

Міністерство охорони здоров'я України  
Харківська медична академія післядипломної освіти  
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна  
ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН"

**НЕЙРОІНФЕКЦІЇ У ПРАКТИЦІ  
КЛІНІЦИСТА.  
ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ  
ТА ЛІКУВАННЯ**

*Матеріали  
науково-практичної конференції  
з міжнародною участю*

*31 березня - 1 квітня 2011 року*

Під редакцією проф. В.П. Малого

Харків - 2011

Дані рисунку свідчать, що пік захворюваності на ГМ спостерігався у 2007 році, після чого загальна захворюваність почала поступово знижуватись і досягла найменшого значення у 2010 році, захворюваність на менінгіти менінгококової етіології протягом всіх років мала хвилеподібну динаміку і залишалась на досить високому рівні.

Висновки. Тенденція до різкого зниження загального рівня захворюваності на ГМ у Хмельницькій області з більшою вірогідністю обумовлена впровадженням з 2007 року щеплення проти Ніб-інфекції. Захворюваність на менінгіти менінгококової етіології має хвилеподібний перебіг, однак залишається достатньо високою.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Піддубна А.І., Чемич М.Д.

Сумський державний університет

НейроСНІД стає важливою проблемою охорони здоров'я серед хворих на ВІЛ-інфекцію. Так за оцінкою UNAIDS у 2009 з 34 мільйонів осіб інфікованих ВІЛ понад 50% мали симптоми нервово-психічних розладів.

Мета дослідження – проаналізувати частоту, спектр, клінічні особливості уражень нервової системи асоційованих з ВІЛ-інфекцією в умовах Північно-Східного регіону України.

Матеріали і методи. У дослідження були залучені особи з встановленим діагнозом “ВІЛ-інфекція”, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького з 2001 по 2010 рр.

Результати. Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 139 ВІЛ-інфікованих осіб у віці від 16 до 52 років, серед яких 78 (56,1%) чоловіків і 61 (43,9%) жінка. Більшість серопозитивних пацієнтів належала до вікової групи 18-29 років (55,4%).

Клінічні прояви патології нервової системи виявлені у 71 (51,1%) особи, у тому числі у 46 чоловіків (64,8%) та 25 жінок (35,2%), серед яких вікова група 18-29 років склала 52,1%, 30-39 років – 40,8%, 40 і більше – 7,1%. Ураження речовини головного мозку спостерігалися у 16 випадках (11,5%), оболонки спинного мозку – у 6 (4,3%), периферичної нервової системи (ПНС) – у 7 (5,1%), астено-вегетативний синдром – у 20 (14,4%), нейро-циркуляторна дистонія – у 6 (4,3%). Кожний 4-й госпіталізований мав психічні та поведінкові розлади пов'язані з вживанням наркотичних речовин.

Важкі ураження центральної нервової системи були обумовлені туберкульозом нервової системи і мозкових оболонки (6 осіб), церебральним токсоплазмозом (3 особи), менінгоенцефалітами вірусної (2 особи) та грибової (2 особи) етіології.

2 пацієнта з органічним ураженням ЦНС померли у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Серед причин летальних наслідків у одному випадку

виступила патологія нервової системи – менінгоенцефаліт криптококової та герпетичної природи, у іншому – церебральний токсоплазмоз. У 13 хворих діагностовано енцефалопатію, 7 осіб продовжували вживати наркотики ін'єкційно, що не дає змоги виключити екзогенне походження патології. Ураження ПНС проявилось полінейропатією у 7 пацієнтів, 1 випадок пов'язаний з ВААРТ (вживання ставудину). У 20 осіб діагностовано астено-вегетативний синдром, 9 – продовжували вживати наркотичні речовини.

Клінічні прояви уражень нервової системи залежали від рівня імунокомпетентних клітин. При порівнянні рівнів CD4-лімфоцитів групи ВІЛ-інфікованих з органічним ураженням нервової системи зафіксовано рівень Т-хелперів ( $94 \pm 40,03$ ) клітин у 1 мкл, який був достовірно нижчий ( $t > 3$ ,  $p \leq 0,01$ ) ніж у групі ВІЛ-інфікованих осіб без ураження нервової системи (рівень Т-хелперів ( $335,4 \pm 34,63$ ) клітин у 1 мкл).

Висновки. У ВІЛ-інфікованих відмічається висока частота залучення у патологічний процес нервової системи. Органічна патологія нервової системи виявлена у хворих на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції при тяжкому імунодефіциті. Привертає увагу високий відсоток пацієнтів з психічними та адаптаційними розладами пов'язаними з вживання наркотичних речовин.

## РОЛЬ ЧИННИКІВ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА (ГРУНТ, ОВОЧІ) В МЕХАНІЗМІ ПЕРЕДАЧІ СТРОНГЛІОДОЗУ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Погорельчук Т.Я.<sup>1</sup>, Олійник В.О.<sup>1</sup>, Орлова Н.С.<sup>1</sup>, Бешко Н.І.<sup>2</sup>, Мельник Л.І.<sup>2</sup>

Білгород-Дністровська міська санітарно-епідеміологічна служба<sup>1</sup>, Одеська область, Обласна санітарно-епідеміологічна служба<sup>2</sup>, Одеса

Стронгліодоз – тяжкий гельмінтоз, який спричиняється нематодою *Strongyloides stercoralis*, характеризується ураженням органів травлення, патологією дихальної, нервової, серцево-судинної систем, шкіри, розвитком алергічних реакцій і не має тенденції до самовиліковування. (Ж.І. Возіанова, 2000; А.Я. Лисенко та ін., 2002; Н.И. Тумольська та ін., 2002; S. Weigh, 1997; P. Konecny et al., 1999; G. Albense).

Збудник розвивається зі зміною вільного (рабдитоподібні личинки) і паразитичних (філярієподібні личинки і статевозрілі гельмінти) поколінь.

Джерело інвазії – заражена гельмінтом людина, з її фекаліями у доквілля виділяються рабдитоподібні личинки. Подальший розвиток паразита до інвазійної філярієподібної личинки відбувається у ґрунті за температури –  $+21,5...+24,5^\circ\text{C}$ , вологості – 20,5...21,2 %, рН – 6,8-5,0 (Е.А. Шабловська, 1968; В.С. Шульман и др., 1985). Зараження гельмінтом відбувається при проникненні філярієподібних личинок через шкіру або слизові оболонки при ходінні босоніж по забрудненому ґрунту, питті води, вживанні харчових продуктів, які вміщують інвазійні личинки (Е.А. Шабловська, 1986; J. Costa-Cruz et al., 1998).