій займає токсоплазмоз, інтерес до проблеми якого пов'язаний з широким розповсюдженням інфекції серед населення і тими різноманітними, іноді важкими змінами в різних органах і системах, якими це захворювання супроводжується. Особливу важливість проблема токсоплазмозу складає у зв'язку з пандемією ВІЛ-інфекції на тлі широкого поширення і вкрай несприятливих наслідків цього паразитоза для здоров'я і життя ВІЛ-інфікованих осіб. У той же час всі ВІЛ-носії, які до моменту зараження ВІЛ були інфіковані T. gondii, вже становлять групу ризику, для якої рішення проблеми своєчасної діагностики та профілактики активних форм токсоплазмозної інвазії надзвичайно актуально.

Мета дослідження: дати епідеміологічну характеристику токсоплазмозу в Одеській області на основі комплексного аналізу поширеності даної інвазії серед населення Одеської області за 14 років (1999-2013 рр.).

Результати та висновки. Для оцінки поширеності опортуністичних інфекцій були використані результати досліджень за останні 14 років серед дорослого та дитячого населення Одеської області. Моделлю був обраний токсоплазмоз (як паразитарна інвазія). Основним методом епідеміологічного моніторингу був імуноферментний аналіз (ІФА). Для виявлення специфічних антитіл класів IgM, IgAi IgG, а також для встановлення (або виключення) первинної інфекції методом ІФА визначали низькоавідні «ранні» специфічні антитіла класу IgGв сироватці крові, звідність висловлювали згідно з доданою до тест-систем інструкцією як індекс авідності (ІА) у відсотковому відношенні.

Епідеміологічні дослідження поширеності в часі показали зростання серопозитивності до токсоплазм у 2 рази ($p<0,001$) порівняно з початковим періодом спостереження, і в даний час вона в цілому становить 31,6 0 %. У початковому періоді спостережень у жінок антитіла до T.gondii виявлялися в 1,4 рази частіше, ніж у чоловіків, а на останньому етапі − в 1,7 рази частіше ($p<0,01$). При цьому, якщо на першому етапі спостережень у жителів сільської місцевості серопозитивність була вище в 1,4 рази, ніж у місті, то тепер відзначається зростання показника в 2,5 рази ($p<0,001$) порівняно з міськими мешканцями. Серед донорів антитіла стали реєструватися в 1,8 рази частіше ($p<0,01$) в порівнянні з початковим етапом досліджень. При цільовій вибірці серопозитивні особи реєструвалися в 1,7-1,8 рази частіше ($p<0,01$), ніж при випадковій вибірці. Представляє особливий інтерес достовірне зростання серопозитивності серед дитячого населення − в 2,3 рази за останні 5 років (у порівнянні з початковим періодом), Це, на нашу думку, свідчить, з одного боку, про зростання

поширеності токсоплазмозу в Одеській області, а з іншого боку, − про ефективність діагностичних заходів та настороженість лікарів по відношенню до токсоплазмозу. Серед дорослих, відібраних методом цільової вибірки, на наступних етапах спостереження також мало місце зростання показника серопозитивності: антитіла у них стали виявлятися в 1,8-2,3 рази частіше ($p<0,01$) порівняно з випадковою вибіркою залежно від вираженості імунодефіциту.

У групі дорослих пацієнтів з клінічними проявами IgM виявлялися в 7 %, серед вагітних без патології − в 5,2 %, а серед вагітних із загрозою переривання вони реєструвалися в 2,2 рази частіше ($p<0,001$) порівняно з вагітними без загрози переривання. Серед жінок з обтяженим акушерським анамнезом IgM-серопозитивних було також в 1,8 рази більше ($p<0,01$). Результати вивчення авідності показали, що у вагітних первинна інфекція мала місце в 4,2 % випадків; ознаки підгострої форми відзначені в 6,09 %. У всіх інших випадках за наявності високоавідних антитіл ситуацію розцінювали як давнє інфікування або хронічний токсоплазмоз.

О. В. Волобуева, Т. И. Лядова, С. А. Собко, Ю. В. Танчук

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АБИФЛОКСА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина
Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков

Актуальность. Одной изнаиболее актуальных проблем в пульмонологии является антибактериальная терапия пациентов с негоспитальной пневмонией (НП). Установление этого диагноза является безусловным показанием к назначению антибиотиков. Препараты класса хинолонов по механизму действия принципиально отличаются от других антибиотиков. Это обеспечивает их активность в отношении устойчивых, в том числе полирезистентных штаммов. В нашей стране давно применяются препараты фторхинолонового ряда. Недавно

зарегистрирован левофлоксацин (Абифлокс, производитель AbryllFormulation) – современный антибактериальный препарат фторхинолонового ряда III поколения, который, согласно исследованиям клиницистов, показан пациентам для лечения инфекций дыхательных путей, почек и мочевыделительной системы, неосложненных инфекций кожи и мягких тканей, инфекций костной ткани и суставов, инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта и др.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности и терапевтической переносимости Абифлокса у больных с НП.

Материалы и методы. С учетом критериев, рекомендуемых для включения в исследование, под нашим наблюдением находились пациенты обоего пола старше 18 лет, у которых рентгенологически были подтверждены признаки НП, требующей госпитализации. В данное исследование были включены 26 пациентов с НП: мужчины – 18 (69,2 %), женщины – 8 (30,8 %). Средний возраст больных колебался от 18 до 72 лет и составлял 42,1±17,6 лет. Клиническая симптоматика тяжелого инфекционного поражения нижних дыхательных путей наблюдалась у всех пациентов: кашель, одышка, боль в грудной клетке, высокая температура тела, выраженные признаки интоксикации. Кровохарканье отмечалось у 4 (15,4 %) пациентов. У большинства больных в клинике НП доминировали перкуторные и аускультативные признаки, свидетельствующие о патологии со стороны легочной ткани. У 34,6% (9 больных) отмечалось двустороннее поражение легких. Следует отметить, что при одностороннем поражении легочной ткани изменения чаще всего выявлялись справа – у 12 (46,1 %) пациентов. Лейкоцитоз отмечался у 22 (84,6 %) больных, сдвиг лейкоцитарной формулы влево также отмечался у 22 (84,6 %) больных. Анемия была выявлена у 4 (15,4 %) больных НП. Повышение СОЭ отмечалось у 84,6 % (22 пациентов).

Абифлокс больным НП в комплексной терапии назначали внутривенно капельно однократно в дозе 500 мг 1-2 р/сут в зависимости от тяжести заболевания в течение 10-12 дней. Такая терапия проводилась после отмены неэффективной первоначальной стартовой терапии (11 больных), остальные 15 больных НП Абифлокс получали сразу же после поступления в стационар.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов терапии Абифлоксом показал, что клинический успех был достигнут у 25 (96,2 %) пациентов. Один больной (3,8 %) с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки на фоне терапии Абифлоксом был переведен в хирургическое отделение. Положительная динамика клинико-лабораторных показателей отмечалась уже на 3-и сутки от начала антибактериальной терапии Абифлоксом, что выражалось в снижении температуры тела, к 7-у дню лечения практически у всех больных температура нормализовалась и только у 1 (3,8 %) больного сохранялась субфебрильной. Также пациенты в этот период отмечали уменьшение болевого синдрома, у них снижались признаки интоксикации. Анализируя клинико-лабораторные показатели, нами было достоверно установлено, что степень ускорения СОЭ уменьшилась в среднем с 26,4±2,9 до 7,3±0,8 мм/час ($p<0,05$); количество лейкоцитов с 12,5±1,5 х 10^9/л до 6,2±0,5 х 10^9/л ($p<0,05$).

По данным рентгенологических исследований до лечения и на 10-12-й день терапии у 7 (27 %) больных отмечалось полное исчезновение инфильтративных изменений в легких, у 18 (69,2 %) больных – значительное уменьшение их выраженности. У всех больных признаки воспалительной инфильтрации в легких не выявлялись на 15-24-й (в среднем 15,3±1,2) день после начала терапии Абифлоксом. Важно отметить, что побочные явления от проводимой терапии наблюдались у 2 пациентов в виде тошноты, у 1 больного в виде кратковременного послабления стула. Эти явления были кратковременными и не требовали коррекции и отмены препарата.

Выводы. Левофлоксацин (Абифлокс) является высокоэффективным антибактериальным препаратом для лечения НП с различной степенью тяжести. Положительная динамика клинических проявлений болезни отмечалась уже на 3-й день от начала терапии. Абифлокс обладает хорошей терапевтической переносимостью у больных с НП. Выявленные побочные эффекты были кратковременными и не требовали дополнительной медикаментозной коррекции и отмены препарата.

Удобный режим дозирования (500 мг внутривенно 1 или 2 раза в сутки) позволяет максимально соблюдать режим приема и поддерживать необходимую концентрацию в очаге воспаления, что влияет на клиническую и бактериологическую эффективность терапии.

А. П. Голуб

УСКЛАДНЕННЯ КОРУ У ДОРОСЛИХ, ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

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

Кір у дорослих має переважно тяжкий перебіг з вираженим інтоксикаційним синдромом та характеризується високою частотою виникнення ускладнень. У період з 2005 по 2008 рр. реєструвалось збільшенння захворюваності на кір у м. Києві, особливо серед підлітків та дорослого населення.

Мета роботи: вивчити характер та особливості перебігу ускладнень кору у дорослих.

Матеріали та методи: на клінічній базі кафедри інфекційних хвороб НМАПО імені П. Л. Шупика м. Києва з 2005 по 2013 роки було проліковано 1368 хворих на кір. Діагноз кору був встановлений на підставі епідеміологічних даних, характерних

клінічних проявів захворювання і підтверджений шляхом визначенням анти IgM до вірусу кору методом ІФА у сироватці крові (дослідження проводилось у міській СЕС м. Києва) на момент госпіталізації хворих у стаціонар.

Отримані результати. У переважної більшості хворих перебіг хвороби був середньої тяжкості або тяжкий. Найбільша кількість хворих відмічена у віковій групі від 15 до 29 років − 916 (67,0 %), 30–39 р. – 297 (22,0 %), 40–55 р. – 143 (10,4 %) та 55 – 60 р. – 12 (0,9 %).

Ускладнені форми кору спостерігались у 432 (31,6 %.) хворих. Слід зазначити, що виникнення ускладнень кору можливо у будь-якому періоді хвороби. Серед хворих з ускладненим перебігом кору був один летальний випадок: у хворої з негоспітальною двобічною пневмонією на тлі туберкульозного ураження легень.

Найчастіше були зареєстровані наступні ускладнення: реактивний панкреатит – у 238 (55 %) хворих, гострий гнійний трахеобронхит – у 88 (20,4 %), негоспітальна пневмонія – у 45 (10,4 %), гострий гепатити – у 18 (4,2 %), гострий отит – у 14 (3,2 %); рідше зустрічались гострий гнійний гайморит – 11 (2,5 %), коліти – у 5 (1,2 %), а також спонтанний пневмоторакс – у 1 (0,2 %), гострий апендицит – 1 (0,2 %).

До ускладнень кору, які частіше зустрічаються у дітей молодшого віку і дуже рідко можуть виникати у дорослих, відносяться медіастенальна емфізема та підшкірна емфізема, що пов’язані з розвитком спонтанного пневмотораксу. Вірус кору в поєднанні з вторинною бактеріальною мікрофлорою також може бути причиною розвитку гострого апендициту. Це ускладнення більш характерно для дітей, але також може виникати у дорослих на тлі вторинного імунодефіциту та порушення мікроциркуляції стінки апендиксу – ці вищевказані ускладнення небезпечні для життя як у дітей, так і дорослих та потребують невідкладної спеціалізованої медичної допомоги. До тяжких ускладнень кору відносять ураження центральної нервової системи: менінгіти – у 6 (1,4 %) хворих, менінгоенцефаліти – у 4 (0,9 %), менінгоенцефаломієлополірадикулоневрит – у 2 (0,4 %).

Клінічні прояви ураження центральної нервової системи виявлялись у вигляді менінгеального синдрому, вогнищевої симптоматики, у деяких випадках мали місце порушення свідомості та судомний синдром, з характерними змінами у лікворі (лімфоцитарним плеоцитозом у межах 15–300 клітин, білок – 0,5–0,75 г/л, рівень глюкози у межах норми).

Висновки. Кір залишається актуальною проблемою інфектології, яка створює небезпеку для життя не тільки дітей, але й для осіб дорослого віку, враховуючи зниження, з часом, рівня протикорових IgG. Серед ускладнень кору, які розвиваються у дорослих, найчастіше реєструються реактивні панкреатити (55 %), гострі гнійні трахеобронхити (20,4 %) та негоспітальні пневмонії (10,4 %). У 4,2% випадків можливий розвиток гострого гепатиту, який має доброякісний перебіг. Потрібно пам'ятати, що у дорослих хворих на кір дуже рідко можливий розвиток ускладнень, які потребують невідкладної спеціалізованої медичної допомоги - спонтанний пневмоторакс або гострий апендицит.

О. І. Голяр

КОНТАМІНАЦІЯ ДРІЖДЖОПОДІБНИМИ ГРИБАМИ РОДУ CANDIDA ТОВСТОКИШКОВОГО МІКРОБІОЦЕНОЗУ У ПРОЦЕСІ САМОВІДНОВЛЕННЯ МІКРОФЛОРИ ПІСЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКА ШИРОКОГО СПЕКТРУ ДІЇ У СЕРЕДНЬОТЕРАПЕВТИЧНІЙ ДОЗІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Пероральне використання антибіотиків широкого спектру дії призводить до виходу із стану рівноваги якісного і кількісного складу мікробіоти порожнини товстої кишки, що викликає мікроекологічні та імунні порушення і проявляється домінуванням умовно - патогенних мікробів у біотопі.

Проведені бактеріологічні та мікологічні дослідження якісного і кількісного складу мікробіоти вмісту порожнини товстої кишки експериментальних тварин відразу після припинення введення антибіотика та через 10 днів після самовідновлення мікробіоти показали, що після завершення антибіотикотерапії розпочалось активне відновлення якісного і кількісного складу мікрофлори порожнини товстої кишки. При цьому зростає індекс постійності, частота зустрічання, популяційний рівень, коефіцієнт кількісного домінування і коефіцієнт значущості автохтонних облігатних анаеробних бактерій роду Bifidobacterium, Lactobacillus, Eubacterium. Разом з тим, якісний і кількісний склад умовно патогенних ентеробактерій (бактерій роду Proteus, Edwardsiella, Klebsiella, Pantotea), бактерій роду Bacteroides, Peptococcus, Clostridium, Staphylococcus не піддається суттєвим змінам. Характерним у періоді самовідновлення є елімінація із порожнини товстої кишки ентерококів та сінної палички, а також суттєва (60,0 %) контамінація біотопу дріжджоподібними грибами роду Candida. За 10 днів спостереження дріжджоподібні гриби роду Candida досягають високого популяційного рівня – 4,79±0,20 lg КУО/г.

Дріжджоподібні гриби роду Candida контамінують у процесі самовідновлення не тільки порожнину товстої кишки експериментальних тварин, а також, що дуже важливо, і приепітеліальну біологічну плівку слизової оболонки товстої кишки, що є сигналом формування кандидомікозу слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. Це підтверджується порівняно високим (3,89±0,15 lg КУО/г) популяційним рівнем цих мікроорганізмів у приепітеліальній біоплівці товстої кишки, що засвідчує про зниження колонізаційної резистентності слизової оболонки товстої кишки.

Процес самовідновлення мукозної (приепітеліальної біоплівки) мікрофлори слизової оболонки товстої кишки після антибіотикотерапії характеризується зростанням популяційного рівня, індексу постійності, коефіцієнту кількісного домінування і значущості у бактерій роду Lactobacillus, Bacteroides, Peptococcus, Clostridium, Enterococcus, Staphylococcus; появою

бактерій роду Bifidobacterium у 40 % експериментальних тварин. В інших 40 % білих щурів приепітеліальна біоплівка слизової оболонки товстої кишки була контамінована дріжджоподібними грибами роду Candida, популяційний рівень яких досягав помірних та високих показників.

С. О. Грищенко

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРАСНУХИ

КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 4», м. Суми

Актуальність. Не зважаючи на епідеміологічну стабілізацію в країні, краснуха все ще має широке розповсюдження і до сих пір зберегла риси некерованої інфекції. Це пов'язано, перш за все, з перебоями в постачанні вакцини та негативізмом з боку засобів масової інформації.

Мета роботи. Вивчити клініко-епідемічні особливості перебігу краснухи за період 2010-2012 року.

Основна частина. Аналіз захворюваності на краснуху приведено на рис. 1. Кількість хворих на 100000 населення зменшувалася протягом останніх трьох років, причому захворюваність по місту більше, ніж в цілому по області. Однак слід пам'ятати, що краснуха в більшості випадків перебігає безсимптомно або в стертій формі і не завжди ідентифікується.

Рис. 1 – Аналіз захворюваності на краснуху

З підозрою на краснуху до інфекційного відділення КУ СМКЛ № 4 за період з 2010 по 2012 рікгоспіталізовано 25 осіб, але вірусологічне підтвердження діагнозу було отримано лише у 16 пацієнтів.Більше 81 % хворих складали чоловіки. Досліджували кров методом ІФА IgM з 4-го дня після появи висипки у вірусологічній лабораторії обл. СЕС та лабораторії СІНЕВО. У всіх хворих був середньотяжкий перебіг захворювання. Спостерігається зимово-весняна сезонність захворювання. У період з січня по травень реєструється більше 70 % випадків. Середній вік пацієнтів – 21 рік. Всі хворі були не щеплені.

Висновок. Захворюваність на краснуху у Сумській області має тенденцію до зменшення. Активізація інформаційно-освітньої роботи серед населення, особливо в засобах масової інформації, пропаганда імунізації сприятиме попередженню поширення захворювання у населення, особливо у жінок дітородного віку.

Б. М. Дикий, О. Є. Кондрин, М. Я. Перекліта

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТУ НІФУРОЗИД-ЗДОРОВ'Я

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Актуальність. У наш час проблема гострих кишкових інфекцій (ГКІ) залишається однією з найактуальніших. В структурі інфекційних захворювань вони поступаються лише гострим респіраторним вірусним інфекціям. Часто емпірична антибіотикотерапія не дає очікуваної ефективності, тому актуальним питанням є пошук ефективних протимікробних засобів для лікування хворих на ГКІ.

Метою і завданням нашого дослідження було оцінити терапевтичну ефективність та переносимість препарату ніфурозид-здоров`я в лікуванні хворих на гострі кишкові

інфекції; виявити можливі небажані реакції при застосуванні досліджуваного препарату; порівняти результати лікування, отримані в основній і контрольній групах.

Матеріали і методи: в дослідженні брали участь 84 пацієнти з діагнозом гострої кишкової інфекції віком від 18 до 65 років. Усі включені в дослідження пацієнти методом простої рандомізації розподілялися в основну (42 пацієнти) і контрольну (42) групи. Пацієнтам основної групи призначали досліджуваний препарат ніфурозид-здоров'я, капсули по 100 мг виробництва ТОВ "Фармацевтична компанія "Здоров'я" по 2 капсули (200 мг) 4 рази на добу. Курс лікування склав 7 днів.Пацієнтам контрольної групи призначали референтний препарат Энтерофурил, капсули по 100 мг виробництва фірми "Босналек" за аналогічною схемою. Діагноз захворювання встановлювався на підставі типових клініко-епідеміологічних даних. Верифікація діагнозу здійснювалася бактеріологічними методами. Ефективність лікування оцінювали на підставі динаміки клінічних проявів гострої кишкової інфекції і даних мікробіологічного дослідження калу. Переносимість препарату оцінювали на підставі суб'єктивних скарг пацієнта і цих об'єктивних клінічних і лабораторних обстежень, отриманих в ході дослідження.Переносимість препарату оцінювалася на підставі суб'єктивних скарг пацієнта і об'єктивних даних, отриманих в процесі лікування. Враховувалася динаміка лабораторних показників, а також частота виникнення і характер побічних реакцій.

В результаті проведеного лікування в обох групах обстежених хворих був досягнутий позитивний терапевтичний ефект, який заключався в значній позитивній динаміці симптомів гострої кишкової інфекції уже на 4-й день лікування і практично повному зникненні симптомів гострої кишкової інфекції до закінчення курсу лікування. По загальноклінічному та біохімічному аналізах крові також спостерігалась позитивна динаміка показників. Результати мікробіологічного обстеження

калу після проведеної терапіїдосліджуваними препаратами показали відсутність патогенної мікрофлори у 37 (88,1 %) пацієнтів основної групиі у 36 (85,7 %) – контрольної. У 5 (11,9 %) хворих основної групиі у 6 (14,3 %) контрольної *E. coli O1, E. coli O18,P. mirabilis, K. Oxytoca* виділялись повторно. Під час лікування у жодного пацієнта не було відмічено побічних реакцій, що свідчить про хорошу переносимість препарату.

Висновки: на основі проведених досліджень та отриманих результатів можа зробити висновок, що препарат Ніфурозид-здоров'я є ефективним, добре переноситься та може використовуватись для лікування хворих на гострі кишкові інфекції.

О. М. Домашенко, Т. А. Біломеря, Г. М. Дараган,
Т. І. Черкасова, Л. С. Акімова

ІКСОДОВИЙ КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Національний медичний університет імені М. Горького,
м. Донецьк
Головне управління Держсанепідслужби, м. Донецьк

Діагностика іксодового кліщового бореліозу (ІКБ) у Донецькій області налагоджена з 2000 року. За всі роки епідеміологічного спостереження ситуація з захворюваністю на ІКБ залишається напруженою. За станом на 01.01.13 р. в області зареєстровано 1363 випадків захворювання людей на ІКБ. У 2012 р. спостерігалося 160 випадків захворювання людей на хворобу Лайма на території 20 регіонів. Показник захворюваності в області склав 5,6 на 100 тис. населення, що в 1,5 рази перевищує державний показник.

Метою дослідження було вивчення клініко-епідеміологічної характеристики ІКБ на території Донецької області.

Матеріали та методи. Обстежено 160 хворих на ІКБ, при цьому у 68 хворих (42,5 %) клінічний діагноз було підтверджено в лабораторії ОНІ облСЕС і комерційній лабораторії «Сінево»

методом ІФА. В 92 хворих (57,5 %) діагноз було встановлено на підставі даних епіданамнезу і типової клінічної симптоматики.

Отримані результати. Зараження 142 (88,8 %) хворих відбулося на території Донецької області і лише у 18 хворих (11,2 %) − на території України (Луганської, Дніпропетровської, Харківської, Київської, Вінницької, Івано-Франківської, АР Крим), Росії і Польщі. Якщо в попередні роки найбільш високі показники захворюваності відзначалися в Північно-Степовій і Донецько-Кряжній зонах області, то в останні роки захворювання на ІКБ виявляються в усіх районах області, зокрема і в південному Приазовському (м. Маріуполь, Першотравневий, Тельмановський райони). Укус кліща відмічали 75 % захворілих, 9,4 % пацієнтів спостерігали укус невідомої комахи, не відмічали укусу 15,6 % пацієнтів. 49 хворих спостерігали укуси при відпочинку у лісовій зоні, 40 – за місцем мешкання. Відому роль у підтримці епізоотичного процесу мають іксодові кліщі, індекс рясності яких збільшився в 2012 році в 1,6 рази. При лабораторному дослідженні іксодових кліщів на наявність збудників ІКБ виявлено 15 позитивних знахідок (5,8 %), із яких кліщі Ixodes ricinus склали 4,9 %, кліщі D. marginatus − 11,1 %, що свідчить про відому роль двох видів кліщів у формуванні природних вогнищ цієї інфекції. В останні роки стан клінічної діагностики ІКБ у Донецькій області залишається задовільним: у перші 5 днів при зверненні за медичною допомогою первинний діагноз ІКБ було встановлено в 81,25 % випадків. У 18,75 % спостерігалися помилкові діагнози. Вік захворілих значно коливався від 2,6 до 77,1 років. Кількість хворих дітей склала 6, осіб старечого віку – 11. Питома вага жінок, що захворіли на ІКБ, становить 64,4 %, причому частіше хворіли особи у віці від 30 до 50 років і більше (80,6 %). Професійний характер захворювання, як і в попередні роки, при ІКБ не спостерігався. Інкубаційний період до 5 днів склав 20,2 %, після 7 днів і пізніше – 79,8 %. Зверненість за медичною допомогою в перші 3 дні захворювання склала

28,1 %, до 10 днів звернулися 13,8 % , від 11 до 30 днів – 30 %, пізніше 1 міс. – 28,1 % хворих. Серед захворілих переважали особи з кільцеподібною еритемою (93,8 %). Значно рідше було виявлено випадки ІКБ, що перебігали у формі нейробореліозу (4 хворих), при цьому відзначено двобічний парез лицьового нерва, серозний менінгоенцефаліт, енцефалополінейропатія. У 6 хворих встановлено суглобову форму ІКБ.

Висновки. Таким чином, багаторічне моніторування поширеності і захворюваності на ІКБ на території Донецької області свідчать про залучення до епізоотичного процесу майже всієї території регіону. Враховуючи поліморфізм клінічної картини ІКБ, важливим завданням лікарів різних спеціальностей є виявлення захворювання на стадії генералізації і хронічного перебігу.

О. М. Домашенко, А. І. Сирота

РЕВМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЄРСИНІОЗУ

Національний медичний університет імені М. Горького,
м. Донецьк

Рівень захворюваності на єрсиніоз в Україні істотно коливається від 0,11 до 2,4 на 100 тисяч населення. У 1,3 % випадків єрсинії індукують розвиток захворювань сполучної тканини (вузлова еритема, синдром Рейтера, поліартрит). Рідше виникають анкілозуючий спондиліт, ревматоїдний артрит. Серед хворих на єрсиніозний артрит носії HLA-B27 становлять 80 %, при цьому зміни в суглобах можуть зберігатися місяці і роки.

Метою дослідження було вивчення клінічних проявів суглобового синдрому при генералізованій формі єрсиніозу.

Матеріали та методи. Представлені багаторічні обстеження 250 пацієнтів на єрсиніоз у віці 15-68 років. Діагноз встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних, бактеріологічного дослідження та серологічної ідентифікації при постановці РНГА з еритроцитарними єрсиніозними

діагностикумами (серовар 03, 09), ІФА, РКА. Було оцінено прогностичне значення імунних комплексів (ІК) при єрсиніозі.

Отримані результати. Середньотяжкий перебіг єрсиніозу спостерігався у 64,4 %, тяжкий– у 35,6 %. Різного ступеня вираженості артралгії мали місце у 85 (34 %) хворих на генералізовану форму єрсиніозу. Зазвичай вони поєднувалися з іншими проявами захворювання: гарячкою, ознобами, висипом на шкірі, лімфаденопатією, диспептичним або (і) ентеритичним синдромом. У частини хворих артралгії носили генералізований характер, були інтенсивними. Хворі скаржилися на болі не тільки в гомілковостопних, променезап'ясткових, колінних, ліктьових суглобах, але і в поперековій області. Вони виникали з перших днів хвороби і були симетричними, надалі посилювалися або знову виникали при розвитку рецидиву. У 34 (13,6 %) хворих на єрсиніоз у гострому періоді хвороби розвинулися артрити, при цьому в процес залучалися 3-4 суглоба. Переважно були уражені гомілковостопні і променезап'ясткові, рідше – колінні і плечові суглоби. У 22 (8,8 %) хворих на єрсиніоз залучалися суглоби кистей рук і меншою мірою – стоп. Синдром Рейтера був у 5 (14,7 %) хворих на єрсиніоз, при цьому найчастіше були уражені колінні, гомілковостопні, міжфалангові суглоби. У половини хворих спостерігалися тендосиновіїти. Тривалість артритів склала від 1 місяця до трьох років. Хронічна форма супроводжувалася тривалим, рецидивним перебігом із залученням у процес нових суглобів, нерідко кистей рук і стоп. У розпалі єрсиніозу істотно збільшується вміст "середньомолекулярних" і "дрібномолекулярних" ІК. Якщо у здорових концентрація середньомолекулярних ІК склала 54,2±2,1 ум.од., то при середньотяжких формах єрсиніозу – 62,6±4,1 ум. од., а концентрація дрібномолекулярних ІК (при нормі 18,9±1,8 ум. од.) склала 96,4±1,1 ум. од. при середньотяжкому, 104,0±3,4 ум. од. – при тяжкому перебігу захворювання, відрізняючись з високим ступенем достовірності ($p<0,001$) від норми. У розпалі

єрсиніозу великомолекулярні ІК склали при середньотяжкій формі 46,4 %, при тяжких формах 42,5 % від загальної кількості ІК у сироватці крові. Дрібномолекулярні ІК при середньотяжкому перебігу єрсиніозу склали 21,8 %, а при тяжкому–26,4 %. Таким чином, тяжкий перебіг єрсиніозу супроводжувався значним збільшенням у крові концентрації дрібномолекулярних ІК, що володіють вираженою токсичністю внаслідок здатності адсорбуватися у внутрішніх органах, що сприяє їх пошкодженню. Найбільш високою загальна концентрація ІК була при рецидивних формах єрсиніозу. При цьому вміст дрібномолекулярних ІК склав 40,5 %. У періоді реконвалесценції (перед випискою із стаціонару) концентрація середньо-і дрібномолекулярних ІК була істотно підвищена при артритичному синдромі єрсиніозу.

Висновки. Таким чином, лікарі різних спеціальностей повинні знати про можливість розвитку суглобових форм єрсиніозу, у тому числі внаслідок перенесених субклінічних і легких варіантів перебігу. Розпізнаванню синдрому Рейтера і поліартритів при єрсиніозі сприяють правильно зібраний анамнез захворювання (попередня діарея, абдомінальні болі, гарячка, тонзило-катаральні симптоми і т.і.), специфічні лабораторні дослідження, а також надійне виключення інших (крім єрсиній) етіологічних факторів.

Г. М. Дубинська, Н. О. Прийменко, О. А. Шликова

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ ПРИ ГРИПІ В ОСІБ ІЗ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНІВ TLR-2, TLR-3, TLR-4

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

Дослідження останніх років доводять, що основна роль у первинному захисті організму від патогенів належить родині рецепторів – Toll-like (TLR), а поліморфізм їх генів лежить в

основі підвищеної сприйнятливості до інфекцій, тяжкого та ускладненого перебігу хвороби та летального наслідку.

Мета дослідження– дослідити клініко-лабораторні характеристики грипу, ускладненого пневмонією, в пацієнтів із поліморфізмом Arg753Gln гену TLR-2, Leu412Phe гену TLR-3, *Asp299Gly* гену TLR-4.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети обстежено 45 хворих на ідентифікований грип, ускладнений пневмонією, які знаходилися на лікуванні в Полтавській ОКІЛ в епідсезон 2009-2013 рр. Серед них жінок – 25 (55,6 %), чоловіків – 20 (44,4 %), віком від 19 до 59 років (середній 39,4±1,84). Переважна більшість обстежених була молодого та середнього віку (75,6 %), жоден не мав загальновизнаних факторів ризику ускладненого перебігу грипу. У 5 (11,1 %) пацієнтів пневмонія завершилась летально. Вік померлих від 26 до 52 років (в середньому 40,4±5,24). Генотипування поліморфної ділянки Arg753Gln гену TLR-2, Asp299Gly гену TLR-4, Leu412Phe гену TLR-3 проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з використанням олігонуклеотидних праймерів. Ампліфікація здійснена на ампліфікаторі «Терцик» («ДНК-Технология», Москва).

Результати дослідження. Проведені дослідження показали, що у переважної більшості (73,3 %) хворих на грип, ускладнений пневмонією, виявляли мутації в генах TLR-2, TLR-3, TLR-4, найчастіше –Leu412Phe генуTLR-3 (68,9 %). Мутантні генотипи Asp/GlyTLR-4 і Arg/GlnTLR-2 виявлялись, як правило, в комбінації з поліморфізмом Leu412Phe гену TLR-3, загалом– у 13,3 % хворих. Вірусна пневмонія розвинулася у 16 із 45 обстежених пацієнтів, в усіх (100,0%) мав місце поліморфізм гену TLR-3, з них у 3 (18,8%) він поєднувався з поліморфізмом генів TLR-2 та TLR-4. При вірусно-бактеріальній пневмонії, діагностованій у 29 із 45 обстежених, визначалися як «дикі типи» генотипів TLR-2, TLR-3, TLR-4 – у 12 (41,4%) осіб, так і поліморфнозмінені: з них TLR-3 – у 12 (41,4%), TLR-2 та TLR-4

– по 1 (3,4%), комбінація мутантних генотипів досліджуваних TLR– у 3 (10,3 %). Встановлено, що тяжкість перебігу пневмонії залежала від наявності поліморфізму гену TLR-3: при тяжкому перебігу мутантні генотипи виявляли у 85,7 % пацієнтів, при середньотяжкому – у 54,1 % ($p<0,01$). Частоти мутантних генотипів TLR-2 та TLR-4 достовірно не різнилися у хворих із середньотяжким і тяжким перебігом пневмонії. Результати обстеження пацієнтів із летальним наслідком хвороби виявили мутації в гені TLR-3 у 80,0 %, що відповідало частоті його виявлення у пацієнтів з тяжким перебігом пневмонії. Частота реєстрації генотипу Asp/GlyTLR-4 і Arg/GlnTLR-2 у померлих виявилася в 2,8 та 4,2 більше, ніж при тяжкому перебігу пневмонії (14,3 % проти 40,0 % та 4,8 % проти 20,0 % відповідно). У двох пацієнтів з летальним висходом визначалося поєднання мутантних генотипів (Leu/PheTLR-3 +Asp/GlyTLR-4 +Arg/GlnTLR-2 та Leu/PheTLR-3 +Asp/GlyTLR-4). Гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС) частіше діагностували у хворих з мутантним гомозиготним генотипом TLR-3 порівняно з пацієнтами, які мали нормальний розподіл алелей TLR-3 (50,0 % проти 8,3 %, $p<0,05$).

Висновки Встановлено, що особи з поліморфнозміненим генотипом TLR-2, TLR-3, TLR-4 мають підвищений ризик розвитку пневмонії при грипі.Люди з мутантним гомозиготним генотипом TLR-3 і комбінацією мутантних генотипів TLR-2, TLR-3, TLR-4 складають групу ризику розвитку вірусної пневмонії при грипі.Наявність мутантних генотипів Arg/GlnTLR-2, Leu/Phe, Phe/Phe TLR-3 і Asp/GlyTLR-4 у хворих на грип є прогностично несприятливою ознакою щодо тяжкості перебігу пневмонії, розвитку ГРДС, а також летального наслідку.

П. А. Дьяченко, А. О. Руденко, Л. В. Муравська,
Б. А. Пархомець

ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГЕРПЕСВІРУСНІ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.

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

Герпесвірусні інфекції належать до найбільш розповсюджених вірусних захворювань людини. Понад 90 % дорослих в усіх країнах світу інфіковані одним або кількома сероваріантами вірусів герпесу. Широке розповсюдження, часте ураження осіб найбільш працездатного віку, широкий спектр клінічних проявів, висока частота хронізації процесу, значний відсоток інвалідизації та несприятливих наслідків надали цій патології характер важливої проблеми сучасної інфектології. Це обумовлює необхідність подальшого вдосконалення методів діагностики та лікування хворих з герпесвірусними ураженнями нервової системи.

Доведено, що формування інфекційного процесу при герпесвірусному ураженні ЦНС залежить від імунного статусу пацієнта, у той же час також існують дані щодо самостійної імуносупресивної дії герпесвірусів.

Сучасні дані літератури говорять про зміни багатьох показників клітинної, гуморальної ланок імунітету і активності фагоцитозу.

Мета роботи: оцінка функціонального стану нейтрофілів периферійної крові хворих з герпесвірусними ураженнями нервової системи.

Матеріали та методи: нами обстежено 17 хворих з герпесвірусним ураженням нервової системи.

Жінок було 12, чоловіків – 5. Середній вік хворих складав 32±9,8 років. Залежно від ураження структур нервової системи сформульовані діагнози: арахноенцефаліт (7), розсіяний

енцефаломієліт (1), арахноїдит (5), енцефаліт (1), менінгоенцефалополірадикулонейропатія (1), неврит лицьового нерву (1), центральний понтінний мієлініоз (1).

Підтвердження етіології захворювання проводили за допомогою методу ПЛР з метою виявлення ДНК герпесвірусів у лікворі, сироватці крові та слині, а також методом ІФА для виявлення антитіл класу IgG та IgM в сироватці крові, IgG в лікворі до вірусів герпесу простого (HSV1/2), Епштейна-Барр (EBV), варіцелла зостер (VZV), цитомегаловіруса (CMV), вірусів герпесу людини 6-го, 7-го та 8-го типів (HHV6, HHV7, HHV8). В етіологоії уражень нервової системи приймали участь HSV (2 хворих), HHV7 (2), HSV+EBV (1), EBV (6), CMV (3), HHV6+ CMV (1), CMV+EBV (1), HSV+EBV (1). За тяжкістю – легкої форми не було, середньотяжка була у 17.

Групу контролю складали 8 здорових осіб (6 жінок і 2 чоловіків), середній вік 43,3±19,3 року.

Функціональну активність нейтрофілів периферійної крові визначали за показниками фагоцитарного індексу, фагоцитарної активності, НСТ-тесту, рівнів мієлопероксидази, каталази, перекису водню.

Результати та їх обговорення. У хворих із герпесвірусними ураженнями нервової системи в порівнянні із здоровими людьми підвищується індекс фагоцитарної активності (основна група – 55,46±10,0 %, контрольна – 49,12±9,67 %**)**, показник НСТ-тесту (основна група – 9,8±5,1%, контрольна – 8,36±7,15 %)та рівень пероксиду водню (основна група – 118,23±63,25 мкг/л, контрольна – 45,56±29,7 мкг/л), на тлі деякого зниження відсотку фагоцитуючих клітин (основна група – 51,53±9,09 %, контрольна – 55,62±6,67 %) та концентрації мієлопероксидази (основна група – 241±144,36 у.о., контрольна – 273±93,4 у.о.).

Висновки. Таким чином, герпесвірусні ураження нервової системи супроводжується деяким підвищенням функціональної активності нейтрофілів, але ці зміни не покращують противірусну імунну відповідь.

А. І. Есманова

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ ПРИ НЕЙРОІНФЕКЦІЯХ ТА ІНШИХ ГІПОКСИЧНИХ УРАЖЕННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З. Й. Красовицького, м. Суми

Гіпоксія головного мозку є одним з патогенетичних механізмів розвитку уражень центральної та периферичної нервової системи при нейроінфекціях .

Дефіцит кисню в організмі хворого сприяє пригніченню діяльності нервової системи.

Переважна кількість пластичих та енергетичних процесів у клітинах головного мозку відбуваються за участю кисню.

Під дією гіпербаричної оксигенації (ГБО) відбувається насичення тканин організму киснем та стимулювання регенеративних процесів в тканинах організму.

Протягом 2010-2012 років у відділенні ГБО проводилося лікування 12 хворих на гострий серозний менінїт, гострий гнійний менінгіт, розсіяний енцефаломієліт та 28 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією на тлі вірусних гепатитів, лептоспірозу переважно середнього та тяжкого ступеня тяжкості перебігу.

Сеанси баротерапії проводилися протягом 10-12 днів у режимі Р=1,7-1,9 ата з ізопресією 40-50 хвилин.

До проведення сеансів баротерапії хворих турбували запаморочення, зниження пам`яті, виражений головний біль, порушення сну, лабільність нервової системи, виражений астенічний синдром та інше.

При проведенні сеансів баротерапії вже після проведення 2-3 сеансів хворі відмічали зникнення запаморочення, зменшення інтенсивності та припинення головного болю, нормалізацію сну.

Після проведення контрольної люмбальної пункції на тлі проводимої медикаментозної терапії в поєднанні з використанням ГБО на 1-2 дні швидше настає нормалізація показників спинно-мозкової рідини.

Все вищезазначене дає можливість рекомендувати лікарям інфекціоністам, неврологам та лікарям загальної практики призначати курси баротерапії для лікування хворих з нейроінфекціями у гострому періоді та в періоді реабілітації хворих.

Л. П. Зайцева

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРОСЛИХ

Сумський обласний перинатальний центр, м. Суми

Актуальність. Вітряна віспа одна з найпоширеніших інфекцій у світі, спричиняється герпетичним вірусом людини 3-го типу (Varicella-Zoster), відрізняється швидким поширенням по клітинній культурі, ефективним руйнуванням інфікованих клітин і здатністю існувати в латентній формі переважно в нервових гангліях.

Мета роботи. Встановити особливості клінічного перебігу вітряної віспи у дорослих залежно від віку.

Матеріали та методи. Спостерігали 75 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні КУ СМКЛ № 4 протягом 3 років (2010-2012).

Результати. Було виявлено, що 37 (49,3 %) хворих були віком від 15 до 20 років, 28 (37,3 %) – від 21 до 30 років, 5 (6,6 %) – від 31 до 40 років і 5 (6,6 %) – віком понад 40 років. Серед захворілих було 53 чоловіків та 22 жінки. У 61 (81,3 %) пацієнтів – середньо тяжкий перебіг, у 10 (13,3 %) – тяжкий перебіг і легкий перебіг спостерігався лише у 4 (5,3%). Більшість осіб – 46 (61,3 %) поступили в осінньо-зимовий період.

У типових випадках хвороба починалась гостро – 57 (76 %) або підгостро – 18 (24 %) з одно- або дводенним початковим періодом, при якому спостерігалися підвищення температури тіла від субфебрильної до високої, нездужання, загальна слабкість, головний біль. У тяжких випадках відзначались виражені симптоми інтоксикації, прояви нейротоксикозу. Подальший розвиток хвороби відзначався появою рясної плямисто-папульозно-везикульозної висипки, яка протягом доби швидко збільшувалась і поширювалась на обличчя, волосисту частину голови, тулуб, нерідко на долоні, часто спостерігався нестерпний свербіж шкіри. Тривалість періоду висипань у середньому становила 5-7 днів. У 2 хворих вміст везикул був з геморагічним компонентом, у 4 пацієнтів спостерігалася пустулізація елементів з повторним підвищенням температури тіла до фебрильних цифр і зростанням інтоксикаційного синдрому, у 4-х осіб поряд з типовим спостерігався бульозний висип. Кірки у 68 (90,6 %) хворих супроводжувалася енантемою на слизовій оболонці рота, переважно в ділянці піднебінних дужок і м'якого піднебіння. Енантема спостерігалась також і на слизових статевих органів з однаковою частотою у жінок та чоловіків (5,3 %). В 1,3 % випадків висипання були на кон'юнктиві очей, супроводжуючись сльозотечею, відчуттям «піску». У 42 (56 %) випадків спостерігалося збільшення шийних і завушних лімфатичних вузлів. У гемограмі хворих відзначалась лейкопенія з незначним зрушенням формули вліво.

У 13,3 % хворих перебіг захворювання був тяжким, спостерігалися ускладнення – стафілодермія – 2 (2,6 %), у 6 (8 %) хворих розвинулася генералізована форма вітряної віспи (суцільне ураження шкіри та слизових оболонок елементами висипки). Двоє хворих (2,6 %) поступили з супутнім синдромом Стівенса-Джонсона, у одного з яких спостерігалися явища енцефаліту, який супроводжувався головним болем, головокружінням, сонливістю, ністагмом, порушенням координації.

Для лікування проводили змазування висипки 1 % розчином метиленового синього ,1 % розчином бриліантового зеленого. В разі гнійних ускладнень призначали антибіотики. При виражених симптомах інтоксикації проводили дезінтоксикаційну терапію. При енцефалітах, генералізованих формах призначали протигерпетичні препарати (ацикловір або вала вір), що дозволило скоротити період висипань в середньому на 1 день, зменшувало число нових елементів приблизно на 25 % і послабляло вираженість симптомів інтоксикації у третини пацієнтів. Для десенсибілізації призначали антигістамінні препарати.

Висновки. Таким чином, перебіг вітряної віспи у дорослих відзначається більш тяжким перебігом хвороби, ряснішою висипкою, більшою частотою різноманітних ускладнень.

А. И. Захарчук

ТОКСОКАРОЗНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПОЧВЫ В ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ

Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы

Токсокароз, в отличие от всех других ларвальных гельминтозов, является массовым заболеванием. Такое широкое распространение токсокароз получил вследствие двух причин: повсеместного распространения основного хозяина T. canis – собаки, свободно обсеменяющей яйцами токсокар окружающую среду, и легкостью заражения людей при несоблюдении ими правил личной гигиены.

Исходя из того, что оценка токсокарозного загрязнения (ТЗ) по климато-географическому принципу является более адекватной и достоверной, чем по административно-территориальному, для изучения активности эпидемиологического процесса территория Черновицкой области была разделена на три зоны: горную, предгорную и равнинную, существенно отличающиеся по климато-

географическому и природно-ландшафтному показателям. Если источником обсеменения окружающей среды яйцами токсокар являются инвазированные токсокарозом собаки, то начальным и основным фактором передачи токсокароза является загрязненная яйцами токсокар почва, обусловливающая дальнейшую эпидемиологическую цепочку токсокароза.

Цель настоящего исследования – изучить обсемененность почвы яйцами токсокар, их выживаемость и сроки развития в выделенных климато-географических зонах Черновицкой области.

Для оценки обсемененности яйцами токсокар почвы пробы отбирались с территории населенных мест, дворов и огородов индивидуальных домовладений, детских дошкольных учреждений, школ, мест содержания собак, парков, скверов, выгульных площадок, рекреационных зон. Всего было исследовано 19795 проб почвы, из них в сельской местности – 9648, в городах 9147.

Анализ результатов исследования показал, что как экстенсивная, так и интенсивная обсемененность почвы яйцами токсокар в целом по области и по климато-географическим зонам в сельской местности более, чем в 1,5-2 раза была выше, чем в городах. Так, из исследованных 9648 проб почвы в сельской местности в 263 пробах (2,73 %) были обнаружены яйца токсокар (в среднем 3,66 экз/кг), тогда как в городской местности эти показатели составляли 10147, 163 (1,6 %), 1,88 экз/кг соответственно. При этом более половины обнаруженных в почве всех зон яиц токсокар были в стадии личинки.

Сравнительный анализ результатов исследования в разных климатических зонах показал, что как экстенсивные, так и интенсивные показатели обсеменения почвы яйцами токсокар в горной зоне были более, чем в 2 раза, выше показателей предгорной и равнинной зон. Было установлено, что развитие и выживаемость яиц зависит от сезонности и природно-климатических условий. Знание этого вопроса очень важно для

профилактических мероприятий по санитарному надзору за почвой.

Проведенный мониторинг на протяжении 5 лет позволил установить, что обсемененность почвы яйцами токсокар с 2002 по 2006 гг. в горной зоне возросла более, чем в 2 раза, в предгорной в 1,5 раза, а в равнинной существенно не менялась.

Изучение сроков развития и выживаемости яиц токсокар показало, что жизнеспособность яиц в почве зависела от сезонности, климатических условий и характера почвы. Кроме того, отмечено укорачивание сроков развития яиц по мере продвижения на юг. А в горной зоне длительность циклов развития яиц токсокар зависела еще и от гипсометрии (от высоты над уровнем моря).

Анализ результатов проведенных исследований позволяет заключить, что согласно «Оценочным показателям санитарного состояния почвы» обсемененность яйцами токсокар в Черновицкой области в целом и в ее предгорной и равнинной зонах соответствовали слабо загрязненной почве (как в городской, так и сельской местности). Показатели обсемененности почвы яйцами токсокар в горной зоне были значительно выше и были характерны для умеренно загрязненной почвы. Степень обсемененности почвы яйцами токсокар зависит не только от количества попавших в нее яиц токсокар, но и от сроков их развития и выживаемости.

Прогрессивное ухудшение санитарного состояния почвы создает потенциальную опасность токсокарозного загрязнения в местах повышенной обсемененности почвы яйцами токсокар Черновицкой области и благоприятствует заражению населения токсокарозом.

Н. І. Ільїна

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТОКСОПЛАЗМОЗУ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність проблеми TORCH-інфекцій пов'язана з широкою поширеністю, множинними механізмами передавання, можливістю внутрішньоутробного інфікування з подальшим розвитком вад у плода, часто несумісних з життям, переважно хронічним пербігом хвороби. Захворювання, спричинені внутрішньоутробним інфікуванням, посідають перші місця у структурі причин смертності новонароджених.

Найбільш поширеними інфекціями цієї групи є токсоплазмоз (Т) і цитомегаловірусна (CMV- інфекція). У 90-95 % випадків для них характерний переважно латентний (субклінічний) перебіг. Клінічне значення Т і CMV-інфекції мають у хворих з імунодефіцитом та у вагітних. Т і CMV-інфекція – класичні опортуністичні інфекції, характерні для тяжких імунодефіцитних станів як первинних, так і набутих.

Хвороба реєструється майже у всіх регіонах світу. Показники інфікування токсоплазмами коливаються у межах від 5 до 90 % у різних країнах, цитомегаловірусом – у 80-90 %. До 90-100 % дітей інфікуються CMV у віці до 5 років.

Клініка Т і CMV-інфекції залежить від стану імунної системи організму. Для обох хвороб характерний поліморфізм клінічних проявів, відсутність патогномонічних симптомів, що знижує можливість клінічного діагнозу. Тому важливе значення належить лабораторній діагностиці.

Класична лабораторна діагностика Т тривалий час базувалася на паразитологічних, алергологічних і серологічних методах дослідження. Перші два методи в наш час практично не використовуються. Серологічними реакціями (РНІФ, РЗК) визначаються сумарні антитіла до збудника, які можуть тривалий час у високих титрах циркулювати в крові пацієнтів.

Отже, зробити висновок про активність і давність процесу на підставі цих досліджень неможливо.

Для діагностики маніфестних форм CMV-інфекції важливим є виявлення цитомегалів – великих клітин овальної або округлої форми з включеннями у ядрі - в слині, сечі, ліквор тощо. Для підтвердження діагнозу використовують і вірусологічне дослідження культивування вірусу на фібробластах ембріону або диплоїдних клітинах людини . Однак, у зв'язку з тривалим дослідженням: цей метод застосовується рідко. Серологічні методи, як і при Т, ненадійні.

В останні роки застосовуються новітні високочутливі імунологічні методи діагностки Т і CMV-інфекції - ІФА, ELISA, які дають можливість диференціювати IgM та IgG. Для визначення реплікативної фази процесу, що є показанням для призначення етіотропної терапії, застосовується ПЛР.

Відомо, що IgM та IgA характерні для гострої інфекції (свіже інфікування, реактивація, реінфекція). Інтерпретацію результатів дослідження затруднюють тривала циркуляція IgM та IgG (до 6-12 міс). Можлива поява неспецифічних IgM у вагітних, перехрестних IgM у осіб з аутоімунними захворюваннями.

В останні роки для розмежування активного процесу від хронічної або перенесеної інфекції використовуються тести для визначення авідності IgG методом ІФА. Ранні специфічні IgG з'являються у крові через 1-2 тижні після інфікування, через 6-8 тижнів їх титр зростає максимально, згодом може знижуватися або зберігатися тривалий час. Для ранніх IgG характерний слабкий зв'язок з антитілами збудника (низька аффінність) і, незважаючи на високу концентрацію у крові, вони мають низьку здатність до елімінації збудника із організму. Отже, низька авідність характерна для свіжого інфікування. Тривалий перебіг хвороби спричиняє утворення специфічних IgG з високою спорідненістю до антигенів збудника, що міцно зв'язують з ними. З їх виникненням зникають IgM та IgA і процес переходить у латентну фазу інфекції, для якої характерна наявність IgG з високою авідністю.

Отже, тест на авідність анти-toxo IgG та анти - CMV IgG дає можливість своєчасно діагностувати первинний Т або первинну CMV-інфекцію, диференціювати гострий процес від хронічного або латентного, що особливо важливо для діагностики цих захворювань у вагітних з метою своєчасного запобігання інфікування плоду.

Л. О. Кадельник

ХРОНІЧНІ ШКІРЯНІ ПРОЦЕСИ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Хронічні дерматози (ХД) є захворюваннями, що зустрічаються повсюдно, виникають у будь-якому віці і характеризуються рецидивуючим перебігом, мають виражену резистентність до проведеної терапії, що нерідко призводить до тривалої втрати працездатності. В останні роки спостерігається зростання тяжких, рефрактерних до фармакотерапії, часто інвалідизуючих форм дерматозів, що суттєво впливає на якість життя пацієнтів, визначаючи не тільки медичне, а й соціальне значення зазначеної проблеми.

Існує наукове припущення про те, що на етіологію та патогенез ХД впливає патологія кишечнику. J. R. Person, J. D. Bernhard спостерігали пустульозний дерматит, пов'язаний із запаленнями кишечнику. На думку авторів дерматози розвиваються через поглинання мікробних антигенів з кишечника. Таким чином, аутоінтоксикацію було описано як первинний механізм у взаємозв'язку хвороб шкіри і кишечника.

Шкірні прояви дерматозів часто розглядають як алергічну реакцію організму на присутність чужорідних мікроорганізмів, вірусів, паразитів на продукти їх життєдіяльності, коли розвивається інтоксикація організму. У цьому випадку говорять про інфекційно-алергічну природу ХД.

Деякі дослідники вважають, що найважливішим етіологічним чинником розвитку дерматозів є паразитози. У літературі наведено дані про наявність шкірних висипань у хворих при виявленні у них кишкових паразитів. Так, роботами G. M. Swank, E. A. Deitchпоказано наявність у хворих на дерматози (екзема, псоріаз, кропив'янка, нейродерміт) протозойних і гельмінтних інвазій.

Підкреслюючи, що інфекція − це перша глава в патології шлунково-кишкового тракту, академік РАМН В. І. Покровський вказує на явну недооцінку значення кишкових гельмінтів і лямблій, які впливають як імуносупресори і викликають алергізацію організму. Тим часом, за даними ВООЗ, третє і четверте місця за масовістю захворювань посідають паразитарні інвазії, при цьому число хворих щорічно складає 14 млрд. осіб. Автори відзначають, що за останні 5 років констатовано більш ніж дворазове збільшення захворюваності на лямбліоз. Деструктивні зміни слизової оболонки тонкого і товстого відділів кишечнику під впливом тривалого паразитування найпростіших і гельмінтів призводять до порушення процесів травлення і всмоктування аж до мальабсорбції, що є патогенетично значимим фактором для хворих на дерматози.

Отримано дані про значну роль паразитарних інвазій кишечнику (гельмінтоз, лямбліоз) в патогенезі атопічного дерматиту, що є пусковим механізмом для імунопатологічних змін шкіри і підтримуючих його хронічний перебіг. Вивчаючи протозойний пейзаж кишечнику 2561 хворого на атопічний дерматит, Н. П. Торопова, Н. А. Сафронова, Л. М. Гордєєва зареєстрували 999 випадків зараження різними видами паразитів. Було виявлено 15 видів кишкових паразитів, 7 з яких були найпростіші: Giardialamblia, Chylomastixmesnili; Entamoebacoli, Endolimaxnana, Jodamoebabutchilii, Entamoebahartmannii. Авторами простежено чітки тенденції до збільшення питомої ваги заражених паразитами хворих на ХД в залежності від віку та тривалості захворювання.

Проаналізувавши дані літератури, можна зробити висновок, що немає чіткої концепції про місце гельмінтозів і протозоозів у розвитку запальних захворювань у патогенезі ХД. Залишаються відкритими питання паразитування і коменсалізму паразитів. Неоднозначно трактуються питання патогенезу та зацікавленості імунної системи при розвитку ХД. Представляє інтерес вивчення особливостей имунопатогенезу контактних паразитозів, потребують детального вивчення показники імунної відповіді з метою вибору найбільш активних протипаразитарних засобів та імунокорегуючої терапії.

Н. В. Клименко, О. М. Нємцова

МОНІТОРИНГ ВИПАДКІВ НА ІКСОДОВИЙ КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ В СОІКЛ

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені
З. Й. Красовицького, м. Суми

Іксодовий кліщовий бореліоз (ІКБ) – природно - вогнищеве інфекційне захворювання, що передається кліщами та має схильність до хронічного і рецидивуючого перебігу з ураженням шкіри, нервової системи, опорно-рухового апарату та серцево-судинної системи. Дана патологія - ендемічна для нашого регіону.

Згідно з наказом МОЗ України «Про посилення заходів з діагностики та профілактики іксодового кліщового бореліозу в Україні», в Сумській обласній інфекційні клінічній лікарні ім. З. Й. Красовицького з 2009 року ведеться постійний моніторинг пацієнтів, що звернулися з приводу присмоктування кліщів, та хворих, пролікованих з діагнозом системний кліщовий бореліоз.

За період з 2009 – 2012 рр. до закладу звернулося 334 особи з приводу присмоктування кліщів (2009 – 66, 2010 – 59, 2011 – 94, 2012 – 125 осіб), яким була призначена хіміопрофілактика у вигляді юнідоксу 200 мг /добу або азітроміцину 500 мг/добу

впродовж 5 днів. Однак реальна кількість постраждалих вища, оскільки не всі звертаються за медичною допомогою. За останні 4 роки на фоні хіміопрофілактики був лише 1 випадок захворювання на системний кліщовий бореліоз.

За відповідний період в СОІКЛ було проліковано 101 хворого з діагнозом бореліоз (в 2009 р. – 24 особи, 2010 р. – 27, 2011 р. – 21, 2012 р. – 29). Лабораторне підтвердження діагнозу становить 38,6 % (39 випадків), в 2009 році – 8,3 %, 2010 р. – 44 %, 2011 р. – 57 %, 2012 р. – 44 %.

Пік захворюваності на бореліоз – вересень-листопад, що зумовлене піком активності кліщів. Найчастіше пацієнти відмічали початок захворювання з появи кільцеподібної еритеми, загальної слабкості. Переважну більшість хворих було госпіталізовано до стаціонару пізніше 7 дня захворювання. У стаціонарі лікування проводиться юнідоксом або цефтріаксоном чи азитроміцином.

І. Г. Кривуля, В. О. Тєрьошин

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ В АНАМНЕЗІ

ДЗ "Луганський державний медичний університет", м. Луганськ

Метою роботи було вивчення складу кишкової мікрофлори у хворих з синдромом подразненого кишечника (СПК), які в анамнезі мають дані про перенесену гостру кишкову інфекцію (ГКІ).

Під спостереженням знаходилося 60 хворих: 33 пацієнта з СПК, які вказували на перенесену ГКІ в анамнезі (I група) і 27 хворих з СПК, які не вказують на перенесене кишкове захворювання (II група). Діагноз СПК встановлювали відповідно до Римських критеріїв III (2006). I і II групи були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювання СПК.

Для спостереження не включали хворих з симптомами харчової непереносимості продуктів, епізодами алергії в

анамнезі; особи, які протягом останніх двох тижнів приймали антибактеріальні препарати. Для виключення ГКІ проводили триразово посіви калу на селективні середовища і визначали антигени до інфекцій в калі і/або крові. Стан мікробіоценозу кишечнику оцінювали за результатами бактеріологічного дослідження калу.

В результаті дослідження в I групі хворих про перенесену дизентерію повідомили 2 (7,41 %) особи, 3 (11,11 %) - перенесли сальмонельоз, 3 (11,11 %) - інфекцію Campilobacter jejuni, у 19 (70,37 %) хворих збудник інфекції не був визначений. 8 хворих перенесли ГКІ від півроку до року тому, 19 - більше року назад.

У копрограмі домішки слизу визначені у 96,27 % хворих I групи і 90,9 % хворих II групи, надлишкове зростання йодофільної флори - у 74,1% пацієнтів I групи і у 30,3 % II групи. При бактеріологічному дослідженні фекалій відхилення у складі мікрофлори встановлені у 55 (91,67 %) хворих. У I-й групі дисбактеріоз I-го ступеню визначений у 5 (15,15 %) хворих, II-го - 16 (48,48 %), III-го - 4 (12,12 %). У II-й групі дисбактеріоз I-го ступеню спостерігався у 22 (81,48 %), II-го - 8 (29,63 %) чоловік. Особливістю змін кишкової мікрофлори хворих з СПК після перенесеної ГКІ було підвищення вмісту кишкової палички з пониженою ферментативною активністю, лактозонегативними, гемолітичними властивостями на тлі зниження біфідумбактерій до рівня (5,99±0,04) lg КУО на 1г фекалій і лактобактерій до рівня (6,21±0,04) lg КУО на1 г фекалій. У більшості хворих II групи спостерігалося селективне зменшення кількості анаеробних видів або у поєднанні з підвищеним вмістом умовно-патогенних мікроорганізмів у різних співвідношеннях.

Таким чином, при дослідженні стану мікробіоценозу кишечнику в хворих з СПК найбільш значущі відхилення спостерігалися у хворих, які протягом року перенесли ГКІ. У зв'язку з цим перспективним є подальше дослідження

імунологічних показників у хворих з СПК після перенесеної ГКІ.

Ю. П. Кришталь

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С, СПРИЧИНЕНОГО 2 ТА 3 ГЕНОТИПАМИ HCV НА СУМЩИНІ

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність. Вірусний гепатит С є важливою проблемою медичної науки та практичної охорони здоров'я всіх країн світу, у тому числі України. Згідно з даними ВООЗ, у світі налічується близько 500 млн. інфікованих HCV, 1,5-2 млн. осіб помирають від цієї інфекції. ГВС характеризується схильністю до формування хронічних уражень печінки. HCV передається в основному при контакті з інфікованою кров'ю, однак приблизно в 50% інфікованих фактори ризику зараження встановити не вдається (так звані "спорадичні" випадки).

Мета роботи: дослідити епідеміологічні аспекти перебігу хронічного гепатиту С, спричиненого 2 та 3 генотипом HCV, в залежності від статі, віку хворих та шляхів інфікування.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 50 хворих на ХВГ С, які перебували на стаціонарному лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні імені З. Й. Красовицького у 2012 р., середній вік хворих становив (42,54±2,88) роки, серед них було 26 жінок та 24 чоловіків. Робота проводилися з використанням загальноприйнятих епідеміологічних та статистичних показників.

Результати досліджень. Серед обстежених незначно переважали жінки (52 %). Середній вік інфікованих жінок складав (48,3±2,88) років, чоловіків – (40,2±2,88). Переважали міські жителі над сільськими 69 % та 31 % відповідно. З 50 хворих, які знаходилися під спостереженням у 12 серед факторів ризику був контакт з кров'ю. Можливий шлях інфікування – перентеральний - становив 87 % (медичні маніпуляції 11 %,

внутрішньовенне введення наркотичних речовин 7 %, шлях зараження не виявлений у 69 %), переливання крові проводилося в 13 % осіб.

Висновки. Основна частка хворих - працездатне населення, тому з метою попередження небажаних вислідків необхідна своєчасна верифікація діагнозу. Зважаючи на те, що більше ніж у половини пацієнтів не встановлений можливий шлях інфікування, доцільним є більш досконалне вивчення даної проблеми.

Л. М. Лазаренко, О. Є.Нікітіна, Г. В. Ковтонюк,
Є. В. Нікітін, Л. О. Ганова, В. О. Шевчук, М. Я. Співак

ВИЗНАЧЕННЯ ВІРУСІВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Одеський національний університет МОЗ України, м. Одеса
Інститут мікробіології і вірусології ім. Д. К. Заболотного
НАН України, м. Київ
ПрАТ НВК «ДІАПРОФМЕД», м. Київ

Результати експериментальних досліджень та епідеміологічні спостереження свідчать, що віруси простого герпесу (ВПГ), зокрема ВПГ-1 та ВПГ-2 є кофакторами раку шийки матки (ШМ), індукованого папіломавірусами людини (ВПЛ), другої за частотою виникнення пухлинної патології у жінок. Метою дослідження було визначення частоти інфікування ВПГ-1 та ВПГ-2 хворих на дисплазію ШМ шляхом дослідження IgM та IgG антитіл до цих вірусів у сироватці крові методом імуноферментного аналізу. Використовували імуноферментні тест-системи для визначення IgM та IgG антитіл до ВПГ-1- та ВПГ-2, а також тест-системи для визначення авідності IgG антитіл до цих вірусів виробництва ПрАТ НВК«ДІАПРОФМЕД» (м. Київ, Україна).

Обстежено 71 хвору на дисплазію ШМ різного ступеня тяжкості перебігу захворювання. У 61,9 % випадків у матеріалі ШМ ідентифікували ДНК ВПЛ методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), у 38,1 % випадків результати ПЛР були негативними. У хворих діагностували доброякісні процеси ШМ, а також цервікальні інтраепітеліальні неоплазії (ЦІН) I, II та III.

При ВПЛ-індукованій дисплазії ШМ IgG антитіла до ВПГ-1 та/або ВПГ-2 ідентифікували у сироватці крові в 95,5 % випадків. Серед хворих на дисплазію ШМ, які не були інфікованими ВПЛ, IgG антитіла до ВПГ-1 та/або ВПГ-2 виявлено у 88,9 % випадків. IgM та IgG антитіла до ВПГ ідентифікували одночасно в сироватці крові лише двох хворих цих груп порівняння. У більшій кількості випадків у сироватці крові хворих на дисплазію ШМ виявляли IgG антитіла до ВПГ-1, у меншій – IgG антитіла до ВПГ-1 та ВПГ-2. Незначна кількість хворих була інфікованою лише ВПГ-2.

При ВПЛ-індукованій дисплазії ШМ IgG антитіла низької або середньої авідності до ВПГ-1 та/або ВПГ-2 виявлено в однаковій кількості випадків (47,7 % випадків). Зауважимо, що у ВПЛ-інфікованих хворих із IgG антитілами низької авідності до ВПГ-1 та/або ВПГ-2 ЦІН I, II або III виявляли у більшій кількості випадків, ніж серед хворих цієї групи порівняння, сироватка крові яких містила IgG антитіласередньої авідності до цих герпесвірусів. У хворих на дисплазію ШМ, які не були інфіковані ВПЛ, IgG антитіла із низькою авідністю до ВПГ-1 та/або ВПГ-2 ідентифіковано у 59,3 % випадків, а із середньою авідністю – у 29,6 % випадків.

Отже, результати проведених нами досліджень виявили високий ступінь інфікування ВПГ-1 та/або ВПГ-2 хворих на дисплазію ШМ. У сироватці крові цих хворих ідентифікували в основному IgG антитіла до цих герпесвірусів лише низької та/або середньої авідності, що вказує на завершальний етап первинної герпетичної інфекції або загострення хронічного процесу. Отримані дані свідчать, що визначення авідності IgG антитіл до ВПГ-1 та/або ВПГ-2 у сироватці крові може мати

важливе прогностичне значення при ВПЛ-індукованих диспластичних процесах ШМ, оскільки наявність низько- та/або середьоавідних IgG антитіл до цих герпесвірусів у сироватці крові хворих на диспластичні процеси ШМ може бути показанням для застосування у їх комплексному лікуванні протигерпетичних препаратів.

М. В. Лимарь, В. В. Захлєбаєва

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність. Герпесвірусні інфекції (ГВІ) є актуальною проблемою дерматовенерології й охорони здоров'я в цілому у зв'язку з їх безконтрольним поширенням і впливом на здоров'я популяції. За даними літератури, в наш час понад 90 % населення інфіковані герпесвірусами, а в 22 % інфікованих виявляються клінічні прояви ГВІ. Цій негативній тенденції сприяють: розширення імунодефіцитного прошарку серед населення, ослаблення вірусоспецифічного клітинного імунітету через старіння організму або захворювання (ВІЛ-інфекція, онкопатологія, після трансплантації органів, у результаті використання імуносупресивних препаратів; персистенція вірусів в інфікованих і їхнє виділення в навколишнє середовище як хворими, так і носіями інфекції); відсутність можливості в лікувальних установах здійснювати детекцію вірусних антигенів за допомогою моноклональних антитіл і ПЛР, внаслідок чого не проводитьсядосимптомна діагностика інфекції, визначення рівня її активності і, в кінцевому підсумку, неможливість здійснення моніторингу ГВІ, недостатня поінформованість населення з питань профілактики ГВІ через недостатню просвітницьку роботу.

Загальноприйнятими принципами лікування ГВІ є комплексне застосування специфічних противірусних препаратів: ацикловір (герпевір, гевіран, віролекс, зовіракс), валоцикловір (вальтрекс, валовір), фамцикловір (фамвір); імуномодулювальної терапії (імуноглобуліни, препарати інтерферонов, поліоксидоній) та вітаміни групи А, В, Е, С у терапевтичних дозах, НПЗП, анальгетики. Противірусна терапія містить короткострокове лікування первинного епізоду або рецидивів герпетичної інфекції та профілактичну терапію для запобігання реактивації вірусу. Валоцикловір - оригінальний представник противірусних препаратів другого покоління з біодоступністю в 3-5 разів вищою, ніж у попередників, завдяки чому можливий простий режим дозування 1-2 рази на добу, скорочена тривалість курсу лікування до 3-5 днів і зменшене медикаментозне навантаження на організм хворого.

Мета роботи. Дослідити ефективність лікування та профілактики рецидивної герпетичної інфекції за допомогою противірусної терапії валовіром.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 40 хворих із проявами ГВІ – 17 чоловіків і 23 жінок віком від 19 до 75 років, у тому числі 19 з них мали простий герпес, 21 - оперізувальний герпес. У 22 хворих були виявлені супутні захворювання: патологія ШКТ, діабет, вогнища локальної інфекції (хронічний простатит, гайморит та ін.). Характер розташування висипки: у 37 (88 %) хворих була відзначена локалізована висипка; дисемінована форма - в 3 хворих з оперізувальним герпесом. Суб'єктивне відчуття свербіжа і печіння у вогнищах ураження були відзначені хворими з простим герпесом. Всі хворі з оперізувальним герпесом відзначали загальне нездужання, головний біль, підвищення температури тіла, інтенсивні болі по ходу уражених нервів.Валовір призначали за такими схемами: орофаціальний герпес - лікування рецидиву 2 г двічі на день;оперізувальний герпес - 1 г тричі на день протягом 7 днів. Ацикловір відповідно 200-400 мг 5 разів на добу та 800 мг 1 раз на добу 5-10 днів.

Результати. У процесі лікування через 12 годин відзначалося припинення появи нової висипки, підсихали пухирці, нормалізувався порушений загальний стан, значно зменшувалися набряк і еритема у вогнищах ураження, з'являлися кірки. Відпадіння кірок і повна епітелізація ерозій у більшості хворих настали на 3-4-й день терапії. У хворих з оперізувальним герпесом при прийомі Валовіру спостерігалося припинення появи свіжої висипки протягом 24 годин. На 2-3-й день нормалізувалася температура тіла, покращався загальний стан хворих, значно знизилася інтенсивність больових відчуттів, набряк і гіперемія у вогнищах ураження, починалося підсихання пухирців. На 4-5-й день було відзначено часткову епітелізацію ерозій і появу кірок, на 5-6-й - відпадіння кірок і епітелізація ерозій, на 9-10-й - рубцювання виразок. Випадків постгерпетичної невралгії у спостережуваних хворих відзначено не було. У пацієнтів, котрі отримували лікування ацикловіром, індукторами інтерферонів, вітамінами групи А, В, Е, С, анальгетиками, регрес клінічних проявів герпетичної інфекції наставав послідовно за стадіями захворювання в середньому на 24-48 годин пізніше.

Висновки. Позитивним моментом є добра переносимість лікування Валовіром усіма хворими, причому ускладнень терапії і побічної дії препарату відзначено не було. Отже,на підставі наведених спостережень можна зробити висновок про високу ефективність і безпеку Валовіру в лікуванні герпесвірусних інфекцій.

Н. М. Любченко

ДОСВІД ЕТІОТРОПНОГО ЛІКУВАННЯ БЕЗСИМПТОМНОГО ЛЯМБЛІОЗУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 1», м. Суми

Вступ. Лямбліоз – кишкова протозойна інфекція, що викликається найпростішими, частіше виникає у дітей, але не рідко зустрічається і в дорослих, переважно як носійство. Лямбліоз розповсюджений всюди. В країнах Азії, Африки, Латинської Америки лямбліозом заражається близько 200 млн. людей на рік, в Росії - до 130 тисяч на рік, в Україні - до 40 тисяч. У розвинутих країнах інвазування лямбліями дорослого населення складає 3-5 %, а в розвиваючихся – понад 10 %.

За результатами обстеження (м. Київ, 2000-2002 роки), інвазованість українців лямбліями серед дорослого населення з патологією шлунково-кишкового тракту складає 1,4 %, дітей до 14 років – 2,2 %. Зараження паразитами серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, в середньому, спостерігається у 6 % випадків; в тому числі ін`єкційних наркоманів – 3 %; хворих, інфікованих ВІЛ статевим шляхом – 11 %; на стадії первинних проявів ВІЛ-інфекції – 3 %; на стадії клінічного СНІДу – 11 %.

Від хворої людини за добу з каловими масами виділяється до 900 млн. цист лямблій, а в одному грамі фекалій кількість життєздатних цист, може досягати цифр – від 1,8 до 23 млн. При попаданні до шлунково-кишкового тракту від 10 до 100 цист лямблій – інвазія розвиниться з імовірністю 10-30 %; при чому, у 13-43 % - це буде маніфестний гострий лямбліоз. Актуальність лямбліозу також зумовлена і відсутністю настороги з боку лікарів до цієї інфекції, синдромальним поліморфізмом, замаскованим під різну гастроентерологічну, алергічну, неврологічну, дерматологічну патологію; високим ступенем летальності при клінічно вираженій тяжкій формі – близько 20 %, що зумовлено ускладненнями та загальним виснаженням, приєднанням сепсису.

25-28 % з числа інвазованих лямбліями є безсимптомними носіями. Такі носії є найбільш небезпечними для суспільства – потенційно здатні, не виявляючи себе, безперервно заражати оточуючих.

Мета роботи: оцінити у порівнянні ефективність застосування п`ятиденного курсу метронідазолу та триденного курсу орнідазолу при лікуванні безсимптомного лямбліозу, яке проводилось амбулаторно лікарем-інфекціоністом.

Основна частина. Під спостереженням перебувало 40 хворих. В кожного з них, на один грам фекалій, всередньому було виявлено від 200 до 500 цист лямблій. В жодного з хворих не було будь яких скарг або обєктивних проявів можливої патології шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної системи. Всі хворі отримували етіотропну терапію в амбулаторних умовах КІЗу КУ «Сумська міська клінічна лікарня №1» поліклініка №1.

20 хворих (1 група) приймали метронідазол по 1 г на добу. Курс лікування тривав п’ять днів. Метронідазол найбільш виражено пригнічує процеси клітинного дихання лямблій, менше – порушує синтез ДНК.

Інши 20 хворих (2 група) приймали орнідазол по 1,5 г на добу. Курс лікування тривав три дні. Орнідазол, переважно, інгібує реплікацію та транскрипцію ДНК, має цитотоксичну дію та здатний порушувати клітинне дихання лямблій.

Нагляд проводився протягом місяця. Через один місяць після лікування всім хворим проводилось контрольне трьохкратне копрологічне обстеження з інтервалом в 2 дні. Цисти лямблій були виявлені лише в одного хворого з першої групи.

Таким чином, лікування орнідазолом дозволило отримати вилікування у 100 % випадків, а метронідазолом - у 95 %.

Висновки. При амбулаторному лікуванні безсимптомного лямбліозу триденний, курс застосування орнідазолу виявився більш ефективним за пятиденний – метронідазолу.

Н. Г. Малиш, Ж. В. Хатинська, Т. Ю. Кірій

СТРУКТУРА ВІРУСНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ НА СУМЩИНІ

Сумський державний університет, м. Суми
Головне управління Держсанепідслужби у Сумській області, м. Суми

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) стійко посідають одне з провідних місць серед усіх інфекційних захворювань, характеризуються широкою поширеністю, високою частотою розвитку тяжких форм і ускладнень. Прогрес у галузі лабораторних методів діагностики дозволив істотно розширити уявлення про етіологічні чинники хвороби: у країнах, що розвиваються, домінують діарейні інфекції бактерійної етіології, а в економічно розвинених країнах - вірусної.

Мета роботи – встановити етіологічну структуру вірусних діарей на Сумщині.

Результати роботи та обговорення. Нами встановлено, що за досліджуваний період 2008-2012 рр. показники захворюваності на ГКІ дітей складали у 2008 р. – 697,1 на 100 тис. дит. нас.; у 2009 р. –762,3; у 2010 р. – 380,5; у 2011 р. -263,6; у 2012 р. – 702,6 та перевищували інцидентність дорослих відповідно у 9,5; 10,6; 2,8; 1,8 та 8,1 разу. Згідно офіційних даних, питома вага ГКІ, викликаних умовно патогенними мікроорганізмами, у нозологічній структурі була домінуючою і складала у середньому 51,7 %, знижуючись до мінімального значення 41,2 % у 2008 р. і зростаючи до максимального – 60,8 % у 2011 р. Однак, аналізуючи звітну документацію, ми встановили, що на наявність вірусів було досліджено лише 6,8 % проб фекалій пацієнтів з діареєю. При цьому, у 37,2 % випадків віруси були ізольовані. Ці дані, на нашу думку, опосередковано свідчили про те, що роль вірусів як етіологічних чинників ГКІ була недооціненою, оскільки, за результатами вибіркових досліджень на Сумщині на сучасному етапі більше третини гострих інфекційних діарей у дітей викликані вірусами. Вірусний пейзаж відрізнявся різноманіттям. Ротавіруси з фекалій ізолювали у 41,6 % проведених досліджень, норо віруси - у

25,8 %, ентеровіруси у 10,9 %, адено- і астровіруси відповідно - у 4,1 та 3,1 %. Слід зазначити, що наші результати дещо відрізнялися в бік зменшення з опублікованими даними інших дослідників, які вказували, що рота віруси є причиною діарей у 80 % пацієнтів, норовіруси - у 30 %, адено- і астровіруси відповідно у 7-17 % та 2-8 %. На нашу думку, це можна пояснити тим, що у Сумській області дослідження фекалій пацієнтів проводили не за клінічними показаннями, а вибірково, до того ж тільки з 2009 р., крім ІФА і ІХМ, був впроваджений такий метод дослідження як ПЛР.Таким чином, вважаємо, що впровадження у практичну медицину ПЛР та розширення кількості досліджень дозволить встановити реально існуючу етіологічну структуру ГКІ, і, як наслідок, відкорегувати профілактичні і протиепідемічні заходи, направлені на зниження захворюваності.

О. В. Мироник, О. М. Давиденко

ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНАЦІЇ АМІЗОНУ ТА НАСТОЯНКИ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРОВОЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АНГІНИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Сучасні підходи до тактики лікування хворих на ангіни передбачають комплексне застосування медикаментозних засобів різного походження, в тому числі, на рослинній основі, які направлені на відновлення імунного гомеостазу, стимуляцію місцевого імунітету піднебінних мигдаликів.

В зв’язку з цим нашу увагу привернув препарат амізон з групи ненаркотичних аналгетиків, який володіє протизапальною, жарознижуючою та інтерфероногенною дією.

В якості ефективної імуностимулюючої терапії застосовували настоянку ехінацеї пурпурової.

Мета роботи. Довести ефективність комбінації амізону з настоянкою ехінацеї пурпурової в комплексному лікуванні хворих на ангіни.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 56 хворих на ангіну віком від 16 до 35 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Чернівецької обласної лікарні. Серед хворих осіб жіночої статі було 31 (55,4 %), чоловічої – 25 (44,6 %).

Клінічна картина хвороби у всіх пацієнтів була типовою і характеризувалась синдромом інфекційного токсикозу, місцевими запальними змінами у зіві, наявністю регіонарного лімфаденіту.

Усі хворі були розподілені на 2 групи: контрольна – 20 осіб, основна – 36. Обидві групи були рандомізовані за статево-віковим складом, тяжкістю перебігу захворювання, характером місцевого запального процесу в зіві.

Пацієнти контрольної групи отримували базисну терапію, яка включала ліжковий режим, дієту № 13 за Певзнером, ампіокс, амізон, септефрил, діазолін, розчин фурациліну 1:5000. Пацієнти основної групи додатково отримували настоянку ехінацеї пурпурової з розрахунку по 30 крапель двічі на день за 30 хв. до їди впродовж 10 днів.

Ефективність лікування оцінювали шляхом порівняльного аналізу динаміки основних проявів захворювання у пацієнтів основної та контрольної груп.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за методом варіаційної статистики з використанням t критерію Ст'юдента.

Отримані результати. Під впливом лікування у пацієнтів основної групи тривалість синдрому інфекційного токсикозу зменшувалась на 2,5±0,2 дні. Фарингоскопічна картина (виражена гіперемія мигдаликів, їх набряк, інфільтрація, фібринозно-гнійний вміст у лакунах і нашарування на мигдаликах) починала змінюватись з 2-го дня і повністю нормалізувалися на 6-й день лікування у пацієнтів основної групи, а у пацієнтів контрольної – на 8-й день. Такий симптом,

як біль у горлі при ковтанні, вже на 4-й день зник у 54,7 % хворих основної групи, відповідно у 35,4 % пацієнтів контрольної групи. Тривалість гарячки у пацієнтів основної групи скорочувалась в середньому на 2,3±0,3 дні порівняно з контрольною групою ($p<0,05$); загальної слабкості – на 2,4±0,2 ($p<0,05$); тривалість зниження апетиту – на 5,5 ±0,4 ($p<0,05$). Відзначалась також швидша ліквідація регіонарного лімфаденіту на 4,2±0,3 дні ($p<0,05$). Однак, достовірної різниці у групах порівняння за такими симптомами, як болючість лімфатичних вузлів при натисканні не було. Під впливом амізону та настоянки ехінацеї пурпурової середній термін перебування в стаціонарі зменшився на 1,6±0,2 днів, а загальна тривалість хвороби на 2,1±0,3 днів.

Висновки. У хворих на ангіну досить чітко прослідковується протизапальна, детоксикуюча дія настоянки ехінацеї пурпурової в комбінації з амізоном.

Л. В. Мороз, І. В. Яцик

ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ПРИ РІЗНИХ КОМБІНАЦІЯХ ГЕНОТИПІВ ГЕНІВ ЦИТОКІНІВ (IL-1b, IL-1) ТА АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця

Актуальність. Інфікованість вірусом гепатиту С складає 3% населення світу, а наслідки прогресування хронічного гепатиту С (ХГС) являють собою важливу медико-соціальну проблему. Центральним процесом в патогенезі ХГС є фіброгенез. Встанолено, що дисбаланс цитокінів Т-хелперів 1-го типу (IL-1b та інш.) та цитокінів Т-хелперів 2-го типу (IL-10 та інш.)лежить в основі хронізації і фіброгенезу. Також у пошкодженні печінки значне місце, як компонент локальної ренін-ангіотензинової

системи (РАС), займає ангіотензин II, впливаючи на клітинну проліферацію, міграцію, синтез про запальних цитокінів, TGF-b, синтез коллагену, фібронектину. Утворення ангіотензину II відбувається під впливом ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ). На активність генів цитокінів та АПФ впливає поліморфізм їх генів.

Мета роботи. Визначити темпи прогресування ХГС при різних комбінаціях генотипів генів цитоківнів (IL-1b iIL-10) та АПФ.

Матеріали та методи. Обстежено 121 хворий на ХГС з 1-м генотипом вірусу. Всім хворим на ХГС проводилось клініко-лабораторне обстеження за загальновизнаною методикою, черезшкірна пункцій на біопсія з оцінкою за шкалою METAVIR і визначались поліморфізмиI/D гену АПФ, - 511 C>T гену IL-1β та -1082 G>A гену IL-10 за допомогою методу рестрикційного аналізу продуктів полімеразної ланцюгової реакції. Пацієнти були поділені на 2 групи в залежності від темпів прогресування ХГС. В I групу ввішли особи з повільним прогресуванням захворювання і наявністю стадії фіброзу F0-F2; в II – зі стадією фіброзу F3-F4 (термін інфікування в обох групах до 10 років).

Отримані результати. У хворих на ХГС при повільному прогресуванні захворювання наступні комбінації генотипів генів АПФ (I/D),IL-1b (511 C/T) та IL-10 (–1082 G/A) зустрічаються частіше в 4,4 рази (12 (17,14 %) осіб проти 2 (3,92 %), p=0,0144) - DDCCGA, в 2,4 рази (13 (18,57 %) пацієнтів проти 4 (7,84 %), p=0,0455) - DD CT GA. При швидкому ж прогресуванні в 2,5 рази частіше (11 (21,57 %) хворих проти 6 (8,57 %), p=0,0235) виявляється DDCTAA комбінація генотипів, а в 5,5 рази частіше (4 (7,84 %) осіб проти 1 (1,43 %), p=0,0266) - комбінації DICC GA та IICTGA.

Висновки. При наявності DDCCGA та DD CT GA комбінацій генотипів генів АПФ (I/D),IL-1b (511 C/T) та IL-10 (–1082 G/A) темпи прогресування ХГС повільні (протекторна роль), а DDCTAA,DICC GA та IICTGA – швидкі (профіброгенна роль).

В. Д. Москалюк, І. В. Баланюк, С. Р. Меленко, М. О. Соколенко

ДИСБІОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ І РЕКТОРОМАНОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДі

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні характеризується зростанням показників захворюваності та смертності від СНІДу, активізацією статевого шляху передачі ВІЛ, залученням в епідемічний процес жінок репродуктивного віку. Досі ми залишаємося лідерами в Європі за темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Як відомо, має місце тісний взаємозв'язок імунної системи і мікрофлори кишечнику. Дисбіоз кишечнику вважається вторинним проявом або ускладненням якогось захворювання. У свою чергу, виражені дисбіотичні зміни погіршують перебіг основного захворювання та результати лікування й можуть стати патогенетичним чинником функціональних і морфологічних порушень в організмі людини При розвитку дисбіозу відбувається зниження колонізаційної резистентності, пригнічення імунної системи організму, підвищується сприйнятливість до інфекційних захворювань.Вірус імунодефіциту людини ушкоджує цілісність ендотелію слизової оболонки кишечнику, тим самим створюючи умови для розвитку дисбіозу товстої кишки. Мікрофлора кишечнику, виконуючи в організмі захисну функцію, стимулює його імунологічну реактивність. Імунодефіцит при ВІЛ-інфекції найбільшою мірою пов'язаний з порушенням функції імуноцитів. Відомо, що основна дія ВІЛ спрямована на одну із субпопуляцій Т-лімфоцитів, а саме CD4+ Т-лімфоцити. Характерним для ВІЛ-інфекції є наростаюче виснаження субпопуляції CD4+, яке потрібно розглядати як прояв наростаючої деструкції імунної системи та її морфологічних структур.

На підставі дослідження стану слизової оболонки прямої кишки (за даними ректороманоскопії) у 87 хворих на ВІЛ-інфекцію встановлено, що при І клінічній стадії недуги у разі нормального стану біоценозу товстої кишки переважала нормальна ректороманоскопічна картина – (66,7±5,1) %, у решти осіб встановлено катаральний проктосигмоїдит. Однак порушення мікробіоценозу супроводжувалося почастішанням катарального запалення слизової оболонки термінального відділу кишечнику. Так, І ступінь дисбіозу товстої кишки при зазначеній клінічній стадії хвороби у (58,6±5,3) % проявлявся катаральним проктосигмоїдитом, а ІІ ступінь – аж у (88,5±3,4) % осіб.

Імунодефіцит у ІІ клінічній стадії навіть за умов нормального мікробіоценозу товстої кишки в більшості випадків проявлявся катаральним проктосигмоїдитом. Та супутній дисбіоз неодмінно накладав свій відбиток на ректороманоскопічну картину. Зокрема, дисбіоз І ступеня супроводжувався не тільки катаральним, але й геморагічним та ерозивним запаленням – по 1 випадку. З наростанням ступеня дисбіозу частішали інтенсивніші морфологічні прояви запалення. Так, при ІІ ступені дисбіозугеморагічнийпроктосигмоїдит діагностували вже у 2 пацієнтів, а при ІІІ і ІV ступенях реєстрували навіть виразкове ураження слизової оболонки прямої та сигмоподібної кишки. При цьому не було жодної особи з ІІ-ІV ступенем дисбіозу, в якої не відзначалося б морфологічних ознак запалення зазначеного відділу кишечнику.

При ІІІ і ІV стадії ВІЛ-інфекції переважали глибші ступені дисбіозу (ІІІ і ІV), що супроводжувалося й домінуванням ознак геморагічного, ерозивного й виразкового проктосигмоїдиту.

Встановили середньої сили пряму кореляцію глибини дисбіозу зі значнішими морфологічними змінами слизової оболонки прямої та сигмоподібної кишки (r=0,43…0,58).

В. Д. Москалюк, Х. І. Возна

МОНІТОРИНГ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ХВОРОБ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Стрімке поширення ВІЛ-інфекції перетворило її на одну з самих згубних хвороб, з якою будь-коли стикалось людство, адже за свою коротку історію вірус уразив понад 60 млн чоловік. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності незалежних держав і знаходиться на стадії концентрації в уразливих групах. Що ж до Буковини, то епідемічний процес ВІЛ-інфекції/СНІДу тут продовжує характеризуватись високою інтенсивністю. ВІЛ поширюється переважно серед молоді, яка веде найактивніше життя – трудове, громадське, сексуальне. Викликають стурбованість також високі темпи поширення цієї інфекції не тільки у групах ризику, але й серед так званих благополучних верств населення. З кожним роком зростає і кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які через прояви опортуністичних інфекцій потребують висококваліфікованої стаціонарної допомоги.

Високі темпи росту інфікованості населення без будь-яких ознак щодо стабілізації епідемічного процесу, швидка клінічна маніфестація безсимптомних форм ВІЛ–інфекції за рахунок розвитку опортуністичних інфекцій обґрунтовують необхідність вивчення перебігу даного захворювання.

Проведено аналіз медичних карт стаціонарного хворого 82 пацієнтів (з них 2 – повторно звертались за медичною допомогою), які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні з блоком СНІД Чернівецької обласної клінічної лікарні протягом 2010-2011 років та перебували на диспансерному обліку у Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Середній вік пацієнтів становив 36,7±9,8 років (від 21 року до 60 років). Серед обстежуваних переважали особи вікової групи

25-49 років – 65 (81,25 %) осіб. За гендерною характеристикою – переважали особи чоловічої статі, які складали 66,25 %. За анамнестичними даними середхворих переважав статевий шлях інфікування – у 42 (52,5 %) осіб, парентеральний шлях (при ін'єкційному вживанні наркотиків) спостерігався дещо рідше – у 38 (47,5 %)хворих.18 (22,0 %) осіб було госпіталізовано за терміновими показаннями, з них 6 (33,3 %) осіб померли у термінальній стадії хвороби.Середній термін перебування хворих у стаціонарі склав (12,4±5,3) днів.

За клінічними стадіями ВІЛ-інфекції пацієнти розподілились наступним чином: I стадія захворювання – у 38 (47,5 %)хворих, II стадія – у 10 (12,5 %), III стадія – у 13 (16,25 %) та IV стадія – у 19 (23,75 %).

У госпіталізованих до інфекційного відділення ОКЛ ВІЛ-інфікованих клінічні прояви ураження нервової системи виявлені у 29,3 % (24 особи) пацієнтів: менінгоенцефаліт – в 1-го хворого (туберкульозної етіології), енцефаліт – також в 1-го (герпетичної етіології), енцефалопатія – у 2, полінейропатія – у 2 випадках, астено-вегетативний синдром – у 13 осіб і нейро-циркуляторна дистонія – у 2-х пацієнтів. У двох хворих діагностовано психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіатів, ще в одного – алкогольний делірій.

Ураження шкіри і слизових оболонок проявлялися орофарингеальним кандидозом у 15 (18,3 %)осіб, в тому числі у двох пацієнтів спостерігався ще й кандидоз слизової оболонки стравоходу. Відмічалися прояви герпетичної інфекції у 5 осіб (6,1 %), викликаної HSV 1 та 2 типу та VZV; стрептококової інфекції – у 9 (11,0 %); ангулярногохейліту – у 3 (3,7 %); себорейного дерматиту – у 1 особи; алергічного дерматиту та волосистої лейкоплакії язика – по 1-й особі.

Серед захворювань органів дихання, як причини звернення за медичною допомогою, переважали ГРВІ – 38 (46,3 %)випадків; також частою причиною були ураження легень бактеріальної етіології (бактеріальна пневмонія – у 9 (11 %) і туберкульоз – діагностований у 6 (7,3 %)).Позалегеневі форми туберкульозу

мали місце у 3 (3,6 %) госпіталізованих у вигляді ексудативного плевриту.

Аналіз медичних карт стаціонарних хворих показав значну частоту ураження печінки – у 17 ВІЛ-інфікованих (20,7 %). Маркери гепатиту В виявлені у 3 (3,7 %) хворих і частіше в осіб зі статевим шляхом інфікування; гепатиту С – у 8 (9,8 %) обстежених, 4 (4,9 %) пацієнтів мали маркери гепатиту В і С і виявлялись частіше в осіб з парентеральним шляхом інфікування. Токсичне ураження печінки діагностовано у 2 (2,4%) пацієнтів.

Зменшення маси тіла відмічалося у 23 (28 %) хворих: втрата до 10% маси тіла – у 5 хворих, понад 10 % – в 11 осіб, у 7 випадках діагностовано ВІЛ-обумовлену кахексію.

У 18 (22 %) пацієнтів, госпіталізованих до ЧОКЛ з діагнозом ВІЛ-інфекція на фоні підвищення температури тіла спостерігалась лімфаденопатія.

Отже, у більшості випадків клінічна картина ВІЛ-інфекції та тяжкість захворювання визначається поєднанням декількох опортуністичних інфекцій. Патологія органів дихання стала основною причиною звернення за медичною допомогою. Також у хворих з ВІЛ-інфекцією відмічається висока частота ураження шкіри і слизових оболонок (42,7 %), клінічних варіантів з ураженням ЦНС (29,3 %).Привертає увагу значна частота ко-інфекції вірусних гепатитів і ВІЛ, що діагностовано у 18,4 % пацієнтів.

Ситуація, яка склалася, вимагає проведення пошуку надійних прогностичних маркерів прогресування ВІЛ-інфекції та їх зв’язку із клінічними проявами захворювання, наявністю опортуністичних інфекцій, ефективністю антиретровірусної терапії.

В. В. Несин

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОГО ПРОБІОТИКА «ЛАКТО» НА ПЕРЕБІГ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНО ПАТОГЕННОЮ МІКРОФЛОРОЮ

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність теми. Останні роки в Україні спостерігається тенденція до зростання значення умовно патогенної мікрофлори (УПМ) у виникненні патологічних станів запального генезу та переважання їх в структурі гострих кишкових інфекцій (ГКІ). При ГКІ виникають транзиторні або стійкі зміни мікробної флори кишечника, виражені в тій чи іншій формі, які проявляються в клінічній картині та в період реконвалесценції метеоризмом, непереносимістю окремих харчових продуктів, нестійкими випорожненнями .

Мета дослідження. Вивчити клінічну ефективність пробіотика «Лакто» при ГКІ, викликаних УПМ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 50 хворих, середній вік яких складав (41,62±2,73) років. Було 26 чоловіків та 24 жінки. Пацієнти були госпіталізовані на (1,34±0,08) добу від початку захворювання. У залежності від схеми лікування, хворі були розділені на дві групи по 25 чоловік в кожній. 1-а група пацієнтів отримувала базисну терапію – промивання шлунка і/або кишечника, дієту, регідратацію, ферменти, ентеросорбенти; 2-га група – додатково до базисної терапії отримувала пробіотик «Лакто» (Saccharomycesboulardii, Lactobacillussporogenes, Lactobacillusrhamnosus, Bifidobacteriumlongum) по 1 капсулі 3 рази на добу протягом 5 днів. Групи пацієнтів були співставимі за ступенем тяжкості, етіологією, клінічною формою захворювання та ступенем зневоднення.

Результати. За міру ефективності вважали кількість випадків з більш швидким скороченням терміну діареї та дискомфорту в животі (здуття, гирчання, болючість при пальпації). Після початку лікування у пацієнтів 1-ї групи симптоми захворювання

зникали пізніше, ніж у пацієнтів 2-ї групи: тривалості діареї [(3,33±0,39) доби], дискомфорту в животі [(5,34±0,32) доби], при виписуванні зі стаціонару та в період ранньої реконвалесценції 80% хворих мали здуття живота та нестійкі випорожнення. У пацієнтів 2-ї групи спостерігалось більш швидке зникнення діареї [(2,08±0,25) доби], метеоризму, гирчання та болючості при пальпації живота [(3,06±0,39) доби]. При виписуванні лише 5% хворих 2-ї групи відзначали дискомфорт в животі.

Висновок. Застосування комбінованого пробіотика «Лакто» виказує кращу клінічну ефективність порівняно з загальноприйнятою терапією. Введення до комплексної терапії пробіотика сприяє більш вираженому та швидшому антидіарейному клінічному ефекту, скорочує тривалість гострого періоду захворювання.

О. М. Нємцова, В. А. Бутко

ВИПАДОК ХРОНІЧНОЇ ФОРМИ ІКСОДОВОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З. Й. Красовицького, м. Суми

Діагностика хронічного бореліозу становить певні труднощі. Іноді проблематично співставити симптоми кон'юнктивіту, головний біль, головокружіння, міалгію, парестезії, зниження мнестичних функцій, артралгії, аритмії, озноб і навіть проблеми із сечовим міхуром з укусом кліща, особливо при відсутності в анамнезі гострого маніфестного перебігу бореліозу.

В 2012 році в СОІКЛ був один випадок захворювання на системний кліщовий бореліоз, середньої тяжкості, стадія ІІІ, з переважним ураженням нервової системи по типу поліорадикулоневропатії.

Хворий В. звернувся до СОІКЛ із скаргами на виражену слабкість, ниючий біль, парестезії у м'язах верхніх та нижніх

кінцівок, головний біль, дискомфорт в епігастральній ділянці, зниження маси тіла, пітливість, порушення сну. З анамнезу - хворіє близько 1 місяця, коли з'явилися міалгії, парестезії, пройшов курс амбулаторного лікування у невролога з приводу розповсюдженого остеохондрозу поперекового відділу хребта. Із епідеміологічного анамнезу – мешкає в сільській місцевості, в травні місяці було присмоктування кліща, без хіміопрофілактики.

Про госпіталізації стан середньої тяжкості, шкіра звичайного кольору, без висипки. Над легенями жорстке дихання, серцеві тони ритмічні, ослаблені. Живіт м'який, печінка збільшена на 2 см. Неврологічний статус – горизонтальний ністагм, асиметрія носогубних складок, сухожильні та періостальні рефлекси D=S, знижені. Патологічних вогнищевих та менінгеальних знаків не має. Гіперістезія на кінцівках по типу «рукавичок» та «високих шкарпеток».

Беручи до уваги вище викладене, був обстежений на бореліоз - в аналізі крові методом ІФА Ig G до Borrelia burgdoferi – 6,64 (вище 1,1 позитивний), Ig M до Borrelia burgdoferi – 3,53 (вище 1,1 позитивний). Пацієнту В. встановлено діагноз системного кліщового бореліозу III стадія з ураженням нервової системи та проведено курс антибіотикотерапії цефтріаксоном 1,0 х 2 р/д в/м – 3 тижні, а потім, враховуючи неврологічну симптоматику, юнідоксом 0,1 х 1 р/д – 10 днів.

О. Є. Нікітіна, Н. М. Настрадіна, Н. В. Муріна, І. М. Стасій

СТАН ПРОДУКЦІЇ ІНТЕРФЕРОНУ-γ ТА ІНТЕРЛЕЙКІНІВ IL-4 І IL-10 У ХВОРИХ ПАПІЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Імунна відповідь організму на вірус папіломи людини (ВПЛ) включає цілий ряд факторів захисту організму від патогенної дії ВПЛ. Це - синтез імуноглобулінів, комплементу, лізоциму, активність імунних клітин, розташованих в слизовій оболонці та

регіонарних лімфатичних вузлах, продукція епітеліальними клітинами імунорегуляторних цитокінів, в тому числі й інтерферонів.

Продукція імунорегуляторних цитокінів, в першу чергу інтерферонів, відіграє ведучу роль в реалізації взаємодії ВПЛ з епітеліальними клітинами при розвитку патологічного процесу. Велике значення в розвитку патологічного процесу має також здатність клітин крові до синтезу інтерферонів і стан їх специфічної та неспецифічної аткивності.

Метою даної роботи було дослідження вмісту інтерферону-**γ** при враженні слизової оболонки шийки матки (ШМ) папіломавірусною інфекцією (ПВІ) та цитокінів Th-2 типу (IL-4 та IL-10) в залежності від важкості патологічного процесу.

Обстежено 47 хворих з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією (ЦІН) I (10). II (17), III (20) ступеня. Діагноз хвороби встановлювали на основі клініко-лабораторних показників та підтверджували виявленням ВПЛ у досліджуваному матеріалі за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Установили, що титри інтерферону-**γ** при ПВІ мали тенденцію до зниження залежно від важкості патологічного процесу. Так, у хворих з ЦІН-I вони складали 2,5±0,03 Log2 Од/мл; ЦІН-II до 2,2±0,09; ЦІН-III до1,82±0,15 порівняно зі здоровими (4,72±0,03 Log2 Од/мл, P<0,05).

У хворих з ПВІ ШМ встановлено підвищення продукції цитокінів Th-2 типу IL-4 та IL-10 клітинами периферичної крові, яке також залежало від важкості патологічного процесу в слизовій оболонці ШМ.

Таким чином, проведені нами дослідження показали, що при враженнях ШМ вірусами папіломи людини значно знижена продукція клітинами периферичної крові інтерферону-**γ.** Зниження його продукції залежало від важкості патологічного процесу і супроводжувалось підвищенням продукції цитокінів IL-4 та IL-10, рівень яких індукує патологічний процес в слизовій оболонці ШМ.

Д. В. Палій

ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЮ ФОРМОЮ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця

Актуальність. Сальмонельозна інфекція займає важливе місцев структурі інфекційної захворюваності. Клінічний перебіг сальмонельозу супроводжується наявністю вторинної імунологічної недостатності, яка погіршує якість лікування, загрожує хронізацією або розвитком бактеріоносійства, що становить серйозну небезпеку. Для ефективної боротьби з сальмонельозною інфекцією необхідно знання стану імунної системи у пацієнтів з цим захворюванням.

Мета. Вивчити стан показників вродженого та набутого імунітету у пацієнтів з гастроінтестинальною формою сальмонельозу.

Матеріали і методи. В дослідженні було обстежено 122 пацієнти з гастроінтестинальною формою сальмонельозної інфекції. Ферментативну ідентифікацію сальмонел проводили за допомогою ідентифікаційних наборів Мікрола-тест®, які призначені для виконання стандартної ідентифікації з використанням мікрометодів, що дозволяють ідентифікувати більшість клінічно важливих мікроорганізмів за короткий термін. Всі випадки захворювання підтверджували виділенням копрокультури сальмонел. Ступінь інтоксикації оцінювали за показниками молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові. Визначення показників неспецифічного захисту організму (титр комплементу, концентрацію сироваткового лізоциму, відсоток фагоцитуючих нейтрофілів (ФН), загальне число Т-лімфоцитів, вміст імуноглобулінів у сироватці крові, та кількість циркулюючих імунних комплексів), проводилось за загальновживаними методиками. Клінічне, лабораторне обстеження хворих здійснювали в динаміці.

Результати досліджень та їх обговорення. У пацієнтів, які отримували комплексну терапію, у динаміці спостерігали вірогідне наростання титру комплементу на 3-5 добу лікування порівняно зі здоровими особами ($p<0,01$). В процесі лікування хворих було встановлено: підвищення відсотку ФН на початку захворювання та подальша його нормалізація в період реконвалесценції. Можна припустити, що зменшення ступеню ендогенної інтоксикації знижує руйнівну дію бактерійних токсинів на мембрану фагоцитів, а також стимулює утворення комплементу, який покращує елімінацію з організму пацієнта чужорідних речовин. У гострому періоді захворювання виявлене деяке пригнічення клітинної ланки імунітету, яке проявлялось вірогідним зниженням кількості Т-лімфоцитів ($p<0,001$). Це підтверджується виявленим помірним зворотним зв'язком між показниками Е-розеткоутворюючих клітин і МСМ ($r=0,548$, $p<0,05$-$0,02$). Зниження концентрації циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) було обумовлено зменшенням інтоксикації та покращенням функціонування системи фагоцитозу. Встановлено помірний зворотній зв'язок між титром комплементу та вмістом ЦІК ($r=423$, $p<0,05$).

Висновок. В процесі комплексного лікування пацієнтів не встановлено негативного впливу антимікробних препаратів на динаміку вмісту лізоциму та імуноглобулінів класів А, М, G у сироватці крові; зменшення рівня лабораторних маркерів інтоксикації організму хворих, відновлення показників імунного гомеостазу.

Н. А. Пересадин, А. Д. Старик, Р. А. Нужный

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ РОЖИСТОЙ ИНФЕКЦИИ

ГУ«Луганский государственный медицинский университет»,
г. Луганск

Актуальность. Проблема инфекционных болезней стрептококковой этиологии приобрела большое значение в клинической практике в связи с распространением, высокой резистентностью к лечебным мероприятиям, частой аллергизацией, возникновением рецидивирующих форм. Особое место среди стрептококков занимает рожа в связи с выраженной склонностью к развитию рецидивов, осложнений и неблагоприятных последствий.

В патогенетическом отношении возникновение рецидивирующей рожи (РР) связывают с расстройствами со стороны иммунной системы и, исходя из этого, перспективным считается использование иммунотропных препаратов способствующих нормализации иммунного гомеостаза, а в клиническом плане – сокращению частоты рецидивов заболевания.

Наше внимание привлекла возможность применения современного детоксицирующего препарата реамберина, обладающего ещё и иммунотропной активностью, а также индуктора эндогенного интерферона и иммуномодулятора циклоферона у больных рецидивирующей рожей.

Целью работы было исследование клинической эффективности и результатов иммунокорекции у больных с использованием комбинации реамберина и циклоферона.

Материалы и методы. Обследовано 104 пациента с РР – 48 (46,2 %) мужчин и 56 (53,8 %) женщин в возрасте от 42 до 60 лет. Длительность заболевания составляла от 6 до 14 лет, частота рецидивов за последний календарный год – от 3 до 6. Больных распределили на 2 группы – основную (65 чел.) и сопоставления (39 чел.), рандомизированных по возрасту, полу,

тяжести течения заболевания, локализации местного патологического процесса, частоте и общему количеству рецидивов.

Пациенты обеих групп получали общепринятое лечение (антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные средства, аскорбиновую кислоту или аскорутин, противовоспалительные медикаменты, физиопроцедуры).

Лицам основной группы дополнительно назначали реамберин в виде инфузий по 400 мл в/в в течение 6 – 10 дней, а также циклоферон в виде 12,5 % раствора по 2 мл 1 раз в день в/м 5 дней подряд, а затем осуществляли ещё 10 инъекций этого препарата.

Кроме общепринятого клинико – лабораторного обследования изучали иммунные показатели: содержание Т (СД 3 +) и В-лимфоцитов (СД 22+), субпопуляций Т-хелперов/ Т-индукторов (СД 4+) и Т-супрессоров/Т-киллеров (СД 8+) в цитотоксическом тесте. Функциональную активность Т-лимфоцитов исследовали с помощью реакции бласттрансформации при её постановке микрометодом.

Полученные результаты и выводы. Установлено, что у больных основной группы достоверно отмечались более короткие сроки ликвидации клинических проявлений, а также позитивная динамика клеточного звена иммунитета в сравнении с пациентами группы сопоставления. Включение комбинации реамберина и циклоферона в лечебный комплекс при РР способствует более быстрой ликвидации клинической симптоматики, восстановлению иммунологического гомеостаза и сокращению числа рецидивов при диспансерном наблюдении в 2,4 раза.

А. І. Піддубна

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ TNF-α (-308G/A) У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Сумський державний університет, м. Суми

Вступ. З'ясування імуногенетичних особливостей схильності до інфекційних захворювань є нагальної проблемою сучасної медицини. На актуальність дослідження ролі поліморфізму генів цитокінів вказує відсутність проведених досліджень на популяції українців.

Мета роботи: вивчити характер розподілу алельних варіантів промотерної ділянки гену TNF-α у позиції -308 у ВІЛ-інфікованих українців європеоїдного походження.

Основна частина. Матеріалом для дослідження поліморфізму гену TNF-α (-308G/A) стали зразки ДНК, отримані з лейкоцитів периферичної крові 200 мешканців Північно-Східного регіону України. Дослідну групу склали 78 ВІЛ-інфікованих (53 чоловіка і 25 жінок) віком (33,35±0,76) років. Для оцінки можливості використання розподілу алельних варіантів генів цитокінів у якості прогностичних маркерів трансмісії збудника в дослідження було залучено 22 ВІЛ-негативні особи з групи високого ризику зараження, серед яких було 16 чоловіків та 4 жінки, віком (32,4±1,0) року. Групу порівняння склали 100 здорових донорів крові, які за статтю та віком були зіставні з представниками дослідних груп.

Детекцію поліморфізму гену TNF-α проводили методом ПЛР з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів на базі лабораторії молекулярно-генетичних досліджень Сумського державного університету. Для порівняння частот алелей між різними дослідними групами використовували критерій $\chi 2$, а при необхідності, коли кількість спостережень була меншою за 5, точний тест Фішера.

Результати. Вперше досліджено поліморфізм гену TNF-α (-308G/A) на популяції ВІЛ-інфікованих українців. При аналізі частот алельних варіантів гену цитокіну визначено, що домінуючими були гомозиготи за основним алелем (генотип

G/G), який зустрічався у 62,8 % (49 осіб) ВІЛ-інфікованих, у 74,0 % (74) осіб групи порівняння та 77,7 % (17) ВІЛ-негативних представників з групи високого ризику зараження. Зафіксована підвищена частота гетерозигот за основним алелем серед осіб з ВІЛ. Так, частота G/A генотипу в групі ВІЛ-інфікованих пацієнтів перевищила відповідні показники групи високого ризику зараження і групи порівняння у 2 і 1,5 разу відповідно ($p<0,05$), що вказує на тенденцію до асоціації вказаного варіанту з інфікуванням. Серед ВІЛ-інфікованих не виявлено жодного носія мінорного алелю A/A. Проте, у групі порівняння та серед осіб з високим ризиком зараження ВІЛ також зафіксовано мінімальний вміст вказаного генотипу (1,0 % і 4,6 % відповідно).

При з'ясуванні відмінностей у розподілі генотипів поліморфізму (-308G/A) гену TNF-α між особами різної статі у межах групи виявлено, що гендерні відмінності серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів виражені не настільки різко, як у донорів крові та осіб з ГВРЗ. Так, ВІЛ-негативні чоловіки ГВРЗ гомозиготи за основним алелем переважали над жінками-носіями відповідного генотипу у 1,8 разу ($p<0,05$), а у групі донорів крові серед чоловіків гетерозигот G/A було у 2,5 разу більше по відношенню до жіночої підгрупи ($p<0,05$).

Особливості розподілу алельних варіантів гену TNF-α між представниками відповідної статі досліджених груп полягали у більшому відсотковому вмісті варіанту G/A серед ВІЛ-інфікованих чоловіків у 2,6 разу у порівнянні з ГВРЗ ($p<0,05$), та ВІЛ-інфікованих жінок у 4 рази по відношенню до практично здорових донорів крові ($p<0,01$). Вищезазначене, у свою чергу, зумовило наявність статевих відмінностей серед гомозигот за основним алелем у відповідних пігрупах.

Висновки. Розподіл алельних варіантів промотерного регіону гену TNF-α у позиції -308 серед українців характеризується домінуванням гомозигот за основним алелем, що співпадає з даними у інших європеоїдних популяціях. Відмічено певні

відмінності у частоті генотипів серед ВІЛ-інфікованих осіб, які обумовлені підвищеним вмістом гетерозиготного G/A варіанту і відсутністю A/A варіанту гену. Визначено, що гетерозиготи за основним алелем гену TNF-α є сприйнятливими щодо інфікування ВІЛ не залежно від статі.

Л. В. Пипа, М. М. Мургіна, Я. М. Гейващук

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця
Хмельницька міська дитяча лікарня, м. Хмельницький

Актуальність. Бактеріальні інфекції займають чільне місце в структурі дитячої захворюваності, а смертність від крайнього прояву генералізованої інфекції – сепсису залишається високою, як в Україні так і в розвинених країнах світу. Стабільно високий рівень захворюваності та смертності від генералізованих форм бактеріальних інфекцій обумовлений зростанням кількості інвазивних процедур, прошарку імуноскомпрометованих осіб та росту кількості високо вірулентних полірезистентних штамів бактерій.

Вирішальним в наслідках септичних станів у дітей є вчасна діагностика генералізації бактеріальної інфекції. Оскільки патогномонічних клінічних ознак поширення інфекції немає, тому визначення біохімічних маркерів має важливе значення.

В останні роки таким маркером є рівень прокальцитоніну (ПКТ) сироватки крові, який не визначається у здорових дітей, невисокий його рівень при локалізованих та високий при генералізованій бактеріальній інфекції. Рівень прокальцитоніну корелює із важкістю стану та негативними наслідками захворювання.

Мета: визначити цінність рівня прокальцитоніну сироватки крові для ранньої диференційної діагностики локалізованих та генералізованих форм.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 128 дітей. Основну групу склали 37 дітей із генералізованими гнійно-септичними захворюваннями, група порівняння складалася із 46 дітей із локалізованими бактеріальними інфекціями, контрольна групу склали 45 практично здорових дітей без ознак запалення. Вік дітей складав від 1 місяця до 18 років, середній вік в основній групі - 9,9 років, в групі порівняння - 8,8 років, в контрольній - 11,6 років. Бактеріальні вогнища у дітей із груп дослідження локалізувалися в черевній порожнині (перитоніти, гангренозні та флегмонозні апендицити); грудній порожнині (тотальна пневмонія, розлитий гнійний плеврит); ЛОР органів (полісинусити), кісткова система (гематогенний остеомієліт); інфекції м'яких тканин (абсцеси та флегмони підшкірно-жирової клітковини); генералізована менінгококова інфекція.

Всім дітям було проведено визначення рівня ПКТ сироватки крові протягом перших 2-х діб після надходження в стаціонар. Визначення проводили методом ІФА (RayBioHuman Procalcitinin компанії RayBiotech, Inc., США.). Нормальний рівень ПКТ в сироватці крові складає менше 0,05 нг/мл.

Результати. Згідно наших даних у дітей основної групи рівень ПКТ склав 4,06 нг/мл (ДІ 95 % 2,56-5,89 нг/мл), діти групи порівняння – 0,86 (ДІ 95 % 0,63-1,25; $p<0,001$) нг/мл; в групі контролю - 0,024 (ДІ 95 % 0,011-0,057)нг/мл.

Висновки. Вище наведені дані свідчать про те, що рівень прокальцитоніну в сироватці крові можна використовувати для диференційної діагностики локалізованих та генералізованих інфекцій у дітей для своєчасно розпочатої в повному обсязі терапії, що, в свою чергу, дозволить покращити наслідки важких генералізованих форм інфекції.

Н. Н. Попов, Т. И. Лядова, О. В. Волобуева, К. С. Санина

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков

В современной иммунологии и инфектологии проблема герпетической инфекции является одной из наиболее актуальных, что связано с нарастающим уровнем инфицированности населения и со значительным ростом заболеваемости генитальным герпесом, склонностью процесса к рецидивированию и недостаточной эффективностью методов лечения и профилактики. Многолетний клинический опыт применения противовирусных препаратов для лечения хронической герпетической инфекции показал их достаточную эффективность при острых проявлениях болезни, однако они, к сожалению, не оказывают влияние на частоту рецидивов и тяжесть процесса. Как правило, заболевание протекает на фоне подавления иммунных реакций: сниженного содержания общего количества Т- и В-лимфоцитов, изменения их функциональной активности, нарушений в клеточном звене иммунитета, в системе интерферона. Полагают, что вирус герпеса, обладая низкоиммуногенными свойствами, не в состоянии стимулировать иммунный ответ достаточной силы и эффективности, который бы способствовал полной элиминации вируса из организма. Коррекция нарушений неспецифического и специфического звеньев иммунитета – одно из направлений в комплексной терапии генитального герпеса.

Полиоксидоний – высокоэффективный иммуномодулирующий препарат, повышающий резистентность организма в отношении локальных и генерализованных инфекций. Основой механизма иммуномодулирующего действия является прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования. Данный препарат восстанавливает иммунные реакции при вторичных

иммунодефицитных состояниях, вызванных различными инфекциями, травмами, ожогами, злокачественными новообразованиями, осложнениями после хирургических операций, применением химиотерапевтических средств, в т.ч. цитостатиков, стероидных гормонов. Эти свойства препарата определяются структурой и высокомолекулярной природой препарата. Применение Полиоксидония позволяет повысить эффективность и сократить продолжительность противовирусного лечения и увеличить период ремиссии.

Целью работы явилось изучение эффективности полиоксидония у больных рецидивирующим генитальным герпесом. Под нашим наблюдением находилось 12 пациентов с рецидивирующей генитальной герпетической инфекцией. Из них у 2 человек наблюдалась тяжелая форма течения с 6 и более рецидивами в год, у 8 – среднетяжелая форма заболевания (от 3 до 5 рецидивов). Диагноз генитального герпеса подтверждали на основании анамнеза, клинических проявлений, а также выделения ДНК вируса простого герпеса методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в крови и в соскобе с высыпаний. Лечение проводилось по схеме: валацикловир 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день 10 дней и полиоксидоний 12 мг в суппозиториях perrectum по схеме. В результате проведенного курса терапии у наблюдаемой группы пациентов былаустановлена более быстрая регрессия таких субъективных симптомов, как боль, жжение, зуд в местах высыпаний, снижение частоты рецидивов болезни. При этом больные отмечали выраженный противовоспалительный, обезбаливающий и эпителизирующий эффекты препарата. Следует отметить, что среди пациентов, получавших полиоксидоний, не было зарегистрировано ни одного рецидива заболевания в течение 3 месяцев.

Таким образом, системная терапия больных рецидивирующим генитальным герпесом полиоксидонием способствует снижению частоты и длительности рецидивов,

более быстрому заживлению герпетических поражений кожных покровов и слизистых оболочек, а также увеличению продолжительности периода ремиссии, тем самым, улучшая качество жизни больных герпетической инфекцией.

Л. М. Потапова

КРОВОСИСНІ КОМАРІ (DIPTERA, CULICIDAE): ПИТАННЯ ЗМІНИ ФАУНИ ПІД ВПЛИВОМ АНТРОПОГЕННОГО ЧИННИКА

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

На території нашої країни здійснюється широка програма перетворення природи. Ці заходи супроводжуються створенням антропогенних ландшафтів, наслідки цих перетворень для тварин можуть бути як позитивними, так і негативними. Зокрема, будівництво водосховищ, ставків, іригаційних систем може збільшити у ряді місць площу виплоду кровосисних комах, у тому числі і комарів.Роль комарів підродини Cuiicidae у передачі збудників ряду захворювань людини, сільськогосподарських і домашніх тварин безперечна. Вони є переносниками патогенних вірусів, філярій, а також деяких бактерій. З 252 відомих арбовірусів 131 передається комарами.Комарі C.pipiens відіграють велику роль у передачі вірусів енцефалітів: японського, Сан-Луї, Західного Нілу, а також вірусів Східного, Західного і Венесуельського енцефаломієліту коней.Комарі комплексу C.pipiens беруть участь у поширенні філяріатозів в тропічних і субтропічних країнах Південно-Східної Азії, Африки, Америки. Була доведена можливість зараження C.pipiens з Москви і Північного Кавказу личинками Wuchereria bancrofti в лабораторних умовах. У Латинській Америці (Мексиці, Бразилії) широке поширення має лихоманка Денге, основними і специфічними переносниками вірусу якої є комарі виду A.aegypti, але в ряді районів вірус був виділений і від комарів C.pipiens.

Не дивлячись на велику кількість публікацій, що стосуються різних аспектів вивчення кровосисних комарів, до теперішнього часу залишаються актуальними питання дослідження і моніторингу їх регіональної фауни і, зокрема, на значній території Лівобережної України. Це обумовлюється як недостатньою вивченістю видового складу комарів родини Culicidae окремих територій, так і необхідністю моніторингу видового складу фауни і чисельності окремих видів у зв'язку із змінами клімату і характеру землекористування. В результаті наших досліджень було відмічено, що в перші два роки після затоплення водосховищ чисельність кровососів значно знижується. При цьому змінюється і видовий склад. Дослідженнями через 10 років після будівництва водосховища, було з'ясовано, що площа виплоду кровососів збільшилась, що привело до значного підйому чисельності гнусу. Проведені дослідження дозволили з'ясувати деякі закономірності формування фауни кровосисних двокрилих в змінених умовах. Грунтуючись на знанні цих закономірностей, можна прогнозувати зміни умов виплоду кровосисних двокрилих в зоні впливу гідробудівництв, а також обгрунтувати заходи, спрямовані на боротьбу зі гнусом, на захист населення і сільськогосподарських тварин від їх нападу. Планомірне вивчення комарів комплексу Culex pipiens L. В Харківській області та в околицях міста Харкова непроводилось. Окремі опубліковані влітературі відомості по цих комарах ґрунтувалися на матеріалах, зібраних переважно в 40-60 роки (Н. С. Прудкіна, 1969, Н. С. Прудкіна, Г. І. Наглова, 1968). Автори вказували, що личинки комарів роду Culex зустрічаються в населених пунктах і питома вага їх серед комарів інших видів незначна. В останні 20-30 років до наших досліджень вивчення комарів C.pipiens L. на території області та ідентифікація форм цього комплексу не проводилося. Таким чином, питанням зміни фауни кровосисних комарів під впливом антропогенного чинника, вивченню закономірностей її формування і екологічних особливостей

кровосисних комарів, приділялося недостатньо уваги. Ці питання вивчені украй слабо і вимагають найсерйознішого їх досліду на території досліджуваного регіону. Не дивлячись на те, що багато інфекцій і інвазій поширені в тропічних країнах, завіз їх в нашу країну разом з комарами не виключається. Тому вивчення фауни кровосисних комарів, динаміки їх чисельності, активності нападу в різних природних зонах України вкрай необхідне.

В. Ф. Пюрик, О. Я. Пришляк, Т. З. Кобрин, У. Я. Мазурок, Н. П. Гуровська

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ І ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ГЕРПЕС-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

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

Актуальність проблеми інфекції Herpes Zoster на сучасному етапі зумовлена зростанням числа осіб з оперізувальним герпесом на тлі імунодефіцитних станів та за рахунок старіння населення. Дані літератури вказують на інфікування вірусом вітряної віспи більше 90 % населення, а отже ці люди мають ризик захворіти на дану інфекцію. Віруси герпесу можуть безсимптомно перебувати в організмі людини з нормальною імунною системою, але у пацієнтів з імуносупресією викликають тяжкі захворювання. Герпес-вірусні захворювання займають, за дослідженнями ВООЗ, друге місце (15,8 %) в структурі смертності від вірусних уражень.

Нами було обстежено та проліковано 24 пацієнти з оперізувальним герпесом, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні м. Івано-Франківська. З них 14 (58,3 %) жінок та 10 (41,7 %)чоловіків, віком від 24 до 72 років.

Хворим було проведено соматичне обстеження, лабораторні методи дослідження (загально-клінічні обстеження, виявлення специфічних вірусних Ig M і IgG методом ІФА, молекулярно-

генетичні (ПЛР). Клінічну ефективність лікування оцінювали враховуючи період досягнення повного одужання, тривалість регресу висипу та місцевих симптомів, період до утворення кірочок.

Везикулярні висипи, біль в ураженій ділянці, астено-невротичні прояви у вигляді втоми, зниження працездатності, дратівливості, порушення сну спостерігали у всіх пацієнтів (100 %), головний біль у 22 (91,6 %), субфебрильна температура тіла – у 21 (87,4 %), лімфаденопатія – у 14 (58,3 %) хворих. Незалежно від локалізації герпетичних висипів реактивація вірусу має однакову виражену негативну дію на організм людини і вимагає професійного підходу до тактики ведення таких пацієнтів.

Метою лікування було пригнічення реплікації вірусу, який постійно персистує в клітинах гангліїв центральної або периферійної нервової системи і може викликати рецидивний перебіг. При комплексному лікуванні хворих використовували противірусні препарати (ацикловір, валацикловір), інтерферони, імуномодулятори, антиоксиданти, ентеросорбенти, вітаміни, дезінтоксикаційну терапію. Місцево для обробки везикул застосовували розчин діамантового зеленого, противірусні мазі. Противірусна терапія була обов'язковим компонентом у лікуванні даних хворих. Пацієнти були поділені на 2 групи, співставлені за віком та тяжкістю перебігу хвороби. Хворі 1 групи отримували перорально противірусні середники згідно загальноприйнятих доз, а пацієнти 2 групи отримували комбіноване лікування, яке полягало в поєднанні внутрішньовенного та перорального застосування противірусних середників. У пацієнтів 2 групи спостерігали прискорення настання реепітелізації з 7,4 до 5,2 днів ($p<0,05$), зменшення інтенсивності болю, ознак загальної слабкості, тривалості перебігу хвороби.

Аналізуючи отримані дані,відмічено, що за останній рік у нашій клініці на герпетичну інфекцію зросла кількість пацієнтів

молодого віку (до 33,2 %). Найвираженіший ефект отримали від противірусного лікування хворих, яке було розпочате у перші дні від початку герпетичного висипу. При середньотяжкому та тяжкому перебігу даної інфекції позитивний результат отримали від поєднання внутрішньовенного та перорального застосування противірусних препаратів. Запропонована терапія зумовила прискорення регресу висипу, зменшення больового синдрому та ознак загальної слабкості, попереджувала розвиток постгерпетичних невралгій та рецидивів.

Ж. А. Ревенко

СТАТЕВІ СТЕРОЇДНІ ГОРМОНИ В КРОВІ ПРИ ДЕМОДЕКОЗІ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вивчення демодекозу в осіб молодого віку, як і раніше залишається в центрі уваги дерматологів, що обумовлено великою соціально-психологічною значимістю захворювання.

Мета дослідження: визначити вміст базального рівня статевих гормонів (естрадіолу, тестостерону, прогестерону) в крові хворих на демодекоз.

При виконанні роботи використовувалися загальноприйняті клінічні і лабораторні методи обстеження хворих, паразитологічні, а також гормональні, інструментальні, статистичні методи. Для виконання поставлених завдань було обстежено 109 осіб (63 чоловіків і 46 жінок) у віці від 20 до 60 років і 20 практично здорових осіб подібного віку та статі. які перебували на лікуванні на кафедрі медичної паразитології та тропічних хвороб у 2008-2011 рр., а також пройшли комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Статистична обробка результатів досліджень проведена на ЕОМ IBM PC / AT із застосуванням відповідних програм для кореляційного аналізу.

У більшості пацієнтів (78 осіб) захворювання дебютувало в дитячому та підлітковому віці у 71,55 % пацієнтів. При первинному зверненні пацієнти скаржилися на висипання в області обличчя в 99,1 % (108 осіб). На обличчі і спині 30,3 % (33 чол.), на обличчі і грудях 4,5 % (5 чол.), на обличчі, грудях і спині 11,6 % (13 осіб), тільки на обличчі 53,5 % (58 осіб).

Посилення себореї і поява нових акне-елементів у менструюючих жінок в лютеїновій фазі спостерігалось у 26 пацієнток (56,52 %), 8 осіб (16,9 %) не відзначали жодних змін стану шкіри в залежності від фази циклу, а у 12 (26,58 %) пацієнток посилення висипань на шкірі в лютеїнову фазу було епізодичним.

Аналіз результатів досліджень біохімічних показників крові, що є важливими додатковими критеріями патології печінки, вказував на різну спрямованість їх змін. У результаті дослідження було встановлено, що середні значення біохімічних показників крові коливалися в межах норми. Разом з тим, аналіз частоти зустрічальності по відношенню до норми дозволив встановити, що рівень загального білірубіну, лужної фосфатази, АлАТ, загального білка, β- і γ-глобулінів, тимолова проба частіше були підвищені, а рівень альбумінів знижений. Результати дослідження АсАТ, діастази сечі і крові не відрізнялися від норми у всіх хворих.

Виявлені зміни біохімічних показників крові у хворих на демодекоз − підвищення амінотрансфераз − індикаторів пошкодження печінкових клітин, безсумнівно, свідчили про дисфункцію печінки.

У зв'язку із думкою про важливість ролі печінки в обміні гормонів, а також враховуючи дані про розвиток гіпоталамо-гіпофізарної дисфункції при хронічних захворюваннях печінки, хворі були поділені на 2 групи: до 1-їгрупи були віднесені хворі з нормальною функцією печінки, а до 2-ї − хворі з порушенням функції печінки.

В результаті проведених нами досліджень було встановлено відмінності у вмісті досліджуваних гормонів в крові і їх співвідношень, що свідчить про зміну функції гіпофізарно-гонадної системи та порушенні характерних для здорової людини гормональних взаємовідносин, що мають різний перебіг в залежності від статі і стану печінки. У чоловіків відбувалося підвищення концентрації естрадіолу і прогестерону і зниження тестостерону, у жінок − підвищується вміст тестостерону, прогестерону і відносно знижується естрадіол.

Встановлену різницю в вмісті статевих гормонів та їх взаємозв'язків у хворих на демодекоз в залежності від стану печінки, можна пояснити тим, що печінки належить особлива роль у метаболізмі та перетворенні статевих стероїдних гормонів.

З цього випливає, що різні ступінь і характер змін гормональних відносин обумовлюють і різноманітність клінічних проявів при демодекозі.

К. Ю. Романчук

ПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця

Проблема вірусного гепатиту С на теперішній час залишається однією з актуальніших проблем охорони здоров’я України та у світі в цілому. Відсутність ефективної вакцини не дає підстав сподіватися на значне зниження захворюваності і зумовлює важливість розробки та удосконалення схем противірусної терапії. Генетичні дослідження відкривають нову еру в дослідженні HCV інфекції. Виділення нового непередбаченого генетичного фактора (IL28B) надало нові можливості для досліджень, що матимуть значний вплив на

клінічну діагностику ХГС, прогноз та лікування цих пацієнтів. Отже необхідні подальші дослідження для визначення залежності перебігу хронічного гепатиту С від генетичних факторів.

Мета дослідження. Підвищити ефективність комбінованої противірусної терапії хронічного гепатиту С шляхом її персоналізації та визначення генетичних маркерів прогнозування.

Матеріали і методи. Проведено молекулярно - генетичний аналізполіморфізму rs12979860, який розташований на відстані 3 тис. пар нуклеотидів (п. н.) від гена IL28B із застосуванням полімеразної ланцюгової реакції у 99 здорових осіб з української популяції та 69 хворих на ХГС, інфікованих 1 м генотипом вірусу, які отримували комбіновану противірусну терапію PegIFN α2a та рибавірином у період 2008—2013 рр. Усі пацієнти перебували настаціонарному та амбулаторному лікуванні у Вінницькому гепатологічному центрі та гепатологічному відділенні лікарні № 5 м. Києва. Дослідження було ретроспективне та сліпе. Серед обстежених хворих було 40 чоловіків та 29 жінок.Середній вік чоловіків становив (36,2 ± 6,7) року,жінок — (34,4 ± 4,4) року. Матеріалом для молекулярно-генетичного дослідження були зразки периферійної крові, відібрані за інформованої згоди обстежених. Для диференційного аналізу алельних варіантів проводили гідроліз ампліфікованої послідовності rs12979860 ендонуклеазою рестрикції Hpy81 протягом ночі за температури 370 С. Продукти рестрикції аналізували в 2 % агарозному гелі. Розмір ампліфікованих фрагментів становив 430 п. н. У результаті рестрикції ампліфіковані фрагменти ДНК особи з генотипом Т/Т розщеплюються на два фрагменти, розмір одного з яких становить 110 п. н., а іншого — 290 п. н. Після рестрикції фрагментів ДНК осіб з генотипом С/Т утворюється ще один фрагмент розміром 320 п. н. У осіб з генотипом С/С на

електрофореграмі спостерігаються два фрагменти розміром 110 та 320 п. н.

Результати та обговорення. Згідно з отриманими даними IL28B(rs12979860) генотип C/C у хворих на ХГС виявлено рідше, ніж у здорових осіб, а саме у 22 проти 56 пацієнтів. Генотип C/T, навпаки, частіше траплявся серед пацієнтів з ХГС — у 39 осіб, тоді як серед здорових — у 33. Найменша кількість обстежених в обох групах мали генотип T/T: в 11 здорових людей та у 8 хворих на ХГС. Аналіз ефективності лікування залежно від генотипу IL28B виявив, що стійка вірусологічна відповідь мала місце переважно у пацієнтів із C/C генотипом (у 73,33 % випадків) .

Висновки. Попередній молекулярно - генетичний аналізполіморфізму гена IL28B (rs12979860) дає змогу прогнозувати успіх комбінованого лікування хворих на ХГС PegIFN α2a та рибавірином, анаявність генотипу C/C може бути предиктором стійкої вірусологічної відповіді.

В. В. Руденко

ЗАСТОСУВАННЯ УКРЛІВУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТАХ

Сумський державний університет, м.Суми

Актуальність. Хронічні вірусні гепатити (ВГВ, ВГС) залишаються однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я сьогодення в зв`язку з їх значним поширенням серед населення усіх вікових груп. В останні роки досить часто виявляються мікст-гепатити, які негативно впливають на перебіг та прогноз захворювання. Значний відсоток недіагностованих випадків, висока здатність вірусів до мутацій, несприятливі соціальні умови, а також використання інвазивних методів діагностики та лікування, широке застосування препаратів крові призводить до подальшого поширення вірусних гепатитів. В Україні щорічно виявляється 8-10 тис. нових випадків ВГВ. Головними факторами передавання, які обумовлюють

захворюваність, є інфікована кров та її препарати. При цьому найбільший ризик зараження становлять лабораторні дослідження, пов'язані з проникненням у кров'яне русло, стоматологічні та хірургічні втручання.

Мета роботи. Дослідити ефективність укрліву в терапії хронічних вірусних гепатитів.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 40 хворих, з діагнозом хронічний гепатит госпіталізованих у Сумську обласну інфекційну клінічну лікарню ім. З. Й. Красовицького. Обстеження проводилось з використанням сучасних клінічних та лабораторних методів. Діагноз вірусного гепатиту верифікований методами ІФА (13 осіб) та ПЛР (20 осіб), у 7 пацієнтів діагноз не верифікований.

Результати. Серед обстежених 17 пацієнтів було з ХВГВ, 16 – з ХВГС, у 7 – ХГ неуточнений. Вік хворих коливався від 40 до 61 року. Серед госпіталізованих було 23 чоловіків та 17 жінок. На момент госпіталізаціїхворі скаржилися на загальну слабкість, тяжкість і біль у правому підребер'ї та епігастрії, здуття живота, гіркоту в роті, сухість шкіри. При лабораторному дослідженні встановлено, що вміст лейкоцитів $(4,3\pm0,3)x10^9$/л; еритроцитів $(4,2\pm0,2)x10^{12}$/л; гемоглобіну (125,0±6,3) г/л; тромбоцитів $(188,0\pm20,0)x10^9$/л був в нормі, та ШОЕ у всіх пацієнтів прискорене (33,0±3,0) мм/год.У біохімічному аналізі крові виявлено збільшення активності лужної фосфатази (138,0±15,0) ОД/л; АлАТ (390,0±25,3) ОД/л; АсАТ (201,0±10,2) ОД/л; γ–ГГТ (127,0±5,8) ОД/л. Укрлів призначали згідно вказівок, викладених в інструкції до препарату. Перед виписуванням у 75 % пацієнтів покращився загальний стан: зникла гіркота у роті, зменшились біль і тяжкість в правому підребер'ї. Відбулося підвищення вмісту в крові лейкоцитів $(6,2\pm0,3)x10^9$/л, еритроцитів $(4,43\pm0,2)x10^{12}$/л; гемоглобіну (140,0±6,3) г/л; тромбоцитів $(215\pm20,0)x10^9$/л та нормалізувалось ШОЕ (10,0±3,0) мм/год, покращились показники біохімічного аналізу крові: нормалізувалась активність лужної фосфатази (97,0±15,0)

ОД/л; АлАТ (105,0± 25,3) ОД/л у 3,5 рази, АсАТ (57,2± 10,2) ОД/л у 2 рази,γ – ГГТ (62,0± 5,8) ОД/л.

Висновок. Встановлено, що використання укрліву призводить до регресу клінічної картини, недуги, зменшення цитологічного, холестатичного синдромів.Таким чином, укрлів може бути рекомендований для лікування хронічних гепатитів.

В. В. Рябіченко

ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОЇ ОЗНАКИ ТА ГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРОГО

Сумський державний університет, м. Суми

Хронічний гепатит С (ХГС) є однією з найсерйозніших проблем сучасної медицини. Стертий тривалий перебіг, відсутність лікувальних засобів з високою ефективністю та безпечністю спонукають до пошуку нових підходів до проведення лікування, ретельного відбіру хворих, прогнозування ефективності терапії та ризику розвитку побічних дій медикаментозних препаратів.

Мета дослідження – проаналізувати за гендерною ознакою та генетичними особливостями перебіг ХГС та ефективність противірусного лікування.

Оцінювання ступеня фіброзу проводилося за шкалою METAVIR. При цьому використовувався один з методів: пункційна біопсія печінки (ПБП), фібротест (ФТ), еластографія (ЕГ). Поліморфізм гену інтерлейкіну 28В (IL 28B) визначався в алелях rs12979860 та rs8099917.

Ступінь фіброзу печінки оцінений у 195 хворих на ХГС, ПБП здійснена у 133 осіб (68,2 %), ФТ – у 41 (21,0 %), ЕГ – у 21 (10,8 %). Чоловіків було 124 (63,6 %), жінок – 71 (36,4 %), середній вік – (37,7±1,58) року. Встановлена анамнестично тривалість захворювання склала у середньому (14,9±1,1) року. Відсутність фіброзу печінки встановлена у 15 осіб (7,69 %), легкий фіброз (ступінь F1) – у 56 (28,7 %), F2 – у 71 (36,4 %), F3 – у 33 (16,9

%), цироз печінки (ступінь F4) – у 19 (9,74 %). У чоловіків частіше, ніж у жінок визначався лише ступінь F4 (у 13,7 % та у 2,82 % відповідно, p<0,01). Залежності між чоловіками та жінками та ступенем фіброзу печінки у вікових групах до та після 40 років не виявлено. Значний фіброз (F2- F3) та цироз печінки (F4) виявлений у 123 хворих (63,1 %), що необхідно враховувати для визначення подальшої лікувальної тактики.

Визначення поліморфізму гену IL 28B проведене 55 хворим на ХГС. Сприятливий для лікування генотип CC алелі IL 28B rs 12979860 виявлений у 19 хворих (34,5 %), при цьому питома вага хворих жінок-носіїв генотипу CC склала (52,0±10,2) %, чоловіків – (20,0±7,43) %, p<0,05.

Ефективність противірусного лікування визначена у 87 пролікованих з різними генотипами HCV через 24 тижні після його завершення (стійка вірусологічна відповідь, СВВ). Аналіз крові на РНК вірусу методом полімеразної ланцюгової реакції виявився негативним у 62 осіб (71,3 %). Достовірної різниці у досягненні СВВ між чоловіками та жінками не було.

Таким чином, у більшості хворих на ХГС виявляється значний фіброз або цироз печінки; у чоловіків достовірно частіше визначається кінцева стадія фіброзу. Сприятливий генотип IL 28B найчастіше виявляється у жінок, проте досягнення СВВ після завершення лікування у хворих з різними генотипами вірусу не залежить від гендерної ознаки.

Н. Н. Савельева

ФОРМИРОВАНИЕ ГАЛИТОЗА У БОЛЬНЫХ С ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков

Галитоз (от латинского Halitus – дыхание и греческого – osis – болезнь), или озостомия, стоматодисодия – это серьезная и

одна из наиболее распространенных патологий медицины. Стоматологу отводится важная роль в диагностике этого заболевания, источниками которого могут быть не только стоматологические болезни (интраоральный галитоз), но и патологические изменения в различных внутренних органах человека (экстраоральный галитоз). Изучение проблемы галитоза обозначило в наших исследованиях определенно выраженную зависимость этого явления от паразитарных заболеваний. Сегодня патогенез паразитозов представляется сложным динамическим процессом, при котором повреждения, которые возникают под влиянием паразитов, запускают сложный каскад реакций, в том числе и рефлекторных механизмов, что приводит к последующим нарушениям в организме. В связи с этим паразитозы нельзя считать только местным патологическим явлением, а необходимо рассматривать как заболевание всего организма. Лямблиоз является одной из наиболее распространенных паразитарных инвазий. В нашем исследовании рассматриваются вопросы зависимости галитоза от состояния тканей пародонта у больных, инвазированных лямблиями.

Целью исследования: оценить выраженность галитоза и его связь с заболеваниями тканей пародонта у больных с лямблиозной инвазией.

Материалы и методы. Исследования проведены на кафедре терапевтической стоматологии Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ) совместно с кафедрой медицинской паразитологии и тропических болезней Харьковской медицинской академии последипломного образования. (ХМАПО).

Под наблюдением находилось 60 человек (32 женщины и 28 мужчин) в возрасте 18-44 лет с лямблиозной инвазией. В ходе исследования проводилось стоматологическое обследование по традиционной схеме (ВОЗ, 1995), включающей основные клинические методы и индексную оценку состояния гигиены полости рта и тканей пародонта: OHI-S по методу J.C. Green, J.R. Vermillion (1964), индекс гингивита – PMA (C. Parma, 1960),

пародонтальный индекс – PI (A. Russel, 1956), индекс кровоточивости десневой борозды (SBI) по H. R. Muhlemann в модификации I. Cowell (1975), глубина пародонтального кармана (ПК).

Состояние стоматодисодии оценивали путем субъективного органолептического измерения запаха изо рта по методу Seemann (2002). Результаты обследования регистрировали в специально разработанной карте стоматологического обследования, созданной на основе карты ВОЗ (1997).

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики. Значимость различий между средними величинами оценивали с использованием t – критерия Стьюдента. Статистический обсчет выполнялся с помощью пакета программ «Microsoft Excel Professional for Windows XP». Критический уровень значимости при проверке гипотез $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. После проведенного исследования по методу Seemann (2002) выяснилось, что из 32 пациентов, предъявляющих жалобы на галитоз, диагноз подтвердился у 30 человек, у 2 пациентов явления несвежего дыхания отсутствовали.

После обследования пациентов, которые не предъявляли жалоб на галитоз (28 человек), выяснилось, что неприятный запах изо рта присутствует у 10 человек, которые не могли сами его адекватно оценить, поскольку к нему были адаптированы. То есть можно сделать вывод, что в 36 % случаев (10 чел.) самовосприятие пациентами галитоза и органолептическая оценка его присутствия не совпадали.

В результате всестороннего клинико-лабораторного обследования пациентов с лямблиозной инвазией было установлено, что у 80 % случаев (48 чел.) были отмечены заболевания тканей пародонта. Хронический катаральный гингивит (ХКГ) был выявлен у 15 чел., что составляет 31,25 % случаев, галитоз в данной группе зафиксирован у 8 чел. (53,3% случаев). Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) Іст.

тяжести наблюдался у 8 чел. (16,6 %), галитоз в данной группе обнаружен у 4 человек, что составляет 66,6 % случаев. Хронический генерализованный пародонтит II ст. тяжести диагностирован у 23 чел. (47,9 %), галитоз у этих больных выявлен у 16 человек, что составляет 69,5 % случаев. Хронический генерализованный пародонтит III ст. тяжести был выявлен у 2 чел. (4,16 %), у которых отмечался выраженный галитоз, что

Причины неприятного запаха изо рта, а именно, нарушение гигиены полости рта, заболевания тканей пародонта, по существующему мнению, могут служить триггером в формировании налета на языке, который в свою очередь также способен вызвать галитоз. По мнению Дмитриевой Н. Г., в формировании галитоза участвует пародонтопатогенная микрофлора, локализованная на поверхности задней трети языка. Наши исследования согласуются с данными Д. Н. Бахмутова и соавт., которые указывают на то, что налет на языке у больных с лямблиозом следует рассматривать не только как результат колонизации микроорганизмов (Veillonella alcalescens; Peptostreptococcus anaerobius, productus, lanceolatus, micros; Bacteroides melaninogenicus, forsythus; Fusobacterium nucleatum; Porphynomonas gingivalis; Campilobacter rectus; Actynobacillus actinomicetemcomitans) в результате плохой гигиены полости рта и заболеваний тканей пародонта, а также, возможно, наличия у этих больных экстраоральной формы галитоза.

Таким образом, при паразитарном заболевании – лямблиозе, органы и ткани полости рта не остаются безучастными, а вовлекаются в общий патологический процесс. Проведенные исследования показали, что высокая степень распространенности и интенсивности заболеваний тканей пародонта у больных с лямблиозной инвазией, а также несоблюдение правил гигиены полости рта, являются решающими факторами в развитии галитоза.

Я. В. Сегеда

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ТРАХІСАН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ АНГІН

Сумська центральна районна клінічна лікарня, м. Суми

Вступ. Одними з найпоширеніших інфекційних захворювань є ангіни. Актуальність проблеми визначається не тільки високою захворюваністю, але й виникненням ускладнень, рецидивів та хронізації процесу.

Ангіна - гостра інфекційна хвороба, яка характеризується запальними змінами в лімфоїдній тканині глотки і регіонарних лімфатичних вузлах, болем в глотці під час ковтання, явищами загальної інтоксикації, гарячкою. Значна роль в етіології ангіни відіграє бета-гемолітичний стрептокок групи А, який здатний виділяти фактори агресії та призводити до виникнення патологічного процесу.

Мета роботи: визначити ефективність препарату Трахісан в комплексній терапії ангін.

Трахісан - препарат, який застосовується для місцевого лікування при запальних захворюваннях горла. Препарат містить комбінацію речовин, що мають протимікробні властивості та місцево анестезуючу дію. Тиротрицин - суміш різних поліпептидів, що виявляють протимікробну дію. Хлоргекседин та його солі мають широкий спектр антимікробної дії щодо грампозитивних і грамнегативних бактерій.

Лідокаїн гідрохлорид є місцевим антисептиком амідного типу.

Основна частина. В Сумському районі за 6 місяців 2012 року було виявлено 46 ангін. Із них 30 осіб (65,2 %) пролiковані амбулаторно в КІЗі Сумської ЦРКЛ, 16 (34,7 %) - стаціонарно в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні. Серед захворілих осіб фолікулярна ангіна зареєстрована у 31 хворого

(67,3%), лакунарна - 15 (32,6%). Всі хворі мали середньотяжкий перебіг захворювання.

Діагноз ангіни був встановлений на підставі скарг, даних епіданамнезу, огляду та загально-клінічних методів дослідження. Клінічна картина характеризувалася ознаками інтоксикації, запальними змінами в ротоглотці та регіонарним лімфаденітом. В периферичній крові виявляли лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом вліво, прискорене ШОЕ.

Хворі були розділені на дві рандомізовані групи за віком, статтю та клінічним перебігом захворювання. 15 хворих отримували стандартну терапію: етіотропну (антибактеріальні препарати групи цефалоспоринів), патогенетичну, антигістамінну та місцеву (полоскання зіву розчинами антисептиків) - контрольна група. Іншим 15 особам додатково призначався препарат Трахісан по 1 таблетці 8 раз на добу (розсмоктувати в ротовій порожнині) при відсутності використання місцевих антисептиків.

Використання препарату Трахісан у хворих з основної групи сприяло позитивній динаміці клінічних та лабораторних показників. Так, у пацієнтів контрольної групи підвищена температура тіла знизилася на 4-5 добу після призначення стандартної терапії, у другій - на 2-3 добу. Запальні зміни на мигдаликах зникли в контрольній групі на 4 добу, при застосування Трахісану - на 2-3 добу.

Висновки. Використання Трахісану в комплексному лікуванні ангін можна вважати доцільним, так як препарат сприяє більш швидкій нормалізації клінічних проявів та лабораторних показників захворювання.

К. Л. Сервецький, Є. В. Нікітін, Т. В. Чабан, Н. О. Жураковська

ЗМІНИ В ТРОМБОЦИТАРНІЙ ЛАНЦІ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Інфекційний мононуклеоз (ІМ) у дорослих в 30 % випадків має тяжкий перебіг. Так гіпертермічний синдром може зберігатися до 2-3 тижнів, гепатит реєструється в понад 90 % хворих. Крім того значно зростає вірогідність розвитку ускладнень хвороби.

Серед гематологічних ускладнень ІМ провідне місце займають порушення з боку тромбоцитарної ланки гемостазу. На сьогодні основною причиною тромбоцитопенії у хворих на ІМ вважають появу антитробоцитарних антитіл і підвищену секвестрацію тромбоцитів внаслідок спленомегалії. Відомо, що надмірна активація процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), яка супроводжує запалення будь-якої етіології, призводить до порушенням ліпідного матріксу біомембран клітин, у тому числі тромбоцитів. Однак, при ІМ взаємозв'язок між процесами ПОЛ і порушеннями в тромбоцитарній ланці гемостазу залишається не розкритим.

Метою нашого дослідження було вивчення показників ПОЛ, дослідження змін в тромбоцитарній ланці гемостазу у хворих на ІМ та встановлення їх взаємозв'язку.

Під нашим спостереженням знаходились 70 хворих з тяжким перебігом ІМ віком від 18 до 28 років. Усі хворі були поділені на дві групи. І група отримувала стандартне лікування ІМ, яке включало дезінтоксикаційну, антипіретичну терапію, вітаміни. ІІ група, поряд з базисною терапією, отримувала противірусний препарат валцик по 500 мг 2 рази на добу – 10 діб та інтерфероноген аміксин ІС по 125 мг 2 дні підряд на тиждень протягом 5 тижнів. З метою вивчення змін в тромбоцитарній ланці гемостазу, процесів ПОЛ при вступі хворих до стаціонару,

на 10 та 30 добу лікування вивчали кількість тромбоцитів, середній об'єм (MPV) та ширину розподілу тромбоцитів (PDW), рівень дієнових кон΄югатів (ДК) та малонового діальдегіду (МДА).

У результаті проведеного дослідження, у хворих на ІМ встановлені певні зміни з боку тромбоцитарної ланки гемостазу. Так, кількість тромбоцитів у хворих обох груп під час першого дослідження знижувалася, порівняно зі здоровими особами, на 50 %. Нормалізація цього показника у хворих І групи відбувалась на 30, а ІІ – вже на 10 добу. Також у хворих обох груп у день госпіталізації встановлено збільшення MPV і PDW на 110 % та 84 % відповідно. При цьому MPV і PDW у хворих І групи досягали показників здорових осіб на 30, а ІІ - на 10 добу спостереження. Також встановлені певні зміни процесів ПОЛ. Рівень МДА і ДК у хворих обох груп під час вступу до стаціонару збільшувався – в 6,5 і 6,1 разів відповідно. На 10 добу від початку лікування вміст продуктів ПОЛ у хворих І групи не зазнавав істотних змін, так, рівень МДА перевищував нормальні показники в 4,3, а ДК – в 5 разів. У хворих ІІ групи ці показники перевищували норму в 1,5 і 1,8 разів відповідно. На 30 добу лікування у хворих І групи, на відміну від показників ІІ групи, нормалізації цих показників не відбувалось. Через місяць від початку лікування ДНК EBV визначалася у сироватці крові та слині у 33 хворих з І групи і у 21 – ІІ.

Також у хворих, які отримували комплексне лікування з застосуванням валцику та аміксину ІС, значно скорочувалася тривалість інтоксикаційного та гіпертермічного синдромів, зменшувалися прояви цітолітичного синдрому.

Таким чином, у хворих на ІМ має місце інтенсифікація процесів ПОЛ, що в свою чергу негативно позначається на показниках тромбоцитарної ланки гемостазу, сприяє розвитку тромбоцитопенії та зростанню MPV і PDW.

Комплексне лікування хворих на ІМ із застосуванням валцику та аміксину ІС призводить до зменшення реплікації ДНК EBV та зниження інтенсифікації процесів ПОЛ, чим

сприяє більш швидкій нормалізації показників тромбоцитарної ланки гемостазу.

О. І. Сміян, Х. І. Василишин

ПОКАЗНИКИ ФЕРРОКІНЕТИКИ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Сумський державний університет, м. Суми

Захворювання органів дихання широко розповсюджені серед дитячого населення та мають велику частку у структурі загальної захворюваності. Достатньо частою формою бронхолегеневої патології у дітей є негоспітальні пневмонії (НП). Пневмонія продовжує залишатися найбільш поширеною хворобою людини, яка і в XXI столітті є важливою медико-соціальною проблемою. Незважаючи на вдосконалення профілактики, різноманітність проведених наукових досягнень у плані вивчення етіології, патогенезу, стану імунітету, діагностики і прогрес медицини в розробці нових антибактеріальних препаратів, до теперішнього часу істотних тенденцій до зниження питомої ваги пневмоній у захворюваності та смертності дитячого населення не відзначається.

Перспективним напрямком пошуку нових маркерів запалення є вивчення рівня в біосубстратах різних «гострофазових» протеїнів. Серед білків - реактантів особливої уваги заслуговують такі залізовмісні білки, як трансферин та феритин. Дані білки приймають участь в обміні заліза в організмі, а також є одними із факторів неспецифічного захисту організму, визначаючи особливості перебігу запального процесу, безпосередньо беручи участь у реакціях, направлених на ліквідацію пошкоджуючого фактору, локалізацію вогнища пошкодження та відновлення порушеної структури і функцій.

Метою роботи було вивчення вмісту трансферину та феритину у сироватці крові дітей дошкільного віку, хворих на негоспітальну пневмонію.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 17 хворих на НП, віком від трьох до семи років, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні №2 КУ «Сумської міської дитячої клінічної лікарні Св. Зінаїди». До групи контролю входило 16 практично здорових дітей відповідного віку та статі.

Рівень залізовмісних білків визначали в сироватці крові на 1–3-й день після госпіталізації за допомогою імуноферментного аналізу.

Результати та їх обговорення. На початку госпіталізації у дітей з НП був встановлений виражений дисбаланс в обміні залізовмісних білків. Так, рівень сироваткового трансферину у хворих на НП становив 173,71±13,52 мг/дл, що достовірно нижче показника практично здорових дітей (262,81±9,65; $p<0,001$). Можна припустити, що низька концентрація трансферину є проявом захисної реакції дітей дошкільного віку у відповідь на запальний процес в організмі.

Аналіз концентрації феритину у сироватці крові пацієнтів із НП встановив достовірне його зростання (217,23±15,33 нг/мл) відносно дітей контрольної групи (74,16±7,67; $p<0,001$). У цьому випадку зростання рівня феритину, можливо, направлено на нормалізацію функціонального потенціалу імунної системи організму, так як даний протеїн володіє цитопротекторними, антиоксидантними та протизапальними властивостями.

Таким чином, концентрація залізовмісних білків при негоспітальній пневмонії у дітей дошкільного віку відображає активність запального процесу в легенях. І отже цей показник може бути використаний для оцінки тяжкості перебігу патології, моніторингу ефективності лікувальних заходів та прогнозу захворювання.

О. І. Сміян, Ю. А. Мозгова

ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ СИМБІОТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ АЦИДОЛАК ЮНІОР НА СТАН КИШКОВОГО МІКРОБІОЦИНОЗУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВТОРИННУ КАРДІОПАТІЮ ТА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність. У дітей, що часто й тривало хворіють на запальні захворювання піднебінних мигдаликів порушується баланс мікроекології товстої кишки, так як дихальний і шлунково-кишковий тракт розглядаються як головні „вхідні ворота” для патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів. При порушенні кишкового нормоценозу знижується резистентність організму до інфекційних агентів. Все це створює фон для більш тяжкого перебігу захворювань, виникнення ускладнень, переходу гострих форм у хронічні.Для покращення стану кишкового мікроміоцинозу на сучасному етапі особлива увага надається використанню пробіотичних препаратів, які сприяють активації імунних факторів макроорганізму. Найбільш ефективними з пробіотичних бактерій є біфідумбактерії та лактобацили. Отже, при виборі пробіотичного препарату, перевагу слід надавати тому, який включає саме лакто- та біфідобактерії.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу застосування симбіотичного препарату ацидолак юніор на стан кишкового мікробіоцинозу в дітей, хворих на вторинну кардіопатію та хронічний тонзиліт.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 35 дітей 13-17 років з вторинною кардіопатією на фоні хронічного тонзиліту, що знаходилися на лікуванні у педіатричному відділенні Сумської міської дитячої клінічної лікарні. Групу I склали хворі, що отримували стандартне лікування за відповідними протоколами (16 дітей), групу II – 19 пацієнтів, до терапії яких було включено симбіотичний препарат Ацидолак

юніор, групу контролю – 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Стан мікрофлори товстої кишки оцінювали шляхом бактеріологічного дослідження фекалій з визначенням видового складу та популяційного рівня мікрофлори за методикою Р.Б. Епштейн–Літвак. Симбіотик призначався хворим 13-17 років в дозі 1 таблетка 2 рази на добу з 2 дня госпіталізації впродовж 10-12 діб.

Отримані результати. В результаті проведеного дослідження встановлено, що при госпіталізації в дітей з вторинною кардіопатією на фоні хронічного тонзиліту мали місце якісні та кількісті порушення складу кишкової мікрофлори, які проявлялись достовірним зниженням кількості лактобактерій ((4,50±0,18) lgКУО/г), біфідобактерій ((4,30±0,18) lgКУО/г) та кишкової палички з нормальною ферментативною активністю ((5,00±0,15) lgКУО/г) ($p<0,001$), а також підвищенням вмісту грибів роду Candida ((3,15±0,14) lgКУО/г), стафілококів (золотистого та гемолізуючого) ((1,40±0,22) lgКУО/г) ($p<0,001$) та умовно-патогенних мікроорганізмів ((3,60±0,22) lgКУО/г) ($p<0,01$) у порівнянні з даними практично здорових осіб. Виявлені в ході дослідження якісні та кількісні зміни мікробіоценозу кишок не змінювалися на тлі стандартного лікування та свідчили про необхідність корекції даних порушень шляхом призначення пробіотичного препарату. Поряд з тим, при включенні до лікування симбіотика ацидолак юніор у респондентів з вторинною кардіопатією, порівняно з даними до лікування, мало місце достовірне збільшення вмісту біфідобактерій до (6,21±0,22) lgКУО/г, лактобактерій до (6,66±0,21) lgКУО/г та кишкової палички з нормальною ферментативною активністю до (5,80±0,19) lgКУО/г ($p<0,001$), а також зниження кількості УПМ до (2,47±0,25) lgКУО/г та грибів родини Candida до (2,41±0,17) lgКУО/г ($p<0,01$).

Висновок. Таким чином, на підставі виявлених нами змін складу кишкової мікрофлори в дітей з вторинною кардіопатією на фоні хронічного тонзиліту доцільно використовувати симбіотичний препарат ацидолак юніор, що дозволить

покращити стан кишкового мікробіоценозу та удосконалити комплексну терапію дітей з даною патологією.

О. І. Сміян, В. А. Плахута

СТАН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Сумський державний університет, м. Суми

Бронхіти є найпоширенішою формою бронхолегеневої патології, особливо серед дітей до трьох років. Захворюваність бронхітами, за даними ряду авторів, коливається від 15 % до 50 %, при цьому обструктивні форми зустрічаються частіше інших (30-50 %). Останнім часом відзначається збільшення кількості дітей з рецидивуючою бронхообструкцією. Зростання захворюваності обґрунтовує необхідність поглиблення уявлень про патогенез захворювання і пошук перспективних напрямків у терапії та реабілітації хворих. Зокрема, в літературі не достатньо висвітлений вплив на перебіг захворювання різних додаткових факторів, до яких відноситься дисбактеріоз товстої кишки.

В даний час доведено, що формування в перші роки життя нормальної сімбіонтної мікрофлори організму є одним з провідних регуляторних факторів, що забезпечують адаптацію дитини до позаутробних умов життя, підтримання гомеостазу, морфофункціонального дозрівання імунної системи і становлення нейроендокринної регуляції імунної відповіді. У той же час, порушення процесу становлення мікробіоти у дітей раннього віку відбиваються на їх розвитку, стані здоров'я та резистентності.

Мета: дослідити стан кишкової мікрофлори у дітей раннього віку, хворих на обструктивний бронхіт.

Під спостереженням знаходилося 29 дітей з діагнозом гострий обструктивний бронхіт віком до трьох років, яким, для

вивчення дисбіотичних процесів було проведено дослідження випорожнень із визначенням видового та популяційного складу мікрофлори (Р. Б. Епштейн-Литвак, 1977).

В результаті дослідження було встановлено, що у 85,71 % відмічались клінічні прояви порушення мікрофлори товстої кишки у вигляді диспепсичного синдрому: зригування спостерігалось у 10 ((34,48 ±8,98) %) дітей, метеоризм - у 9 ((31,03 ±8,74) %), блювання - у 5 ((17,24±7,14) %), пронос - у 17 ((58,62±9,31) %), періодичний біль у животі - у 14 ((48,28±9,44) %) та нашарування на язиці - у 19 дітей ((65,52±8,98) %), хворих на ГОБ. Під час лабораторного дослідження калу у дітей в гострому періоді захворювання виявлено наявність якісних та кількісних порушень, які характеризувалися значним зниженням кількості лактобактерій (р 0,001), біфідобактерій (р 0,001), ешерихій з нормальною ферментативною активністю (р 0,001) та збільшенням числа дріжджеподібних грибів (р 0,001), стафілококів (р 0,001) і представників умовно-патогенної флори (р 0,01).

Отже, виявлені нами клінічні симптоми дисбіозу та лабораторні зміни щодо кількісного та якісного складу мікрофлори в гострому періоді обструктивного бронхіту свідчили про необхідність проведення корекції виявлених порушень.

Н. А. Сніцарь

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГАРЯЧОК З ВИЗНАЧЕННЯМ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА ПРОКАЛЬЦИТОНІНУ

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність теми. Питання диференціальної діагностики гарячок невстановленого ґенезу (ГНГ) залишається надзвичайно актуальним в клініці внутрішніх, зокрема, інфекційних хвороб. Хворим з гарячкою проводять, як правило, велику кількість складних досліджень. Проте, деякі аналізи мають невелику

діагностичну цінність або є неспецифічними. Більш зручним маркером запалення, на відміну від таких, як ШОЕ, підрахунок кількості лейкоцитів та зсув лейкоцитарної формули, є С-реактивний протеїн (СРП). Його концентрація у крові має високу кореляцію з активністю захворювання та стадією процесу, проте СРП не специфічний показник для бактеріальної інфекції. Результати останніх досліджень дають підстави вважати, що «провісником» тяжких гнійних ускладнень і сепсису може бути визначення у плазмі крові прокальцитоніну (ПКТ). Закордоном широко використовуються дані методики. Вони є швидкими і простими тестами, а дослідження послідовних змін рівнів СРП і ПКТ у клінічній практиці є обов'язковими для госпіталізованих пацієнтів з тяжкими інфекціями та гарячковими станами. В Україні визначення СРП та ПКТ, як маркерів бактеріальної інфекції практично не застосовується.

Мета роботи. Покращення ефективності діагностики та оптимізація медичноїтактики при гарячках неясного ґенезу з використанням СРП та ПКТ.

Завдання дослідження. Проведенняаналізу частоти інфекційних та неінфекційних чинників у ґенезі нез'ясованих гарячок і субфебрилітету, визначення рівня СРП та ПКТ у хворих на бактеріальні та вірусні інфекції, неінфекційні захворювання.

Матеріали і методи. За період з серпня 2011 р. по жовтень 2012 р. було здійснено поглиблене клініко-лабораторне обстеження (щоденна багаторазова термометрія, загальний та біохімічний аналізи крові, клінічний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження крові, УЗД, визначення ПКТ, СРП, за потребою КТ, ЕхоКГ тощо) 36 хворих з діагнозом гарячка невстановленого ґенезу, з них 17 осіб у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні, 19 – в Українському медичному центрі інтенсивної терапії сепсису.

Результати дослідження. Сепсис підтвердився у 10 осіб (27,78 %); метаболічні розлади – у 2 осіб (5,55 %); злоякісні захворювання крові – у 1 (2,78 %); хірургічні захворювання (локальний гнійний процес) – у 3 (8,33 %), терапевтичні – у 8 (22,22 %); інфекційні – у 6 (16,67 %); виписані з діагнозом ГНГ – 6 (16,67 %). Тривалість гарячки на догоспітальному етапі понад 2 тижнів була у 9 осіб (25,0 %), 19 госпіталізовані до 1 тижня (52,78 %), 8 (22,22 %) звернулися за медичною допомогою через 1 місяць і більше. Тривалість перебування у стаціонарі в середньому склала (17,73±3,32) днів. Усім хворим проводили щоденну багаторазову термометрію. Температура (39,0±0,14) °С була у 20 пацієнтів (55,56 %), інші 16 осіб (44,44 %) мали субфебрилітет (37,58±0,1) °С.

У клінічному аналізі крові лейкоцитоз спостерігався у 14 хворих (38,89%). Зсув лейкоцитарної формули вліво виявлено у 23 осіб (63,89 %). ШОЕ зростала у 31 хворого (86,11 %). У біохімічному аналізі крові у 17 осіб (47,22 %) відзначалися підвищені показники білірубіну, АсАТ, АлАТ, ЛДГ, ЛФ, ГГТ, у 10 (27,78 %) – підвищення показників сечовини, креатиніну. Зміни (протеїн-, циліндр-, еритроцитурія) у клінічному аналізі сечі виявлено у 22 осіб (61,11 %). При УЗД майже у кожного другого пацієнта виявлено зміни з боку шлунково-кишкового тракту (гастродуоденіт, холецистит, панкреатит, гепатит). При бактеріологічному дослідженні крові у 16 осіб (44,44 %) виділити будь-які мікроорганізми не вдалося, у 6 (16,67 %) були виділені S. aureus, E. cloaceae, S. epidermitidis, Str. anhaemolyticum.

Підвищення рівня ПКТ було зафіксоване у 11 пацієнтів (30,56 %). Визначення СРП проводилося у 24 осіб, у 23 (95,83%) з них рівень його був достовірно підвищений (середні значення у проаналізованих групах коливалисявід (19,85±0,04) до (53,29±0,9)), що вказувала на його більшу чутливість. Проте ПКТ є більш специфічним, його рівень зростав у групах хворих з сепсисом (80,0 %; (17,47±0,88)**)** та локальним гнійним процесом (50,0 %; (4,89±1,05)).

При дослідженні кореляційних зв'язків у групах пацієнтів з ГНГ, було з'ясовано, що наявні прямі сильні кореляційні зв'язки між рівнями лейкоцитів і ПКТ (+0,71, p<0,05); прямі середньої сили між ШОЕ і ПКТ (+0,43, p<0,05); прямі слабкі між ПКТ і СРП (+0,31, p<0,05), ШОЕ і СРП (+0,37, p<0,05).

Висновки. Використання для диференціальної діагностики гарячок невстановленого ґенезу вмісту в крові лейкоцитів, лейкоцитарної формули, ШОЕ є недостовірним. Доцільно використовувати визначення прокальцитоніну для підтвердження бактеріального ґенезу гарячок і швидкогорозпізнаваннянебезпечних ускладнень (сепсис, гнійні процеси тощо) та С-реактивного протеїну для контролю за станом хворого та ефективністю антибактеріальної терапії.

Я. А. Соцька, В. О. Тєрьошин, І. А. Шаповалова, О. В. Круглова, І. А. Борзенко

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ІНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С НИЗЬКОГО СТУПЕНЯ АКТИВНОСТІ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПРИ ЛІКУВАННІ ВІФЕРОНОМ ТА ПОЛІОКСИДОНІЄМ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

Відомо, що однією з найбільш актуальних проблем сучасної інфектології є хронічний вірусний гепатит С (ХВГС), що пов'язано з прогресуючим зростанням захворюваності переважно осіб молодого, найбільш працездатного віку, частими несприятливими результатами ХВГС у вигляді фіброзу і цирозу печінки, а також нерідким розвитком небажаних побічних ефектів стандартної інтерферонотерапії. У даний час все більшу увагу медичної громадськості привертає можливість застосування імунокорегуючих препаратів з метою лікування і медичної реабілітації хворих з хронічною патологією

внутрішніх органів, зокрема з хронічними гепатитами. Під наглядом знаходилося дві групи хворих на ХВГС низького ступеня активності (НСА): поєднані з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) – основна (42 особи) та група зіставлення (38 осіб). Особи основої групи в комплексі лікування отримувала віферон, до складу якого входить рекомбінатний альфа-2b інтерферон і сучасний імуноактивний препарат поліоксидоній, хворі групи зіставлення в комплексі лікування отримували загальноприйняті препарати у середньотерапевтичному дозуванні. До роботи включали лише хворих при наявності НСА ХВГС, що характеризувалися помірним цитолізом (активність АлАТ не перевищувала 2,0 ммоль/л*год та активність АсАТ була не вище 1,4 ммоль/л*год) при вірусному навантаженні не більше 300 тис/мл копій РНК HCV. Разом із загальноклінічними дослідженнями у обстежених хворих в динаміці вивчали інтерфероновий статус: концентрацію сироваткового інтерферону (СІФ), а також вміст α –ІФН і γ-ІФН у крові. Дослідження інтерферонового статусу здійснювали на обладнанні фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція). Проведення клінічних спостережень дозволило встановити, що у осіб основної групи відмічаються більш скоріші строки ліквідації ознак загострення ХВГС НСА, поєднаного з ХНХ, а саме астено-невротичного, астено-депресивного, диспептичного та гепатобіліарного симптомокомплексів. При імунологічному дослідженні було встановлено, що вихідна концентрація СІФ була нижча за норму у 2,9 рази в основній групі та складала 0,99±0,06 МО/мл і в 3 рази в групі зіставлення (0,96±0,08 МО/мл). Рівень α-ІФН у крові хворих основної групи складав 168±6,5 МО/мл, що було нижче за норму в 1,9 рази; у групі зіставлення даний показник дорівнював 176±7,2 МО/мл, що було в 1,8 рази нижче норми. Вміст γ-ІФН в основній групі хворих складав 25,5±2,3 МО/мл та було в 1,9 рази нижче норми. У групі зіставлення даний показник був в 1,8 рази нижче показника норми. При цьому вірогідних відмінностей між вихідними показниками ІФН

статусу в обох групах не знайдено (P>0,05). Повторне вивчення ІФН статусу після проведеного курсу лікування показало, що в основній групі хворих концентрація СІФ зросла за цей період у середньому у 2,3 рази та вірогідно від норми не відрізнялася, тоді як у групі зіставлення – тільки в 1,3 рази в порівнянні з вихідним рівнем. У результаті кратність розбіжностей рівня СІФ в основній групі і групі зіставлення склала 1,8 рази (P<0,01). За період проведення лікування рівень α-ІФН і γ- ІФН в основній групі досягли нижньої межі норми, тоді як в групі зіставлення показник α-ІФН був на момент завершення лікування в середньому в 1,7 рази нижче за норму (P<0,01) і γ-ІФН – в 1,6 рази (P<0,01). Одержані дані свідчать, що проведення лікування із застосуванням комбінації препарату рекомбінатний альфа-2b інтерферону віферону та імуноактивного засобу поліоксидонію сприяє нормалізації інтерферонового статусу хворих на ХВГС НСА, поєднаний з ХНХ.

А. Б. Сухарєв

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ ВІЛЬПРАФЕНОМ

Сумський державний університет, м. Суми

Урогенітальний хламідіоз за даними ВООЗ, численних вітчизняних і зарубіжних дослідників є одним з найпоширеніших захворювань, що передаються статевим шляхом. Частота хламідійної інфекції у жінок репродуктивного віку, за даними ряду авторів, становить 12-15 %. У вагітних хламідіоз виявляється з частотою 7-9 % та нерідко негативно впливає на перебіг вагітності, викликаючи при цьому передчасні пологи, мимовільні викидні, вагітність, що нерозвивається. Серед хвороб плода і новонародженого, викликаних Cl. trachomatis, виділяють кон'юнктивіт, пневмонію, вульвовагініт.

За відсутності адекватної етіотропної терапії частота перинатальних ускладнень перевищує 50 %.

Лікування урогенітального хламідіозу - складна задача, яка посилюється можливістю асоціації хламідіозу у багатьох хворих з іншими інфекціями, що передаються статевим шляхом. У зв'язку з тим, що патологічний процес тривалий час залишається нерозпізнаним, запізніле лікувальне втручання нерідко виявляється недостатньо ефективним. Саме тому, незважаючи на збільшення кількості антибактеріальних препаратів, які претендують на роль найбільш ефективного засобу в терапії хламідіозу, проблема досить швидкого і гарантованого лікування цього захворювання залишається актуальною донині. До числа активних протихламідійних препаратів відносяться макроліди, які є досить безпечні для застосування під час вагітності та лактації. Перспективним препаратом з групи макролідів, який порівняно недавно з'явився на вітчизняному фармацевтичному ринку, є джозаміцин (вільпрафен). Вільпрафен активний проти широкого спектру мікроорганізмів, у тому числі і проти хламідій. Характерним для фармакокінетики вільпрафена є швидкий його розподіл у позасудинному просторі завдяки високій ліпофільності. Таким чином, протимікробна активність препарату in vivo посилюється за рахунок сприятливого характеру його розподілу з накопиченням у тканинах і органах у концентраціях, що перевищують такі в крові. Крім того, важливим аспектом механізму дії даного препарату є здатність до проникнення всередину клітини. Концентрація вільпрафена у клітинах більше ніж у 20 разів вища, у порівнянні з позаклітинною рідиною. На відміну від інших макролідів вільпрафен не зв'язується з цитохромом Р-450, звідси, немає побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту. Іншою дуже важливою перевагою препарату є можливість його застосування у вагітних жінок без шкоди для плода.

Нами було обстежено 85 вагітних жінок у терміні вагітності від 19 до 34 тижнів, що входили до групи підвищеного ризику по розвитку урогенітального хламідіозу, з них позитивний

результат на хламідії отримано у 16 вагітних, що склало 18,8 %. Акушерський і гінекологічний анамнез був обтяжений усіх хворих на урогенітальний хламідіоз. Так хронічні запальні захворювання геніталій були у 8 жінок (50 %), патологія шийки матки - у 5 (31,3 %), безпліддя - у 1 (6,3 %), самовільне переривання вагітності - у 3 (18,8 %), штучне переривання вагітності у терміні до 12 тижнів - у 7 (43,8 %). Перебіг цієї вагітності ускладнився гестозом легкого ступеня у 4 (25 %) жінок, анемією різного ступеня тяжкості - у 8 (50 %), загрозою переривання - у 10 (62,5 %), хронічною внутрішньоутробною гіпоксією плода - у 9 (56,3 %), помірним багатоводдям - у 4 (25 %). Загострення хронічного пієлонефриту і гестаційний пієлонефрит мали місце у 5 (31,3 %) жінок. У всіх вагітних хламідіоз був асоційований з іншими урогенітальними інфекціями: у 4 (25 %) - з вагінальним кандидозом, у 2 (12,5 %) - з бактеріальним вагінозом, у 8 (50 %) - з неспецифічним кольпітом, у 1 (6,3 %) - з уреаплазмою. Діагноз урогенітального хламідіозу ґрунтувався на результатах лабораторних досліджень (виділення хламідій в культурі клітин з епітелію цервікального каналу та уретри методом прямої імунофлюоресценції, виявлення ДНК хламідій методом ПЛР, а також визначення антитіл Ig G, Ig A до антигенів хламідій методом ІФА). Усі жінки отримували вільпрафен усередину по 500 мг 3 рази на день упродовж 10 днів у поєднанні з ністатином, віфероном по 500 000 МО. Контрольне обстеження проведено через 3 тижні після закінчення лікування. Вилікування склало 100 %.

Отже, джозаміцин (вільпрафен) є ефективним препаратом у лікуванні урогенітального хламідіозу.

Ю. О. Сухов

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СПАЗМОЛІТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

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

В теперішній час в різних регіонах України продовжують реєструватись досить високі рівні захворюваності на сальмонельози, ешерихіози, шигельози, кишкові інфекції, що викликані умовно-патогенною мікрофлорою (протей, клебсієла, цитробактер та інші) та вірусні діареї (ротавірусної, аденовірусної, ентеровірусної етіології), а також виникають епідемічні спалахи цих хвороб. Крім того, існує досить висока вірогідність розвитку різних несприятливих наслідків кишкових інфекції (повторне бактеріовиділення, постінфекційний СРК та інші), які в тому числі обумовлені низьким комплаєнсом лікування. Захворюваність на кишкові інфекції різної етіології спостерігається в усіх регіонах країни, з підйомом в теплий час року, але й взимку також спостерігається досить високій рівень захворюваності. Багато хворих, на жаль, не звертаються за медичною допомогою або їх лікують сімейні лікарі та терапевти. Залишається також багато питань щодо обгрунтування доцільності застосування тих чи інших груп препаратів в комплексному лікуванні хворих на кишкові інфекції.

Метою цієї роботи було дослідження ефективності використання спазмолітичних препаратів різних груп для лікування дорослих хворих на кишкові інфекції бактеріальної етіології. Контрольна група хворих на кишкові інфекції (35 пацієнтів) в комплексному лікуванні отримувала міотропний спазмолітик дротаверін – по 1 таблетці (40 мг) 3 рази на день, досліджувана група хворих (також 35 пацієнтів) – четвертичний амін – отілонія бромід ("Спазмомен") по 1 таблетці (40 мг) 3 рази на день. Ці групи біло рандомізовано з урахуванням полу, віку, тяжкості перебігу хвороби та її етіології. Лікування з

використанням спазмолітичних препаратів призначалось протягом 5 днів від початку терапії – на першу або другу добу захворювання.

Застосування дротаверіну ("Дротаверін", "Но-шпа") є загальноприйнятим, але цей препарат має вплив не тільки на кишечник, але й на інші внутрішні органи, в тому числі на гладку мускулатуру судин, що небажано при зниженні артеріального тиску, яка відбувається у значної частини хворих на кишкові інфекції. Отілонія бромід ("Спазмомен") має дуже низьку біодоступність (всмоктується до 3 % від прийнятої дози) та селективно впливає на гладку мускулатуру кишечника (Evangelista S., 2004; Spinelli A., 2007; Grundmann O., Yoon S. L., 2010; Дорофеев Э. А., Руденко Н. Н., Рассохина О. А., 2010 та ін.).

До початку лікування всі хворі скаржилися на помірні або середньої інтенсивності болі в животі, що виникли в перші години (від 1 до 4 годин) від початку хвороби. При аналізі отриманих результатів виявлено, що пацієнтів досліджуваної групи статистично достовірно ($p<0,05$) раніше переставали турбувати болі в животі. Так, якщо хворі, що отримували дротаверін скаржилися на болі в животі в середньому протягом 4,17±0,46 діб, то хворі, що в комплексному лікуванні отримували отілонія бромід ("Спазмомен") – лише 3,21±0,30 доби.

Під час лікування хворих побічної дії на ліки не зафіксовано. Деякі хворі з контрольної групи скаржилися на короткочасний неприємний, гіркий присмак в роти після прийому дротаверіну. Це було пов’язано з тим, що таблетки дротаверіну та но-шпи не мають оболонки, та в незначній кількості діюча речовина попадає на смакові рецептори. Таблетки отілонія броміду ("Спазмомен") вкриті оболонкою, тому подібних скарг у хворих не було.

Таким чином, отілонія бромід ("Спазмомен") є ефективним спазмолітичним препаратом при комплексному лікуванні дорослих хворих на кишкові інфекції бактеріальної етіології.

В. О. Тєрьошин, І. О. Шаповалова, Л. О. Гаврилова,
І. В. Прудникова, А. А. Тасенко

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ФІТОЗАСОБУ ІМУПРЕТУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ІМУНОКОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГРИПОЗНУ ІНФЕКЦІЮ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

В теперішній час грип є вельми актуальною медичною та соціальною проблемою внаслідок масового розповсюдження та періодично виникаючих пандемій, які охоплюють більшість країн світу. Стан імунної системи при вірусних інфекціях, зокрема при грипозній інфекції (ГІ), відіграє ключову роль у розвитку і перебігу патологічного процесу. З іншого боку, ГІ може привести до розвитку вторинного імунодефіцитного стану, що може індукувати ускладнення захворювання. Застосування сучасних імуноактивних препаратів рослинного походження дозволяє позитивно впливати на активність інфекційного запального процесу, знижувати явища ендогенної інтоксикації. Було обстежено дві групи хворих на ГІ – основна (45 осіб), яка отримувала імуностимулюючий препарат рослинного походження імупрет по 25 крапель 5-6 разів на день перші три дні лікування та потім по 25 крапель 3 рази на день протягом тижня та група зіставлення (39 хворих), яка отримувала лише загальноприйняте лікування. В результаті проведених досліджень було встановлено, що до початку лікування в хворих на ГІ виявлено зростання рівня прозапальних цитокінів у сироватці крові - концентрація ФНПα була підвищена у всіх обстежених хворих майже втричі у порівнянні з нормою, також відбувалося зростання рівня IL-1β у крові в 6,5-8 разів, вміст IL-2 у крові був підвищений в середньому в 2-4,5 рази в порівнянні з фізіологічною нормою, рівень IL-6 в периферичній крові зростав в середньому в 3

рази. У хворих на ГІ основної групи при застосуванні імупрету відмічається поліпшення початково порушеного рівня цитокінів порівняно з групою зіставлення, в якій хворі одержували лише загальноприйняте лікування. Застосування імупрету дозволило зменшити концентрацію ФНПα у сироватці крові хворих основної групи в 2,9 рази по відношенню до початково високого рівня, при чому дія препарату спостерігалася вже в першу добу після його введення і клінічно це виявлялося послабленням вираженості інфекційної інтоксикації та зниженням температури тіла. У пацієнтів групи зіставлення на момент завершення лікування рівень ФНПα складав 169,1±2,1 пг/мл (кратність зменшення 1,7 рази; $P<0,05$). Концентрація ІЛ-1β у хворих основної групи на тлі проведеного лікування достовірно знижувалась до 61,9±7,5 пг/л, тобто досягала верхньої межі норми, тоді як у групі зіставлення його рівень залишався значно підвищеним. Рівень IL-2 у хворих основної групи після завершення курсу імунокоррекції знизився до норми, у пацієнтів групи зіставлення концентрація цього цитокіну в середньому у 2,2 рази перевищувала норму. На фоні зниження концентрації ФНПαу хворих на ГІ спостерігалося також зменшення вмісту IL-6, що підтверджує регуляторну дію імупрету. У пацієнтів групи зіставлення рівень IL-6 перевищував норму у 2,4 рази. Отже, включення імупрету до комплексу імунокорекції хворих на ГІ, обумовлює нормалізацію показників цитокінового профілю крові, і таким чином є патогенетично обгрунтованим.

В. І. Трихліб, І. М. Діжа

РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - МИРОТВОРЦІВ ПІСЛЯ ПРИБУТТЯ З ВІДРЯДЖЕННЯ

Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ", м. Київ
Українська військово-медична академія, м. Київ

Актуальність. На сьогодні нараховується 106 країн, які вважаються ендемічними щодо малярії. За даними ВООЗ щороку фіксується 350-500 млн. випадків зараження людей малярією, з яких до 3 млн. закінчуються летально.

Україна не є ендемічної країною щодо захворюваності на малярію. Але у зв'язку зі щорічною реєстрацією завізних випадків малярії в Україні з ендемічних країн, активною участю нашої держави в миротворчих місіях у тропічних країнах настороженість українських лікарів у цьому відношенні, безперечно, повинна мати місце. Щорічно більше ніж у 200 військовослужбовців - миротворців після прибуття з ендемічних країн Африки виявляються збудники тропічної малярії.

Мета роботи. Провести обстеження військовослужбовців одразу після прибуття з відрядження.

Матеріали та методи. 275 військовослужбовцям - миротворцям одразу після прибуття проводились наступні дослідження: загальний аналіз та біохімічні аналізи крові, УЗД внутрішніх органів, обстеження на патогенну кишкову флору, маркери вірусних гепатитів, ВІЛ/СНІД, ЕКГ. З метою оцінки стану мікроциркуляції проводилось обстеження за допомогою методу лазерної допплерівської флоуметрії (ЛДФ**)** на апараті ЛАКК-02 (НПП "ЛАЗМА" РФ).

Отримані результати. В результаті збору скарг, об'єктивного обстеження, лабораторного, інструментального обстеження, в тому числі ЛДФ серед 275 українських миротворців, які повернулися з миротворчої місії ООН у Ліберії. у 53 % осіб виявлено збудник тропічної малярії у крові. У 6 % - був встановлений діагноз тропічна малярія легкого ступеня тяжкості, у 73 % - субклінічна форма тропічної малярії, у 21 % -

паразитоносійство збудника тропічної малярії. У хворих на малярію легкого ступеня тяжкості спостерігалась субфебрильна температура, у деяких зниження рівня гемоглобіну, підвищення рівня АлАТ, виявлялись збудники малярії. З урахуванням того, що на даний час йде дискусія стосовно «паразитоносіїв» збудників малярії, ми більше уваги приділяли групі хворих, у котрих після обстеження був встановлений діагноз субклінічна тропічна малярія. Характерними змінами лабораторних показників у даних хворих були: у 46,6 % підвищення рівня АлАТ, у 23,5 % - ШОЕ, у 19,3 % - білірубіну, у 7,5 % спостерігався лейкоцитоз. У групі "паразитоносіїв" інших лабораторних змін, окрім наявності збудника у крові, не було виявлено.

Проведено визначення стану мікроциркуляції у 110 військовослужбовців. Обстежених у залежності від результатів паразитологічного обстеження було розділено на дві групи: група 1 – особи з позитивними результатами аналізу крові на малярію, група 2 – з негативними результатами крові практично здорові.

У хворих першої групи за даними ЛДФ 64 % осіб мали достатній рівень перфузії тканин, у частини (17 %) показник перфузії був дещо знижений, у 19 % осіб відмічалося перевищення нормального рівня показника перфузії, що вказувало на наявність явищ застою крові у судинах мікроциркуляторного русла. При визначенні основного гемодинамічного типу мікроциркуляції у більшості хворих (60 %) переважав змішаний варіант, тоді як для осіб з другої групи характерними були практично однакові частки нормоциркуляторного та змішаного типів МЦ. Резерв капілярного кровотоку (РКК) у хворих осіб був знижений – 188,42 % (в нормі 200-400 %). Ендотеліальну дисфункцію (ЕД) визначено у 79 % хворих на малярію осіб. У 48 % зафіксовано зниження активності ендотелію та застій крові у венулах, у 22 % мало місце зниження максимальної амплітуди коливань

ендотелію (AmaxE<0,08). У осіб з другої групи ЕД (51 %) мала інший характер – у більшості (35 %) за рахунок зниження реактивності судинної стінки. Серед основних параметрів ЛДФ виявлено зниження середнього значення AmaxE (0,14±0,08). При порінянні 2-х груп виявлено статистично значущу різницю між групами за параметрами AmaxE, AmaxД, РКК (p_α<0,05). У військовослужбовців, у яких виявлено P. falciparum, дисфункція ендотелію зустрічається частіше, ніж у паразит-негативних осіб (p_α=0,002). У хворих з субклінічною тропічною малярією крім змін у лабораторних спостерігалась і дисфункція ендотелію. У групі "паразитоносіїв" інших лабораторних змін, окрім наявності збудника в крові, не виявлено. ЕД відмічалась у незначної кількості осіб.

Висновки. Інфікованість українських військовослужбовців малярією після повернення з тропічних країн знаходиться на високому рівні (53 %).У переважної більшості хворих (73 %) встановлено субклінічну форму перебігу захворювання.Рівень перфузії тканин при легкому та субклінічному перебігу малярії достатній, але відмічаються деякі зміни механізмів регуляції мікроциркуляції.Мікроциркуляторні зміни характеризуються наявністю у значної кількості хворих (79 %) порушень функціонування ендотелію та венулярного застою.

І. О. Троцька, Є. В. Абухаммаш, Ю. О. Літвінова,
Н. В. Дем'яненко, С. Є.Шолохова

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАВІЗНИХ ВИПАДКІВ МАЛЯРІЇ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Сумський державний університет, м. Суми
Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені
З. Й. Красовицького, м. Суми
ДЗ "Сумський обласний лабораторний центр
держсанепідслужби України", м. Суми

Актуальність. Проблема малярії залишається актуальною для багатьох країн світу, у тому числі й України, у зв'язку зі зростанням міграції населення.

Мета роботи – вивчити основні клініко-епідеміологічні особливості завізної малярії в Сумській області.

Матеріали і методи. Проаналізовано медичні карти хворих на завізну малярію, які лікувались у закладах охорони здоров'я регіону за період з 1996 по 2012 р.р.

Результати дослідження. За 17 років в Сумській області зареєстровано 19 випадків завізної малярії у хворих віком від 21 до 59 років. Середній вік склав (34±0,5) роки. Більшість випадків зареєстрованосеред вікової групи 21-30 р., тобто найбільш мобільної та працездатної частини населення. Жінок було 2 (10,5 %), чоловіків - 17 (89,5 %). 10 (52,6 %) хворих були громадянами України, які повернулися з ендемічних країн, 9 (47,4 %) - іноземними громадянами. На малярію хворіли робітники, студенти, туристи, пенсіонери. 11 (57,8 %) осіб госпіталізовані в перші три доби від початку захворювання, 8 (42,2 %) осіб – на 4-5 добу і пізніше. Лише 2 хворих приймали хіміопрофілактичні препарати.

У 50 % випадків діагноз малярії встановлений при первинному зверненні, 2-м хворим встановлений діагноз гарячки нез'ясованого генезу, 2-м – гострої кишкової інфекції,

2-м – харчової токсикоінфекції, 2-м – гострої респіраторної вірусної інфекції, 1-ому – пневмонії.

Лабораторно діагноз підтверджений у 16 (84,3 %) випадках, у 3 (15,7 %) хворих збудник не виявлений. Серед встановлених збудниківмалярії домінував P.vivax, який виявлений у 10 хворих (62,5 %). У 4 випадках(25 %) виявлений P.falciparum, збудник тропічної малярії, у двох хворих мала місце mixt-малярія (P.falciparum + P.ovale - 1, P.falciparum + P.malariae – 1). Починаючи з 2010 р. в область завозилась виключно тропічна малярія (5 випадків).

У 16 хворих (84,5 %) захворювання перебігало у середньоважкій формі, в 1 випадку хворий помер. Летальність склала 5,3%.

Всі хворі отримували протималярійні препарати (делагіл, хінін, фансідар, коартен, артесунат, хіноцид). У 7 (36,8 %) випадках через відсутність необхідних лікарських засобів, лікування здійснювалось медикаментами, що надійшли від хворих. У 8 (80 %) хворих на триденну малярію протирецидивна терапія не проводилась у зв'язку з відсутністю відповідних медичних препаратів, внаслідок чого у 3 випадках мав місце рецидив захворювання.

Висновки. Спостерігається тенденція до завозу в область тропічної малярії. В більшості випадків підлягаючому контингенту не проводиться хіміопрофілактика. Відсутність в Україні необхідних препаратів призводить до розвитку рецидивів. Майже в 50 % випадках має місце несвоєчасна діагностика малярії, що потребує вдосконалення заходів з професійного розвитку лікарів первинної та вторинної ланки у контексті їх підготовки з інфектології.

І. О. Троцька, В. В. Рябіченко, О. С. Загребельний,
С. О. Нікуєнко

ШКОЛА ПАЦІЄНТІВ ДІЄ!

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені
З. Й. Красовицького, м. Суми
Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації
Сумська обласна громадська організація "Клуб "Шанс"

Актуальність. Однією з найважливіших проблем медицини сьогодення є вірусні гепатити. За матеріалами Всесвітньої організації охорони здоров'я у світі вірусами гепатитів інфіковано понад 1,5 млрд. людей.

Враховуючи зазначене, необхідність вдосконалення профілактичної допомоги населенню не викликає сумнівів. Перспективним у цьому напрямку в сучасних умовах є санітарно-гігієнічне виховання та навчання хворих на хронічні гепатити у Школі пацієнтів.

Школа пацієнтів – це сукупність методів індивідуального та групового виховання і навчання хворих, що направлені на формування здорового способу життя та практичних навичок щодо раціонального лікування, харчування, прихильності до терапії і безпечної поведінки.

Мета Школи – сприяння партнерських відносин з лікарем під час лікування, запобігання ускладнень та важких форм захворювання, підвищення якості життя хворих.

Школа пацієнтів була організована спеціалістами обласної громадської організації "Клуб "Шанс" та обласної інфекційної клінічної лікарні.

Пацієнти направлялись на заняття лікарями обласного гепатологічного центру та волонтерами обласної громадської організації "Клуб "Шанс". Нерідко хворі приходили на Школу за порадою інших її учасників.

У 2012 році було проведено 6 занять тривалістю 120 хвилин кожне. На заняттях розглядались шляхи передачі гепатиту, клінічні прояви хвороби, сучасні можливості діагностики, лікування та профілактики, обговорювались фактори ризику, що сприяють прогресування гепатиту та його трансформації в цироз печінки і гепатоцелюлярну карциному, розроблялись реальні заходи щодо покращання якості життя.

Всього у Школі пацієнтів прийняло участь 68 осіб віком від 18 до 49 років (34±6,2), з них 45 (66,2 %) склали чоловіки, 23 (33,8 %) – жінки. У 52 (76,5 %) пацієнтів був хронічний вірусний гепатит С, у 11 (16,2 %) – хронічний вірусний гепатит В, у 5 (7,3 %) – хронічний вірусний гепатит В + С. Жоден хворий не отримував противірусної терапії.

Перед початком занять у Школі та після її завершення у пацієнтів визначався рівень інформованості щодо своєї хвороби. За результатами цієї оцінки було встановлено, що рівень знань про гепатит, сучасні методи його діагностики, лікування та профілактики до початку занять були низькими у 42 осіб (61,8 %), середніми – у 21 (30,9 %), відмінними – у 5 (7,3 %). 15 (22 %) пацієнтів вважали, що заразитися вірусним гепатитом можливо в басейні, при рукостисканні, тоді як 18 (26,5 %) не знали про статевий шлях передачі вірусів та небезпечність таких процедур, як педикюр, манікюр, пірсинг, татуаж. 26 (38,2 %) учасників Школи ніколи не чули про можливість попередження вірусного гепатиту В за допомогою щеплень.

Після проведення Школи відмінні та добрі знання продемонстрували 44 особи (64,7 %), середні – 24 (35,3 %). Відповідно рівень знань збільшився в середньому на 45,9 %.

За результатами опитування всі пацієнти відмітили, що участь у Школі була для них корисною, 65 (95,6 %) були задоволені якістю навчання. Фактично всі учасники порадили би пройти навчання у Школі своїм знайомим.

52 (76,5 %) пацієнта стали додержуватися дієти, 31 (45,6 %) відмовились від алкоголю, 50 (73,5 %) знизили фізичні навантаження, 34 (50 %) пройшли поглиблене обстеження. За результатами опитування 32,3 % осіб до початку занять у Школі

не знали про противірусну терапію, а 50 % вважали її неефективною, тоді як лише 6,5 % задумувались про специфічне лікування.

Після навчання у Школі 45 (61,2 %) пацієнтів зрозуміли, що терапія сучасними противірусними засобами – надійний та ефективний шлях боротьби з хворобою.

69,2 % слухачів Школи з вірусним гепатитом С прийняли рішення щодо щеплення проти гепатиту В, а пацієнти з вірусним гепатитом В усвідомили необхідність імунізації членів своєї родини.

54,4 % відвідувачів Школи відмітили покращання якості життя, а саме: покращання психічного та фізичного стану, підвищення життєздатності, фізичної і соціальної активності.

Висновки. Таким чином, відвідування хворими Школи підвищує якість життя пацієнтів та позитивно відображається на їх прихильності до рекомендацій лікаря, безпечної поведінки. Наш досвід дозволяє стверджувати, що Школа є ефективним механізмом лікування, профілактики та мінімізації ускладнень хронічних гепатитів.

І. О. Троцька, В. В. Тищенко

ВИВЧЕННЯ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ НА СУМЩИНІ

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З. Й. Красовицького, м. Суми
Головне управління держсанепідслужби України в Сумській області

Актуальність. Гострі кишкові інфекції у зв’язку з високим рівнем захворюваності дотепер залишаються однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров’я. При цьому достовірно встановити етіологічні чинники вдається не завжди, хоча інформація про збудника хвороби необхідна для корекції

лікування та здійснення необхідного обсягу профілактичних і протиепідемічних заходів в осередках.

Мета роботи – визначити етіологічну структуру кишкових інфекцій на Сумщині.

Матеріали і методи. Проаналізована захворюваність на гострі кишкові інфекції серед населення регіону за 2010-2012 роки. Діагноз встановлювався на підставі клініко-епідеміологічних даних та результатів лабораторного дослідження (у тому числі бактеріологічного, імунохроматографічного). У деяких випадках використовувались швидкі тести.

Результати дослідження. Із 6519 випадків захворювання збудник встановлений у 4196 (64,37 %). У 634 (15,2 %) пацієнтів діагностовано сальмонельоз, у 60 (1,43 %) – шигельоз. Таким чином, питома вага патогенної мікрофлори в етіології гострих кишкових інфекцій не перевищує 17 %. При цьому у 5 (0,79 %) хворих на сальмонельоз та 2 (3,3 %) – на шигельоз діагноз лабораторно не підтверджений і встановлений на підставі клініко-епідеміологічних даних.

Провідну роль у виникненні ГКІ відіграє умовно-патогенна мікрофлора. З калу 1126 (26,84 %) хворих виділена клебсієла, 735 (17,52 %) – ентеробактер, 645 (15,37 %) – стафілокок. У 292 (6,69 %) хворих збудником захворювання виявлений цитробактер, у 267 (6,36 %) – протей, у 146 (3,48 %) – псевдомонади, у 123 (2,93 %) – ентеропатогенна кишкова паличка. Лише в 2,1 % випадках збудником кишкової інфекції встановлений вірус (ротавірус, аденовірус, ентеровірус, вірус Коксаки). Норавіруси, астровіруси, гриби роду кандида не були виділені за останні 3 роки у жодного хворого, хоча в попередні роки виявлено до 20 хворих, у яких ці збудники спричинили захворювання. У 35,63 % випадках збудника захворювання встановлено не було.

Висновки. В етіологічному спектрі збудників гострих кишкових інфекцій переважала умовно патогенна мікрофлора. Висока питома вага невизначених етіологічних чинників потребує вдосконалення специфічної лабораторної діагностики.

Низький відсоток випадків клінічного шигельозу свідчить про гіподіагностику даного захворювання.

І. О. Троцька, М. Д. Чемич, Ю. В. Ворона, С. М. Коваль

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТІ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Сумський державний університет, м. Суми
Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З. Й. Красовицького, м. Суми
Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації

Актуальність. Інфекційні ураження нервової системи продовжують займати важливе місце в загальній патології людини та залишаються однією з основних причин смертності хворих в інфекційних стаціонарах.

Мета роботи – вивчення етіологічних чинників захворювань нервової системи, як основної причини смертності пацієнтів інфекційного стаціонару.

Матеріали і методи. Проведений аналіз випадків смертності пацієнтів у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні ім. З.Й. Красовицького з 1993 по 2012 р.р.

Результати. За 20 років у лікарні зареєстровано 127 летальних випадків, з них у 18 померлих або 14,2 % безпосередньою причиною смерті стало інфекційне ураження нервової системи.

Усього за цей період у закладі лікувалось 898 осіб з ураженням нервової системи інфекційного ґенезу, таким чином, летальність серед хворих цієї групи склала 2,1 %, тоді як загальна летальність по стаціонару дорівнювала 0,33 %. Серед померлих було 12 жінок та 6 чоловіків від 25 до 68 років. Середній вік пацієнтів склав (42,6±1,5) року. Більшість летальних випадків зареєстровано серед хворих вікової групи

30-39 р. (27,8 %), 83 % - були працездатного віку. Майже у всіх хворих мала місце супутня патологія: цукровий діабет, хронічні захворювання серцево-судинної системи, алкоголізм тощо.

Більшість хворих померли у перші 3 доби з моменту госпіталізації - 10 (55,6 %), додобова летальність склала 38,8 %. Лише 9 хворих (50 %) звернулись за медичною допомогою у перші три дні від початку захворювання, тоді як 8 осіб (44,4 %) – після 5 доби.

Аналіз нозологічної структури летальності свідчить, що найбільш частим захворюванням, що призвело до смерті хворих, був гострий менінгоенцефаліт: 13 випадків (72,2 %), у тому числі невстановленої етіології – 8 (44,4 %), туберкульозний – 1 (5,5 %), у 4 хворих на ВІЛ-інфекцію чинниками менінгоенцефаліту були визначені токсоплазма та вірус герпесу. В 2 випадках причиною смерті була менінгококова інфекція (гострий менінгіт – 1, гострий епіндиматит – 1), в 1- абсцес лобної долі головного мозку, 1 хворий помер від гострого порушення мозкового кровообігу, яке розвинулось як ускладнення генералізованої форми сальмонельозу, 1 – від гострого раннього дифтерійного поліневриту з бульбарним синдромом. 8 (6,3 %) хворих померли від неінфекційних захворювань нервової системи: гостре порушення мозкового кровообігу (7) та пухлина головного мозку (1). Ці хворі направлялись у лікарню з підозрою на інфекційне захворювання (менінгіт, гостра кишкова інфекція, ГРВІ тощо), діагностичні труднощі були пов’язані з необхідністю проведення параклінічних досліджень, які можна виконати лише в стаціонарі (зокрема, люмбальна пункція).

Звертає на себе увагу значний відсоток розходжень діагнозів між лікувальними закладами, що направляли хворих, та заключним діагнозом обласної інфекційної клінічної лікарні, який склав 100 % у непрофільних хворих та 38,9 % - у профільних.

Висновки. Летальність хворих з інфекційними ураженнями нервової системи складає 2 % та значно перевищує загальну летальність по інфекційному стаціонару – 0,33 %. У структурі

летальності домінують менінгоенцефаліти та захворювання нервової системи, зумовлені ВІЛ. Висока питома вага менінгоенцефалітів з невизначеним етіологічним чинником не відповідає вимогам доказової медицини та потребує вдосконалення лабораторної діагностики. Факторами ризику летального наслідку було несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою, їх соціальна неадаптованість та супутні захворювання. Діагностичні помилки на дошпитальному етапі свідчать про недостатню обізнаність лікарів первинної та вторинної ланки щодо особливостей перебігу нейроінфекцій.

С. М. Федоренко, Н. О. Тімко

ЕПІДСИТУАЦІЯ ЩОДО ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ДИФТЕРІЮ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня», м. Львів

У Львівській області впродовж 2008 – 2013 років захворюваність на дифтерію реєструвалася наступним чином: в 2008 році зареєстровано 11 випадків з інтенсивним показником 0,43 проти 31 випадку з інтенсивним показником 0,13 в Україні. В 2009 році був зареєстрований лише 1 випадок з інтенсивним показником 0,04 проти 21 випадку в Україні з інтенсивним показником 0,05. Аналогічна ситуація прослідковувалась і у 2010 році, коли був зареєстрований 1 випадок проти 17 в Україні, з інтенсивним показником на рівні середньодержавного 0,04. В 2011 та 2012 роках випадки дифтерії в області не реєструвалися. В Україні було зареєстровано відповідно 8 і 5 випадків захворювання. В області з 2007 року не виявляються носії токсигенних штамів дифтерії. Привертає увагу низька результативність обстежень як діагностичних (хворі на гострі тонзиліти, з іншою ЛОР-патологією, інфекційним мононуклеозом), так і з профметою для виявлення носійства

серед здорових осіб. При діагностичних дослідженнях у 2010 та 2011 роках виявлено по 2 носія нетоксигенних штамів дифтерії (відповідно з 24 555 та 27 445 обстежених), при профілактичних – лише 1 здорового носія у 2010 році (відповідно з 14 841 та 15 248 обстежених).

Виконання обсягів профілактичних щеплень проти дифтерії за останні роки різко знизилось, порівняно з показником 95 %, затвердженим Загальнодержавною програмою імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 р.р. Середній показник охоплення АДП-м школярів у віці 14 років склав 53,4 %, осіб у 18р.-20,6 %, дорослих 14 % в 2011 та 2012 – роках.

У травні 2013 року зареєстрований випадок захворювання на дифтерію у 29-річної жінки. При бактеріологічному обстеженні виявлено коринебактерію дифтерії gravis tox+. Клінічно захворювання проявилося клінікою паратонзилярного абсцесу. Хвора лікувалася у ЛОР-відділенні, після одержання результатів бактеріологічного обстеження була переведена в інфекційний стаціонар. Протидифтерійна сироватка не вводилась. При визначенні напруженості імунітету методом імуноферментного аналізу встановлений титр антитіл нижчий від захисного - 0,154. З анамнезу та медичної документації відомо, що хвора була щеплена проти дифтерії з порушенням календаря профілактичних щеплень (відсутня ревакцинація у 28 років).

Низька виявляємість токсигенних і нетоксигенних штамів дифтерії серед населення при відсутності реєстрації захворюваності на дифтерію одночасно із зменшеними обсягами вакцинації та ревакцинації є несприятливим прогнозом щодо розповсюдження захворюваності на дифтерію.

М. Д. Чемич, Т. О. Болецька

ОСОБЛИВОСТІ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ, ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність. Лайм-бореліоз (ЛБ) є серйозною медико-біологічною проблемою з огляду на схильність хвороби до хронізації, несприятливих наслідків внаслідок ураженням нервової системи, опорно-рухового апарату, шкіри, печінки, серця та характеризується поліморфізмом клінічних проявів.

Епідеміологічна ситуація з ЛБ в Україні залишається складною. Зберігається тенденція до подальшого зростання захворюваності. Так, у 2009 році офіційно зареєстровано 979 випадків хвороби, у 2010 - 1272, а в 2011 – 1597. Сумська область є високоактивним осередком ЛБ в Україні і відноситься до областей з найвищими показниками захворюваності. Так, у 2009 році рівень інцидентності склав 3,77 на 100 тис. нас., у 2010 році цей показник дорівнював 4,0, а в 2011 – 5,81. Найвищі показники зареєстровані у м. Суми, Сумському та Шосткінському районах. На території Сумщини визначено 144 природних осередків ЛБ: інфікованість кліщів бореліями підтверджено в Сумському, Шосткінському, Глухівському, С.-Будському, Лебединському, Роменському, В.-Писарівському районах. Викликає занепокоєння почастішання випадків звернення населення з приводу присмоктування кліщів. Так, за 9 місяців 2012 року в Сумській області зареєстровано 126 осіб, які піддались нападу кліщів.

Мета роботи: вивчити клініко-епідеміологічні особливості ЛБ у Сумській області та визначити оптимальні підходи до його діагностики і лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовані медичні карти стаціонарних хворих і обстежено 139 хворих, що перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького в 1999-2012 рр.

Результати. Присмоктування іксодових кліщів у Сумській області спостерігаються з квітня по вересень з максимумом у червні - серпні. Встановлено, що серед госпіталізованих переважали міські мешканці (85 %), з них 58,5 % були інфіковані в межах м. Суми при відвідуванні парку, місць відпочинку і дачних ділянок. Серед хворих переважали жінки – 64 %. Середній вік пацієнтів склав (45,65 ± 14,39) років.

Клінічні прояви гострого маніфестного ЛБ характеризувалися переважно еритемними формами (96,4 %, 134 пацієнта) і середнім ступенем тяжкості (97,1 %, 135). Кільцеподібна еритема (КЕ) розташовувалася в місцях присмоктування кліщів, частіше на нижніх кінцівках. Не помітили укусу кліща 14,3% хворих. Розмір КЕ склав у середньому (17,13 ± 1,17) см. Вторинна еритема була у 4,5 % осіб. Із суб'єктивних відчуттів у ділянці КЕ пацієнти відзначали свербіж, біль, набряк тканин, синюшність. Афекти від укусу кліща у вигляді папул і скоринок реєструвалися у 12,2 % обстежених, регіонарний лімфаденіт - у 15,8 %, у 1 випадку - лімфангоїт.

Синдром загальної інтоксикації спостерігали в кожного другого госпіталізованого, біль у суглобах і м'язах - у кожного десятого. Субфебрильну температуру реєстрували у 31,7 %, ураження нервової системи - у 20,5 % хворих (енцефалополінейропатія, радикуліт, полінейропатія, астенічний і астеноневротичний синдроми). Ураження опорно-рухового апарату (Лайм-артрит) діагностовано у 2 пацієнтів, ураження шкіри - у 1, змішана шкірно-суглобова форма - у 1. Гепатомегалія виявлена у 42,4 % осіб, хронічний неуточнений гепатит - у 8,6 %. Метаболічна міокардіопатія встановлена в 4,3 % хворих у віці до 50 років, які не мали супутньої патології і обтяженого кардіологічного анамнезу.

Методом ІФА на наявність антитіл класу IgM та / або IgG досліджувалася кров 84 осіб, з них у стадії локальної інфекції - 95,2 % (еритемна форма – 93 %, безеритемна - 2,3%), у стадії дисемінації - 4,8%. Діагностичні титри виявилися в 60,7 % випадках. Методом НРІФ дослідження проводилось у 1 хворого з безеритемною формою (в анамнезі виявився факт

присмоктування кліща) – титр антитіл дорівнював 1:64 (позитивний результат – 1:40 та вище). Методом ПЛР проводилося дослідження у 13 хворих, у всіх випадках результат негативний.

Виражені зміни гемограми у більшості хворих відсутні. У біохімічному аналізі крові і клінічному аналізі сечі значних змін не виявили. Гематологічні показники ендогенної інтоксикації були в межах норми: лейкоцитарний індекс інтоксикації в середньому склав (1,1 ± 0,09), гематологічний показник інтоксикації - (1,38 ± 0,12), індекс зсуву лейкоцитів - (1,73 ± 0,08), лімфоцитарний індекс - (0,6 ± 0,03).

Антибактеріальна терапія призначалася у 99,3 % (138) випадків: доксицикліну моногідрат або доксицикліну гідрохлорид, азитроміцин, цефалоспорини III покоління в/м або у вигляді ступінчастої терапії (в/м введення з переходом на пероральний прийом), ампісульбін, а також комбінації препаратів. У комплексній терапії використовували антигістамінні, вітамінні, дезінтоксикаційні препарати.

КЕ зникала на (9,01 ± 0,23)-й день від початку лікування. Виписування хворих проводилось після повного клінічного одужання під спостереження інфекціоніста за місцем проживання. Лише в 1 випадку спостерігався перехід локальної інфекції в генералізовану з ураженням нервової системи, що потребувало повторного стаціонарного лікування.

Висновки. Захворюваність на ЛБ у Сумській області має тенденцію до зростання. У хворих переважають еритемні форми ЛБ. У значної кількості пацієнтів відзначається ураження нервової системи (20,5 %) і печінки (42,4 %). Вирішальне значення в діагностиці мають клініко-епідеміологічні дані. Серологічні дослідження залишаються обов'язковими для верифікації діагнозу, особливо у випадках безеритемних форм ЛБ і за відсутності епідеміологічного анамнезу. Для ефективного запобігання персистенції збудника вид та тривалість етіотропного лікування підбирається індивідуально.

М. Д. Чемич, В. В. Захлєбаєва

ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ МІКРОСФЕРИЧНОГО ЕНТЕРОСОРБЕНТУ АТОКСІЛ ПРИ КОМБІНОВАНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ (КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність. Серед усіх захворювань печінки найбільш проблемними на теперішній час є гострі вірусні гепатити (ГВГ), що є важливою проблемою медичної науки і охорони здоров'я всіх країн світу та яка з кожним роком стає все більш актуальною. Насамперед, це пов'язано з широким поширенням, прогресуючим зростанням захворюваності, вираженим поліморфізмом клінічних проявів, складністю епідемічного процесу, множинністю шляхів та факторів передавання збудника, високою частотою формування хронічних форм – хронічного вірусного гепатиту, цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми.

Важливою ланкою патогенезу інфекційних хвороб є розвиток синдрому інтоксикації, виразність якого найчастіше визначає тяжкість і перебіг захворювання. Альтернативою та перспективним може бути застосування препаратів, які зменшують ендотоксикоз і сприяють виведенню ендогенних токсинів, а також біологічно-активних речовин. В останні роки при ГВГ перевагу мають еферентні методи детоксикації, зокрема ентеросорбція. Одним із препаратів, що мають ентеросорбційні властивості, є атоксіл. Атоксіл (кремнію діоксин, високодисперсний) – легкий аморфний порошок білого кольору без смаку та запаху, виражені сорбційні властивості. Препарат практично не всмоктується з кишечнику. Ентеросорбційна терапія є найбільш ефективним і раціональним, з економічної точки зору, способом лікування хворих з ГВГ.

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності та безпеки застосування мікросферичного ентеросорбенту атоксіл, виробництва ТОВ «Орісіл-Фарм» (Україна) при комбінованій терапії гострих вірусних гепатитів (ГВГ).

Завдання дослідження: вивчити вплив досліджуваного препарату на клінічні прояви захворюванняі зміну лабораторних показників хворих на ГВГ; вивчити переносимість і можливі побічні реакції при медичному застосуванні досліджуваного препарату.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження було включено 20 пацієнтів на ГВГ, що отримували препарат атоксіл у комбінованій терапії, які перебували на стаціонарному лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького. Режим дозування препарату проведений згідно інструкції для медичного застосування препарату Атоксіл.

Критерії включення: пацієнти чоловічої і жіночої статі; вік від 18 до 60 років; верифікований діагноз ГВГ; наявність показань до призначення препарату; відсутність протипоказань до призначення препарату

Схема обстеження хворого. До початку і впродовж дослідження всім пацієнтам проводили обстеження із застосуванням клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження: реєстрація суб'єктивних скарг хворого (розроблена схема); *об'єктивне обстеження:* вимірювання частоти серцевих скорочень, артеріального тиску; огляд шкіри і видимих слизових оболонок; пальпація і перкусія живота; *лабораторні:* клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі; швидко-тести, дослідження ІФА, ПЛР; *інструментальні*: УЗД органів черевної порожнини та інших органів (за показаннями) на початку дослідження.

Оцінка ефективності препарату*:* зменшення або повне зникнення основних клінічних проявів захворювання (розроблена схема); позитивна динаміка лабораторних показників.

Оцінка переносимості препарату: переносимість та безпечність препарату оцінювали на основі суб'єктивних симптомів пацієнта та об'єктивних даних, отриманих під час

лікування. Враховували динаміку вітальних функцій, лабораторних показників та виникнення побічних реакцій (розроблена схема).

Результати дослідження. Під спостереженням знаходилось 20 хворих на гострі вірусні гепатити (ГВГ). Серед них 12 (60 %) пацієнтів з ГВГ А, 4 (20 %) – з ГВГ В, 2 (10 %) – з ГВГ С, 2 (10 %) – з мікст ГВГ В+С.Діагноз верифіковано з використанням швидко-тестів (8), ІФА (10, КП (21,71±3,92)), ПЛР (2). Середній ступінь тяжкості встановлено 18 (90 %) хворим, 2 – тяжкий. У всіх була жовтянична форма, явища холестазу було у 5 осіб. Супровідну патологію діагностовано в 13 обстежених, у тому числі ураження гепатобіліарної системи - у 9 і хронічні гепатити – у 4. Переважали особи чоловічої статі – 13 (65 %), жінок було – 7 (35 %). Середній вік хворих становив (32,95±2,88) років.

Усі обстежені при госпіталізації, з метою визначення ступеню порушення вітальних функцій на догоспітальному етапі, заповнювали «Анкету-опитувальник», виразистість і регресування клінічної симптоматики під час лікування в умовах стаціонару (16 симптомів оцінювались у балах). Також здійснювалось відслідковування побічних та небажаних реакцій при прийманні атоксілу.

Усі дані заносили в “Електронну карту дослідження”. Результати клінічного спостереження та проведених досліджень були піддані статистичній обробці.

Хворі на ГВГ госпіталізовані на (7,2±0,9) день з моменту появи симптоматики. Вивчаючи «Анкету-опитувальник», нами встановлена наявність у продромальному періоді наступних синдромів: у 12 хворих грипоподібного (підвищення температури тіла – у 12, головний біль – у 9), у 11 – артралгічного (міалгія – у 11, артралгія – у 11), у 20 – астеновегетативний (слабкість – у 20, апатія – у 13), у 9 – диспепсичний (нудота – у 9, блювання – у 8 від 1 (6 хворих) до 5 (2) раз на добу, біль в епігастрії - у 19).

На порушення рухової активності шлунково-кишкового тракту вказали 14 осіб, причому в 11 були закрепи з частотою

випорожнень 1 раз за 2 дні (9 хворих) або 1 раз на тиждень (2), у 3 – пронос (1-3 рази на день).

Жовтушність шкіри до госпіталізації була в 8 хворих (за 3 дні – у 5, за 5 – у 3), потемніння сечі – в 11 (за 3 дні – у 5, за 5 – у 5, за 2 тижні – у 1). На ознаки холестазу вказало 4 пацієнти (свербіж шкіри – у 4, ахолія - у 4 (за 3 дні – у 3, за 5 – у 1)), тяжкість у правому підребер'ї – 5.

При госпіталізації всі хворі скаржились на жовтушність шкіри, слизових оболонок та зміну кольору сечі (потемніння), 85% - на знебарвлення калу, 80 % - на відчуття тяжкості у правому підребер'ї і підвищену стомленість, 25 % - на значне зниження активності (як фізичної, так і розумової). Свербіж шкіри і відсутність апетиту відмічали 25 % пацієнтів, нудоту – 10%.

Огляд та об'єктивне обстеження пацієнтів при надходженні до стаціонару дозволили встановити наявність вираженої жовтяниці слизових оболонок і шкіри (у 100 %); збільшення розмірів печінки (у 100 %) в середньому на (2,18±0,2) см як правої, так і лівої долі, що підтверджено при УЗД (табл. 6); спленомегалії (у 65 %) (табл. 6); пульс та артеріальний тиск були в межах нормальних показників (відповідно (59,08±8,84) за хв.; систолічний - (110,56±12,33), діастолічний – (75,87±8,46) мм. рт. ст.). Температура тіла у хворих також була в межах норми ((36,81±0,05) ^{0}C), за винятком двох із супутньою патологією (хронічний калькульозний холецистит і гострий фронтит), які додатково отримували антибактеріальні середники.

Лабораторні дослідження, здійснені при надходженні хворих до стаціонару, дозволили встановити наступне: вміст лейкоцитів та склад лейкоцитарної формули був у межах норми, але кількість лейкоцитів була знижена в гострому періоді недуги порівняно з показниками, отриманими при обстеженні 80 здорових осіб ($P<0,05$), та поверталась до норми на 8-9 добу

лікування, навпаки відсотковий вміст лімфоцитів збільшувався у цей період (P<0,05).

Інтегративні показники ендогенної інтоксикації у всі періоди хвороби знаходились у межах норми, за винятком зменшення ІЗЛК та підвищення Ілімф, що може свідчити про вірусне походження хвороби і хорошу репаративну здатність організму пацієнта.

Гематологічні показники також були в нормі у всі періоди хвороби. Але при співставленні даних з нормою, отриманою при дослідженні 80 здорових людей, встановлено: збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну, концентрації гемоглобіну в еритроциті і змінених еритроцитів як при госпіталізації, так і через 8-9 днів лікування, збільшувалась також кількість тромбоцитів у період ранньої реконвалесценції.

При госпіталізації в обстежених хворих з ГВГ білково-синтетична функція печінки не порушена, тоді як пігментний обмін значно страждав – відбувалось збільшення вмісту білірубіну у 7 разів з 50 % вмістом прямої фракції, тобто зв'язувальна функція печінки страждала. Вже на 8-9-у добу відбувалось переважання прямої фракції при незміненому загальному білірубіні. Значне і достовірне зменшення білірубіну відбувалось на 14-15-у та перед виписуванням на (18,55±1,59) добу.

Активність АлАТ і АсАТ була в понад 40 разів вище норми, збільшеними були ЛФ та ГГТ, усі інші показники не відрізнялись від норми. Вже на момент закінчення приймання атоксілу (8-9-й день) відбувалось значне (вдвічі) зниження активності АлАТ і АсАТ, ЛФ (у 1,3 разу), ГГТ (у 1,3 разу). На 14-15-у добу та перед виписуванням продовжувалась позитивна динаміка вищезазначених показників, хоча вони не досягали норми, за винятком ЛФ і ГГТ.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини підтвердило дані об'єктивного обстеження: збільшення розмірів печінки (правої та лівої долі) та селезінки; підвищення ехогенності печінки (у 55 %) та втягнення в процес підшлункової залози (у 45 %). Спадання жовчного міхура

спостерігали у всіх хворих (у 95 %) за винятком одного з наявністю у нього супутнього калькульозного холециститу.

Динаміка клінічної симптоматики при прийманні Атоксілу була наступною: виразність жовтяниці усі хворі при госпіталізації оцінили максимально в 9-10 балів, уже на 4 добу почалось зменшення інтенсивності жовтяниці, на 9-й день симптом зник у половини осіб, а до 15-го вона залишалась у одного хворого (ВГВ+С), зменшившись вдвічі.

Свербіння шкіри з інтенсивністю 6-10 балів відмітили 5 хворих, до 5-го дня свербіж значно зменшився і турбував пацієнтів лише вночі. Зникнення симптому відбувалось на 12-у добу з момента госпіталізації.

Відчуття тяжкості в правому підребер'ї відзначили 16 осіб,оцінивши симптом у 9-10 балів. До 7-го дня тяжкість зберігалась лише у 3 пацієнтів, зменшившись вдвічі, у 1 це відчуття залишалось до виписування (супутній діагноз токсичний гепатит).

Нудота була лише у 2 осіб, на 4-у добу вона зникала у 1 хворого, а до 9-го симптом не турбував нікого.

Порушення апетиту спостерігали у кожного четвертого хворого, який на 4-у добу відновився у 3, а на 9-у – у всіх.

Підвищену втомлюваність, загальну слабкість відзначали більшість обстежених, оцінюючи її при госпіталізації на 9-10 балів. Відновлювався стан пацієнтів до 9-го дня.

Знебарвлення калу, яке було оцінене хворими у 8-10 балів, до 8-го дня ахолія зникала у половини пацієнтів, а до 14-го – у всіх.

Потемніння сечі зберігалось тривалий час: на 9-й день відновлення кольору сечі відбулося в 11 осіб, у інших вона значно посвітлішала, залишаючись темною у 2 пацієнтів до18-ї доби

Відновлення активності відбувалося до 12-го дня.

Таким чином, виходячи з реультатів проведеного дослідження, отриманих клініко-лабораторних даних, з урахуванням динаміки скарг пацієнтів, препарат атоксіл оцінено

як ефективний у комплексній терапії 19 (95 %) хворих на гострий вірусний гепатит. У 5 % випадків ефективність препарату визнана недостатньою, оскільки не наступило повного зникнення клінічної-лабораторної симптоматики. Переносимість препарату атоксіл визнана доброю у всіх хворих, які приймали його

Висновки. Препарат атоксіл (кремнію діоксин, високодисперсний) є ефективним ентеросорбційним засобом при комплексній терапії гострих вірусних гепатитів. Препарат атоксіл не призводить до збільшення інтегративних показників ендогенної інтоксикації організму пацієнта, знижує активність ферменту ГГТ, ЛФ та сприяє зменшенню явищ холестазу. Введення у комплексну терапію гострих вірусних гепатитів препарату атоксіл призводить до збільшення концентрації гемоглобіну в еритроциті та кількості тромбоцитів. Препарат атоксіл добре переноситься хворими і не викликає небажаних побічних реакцій. Препарат атоксіл може бути рекомендований для лікування хворих на гострий вірусний гепатит. Тривалість використання препарату атоксіл у комплексній терапії гострого вірусного гепатиту середнього ступеня тяжкості слід подовжити до 12-13 діб. Необхідно продовжити вивчення впливу препарату атоксіл на мікробіоценоз кишечнику та імунну систему (клітинну та гуморальну ланки) з наступним підсиленням його ефективності та усуненням можливих небажаних ефектів.

М. Д. Чемич, К. С. Полов'ян

ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ КОМБІНОВАНОГО ПРОБІОТИКА ЛАКТО У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНО ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ (КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність. У розвинених державах і в країнах третього світу серед збудників позашпитальних і нозокоміальних

інфекцій лідирують умовно патогенні мікроорганізми (УПМ) родини Enterobacteriaceae. Україна не стала винятком – превалювання полірезистентних УПМ у етіологічній структурі гострих кишкових інфекційних захворювань (ГКІ) призвело до пошуку лікувальних засобів, що мають найменший негативний вплив на організм хворого.

У практиці інтерніста для лікування ГКІ, спричинених УПМ, застосовуються комбіновані пробіотики як альтернатива традиційній етіотропній терапії. При цьому ринок України налічує понад 40 пробіотичних препаратів, які поставляють 26 фірм-виробників, 19 (73,1 %) з яких – закордонні. Встановлено, що на сучасному етапі клініцисти віддають перевагу полікомпонентним пробіотикам, що містять декілька штамів бактерій, S. boulgardii або поєднані з пребіотиком.

Існування ефекту біосумісності резидентної і пробіотичної мікробіоти зумовило проблему відтворюваності лікувальної дії пробіотиків у дорослих імунокомпетентних осіб, що потребує поглибленого вивчення ефективності даних лікувальних засобів. Відомо, що імунні параметри мають найбільш високий прогностичний ранг, а маніфестація і розвиток патологічного процесу визначається узгодженістю змін про- та протизапальних цитокінів. Також, враховуючи, що при ГКІ, викликаних УПМ, місцем безпосередньої дії пробіотиків є уражений кишечник, не викликає сумнівів необхідність вивчення стану мікробіоценозу кишечнику для встановлення клініко-лабораторної ефективності терапії.

Мета дослідження – вивчення клінічної ефективності та безпеки комбінованого пробіотика Лакто у комплексному лікуванні ГКІ, спричинених УПМ.

Завдання дослідження: вивчити вплив Лакто на клінічний перебіг, інтегративні показники ендогенної інтоксикації, сироваткові рівні IL-1 beta, IL-4, IL-6, IL-10 і sIgA, стан мікробіоценозу кишечнику при ГКІ, викликаних УПМ; вивчити

переносимість і можливі побічні реакції при медичному застосуванні досліджуваного препарату.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження включено 25 пацієнтів з ГКІ, спричиненими УПМ, що отримували пробіотик "Лакто" (кожна капсула містить спори L. sporogenes, живі ліофілізовані S. boulardii, L. rhamosus і B. longum у кількості не менше ніж $0{,}325x10^9$ кожного виду) виробництва «Прогресфарм» (Індія) згідно інструкції для медичного застосування (затверджено наказом МОЗ України від 27.05.2011; висновок ДСЕЕ щодо якості № 05.03.02-03/55406); 25 пацієнтів з ГКІ, спричиненими УПМ, що отримували базисну терапію (промивання шлунка і/або кишечнику, дієта № 4 за Певзнером, оральна і/або парентеральна регідратація; ферменти і ентеросорбенти), які перебували на стаціонарному лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів Сумського обласного центру служби крові трансфузіології.

Критерії включення: пацієнти чоловічої і жіночої статі; вік від 18 до 70 років; госпіталізація не пізніше 48 год. від початку захворювання; наявність типових клінічних проявів ГКІ середньотяжкого перебігу; верифікований діагноз ГКІ; наявність показань і відсутність протипоказань до призначення лікувального засобу.

Схема обстеження хворого. Проведений аналіз даних медичних карт стаціонарних хворих. До початку, впродовж і по завершенню отримання Лакто пацієнтам проводили обстеження з застосуванням клінічних і лабораторних методів дослідження: реєстрація суб'єктивних скарг хворого; об'єктивне обстеження; лабораторні: клінічний аналіз крові з наступним розрахунком інтегративних показників ендогенної інтоксикації – лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), лімфоцитарний індекс ($І_{лім}$); ІФА – сироваткові рівні IL-1 beta, IL-4, IL-6, IL-10 і sIgA; аналіз калу на дисбактеріоз.

Оцінка ефективності препарату*:* зменшення або повне зникнення основних клінічних проявів захворювання (розроблена схема); позитивна динаміка лабораторних показників.

Оцінка переносимості препарату: переносимість та безпечність препарату оцінювали на основі суб'єктивних симптомів пацієнта та об'єктивних даних, отриманих під час лікування. Враховували динаміку вітальних функцій, лабораторних показників та виникнення побічних реакцій (розроблена схема).

Результати дослідження. Середній вік обстежених хворих склав (41,62±2,73) роки. За гендерною ознакою розподіл пацієнтів був рівномірним – 27 чоловіків і 23 жінки. Хворі госпіталізовані на (1,34±0,08) добу від початку захворювання.

Провідним етіологічним чинником ГКІ була K. pneumoniae (34 %); в однакової кількості пацієнтів – по 5 (10 %) осіб– виявляли S. aureus і E. cloacae і по 4 (8 %) особи– P. mirabilis і P. aeruginosae. Серед збудників меншість склали C. freundii (6 %) і E. coli гемолізувальна (4 %), а ЕПКП 01, P. rotberi і P. inconstans A зустрічалися в поодиноких випадках (по 2 %). Мікст-інфікування УПМ було зафіксовано у 6(12 %) пацієнтів.

Серед клінічних форм ГКІ найчастіше реєстрували гастроентеритну (1-а група – 76 %, 2-а – 72 %), тоді як ентеритна форма недуги зустрічалася в 5,6 разу рідше (1-а група – 16 %, 2-а – 12 %). Прояви гастроентероколіту були в одної особи (4 %) з 1-ї групи та у трьох (12 %) з 2-ої ($p>0,05$). По одному хворому з кожної групи (4 %) було діагностовано гастритну форму.

Клінічна картина захворювання характеризувалася гострим початком і наявністю типового симптомокомплексу. До початку лікування частота блювання (1-а група (5,92±1,31), 2-а – (5,73±1,26) рази на добу, $p>0,05$), випорожнень (відповідно (7,42±1,12) і (6,92±1,11) рази на добу, $p>0,05$) і ступінь підвищення температури тіла (відповідно (37,62±0,21) і

(37,83±0,22) ^{0}C, p>0,05) були однаковими у пацієнтів обох груп. У всіх пацієнтів були ознаки зневоднення І-го ступеня.

У період спостереження за пацієнтами тривалість блювання (1-а група (1,05±0,06), 2-а – (1,07±0,06) доби, p>0,05), гарячки (відповідно (2,81±0,46) і (2,56±0,41) доби, p>0,05), наявності ознак зневоднення (відповідно (2,63±0,23) і (2,54±0,22) доби, p>0,05) не залежали від різновиду застосованої терапії, але спостерігалися відмінності у термінах припинення больового та діарейного синдромів. Так, у осіб 2-ої групи швидше порівняно з 1-ю зникав біль у животі – на (3,85±0,13) і (5,04±0,23) доби відповідно, p<0,001. Також у хворих, що отримували Лакто, у більш ранні терміни відбувалася нормалізація випорожнень (1-а група – (5,20±0,24) доби, 2-а – (4,08±0,12), p<0,001). Наявна різниця у тривалості діарейного і больового синдромів обумовила зменшення тривалості перебування в стаціонарі пацієнтів 2-ої групи – (5,07±0,12) доби порівняно з 1-ю (6,33±0,27), p<0,001.

При госпіталізації у хворих 1-ої і 2-ої груп було встановлено зростання порівняно з контролем рівня лейкоцитів (відповідно (9,64±1,10)×10^9/л, (9,73±1,18)×10^9/л і (5,99±0,31)×10^9/л, p<0,05-0,001), але дані показники не перевищували загальноприйнятих значень норми. У період ранньої реконвалесценції в осіб з обох груп спостерігалося зниження вмісту лейкоцитів до (6,47±0,51)×10^9/л у 1-й групі і (6,38±0,48)×10^9/л у 2-й, p<0,001. Показники ШОЕ в хворих обох груп у динаміці не відрізнялися від контролю.

При дослідженні загального аналізу крові у гострий період захворювання і виконанні розрахунку інтегративних показників ендогенної інтоксикації встановлено, що у всіх пацієнтів збільшувалися ЛІІ, ГПІ, ІЗЛК і знижувався Ілім,що не залежало від належності до тієї чи іншої групи (p>0,05). Перед виписуванням зі стаціонару в усіх реконвалесцентів зменшувалися ЛІІ, ГПІ, ІЗЛК до норми порівняно з гострим періодом і показниками контрольної групи, а Ілім – зростав (p<0,001), що свідчило про нормалізацію кількісного складу

лейкоцитарної формули та достатній рівень реактивності клітинної ланки імунітету.

При госпіталізації у всіх пацієнтів зафіксовано зростання рівнів усіх інтерлейкінів ($p<0,001$). Так, рівень IL-1β склав (відповідно 1-а, 2-а і контрольна групи) (4,45±0,48), (4,81±0,48) і (1,81±0,03) пг/л; IL-6 – (26,22±1,58), (25,76±1,34) і (1,21±0,16) пг/л; IL-4 – (8,26±0,52), (9,20±0,30) і (0,97±0,13) пг/л; IL-10 – (17,83±0,28), (18,90±0,40) і (0,62±0,13) пг/л відповідно. Встановлено, що призначені лікувальні засоби по-різному вплинули на регрес досліджуваних імунологічних показників. Так, у осіб з 1-ої групи концентрації IL-6 (8,43±0,20), IL-4 (5,36±0,43) і IL-10 (3,72±0,22) пг/л знижувалися порівняно з гострим періодом недуги ($p<0,001$), але не досягали значень норми ($p<0,05$). У реконвалесцентів 2-ої групи ці показники знизилися порівняно з гострим періодом до значень – IL-6 (3,87±0,29), IL-4 (3,30±0,23), IL-10 (2,70±0,10) пг/л ($p<0,001$) та були нижчими за рівні 1-ої відповідного періоду дослідження ($p<0,05$-$0,001$). Перед виписуванням зі стаціонару в усіх осіб досліджуваних груп рівень IL-1β знизився до норми ($p>0,05$).

На початку лікування в усіх осіб було встановлено зростання в п’ять разів порівняно з нормою sIg A у сироватці крові (1-а група – (20,13±1,25), 2-а – (21,92±0,82) і контроль – (4,05±0,36) мг/л, $p<0,001$). У динаміці концентрація sIg A у всіх хворих не досягла значень здорових осіб ($p<0,001$), але була вдвічі нижчою у осіб, що отримали Лакто, ніж у тих, кому було призначено лише базисну терапію – (10,79±0,61) і (19,06±1,71) мг/л відповідно, $p<0,001$.

При дослідженні стану мікробіоценозу товстої кишки при госпіталізації встановлено, що у всіх хворих знижувалася кількість біфідобактерій (1-а група (5,44±0,70), 2-а – (5,00±0,70), контроль – (7,90±0,07) lg КУО/г; $p<0,05$-$0,001$) і лактобацил (відповідно (5,76±0,67), (5,40±0,69), (7,75±0,1) lg КУО/г; $p<0,05$-$0,001$), а рівні інших представників УПМ зростали (відповідно (2,91±0,73), (2,73±0,74), (0,51±0,35) lg КУО/г; $p<0,05$-$0,001$). На

(5,63±0,14) добу у осіб 1-ї групи дисбіотичні зміни поглибилися: кількість біфідобактерій (3,12±0,78) lg КУО/г і лактобацил (3,48±0,74) lg КУО/г була нижчою за гострий період недуги ($p<0,05$), а інші представники УПМ лишилися на рівні (2,87±0,72) lg КУО/г, $p>0,05$. У пацієнтів 2-ої групи, порівняно з 1-ю, відбувалося зростання кількості біфідобактерій (6,92±0,43) lg КУО/г і лактобацил (7,32±0,32) lg КУО/г, $p<0,05$, але рівень інших УПМ лишився сталим – (2,35±0,70) lg КУО/г, $p>0,05$. У досліджуваних групах рівні загальної кількості E. coli і грибів роду Candida у динаміці не відрізнялися від контрольної групи.

За весь період спостереження за хворими небажаних реакцій на призначені лікувальні засоби, у тому числі Лакто, не зафіксовано.

Висновки. Виходячи з реультатів проведенного дослідження, отриманих клініко-лабораторних даних, з урахуванням динаміки скарг пацієнтів, комбінований пробіотик “Лакто” оцінено як ефективний та безпечний у комплексній терапії хворих на ГКІ, спричинених УПМ, а його переносимість визнана доброю.

1 Включення “Лакто” до складу терапії ГКІ, викликаних УПМ, призводить до швидшої нормалізації випорожнень, скорочення тривалості больового синдрому і терміну перебування хворого в стаціонарі.

2 Призначення “Лакто” при ГКІ, викликаних УПМ, є безпечним, так як не відбувається зростання рівню ендогенної інтоксикації організму.

3 При використанні комбінованого пробіотика “Лакто” в лікуванні ГКІ, що викликані УПМ, зменшується виразність запально-деструктивних змін у ШКТ і проявів дисбактеріозу кишечнику.

4 Пробіотик “Лакто” добре переноситься хворими і не викликає небажаних побічних реакцій.

5 Пробіотик “Лакто” може бути рекомендований у комплексній терапії хворих на ГКІ, спричинених УПМ.

М. Д. Чемич, А. О. Сніцарь, І. О. Троцька, Г. А. Хомета

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІНФЕКЦІЙНОГО СТАЦІОНАРУ

Сумський державний університет, м. Суми
Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З. Й. Красовицького, м. Суми
Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації

Актуальність. Проблема боротьби з інфекційними хворобами є актуальною для всієї системи охорони здоров'я, так як ці захворювання дотепер залишаютьсяоднією з основних причин смертності населення.

Мета роботи – визначити основні причини летальності хворих інфекційного стаціонару.

Матеріали і методи. Проведений аналіз структури летальності пацієнтів обласної інфекційної клінічної лікарні за 20 років (з 1993 по 2012 рр.) - закладу третинного рівня, що надає спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню м. Суми та області з інфекційною патологією.

Результати. Протягом 20 років у закладі померло 127 осіб, у середньому реєструвалось 6 – 7 летальних випадків щорічно (від 2 у 1993 р. до 14 у 2010 р.). За весь періодлетальність склала 0,33 % (від 0,1 % у 1993 р. до 0,67 % у 2010 р.). Всього померло 59 жінок та 68 чоловіків.

Середній вік померлих склав (48,8±4,0) роки. Більшість летальних випадків зареєстровано серед хворих вікової групи 40-49 років (29 або 22,8 %). У цілому особи працездатного віку серед померлих склали 71,65 % (91 особа), при чому 50,5 % (46) з них відносились до категорії непрацюючих; 25,2 % (32) не були соціально адаптовані.

Майже у всіх хворих мали місце супутні захворювання: ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, серцево-судинна патологія, алкоголізм, тощо.

Розтин проведений у 90 (70,9 %) випадках, у 29,1 % патологоанатомічне дослідження не здійснено через відмову родичів померлих. При цьому кількість відмов помітно збільшилась в останні 4 роки. Так, у 1995-2008 рр. розтини здійснювались померлим стовідсотково, у 2009 р. – у 61,5 %, у 2010 – в 21,4 %, у 2012 – в 22,2 %. Розходження між клінічним і патологоанатомічним діагнозами було у 4 випадках – 4,4 %.

53 (41,7 %) хворих були госпіталізовані після 5-ї доби від початку захворювання, у т.ч. 34 (26,8 %) - після 10 доби. Терміни перебування в стаціонарі склали від 30 хвилин до 92 діб, в середньому – (7,92±2,0) доби, але більшість хворих померли в перші три доби з моменту госпіталізації – 66 (52 %), у т.ч. додобова летальність дорівнювала 28,3 % (36 осіб). Залежності рівня летальності від днів тижня не встановлено.

Інфекційна патологія, як основне захворювання, що призвело до смерті, мала місце у 54(42,5 %) випадках. У структурі летальності серед інфекційних хвороб найбільш частою причиною смерті були: грип, ускладнений двобічною пневмонієюпідчас пандемії 2009-2010 р.р. (12 випадків), ВІЛ-інфекція (8), гострий вірусний гепатит (8), хронічний вірусний гепатит (9), дифтерія (1994 – 1997 р.р. – 8). У 4 випадках причиною смерті був лептоспіроз, 2 хворих померли від менінгококової інфекції, 2 – від сальмонельозу, 1 – від туберкульозного менінгоенцефаліту.

Третина хворих (40 осіб, або 31,5 %) померла від неінфекційної патології: хронічна ішемічна хвороба серця (13, у т.ч. інфаркт міокарда – 2), гостре порушення мозкового кровообігу (6), злоякісні новоутворення (10), отруєння (3, в т.ч. отруєння сурогатами алкоголю – 1, грибами – 1, невідомою речовиною – 1), токсичний гепатит (3), синдром Лайєла (1), подагра (1), діабет цукровий (1), мозкова кома нез'ясованого ґенезу (2).

Неінфекційні хворі направлялись у стаціонар лікарями швидкої медичної допомоги або дільничної мережі з підозрою на інфекційну патологію та госпіталізувались у зв'язку з тяжким станом і нетранспортабельністю, навіть при спростуванні

діагнозу інфекційного захворювання в приймальному відділенні. Загалом, при аналізі летальності встановлено, що розходження діагнозів між лікувальним закладом, що направив хворого, та інфекційним стаціонаром мало місце в 46 (36,2 %)випадках, тоді як в цілому показник розходжень не перевищує 9 %.

У 33 (26 %) випадках причиною смерті була патологія, що хоча і пов'язана з інфекційним чинником, але відповідно клінічним протоколам та стандартам підлягає лікуванню в інших стаціонарах (терапевтичному, неврологічному, кардіологічному, пульмонологічному, протитуберкульозному тощо): цироз печінки (12), менінгоенцефаліт нез'ясованої етіології (8), туберкульозний менінгоенцефаліт (1), сепсис (3), бакендокардит (2), пневмонія (7), абсцес мозку (1).

Висновки. У 31,5 % летальні випадки були пов'язані з неінфекційною патологією, серед якої переважали захворювання системи кровообігу та новоутворення. У структурі летальності від інфекційної патології домінують вірусні гепатити, ВІЛ-інфекція, дифтерія. Протягом 20 років нозологічна структура летальності не була стабільною і залежала від епідемічної ситуації (підвищення захворюваності на дифтерію у 1994-1997 рр., епідемія грипу в епідсезон 2009-2010 рр.).Висока питома вага додобової летальності свідчить про несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою, несвоєчасну госпіталізацію та злоякісний перебіг захворювання. Значний відсоток розходження діагнозів між закладами, що направляють хворих, та інфекційним стаціонаром потребує вдосконалення заходів з професійного розвитку лікарів первинної і вторинної ланки у контексті їх підготовки з інфектології.

М. Д. Чемич, І. О. Троцька, Н. В. Клименко, Н. В. Дем'яненко, С. Є. Шолохова

ЗАВІЗНИЙ ВИПАДОК ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ

Сумський державний університет, м. Суми
Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені З. Й. Красовицького, м. Суми
ДЗ "Сумський обласний лабораторний центр держсанепідслужби України"

Актуальність. Проблема малярії залишається актуальною для багатьох країн світу, у тому числі й України, у зв'язку зі зростанням міграції населення.

Мета роботи – вивчити клініко-епідеміологічні особливості завізного випадку тропічної малярії.

Пацієнт Ч., 59 років, пенсіонер, соціально адаптований, госпіталізований до обласної інфекційної клінічної лікарні 26.07.12 р. на третій день хвороби зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 39^0 С, озноб, спрагу, нудоту, повторне блювання, пронос. Вважає себе хворим з 24 липня, коли з'явилися озноб, ломота, підвищилась температура тіла, наступного дня приєднались нудота, блювання.

Під час огляду в приймальному відділенні стан хворого середнього ступеня тяжкості. Шкіра бліда, склери субіктеричні. Дихання жорстке, тони серця приглушені, ритм правильний, ЧСС 76 за хв. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт здутий, помірно болючий у здухвинних ділянках з обох боків. При пальпації печінка збільшена і виступає до 2 см із під краю реберної дуги, селезінка не збільшена. Кал водявий. Діурез не порушений.

Встановлено, що 13 липня хворий повернувся з Кот-Д'Івуару (Африка), де знаходився з приватним візитом. Хіміопрофілактичні протималярійні препарати не приймав. В анамнезі: ішемічна хвороба серця. Інфаркт міокарда (2011 р.), гіпертонічна хвороба III ст., цукровий діабет II типу, ожиріння II ст. Двічі оперований у 2011 р. (аортокоронарне шунтування та стентування).

Встановлено попередній діагноз малярії, при дослідженні крові виявлено P.falciparum, паразитемія +++, стадія кільцевидних трофозоїтів. Клінічний діагноз: первинна тропічна малярія (завізний випадок), середньої тяжкості. Гостра кишкова інфекція, гастроентеритична форма, середньої тяжкості. Призначене лікування: коартем (артеметр + люмефантрин) за схемою, дезінтоксикаційна терапія, ентеросорбент тощо.

На 2 добу специфічної терапії температура тіла знизилась до нормальної, плазмодії малярії в крові не виявлялися з 3 доби перебування в стаціонарі, стілець нормалізувався на 4-у добу. Пацієнт виписаний на 8-й день від госпіталізації під спостереження інфекціоніста.

Однак, через 4 доби, 7 серпня, у хворого знову підвищилась температура тіла до $38,9^0$ С, з'явилася слабкість, ломота у тілі, озноб, атакож сухий кашель. 9 серпня доставлений в обласну інфекційну клінічну лікарню з підозрою на рецидив малярії. Встановлено, що хворий після виписки не дотримувався рекомендацій лікаря, грубо порушував режим.

При госпіталізації стан хворого оцінений як тяжкий. Температура тіла 38^0 С. Сатурація кисню 92 %, АТ 140/70 мм рт. ст., шкіра волога, бліда. Язик сухий, обкладений сірим нальотом. Тони серця ослаблені, ритмічні, ЧСС 90 за хв., ЧД – 22 за хв., над легенями вкорочення перкуторного звуку зліва від середини лопатки донизу. Аускультативно: дихання з жорстким відтінком, зліва в нижніх відділах крепітація. Живіт здутий, болючий. Печінка збільшена, виступає на 3 см з-під краю реберної дуги, селезінка збільшена на 1,5 см. Стілець оформлений. Діурез знижений. У крові виявлений P.falciparum, паразитемія +++, стадія кільцевидних трофозоїтів. Встановлений діагноз: малярія тропічна, завізний випадок, ранній рецидив, тяжкий перебіг, ускладнена позагоспітальною пневмонією з локалізацією у нижній долі лівої легені, клінічна група III. Дихальна недостатність II. Діагноз пневмонії підтверджено рентгенологічно.

Призначене лікування: хініна дигідрохлорид 1,8 г/добу перорально 7 днів, у подальшому – коартем за схемою, цефаксон, сумамед, дезітоксикаційна терапія тощо.

При проведені терапії у хворого відзначено позитивну динаміку: на 4 добу перебування в стаціонарі пацієнт став активнішим, зменшилась слабкість, на 5-у добу нормалізувалась температура тіла, зменшились явища інтоксикації, на 13-у зникла крепітація в легенях. Малярійний плазмодій виявлявся впродовж 4 днів, з 25-у доби результати лабораторних досліджень на малярію – негативні.

На 15-у добу у задовільному стані хворий виписаний під спостереження лікаря загальної практики сімейної медицини та інфекціоніста за місцем проживання.

Висновки. Аналізуючи даний випадок, можна припустити, що факторами розвитку рецидиву були: тяжка супутня патологія (гіпертонічна хвороба, постінфарктний кардіосклероз, стан після операції на серці, цукровий діабет, ожиріння) та порушення режиму з боку хворого.

Разом з тим, випадок свідчить, що навіть при наявності факторів ризику у разі своєчасної діагностики і терапії - малярія та її рецидиви виліковні за умови наявності сучасних протималярійних препаратів.

В. С. Черкасова

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОРОФАСЦИАЛЬНИЙ ГЕРПЕС

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

На сьогодні одним з об’єктів активних наукових досліджень є простий герпес (ПГ), що пов’язано з високою захворюваністю на тлі майже 100 % інфікованості населення вірусом ПГ (ВПГ); труднощами контролю за передачею вірусу, особливо при безсимптомних і атипових формах ПГ; схильністю до хронічного рецидивного перебігу процесу; істотним впливом

часто рецедивних форм ПГ на психоемоційний статус пацієнтів. Найбільш поширеною формою ПГ є орофасциальний герпес.

Особливе місце після проведеного лікування чергового рецидиву захворювання займає саме медична реабілітація таких пацієнтів. Існуючі схеми реабілітації пацієнтів з ПГ, як правило, направлені на відновлення стану насамперед імунної системи таких хворих. При цьому не враховується той факт, що розвиток запальних захворювань будь-якої етіології супроводжується також істотними змінами метаболічного гомеостазу з розвитком клініко-біохімічного синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації.

Метою дослідження стало вивчення ефективності застосування сучасного ентеросорбенту «Біле вугілля» в медичній реабілітації хворих на орофасциальний герпес.

Під спостереженням знаходилося 97 пацієнтів (49 чоловіків і 48 жінок) віком від 24 до 48 років з діагнозом орофасциальний герпес. Діагноз орофасциального герпесу в усіх випадках підтверджувався наявністю ВПГ 1-го типу методом ПЛР. Пацієнти були розподілені на дві рандомізовані за віком та статтю групи. Пацієнти основної групи (47 осіб) отримували загальноприйнятий комплекс препаратів для медичної реабілітації, а пацієнти групи порівняння (50 осіб) - додатково вживали сучасний ентеросорбент «Біле вугілля» по 4-6 таблеток 4-6 рази на добу; загальний курс ентеросорбції складав, як правило, 6-8 діб поспіль.

Оцінку ефективності препарату здійснювали за динамікою рівня середніх молекул (СМ), за вмістом у сироватці крові загального рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та їх молекулярним складом.

До початку проведення реабілітації рівень ЦІК у обстежених пацієнтів був підвищений у середньому вдвічі, складаючи 3,76±0,03 г/л при нормі 1,88±0,03 г/л ($P<0,05$). При дослідженні молекулярного складу ЦІК встановлено чітко виражене зростання питомої ваги самих патогенних дрібно- (<19S) та

середньомолекулярних (11S-19S) фракцій ЦІК, сумарний вміст яких складав у середньому 69,1±0,6 % при аналогічному показнику норми 52,8±0,5 % (P<0,05), при цьому вміст крупномолекулярних ІК достовірно знижувався – в середньому в 1,5 рази по відношенню до норми (47,2±1,9 %; P<0,05). Вивчення рівня СМ у крові показало, що у всіх хворих, які знаходилися під спостереженням, відмічалось достовірне зростання вмісту СМ, у середньому до 1,12±0,05 г/л, що було в 2,2 рази вище за норму (P<0,05).

Повторне лабораторне обстеження після закінчення курсу реабілітації встановило у хворих групи порівняння достовірне зниження рівня ЦІК у сироватці крові в середньому в 1,6 рази (P<0,05), що супроводжувалося чітко вираженою тенденцією до нормалізації їх молекулярного складу: процентний вміст фракцій ІК з різною молекулярною масою після закінчення лікування у 26 (74,3 %) пацієнтів достовірно не відрізнявся від норми, у 9 (25,7 %) осіб відмічена чітко виражена тенденція до нормалізації фракційного складу ЦІК; також встановлено істотне зниження рівня СМ у середньому 2,4 рази, при цьому у 32 (91,4 %) осіб даний показник на час закінчення лікування був у межах норми; у решти 3 (8,6 %) рівень СМ перевищував показник норми в середньому в 1,4 рази (P<0,05).

Оскільки у пацієнтів основної групи вивчені показники метаболічного гомеостазу після закінчення реабілітації залишалися практично без змін, можна вважати, що включення ентеросорбенту «Біле вугілля» до комплексу медичної реабілітації хворих на орофасциальний герпес патогенетично обґрунтоване та клінічно доцільне.

Л. С. Шаповал

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Сумський державний університет, м. Суми

Актуальність теми. Грип та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРІ) залишаються найбільш поширеними хворобами, що реєструються в Україні. Щороку на них хворіють 11-13 мільйонів осіб (95,5-96 % від усіх зареєстрованих інфекцій). У 2009-2010 роках людство потерпало від так званого свинячого грипу, спричиненого вірусом А(H1N1)-Каліфорнія, який охопив 213 країн світу. В Україні під час епідемічної ситуації захворіли на грип, ГРВІ та пневмонію близько 6 мільйонів громадян. На жаль, були й випадки смерті - загалом під час епідемії померло 1125 осіб.

Віруси, що викликають ГРВІ, уражують слизову оболонку дихальних шляхів від порожнини носа до легенів. Саме з цим пов'язані основні симптоми ГРВІ: кашель, нежить, підвищення температури тіла, чхання, біль у горлі, слабкість тощо.

Мета роботи: дослідити клініко-епідеміологічні особливості перебігу гострих респіраторних вірусних інфекцій.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 30 хворих, які були госпіталізовані у Сумську обласну інфекційну клінічну лікарню ім. З. Й. Красовицького. Переважали особи чоловічої статі - 53,3 % (16 осіб), жінок було менше– 46,7 % (14). Середній вік хворих склав (39,80±2,87) роки. Пацієнти були госпіталізовані на (4,20±0,10) добу від початку захворювання. З епіданамнезу встановлено, що 63,3 % (19 осіб) пов’язувало своє захворювання з переохолодженням, а 36,7 % (11) – вказувало на контакт з людиною, яка мала прояви ГРВІ. Окрім епідеміологічних даних, усім хворим проводили верифікацію діагнозу з використанням швидких тестів, визначали клінічні особливості захворювання.

Результати дослідження. У 56,7 % обстежених (17) – ГРВІ супроводжувалась ураженням нижніх дихальних шляхів (5 хворих - позагоспітална пневмонія, 12 – хронічний бронхіт). Лише у 6,7 % (2 особи) верифіковано грип А. Середній ступінь тяжкості встановлено 24 пацієнтам, тяжкий ступінь - 6. При госпіталізації хворі скаржаться на лихоманку – 72,7 %, нежить – 90 %, кашель - непродуктивний (46,7 %) або продуктивний – (36,6 %), біль за грудиною – 33,3 %, задишку – 10 %, першіння в горлі – 83,3 %, головний біль – 23,3 % та ломоту в тілі – 46,7 %. При об'єктивному обстеженні частота серцевих скорочень всередньому складала 97 за хв., артеріальний тиск 125/80 мм. рт. ст., частота дихання – 19 за хв. У 96,7 % (29 осіб) вислуховувалось жорстке дихання, ослаблене – у 13,3 % (4), крепітацію виявили - у 13,3 % (4), а сухі хрипи – у 80 % (24).

Висновок: виходячи з проведених досліджень, найчастіше зустрічається гостра респіраторна вірусна інфекція, ускладнена хронічним бронхітом, середньої тяжкості. Хворіють переважно особи чоловічої статі, віком 20-50 років. Пацієнти переважно виказують скарги на лихоманку, сухий кашель, першіння в горлі, нежить, біль за грудиною та ломоту в тілі. 63,3 % обстежених своє захворювання пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно найчастіше спостерігається тахікардія, сухі хрипи та жорстке дихання.

Н. Ф. Шустваль, Т. И. Лядова, О. В. Волобуева, Е. С. Санина

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Целью исследования являлось изучение влияния противовирусных препаратов (валавир) на особенности

клинического течения миокардита у больных инфекционным мононуклеозом.

Обследовано 95 больных инфекционным мононуклеозом в возрасте от 17 до 32 лет, которые находились на стационарном лечении в Харьковской областной клинической инфекционной больнице. Острый миокардит, вызванный вирусом Эпштейн-Барра, был диагностирован у 35 больных, из них среднетяжелая форма миокардита была у 21 больного, тяжелая – у 14. У большинства больных миокардит развивался в первые 6 дней заболевания.

В комплексное обследование больных входили общеклинические методы, бактериологическое и вирусологическое исследования, определение активности АлАТ, АсАТ, С-реактивного белка, регистрация электрокардиограмм в 12-ти стандартных отведениях, ультразвуковое исследование сердца. В схему лечения 18 больным был включен валавир, механизм действия которого связан с угнетением синтеза вирусной ДНК и репликации вирусов путем конкурентного ингибирования вирусной ДНК-полимеразы.

Первыми проявлениями миокардита были быстрая утомляемость, повышенная потливость, артралгии, астенизация. У пациентов с признаками дисфункции левого желудочка наиболее частыми симптомами являлись проявления застойной (чаще левожелудочковой) сердечной недостаточности (одышка, усталость, дискомфорт в области сердца). У всех больных с тяжелым и среднетяжелым миокардитами наблюдалось увеличение размеров сердца, глухость I тона, акцент II тона на легочной артерии, короткий систолический шум на верхушке, нарушение сердечного ритма.

Рентгенологическое исследование оказывалось информативным лишь у больных с диффузным миокардитом, когда можно выявить дилатацию и изменения амплитуды сокращений сердца, признаки застоя в легких.

При эхокардиографическом исследовании удавалось определить увеличение размеров полостей сердца, снижение сократительной функции миокарда левого желудочка (реже правого желудочка), гипо- или акинезия различных участков миокарда, сопутствующий экссудативный перикардит, внутрижелудочковые тромбы.

Существенное значение в установлении диагноза имеет электрокардиографическое исследование. Наиболее часто на фоне синусовой тахикардии отмечались неспецифические изменения зубца Т и сегмента S-T, а также снижение амплитуды всех зубцов, снижение сегмента S-T вниз или вверх от изолинии в одном или нескольких отведениях, увеличение интервалов P-Q, QRS и QT. Регистрировались различные нарушения ритма и проводимости, предсердные и желудочковые экстрасистолы, атриовентрикулярные блокады различной степени вплоть до полной блокады ножек пучка Гисса.

Данные лабораторных исследований в диагностике миокардитов у больных инфекционным мононуклеозом неспецифичны и противоречивы. У больных с тяжелым миокардитом повышалась активность креатинфосфокиназы, лактатдегидрокиназы, реже повышалась активность аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, содержание С-реактивного протеина в крови.

Особенности миокардита вирусной этиологии обусловлены возможным прямым проникновением вируса в кардиомиоциты с последующей репликацией и цитотоксическим эффектом вплоть до лизиса кардиомиоцитов или опосредованным действием через гуморальные и клеточные иммунные реакции в миокарде.

Включение в состав комбинированной терапии вирусного миокардита валавира положительно сказывалось на клинико-гемодинамическом статусе больных, обеспечивало полную элиминацию из крови вируса Эпштейн-Барра, ускоряло процесс выздоровления больных, не вызывало побочных эффектов и отрицательных влияний, что позволяет рекомендовать этот препараты для широкого клинического применения при лечении вирусных миокардитов.

Я. Л. Юган, Я. А. Соцька

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ СУБАЛІНУ І ОРНІТОКСУ НА СТАН МАКРОФАГАЛЬНОЇ ФАГОЦИТУЮЧОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ

В сучасних умовах спостерігається зростання частоти виявлення неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ). Для розвитку НАСГ необхідні конкретні ендо- чи екзогенні фактори, які сприяють подальшому прогресуванню патологічного процесу у паренхімі печінки. Таким фактором виступає вірус Епштейна-Барр – збудник інфекційного мононуклеозу (ІМ). Оскільки клінічний досвід свідчить, що в умовах екологічно несприятливих регіонів НАСГ та ІМ досить часто сполучаються, ми вважали доцільним проаналізувати ефективність використання патогенетично обгрунтованих засобів для корекції порушень імунних показників, в тому числі таких, що характеризують функціональний стан макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС).

Виходячи з цього, було проаналізовано вплив комбінації препаратів субаліну і орнітоксу, які використовуються при лікуванні хронічної патології ШКТ на стан МФС.

Було обстежено 65 хворих на НАСГ після перенесеного ІМ віком від 20 до 38 років. Всі остежені були розподілені на 2 групи: основну (33 особи), які крім загальноприйнятої терапії додатково отримували субалін по 2 флакони (2×109 живих мікробних клітин) за 30-40 хвилин до прийому їжі 3 рази на добу протягом 14 днів поспіль та орнітокс приймають розчинений вміст 1 пакетика 5 г (3 г орнітину аспартату) 3 рази на добу під час прийому їжі протягом 20-30 днів, та група зіставлення (32 особи), яким призначали лише загальноприйняті препарати. При вивченні функціонального стану МФС

використовували показники фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ) при її вивченні чашечковим методам (В.М. Фролов та співавт., 1989). Встановлено, що до початку лікування відмічалося суттєве зниження фагоцитарних індексів, особливо фагоцитарного числа (ФЧ) та індексу перетравлення (ІП), що свідчило про незавершеність фагоцитарної реакції. Отже встановлено пригнічення функціонального стану МФС в обстежених хворих. Застосування субаліну і орнітоксу у хворих на НАСГ після перенесеного ІМ основної групи забезпечило позитивну динамику вивчених імунологічних показників, а саме, підвищення фагоцитарних індексів ФАМ, в тому числі ФЧ та ІП. У групі зіставлення позитивна динамика ФАМ була суттево меньш виражена, тому на момент завершення лікування у цієї групи пацієнтів з наявністю залишалося вірогідне зменшення фагоцитарних індексів. За даними диспансерного обстеження протягом 6 місяців, було встановлено, що у хворих на НАСГ після перенесеного ІМ скоротилася частота загострень НАСГ.

Виходячи з цього, можна вважати включення комплексу препаратів субаліну і орнітоксу до загального комплексу лікування в обстежених хворих на НАСГ після перенесеного ІМ патогенетично обгрунтованим, клінічно доцільним та перспективним.

ЗМІСТ

Аль Хатіб Ануар
ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕННЯ ОРГАНА ЗОРУ ПРИ ПАРАЗИТОЗАХ 3
Г. В. Бацюра, С. В. Федорченко, В.О. Бойко
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ ЛАЙМА ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ ТА ВІКУ 5
Т. П. Бинда
ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ **7**
І. В. Богадельніков, А. В. Бобришева, О. О. Крюгер, Ю. В. Вяльцева, Н. І. Мужецкая, Г. И. Смірнов
КОНТРОЛЬ ЗА ДІТЬМИ, НАРОДЖЕННИМИ ВІД ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ МАТЕРІВ **9**
И. П. Бодня
ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ КАК ОТВЕТНАЯ РЕАКЦИЯ ХОЗЯИНА НА СУЩЕСТВОВАНИЕ ПАРАЗИТОВ **12**
Е.И. Бодня, О.В. Боброва
СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРИОБРЕТЕННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ (ХПТ) **13**
К. І. Бодня, Т. А. Велієва
ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ЕХІНОКОКОЗУ **15**
К. І. Бодня, Л. В. Газзаві-Рогозіна
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ДИРОФІЛЯРІОЗ – ТРАНСМІСИВНИЙ ГЕЛЬМІНТОЗ **17**
Н. В. Верба, К. Л. Сервецький, Т. В. Чабан, Є. В. Нікітін
ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ЯКІ НЕ ВІДПОВІЛИ НА ІНТЕРЕФРОНОТЕРАПІЮ **19**

І. І. Вернигора
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСОПЛАЗМОЗУ В ОКРЕМИХ ГРУПАХ ВИСОКОГО РИЗИКУ ……. 21
О. В. Волобуева,Т. И. Лядова, С. А. Собко, Ю.В. Танчук
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АБИФЛОКСА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ 23
А. П. Голуб
УСКЛАДНЕННЯ КОРУ У ДОРОСЛИХ, ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ……. 26
О. І. Голяр
КОНТАМІНАЦІЯ ДРІЖДЖОПОДІБНИМИ ГРИБАМИ РОДУ CANDIDA ТОВСТОКИШКОВОГО МІКРОБІОЦЕНОЗУ У ПРОЦЕСІ САМОВІДНОВЛЕННЯ МІКРОФЛОРИ ПІСЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКА ШИРОКОГО СПЕКТРУ ДІЇ У СЕРЕДНЬОТЕРАПЕВТИЧНІЙ ДОЗІ ..…… 28
С.О. Грищенко
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРАСНУХИ …….. 30
Б. М. Дикий, О. Є. Кондрин, М. Я. Перекліта
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТУ НІФУРОЗИД-ЗДОРОВ'Я ……. 31
О. М. Домашенко, Т. А. Біломеря, Г. М. Дараган, Т. І. Черкасова
ІКСОДОВИЙ КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ..…… 33
О. М. Домашенко, А. І. Сирота
РЕВМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЄРСИНІОЗУ……..… 35

Г. М. Дубинська, Н. О. Прийменко, О. А. Шликова
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ ПРИ ГРИПІ В ОСІБ ІЗ ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНІВ TLR-2, TLR-3, TLR-4 ……. 37
П. А. Дьяченко, А. О. Руденко, Л. В. Муравська, Б. А. Пархомець
ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГЕРПЕСВІРУСНІ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ……...……. 40
А. І. Есманова
ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ ПРИ НЕЙРОІНФЕКЦІЯХ ТА ІНШИХ ГІПОКСИЧНИХ УРАЖЕННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ……... 42
Л. П. Зайцева
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРОСЛИХ ……..….. 43
А. И. Захарчук
ТОКСОКАРОЗНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПОЧВЫ В ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ …… 45
Н. І. Ільїна
СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТОКСОПЛАЗМОЗУ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ……..……... 48
Л. О. Кадельник
ХРОНІЧНІ ШКІРЯНІ ПРОЦЕСИ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ ……. 50
Н. В. Клименко, О. М. Нємцова
МОНІТОРИНГ ВИПАДКІВ НА ІКСОДОВИЙ КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ В СОІКЛ …….. 52

І. Г. Кривуля, В. О. Тєрьошин
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ В АНАМНЕЗІ ..…….. 53
Ю. П. Кришталь
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С, СПРИЧИНЕНОГО 2 ТА 3 ГЕНОТИПАМИ HCV НА СУМЩИНІ ……. 55
Л. М. Лазаренко, О. Є. Нікітіна, Г. В Ковтонюк., Є. В. Нікітін, Л. О. Ганова, В. О. Шевчук, М. Я. Співак
ВИЗНАЧЕННЯ ВІРУСІВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ ПРИ ДИСПЛАЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ .....…… 56
М. В.Лимарь, В. В.Захлєбаєва
ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ ……... 58
Н. М. Любченко
ДОСВІД АМБУЛАТОРНОГО ЕТІОТРОПНОГО ЛІКУВАННЯ БЕЗСИМПТОМНОГО ЛЯМБЛІОЗУ…… 61
Н. Г. Малиш, Ж. В. Хатинська, Т. Ю. Кірій
СТРУКТУРА ВІРУСНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ НА СУМЩИНІ …… 63
О. В. Мироник, О. М. Давиденко
ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНАЦІЇ АМІЗОНУ ТА НАСТОЯНКИ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРОВОЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АНГІНИ …… 64
Л. В. Мороз, І. В. Яцик
ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ПРИ РІЗНИХ КОМБІНАЦІЯХ ГЕНОТИПІВ ГЕНІВ ЦИТОКІНІВ (IL-1b, IL-1) ТА АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ.. 66

В. Д. Москалюк, І. В. Баланюк, С. Р. Меленко, М. О. Соколенко
ДИСБІОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ І РЕКТОРОМАНОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДі …….…… 68
В. Д. Москалюк, Х. І. Возна
МОНІТОРИНГ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ХВОРОБ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ 70
В. В. Несин
ВПЛИВ КОМБІНОВАНОГО ПРОБІОТИКА «ЛАКТО» НА ПЕРЕБІГ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНО ПАТОГЕННОЮ МІКРОФЛОРОЮ ……. 73
О. М. Нємцова, В. А. Бутко
ВИПАДОК ХРОНІЧНОЇ ФОРМИ ІКБ ……..... 74
О. Є. Нікітіна, Н. М. Настрадіна, Н. В. Муріна, І. М. Стасій
СТАН ПРОДУКЦІЇ ІНТЕРФЕРОНУ-γ ТА ІНТЕРЛЕЙКІНІВ IL-4 І IL-10 У ХВОРИХ ПАПІЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ ……... 75
Д. В. Палій
ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЮ ФОРМОЮ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ……... 77
Н. А. Пересадин, А. Д. Старик, Р. А. Нужный
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ РОЖИСТОЙ ИНФЕКЦИИ ……..…… 79
А. І. Піддубна
ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ TNF-α (-308G/A) У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ …… 81

Л. В. Пипа, М. М. Мургіна, Я. М. Гейващук
РАННЯ ДІАГНОСТИКА ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ …… 83
Н. Н. Попов, Т. И. Лядова, О. В. Волобуева, К. С. Санина
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ 85
Л. М. Потапова
КРОВОСИСНІ КОМАРІ (DIPTERA, CULICIDAE): ПИТАННЯ ЗМІНИ ФАУНИ ПІД ВПЛИВОМ АНТРОПОГЕННОГО ЧИННИКА …….. 87
В. Ф. Пюрик, О. Я. Пришляк, Т. З. Кобрин, У. Я. Мазурок, Н. П. Гуровська
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ І ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ГЕРПЕС-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ……... 89
Ж. А. Ревенко
СТАТЕВІ СТЕРОЇДНІ ГОРМОНИ В КРОВІ ПРИ ДЕМОДЕКОЗІ ……..…….. 91
К. Ю. Романчук
ПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ ..…… 93
В. В. Руденко
ЗАСТОСУВАННЯ УКРЛІВУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТАХ ...…… 95
В. В. Рябіченко
ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОЇ ОЗНАКИ ТА ГЕНЕТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРОГО …….. 97
Н. Н. Савельева
ФОРМИРОВАНИЕ ГАЛИТОЗА У БОЛЬНЫХ С ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ ……..……. 98

Я. В. Сегеда
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ТРАХІСАН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ АНГІН ..…….. 102
К. Л. Сервецький, Є. В. Нікітін, Т. В. Чабан, Н. О. Жураковська
ЗМІНИ В ТРОМБОЦИТАРНІЙ ЛАНЦІ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ ……..……... 104
О. І. Сміян, Х. І. Василишин
ПОКАЗНИКИ ФЕРРОКІНЕТИКИ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ……..……... 106
О. І. Сміян., Ю. А. Мозгова
ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ СИМБІОТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ АЦИДОЛАК ЮНІОР НА СТАН КИШКОВОГО МІКРОБІОЦЕНОЗУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВТОРИННУ КАРДІОПАТІЮ ТА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ…….. 108
О. І. Сміян, В. А. Плахута
СТАН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ……. 110
Н. А. Сніцарь
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГАРЯЧОК З ВИЗНАЧЕННЯМ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА ПРОКАЛЬЦИТОНІНУ……..... 111
Я. А. Соцька, В. О. Тєрьошин, І. А. Шаповалова, О. В. Круглова, І. А. Борзенко
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ІНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С НИЗЬКОГО СТУПЕНЯ АКТИВНОСТІ, ПОЄДНАНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПРИ ЛІКУВАННІ ВІФЕРОНОМ ТА ПОЛІОКСИДОНІЄМ ……. 114

А. Б. Сухарєв
ДОСВІД ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ ВІЛЬПРАФЕНОМ …… 116
Ю. О. Сухов
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СПАЗМОЛІТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ …... 119
В. О. Тєрьошин, І. О. Шаповалова, Л. О. Гаврилова, І. В. Прудникова, А. А. Тасенко
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ФІТОЗАСОБУ ІМУПРЕТУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ІМУНОКОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГРИПОЗНУ ІНФЕКЦІЮ..... 121
В. І. Трихліб, І. М. Діжа
РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - МИРОТВОРЦІВ ПІСЛЯ ПРИБУТТЯ З ВІДРЯДЖЕННЯ ……... 123
І. О. Троцька, Є. В. Абухаммаш, Ю. О. Літвінова, Н. В. Дем'яненко, С. Є. Шолохова
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАВІЗНИХ ВИПАДКІВ МАЛЯРІЇ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ……... 126
І. О. Троцька, В. В. Рябіченко, О. С. Загребельний, С. О. Нікуєнко
ШКОЛА ПАЦІЄНТІВ ДІЄ! 128
І. О. Троцька, В. В. Тищенко
ВИВЧЕННЯ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ НА СУМЩИНІ ……... 130
І. О. Троцька, М. Д. Чемич, Ю. В. Ворона, С. М. Коваль
СТРУТУРА ЛЕТАЛЬНОСТІ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ……. 132
С. М. Федоренко, Н. О. Тімко
ЕПІДСИТУАЦІЯ ЩОДО ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ДИФТЕРІЮ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ……. 134

М. Д. Чемич, Т. О. Болецька
ОСОБЛИВОСТІ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ, ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ 136
М. Д. Чемич, В. В. Захлєбаєва
ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ МІКРОСФЕРИЧНОГО ЕНТЕРОСОРБЕНТУ АТОКСІЛ ПРИ КОМБІНОВАНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ (КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) 139
М. Д. Чемич, К. С. Полов'ян
ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ КОМБІНОВАНОГО ПРОБІОТИКА ЛАКТО У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНО ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ (КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) 145
М. Д. Чемич, А. О. Сніцарь, І. О. Троцька, Г. А. Хомета
ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІНФЕКЦІЙНОГО СТАЦІОНАРУ 152
М. Д. Чемич, І. О. Троцька, Н. В. Клименко, Н. В. Дем'яненко, С. Е. Шолохова
ЗАВІЗНИЙ ВИПАДОК ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ 155
В. С. Черкасова
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОРОФАСЦИАЛЬНИЙ ГЕРПЕС 157
Л. С. Шаповал
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ 160

Н. Ф. Шуставль, Т. И. Лядова, О. В. Волобуева, Е. С. Санина
ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ 161
Я. Л. Юган, Я. А. Соцька
ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ СУБАЛІНУ І ОРНІТОКСУ НА СТАН МАКРОФАГАЛЬНОЇ ФАГОЦИТУЮЧОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ … 164

Наукове видання

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНІСТА: СУЧАСНІ АСПЕКТИ

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини
(Суми, 19–20 червня 2013 року)

Відповідальний за випуск В. В. Захлєбаєва
Комп'ютерне верстання І. В. Павловської

Формат 60х84/16. Ум. друк. арк. 10,0. Обл.-вид. арк. 8,56. Тираж 300 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.