

відбувається. І, навпаки, із збільшенням об'єму кровотрати в пологах, поглиблюються процеси пероксидації, які не компенсуються АОСЗ (рис.2).

### ВИСНОВКИ

У породіль з кровотратою в пологах, яка перевищує фізіологічну, рівень метаболітів ПОЛ вищий, ніж у жінок контрольної групи. Чим більша кровотрата, тим глибші порушення процесів вільнорадикального окислення ліпідів.

Зменшення рівня ПУ із збільшенням кровотрати свідчить про зрив адаптації та виснаження системи АОСЗ.

Відновлення балансу між системами ПОЛ та АОСЗ у породіль основної досліджуваної групи відбувається за більший термін часу.

У жінок з різним об'ємом кровотрати при дисбалансі між ПОЛ та АОСЗ, при якому переважає зниження показників антиокислювальної системи, спостерігається більше післяпологових ускладнень.

Показники синдрому ендогенної інтоксикації необхідно використовувати для оцінки важкості стану жінки та як критерій адекватності лікування, обов'язково з призначенням антиоксидантних препаратів.

### SUMMARY

*The 120 women aged from 20 to 35 who had an obstetric bleeding in the third and in the early postnatal period were examined. The state of the peroxyde lipide oxydation and of the antioxydative system was studied. It was found, that in women in proportion of bleeding volume in partus the variability of the peroxyde lipide oxydation processes with parallel antioxydative defence system going down was checking.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Серов В.Н., Арефьева И.С. Резервы снижения материнской смертности от акушерских кровотечений // Акуш. и гин. - 1993. - №10. - С. 20-32.
2. Чиренис А., Юрникас Д. Факторы риска развития послеродовых осложнений // Болезни матери и ребёнка // Сб. науч. тр. - 1990. - с. 71-77.
3. Scott M.P. Enhancement of superoxydedismutase activity : Effects on cellular oxydant defence // Blood. - 1989. - Vol. 75, №7. - p. 2542-2549.
4. Грищенко В.І., Потапова Л.В. Роль перекисного окислення ліпідів і антиоксидантної системи в патогенезі післяпологових гнійно-септичних захворювань // ПАГ.- 1990.- №6.- С. 37-39.
5. Губський Ю.Г. Вільнорадикальні реакції у ядерному хроматині // Журнал Акад. мед. наук України. - 1995. - 1, №2. - С. 216-229.

УДК 616.931

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДИФТЕРІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

М.Д.Чемич, доц.; В.В.Рябіченко\*, лікар

(\*Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми)

### ВСТУП

Починаючи вже з 80-х років, в Україні спостерігалось поступове підвищення захворюваності на дифтерію, яке в 1991 році набуло характеру епідемії. Подібний рівень захворюваності спостерігався в Україні в 1959 році, на початку запровадження вакцинального етапу боротьби з дифтерією. Внаслідок проведених заходів (зміни в календарі щеплень, вилучення з первинної імунізації препаратів з низьким вмістом антигена, початок

щеплень дорослого населення) кількість незахищених від дифтерії в цілому знизилась з 42,9% у 1990 році до 20,7% у 1995 році [1].

Частіше стали реєструватися гіпертоксичні та комбіновані форми, значно збільшилась кількість тяжких поліневритів, вторинних бактеріальних ускладнень, які призводять до розвитку тяжких пневмоній, плевритів, а також сепсису (який частіше розвивався у хворих з тяжкими полінейропатіями), спостерігаються ураження мозочка, нирок [2].

Дифтерія у щеплених осіб проходила легко, місцеві зміни ротоглотки найчастіше обмежувалися катаральними проявами. Незважаючи на проведену ревакцинацію, у кожного 4-го хворого спостерігались середньотяжка форма хвороби та ускладнення [3].

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням знаходилось 207 хворих на дифтерію. Діагноз ставили на підставі характерних клініко-епідеміологічних, бактеріологічних та серологічних даних. Титри антитоксичних антитіл визначали за допомогою РПГА. При зіставленні вибірок використовували критерії (t) Стьюдента.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість хворих з легким перебігом дифтерії були госпіталізовані на 4-5-й день захворювання (39%), в той час як із середнім та тяжким перебігом госпіталізували в основному в перші 2 - 3 доби (53,2%). Частина хворих почала одержувати кваліфіковане лікування в умовах стаціонара на 8 - 12 - й день захворювання (3,4%), що пов'язано з несвоєчасним розпізнаванням хвороби. У 194 хворих (93,7%) діагноз підтверджено бактеріологічно.

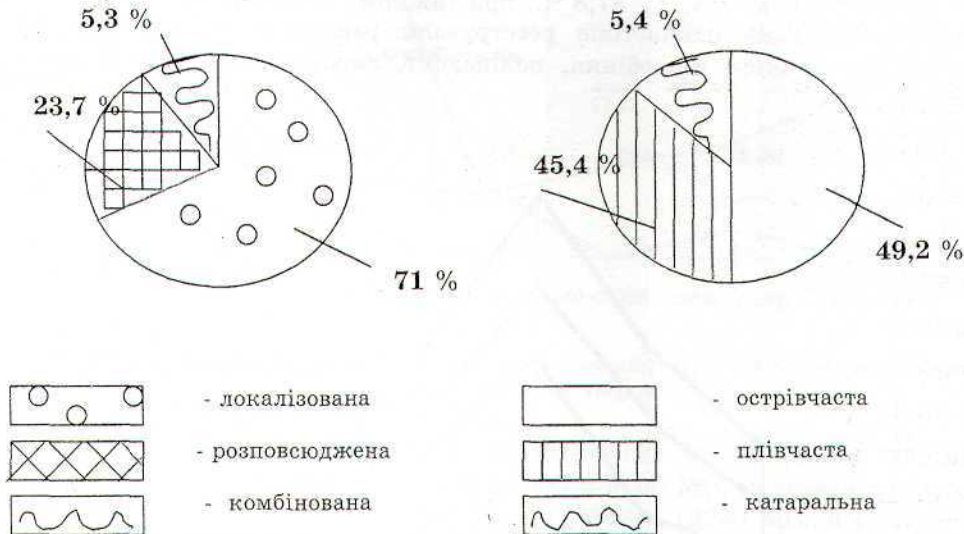


Рисунок 1 - Форми дифтерії за розповсюдженістю та характером нальоту

Найвища захворюваність на дифтерію відмічена у зимово-весняний період, з максимумом у березні місяці (госпіталізовано у цей час 20,8 % хворих).

Джерело інфекції вдалося виявити у 58 хворих (28%); спостерігалось декілька випадків дифтерії у одній родині. 90 хворих (43,5%) не мали щеплення проти дифтерії, 84 (40,6%) - було проведено повний курс щеплень,

решта хворих отримала 1 (12 хворих, 5,8 %) та більше (21 хворих, 10,1 %) щеплень.

Чоловіків було 74, жінок - 133, вік коливався у межах від 3 до 70 років. З легким перебігом було 100 хворих, середньої тяжкості - 88, з тяжким - 19.

Найчастіше спостерігали локалізовану форму (71%), рідше - розповсюджену (23,7%) та комбіновану (5,3%), серед місцевих проявів приблизно однаково реєстрували острівчасту та плівчасту форми (рис. 1).

Нальоти локалізувалися в основному на слизовій оболонці ротоглотки (93,7%), значно рідше - на слизовій оболонці носа (3,4%), гортані (2,4%), ока (0,5%).

Збільшення регіонарних лімфатичних вузлів було виявлено у 158 хворих (76,3%), гепатомегалію - у 19 (9,2%).



Рисунок 2 - Частота ускладнень при захворюванні на дифтерію

В усіх виявляли симптоми інтоксикації (головний біль, слабкість). Підвищення температури тіла відповідало ступеню тяжкості дифтерії. Так, при легкому перебігові температура тіла коливалась у межах 37 - 37,1 °С, при середньотяжкому - 37,7 - 37,8 °С, при тяжкому - 37,9 - 38,0 °С.

Серед ускладнень найчастіше реєстрували ранній міокардит (рис. 2), рідше - парез м'якого піднебіння, поліневрит, сироваткову хворобу, пізній міокардит.

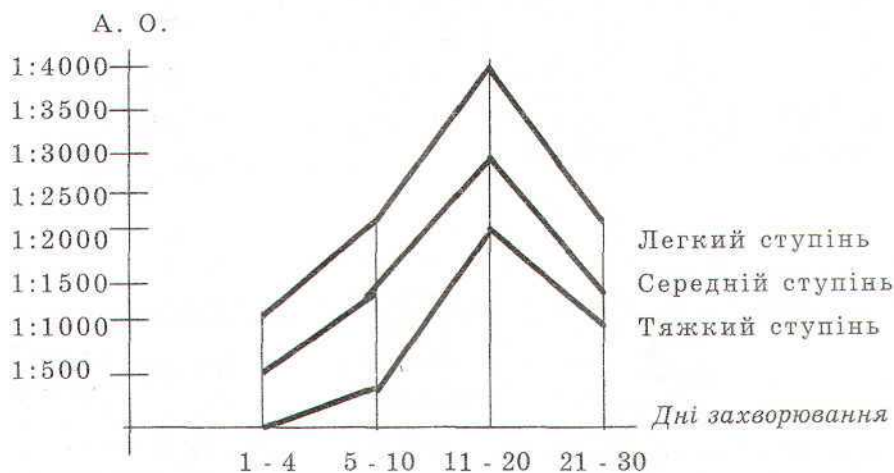


Рисунок 3 - Динаміка титрів антитіл при захворюванні на дифтерію

Лейкоцитарний індекс інтоксикації у гострому періоді становив: при легкому ступені -  $1,31 \pm 0,26$  у чоловіків ( $P < 0,05$  в порівнянні з нормою) та  $1,81 \pm 0,27$  у жінок ( $P < 0,001$ ), при середньому - відповідно  $2,14$   $0,32$  ( $P < 0,001$ )

та  $2,16 \pm 0,28$  ( $P < 0,001$ ), при тяжкому -  $6,22 \pm 1,2$  та  $4,1 \pm 0,79$  ( $P < 0,001$ ). Гематологічний показник інтоксикації також збільшувався від  $1,7 \pm 0,39$  -  $2,1 \pm 0,4$  (при легкому ступені) до  $6,07 \pm 0,96$  -  $11,05 \pm 0,9$  (при тяжкому ступені).

Титри антитоксичних антитіл, що були виявлені у хворих з легким перебігом дифтерії, на початку захворювання були значно вищі, ніж у хворих з середнім та тяжким ступенем (рис. 3). З часом (до 20-го дня захворювання) у хворих усіх ступенів тяжкості відбувалось підвищення титрів антитіл. Під спостереженням знаходились також хворі, у яких відмічено менший темп зросту антитоксичного імунітету. Вони становили більшість групи з тяжким та довготривалим перебігом дифтерії. У групі відбувалось зниження титрів антитіл на 21-30-й день захворювання. Досить чітко простежується залежність між рівнем антитоксичних антитіл у крові та ступенем тяжкості захворювання. Так, у хворих на дифтерію з легким перебігом відсутність антитіл у крові (на початку захворювання) була зафіксована лише в 10,29 % випадків, у той час, коли у хворих з середньотяжким ступенем цей показник склав 21, 21 %, а при тяжкому перебігові - 75 %. Більш детальний стан реагування імунної системи на захворювання відображено на рис. 4.

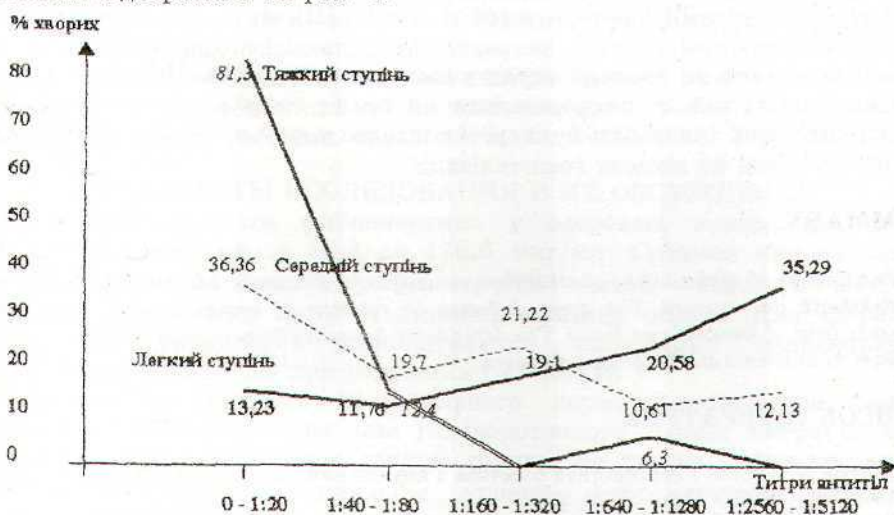


Рисунок 4 - Залежність між рівнем антитіл у сироватці крові та ступенем тяжкості дифтерії в перші дні хвороби

Середня доза протидифтерійної сироватки під час лікування хворих з легким перебігом дифтерії становила  $32600 \pm 6190$  МО, із середньотяжким -  $60800 \pm 3300$  МО, з тяжким перебігом -  $176800 \pm 13240$  МО. З етіотропних засобів найчастіше застосовували бензилпеніциліну натрієву сіль (у 44 % хворих), тетрациклін (у 36,2 %), ампіцилін (у 19,7 %). Для 29,5 % хворих використовували декілька антибактеріальних препаратів. Глюкокортикоїди отримувала третина хворих (35,3 %), тривалість їх прийому корелювала із ступенем тяжкості.

Зникнення дифтерійних нальотів відбувалось у середньому на 6-7-й день від початку захворювання, симптомів тонзиліту - на 9-13-й день, нормалізація розмірів регіонарних лімфатичних вузлів відбувалась на 12-20-й

день захворювання. Лейкоцитарний індекс інтоксикації під час виписування коливався від  $0,79 \pm 0,12$  ( $P > 0,05$ ) при легкому перебігові до  $4,74 \pm 1,69$  ( $P < 0,05$ ) при тяжкому (у чоловіків) та відповідно  $1,28 \pm 0,18$  ( $P < 0,01$ ) і  $1,55 \pm 0,68$  ( $P > 0,05$ ) у жінок.

Кількість днів, проведених хворими в стаціонарі, залежала від ступеня тяжкості дифтерії та становила від  $16,9 \pm 1,2$  діб (при легкому ступені) до  $29,5 \pm 2,4$  діб (при тяжкому ступені).

#### ВИСНОВКИ

1 Встановлена пряма кореляція між ефективністю проведення щеплень та рівнем захворюваності на дифтерію.

2 Ревакцинацію дорослим, особливо особам старшого віку, необхідно проводити під контролем рівня антитоксичного імунітету до дифтерії. Число ревакцинацій слід встановлювати індивідуально.

3 У частини хворих відсутність збудника дифтерії в досліджуваному матеріалі при типовій клінічній картині захворювання можна пояснити застосуванням антибактеріальних засобів на догоспітальному етапі, місцевим застосуванням препаратів антисептичного ряду.

4 Під час епідемії дифтерії в 1993 - 1997 рр. в м. Сумах переважав легкий та середньотяжкий ступінь захворювання, локалізована острівчаста форма. Середньотяжкий та тяжкий ступінь хвороби найчастіше спостерігався в тих групах хворих, які до захворювання не пройшли повного курсу вакцинації проти дифтерії і в яких було встановлено низький рівень антитоксичних антитіл у крові на момент госпіталізації.

#### SUMMARY

*Peculiarities of epidemiology clinical flow conditions of immunity and blood under the epidemic of diphtheria was learned. The great differens in reaction of named systems at patients with different level of hardnes was found. The dependence between clinical contidions of the patient and the level of antitoxic antibodies was analysed.*

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сердюк А.М. Стан і перспективи боротьби з керованими інфекціями в Україні // Інфекційні хвороби. - 1997. - № 1. - С. 5 - 9.
2. Вьяльба Е.В. Особенности дифтерии у взрослых на современном этапе // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1997. - № 4. - С. 28 - 30.
3. Лисенко Р.С., Ушеніна О.В. Клінічні особливості дифтерії у щеплених осіб // Інфекційні хвороби. - 1996. - № 4. - С. 31 - 34.

УДК 616-001.8-053.31:611-018.54

#### ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ ФИБРОНЕКТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ГИПОКСИИ

*В.Э.Маркевич, проф.; С.И.Кривцун, ассист.*

При адаптации к новым условиям жизни отражением состояния активности функциональных систем в организме новорожденного является