



**ХІМІО- ТА  
ІМУНОТЕРАПІЯ  
ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

*Матеріали Всеукраїнської науково-практичної  
конференції*

**(18-19 травня 2010 року, м. Суми)**

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ  
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ СУМЩИНИ**

# **ХІМІО- ТА ІМУНОТЕРАПІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

*Матеріали Всеукраїнської науково-практичної  
конференції  
(18-19 травня 2010 року, м. Суми)*

**Суми  
Видавництво СумДУ  
2010**

**УДК 616.9-085(063)**

**X 46**

**ББК 55.14**

**Редакційна колегія:**

професор, доктор мед. наук М.Д. Чемич (відповідальний редактор); доцент, кандидат мед. наук Н.І. Ільїна (редактор); доцент, кандидат мед. наук Т.П. Бинда; І.О. Троцька (відповідальний секретар); професор, доктор мед. наук В.М. Козько; професор, доктор мед. наук В.П. Малий; професор, доктор мед. наук Г.М. Дубинська.

**X46 Хіміо- та імунотерапія інфекційних хвороб //** Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 18-19 травня 2010 р., м. Суми. – Суми: Видавництво СумДУ, 2010. – 140 с.

Асоціація інфекціоністів Сумщини, 2010

## ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ МЕНІНГІТІВ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Авдєєва Л.В., Малиш Н.Г., Мороз Т.Д.

*Інститут мікробіології і вірусології НАН України, м. Київ. Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми*

У сучасний період у відділеннях недоношених новонароджених дітей (ВННД) надзвичайно гостро постає проблема гнійно-запальних захворювань (ГЗЗ).

Патологічні процеси, що виникають при ГЗЗ у недоношених новонароджених, різноманітні за локалізацією та характером перебігу. Збудниками ГЗЗ у новонароджених є переважно факультативні умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ), які формуються і циркулюють у відділенні, набуваючи множинної стійкості до антибіотиків. Розвитку ГЗЗ передують колонізація різних біотопів новонароджених госпітальними штамами мікроорганізмів, тому, на думку багатьох дослідників, видовий склад колонізуючих агентів у повній мірі віддзеркалює видовий склад збудників ГЗЗ. Менінгіт у новонароджених, незважаючи на постійне удосконалення методів діагностики і лікування, залишається вельми актуальною проблемою, що пов'язано з високою смертністю і появою серйозних ускладнень.

Метою роботи було встановити показники захворюваності, етіологічну структуру гнійних менінгітів у недоношених новонароджених дітей.

Для досягнення поставленої мети на базі Сумської обласної дитячої клінічної лікарні був проведений епідеміологічний аналіз захворюваності на гнійні менінгіти недоношених немовлят за період 2005-2008 рр. Всього діагноз менінгіту був встановлений у 32 малюків, а показники захворюваності на менінгіт складали  $(0,8 \pm 0,5)$  у 2005 р.,  $(1,1 \pm 0,5)$  – у 2006 р.,  $(2,9 \pm 0,9)$  - у 2007 р.,  $(2,5 \pm 0,8)$  - у 2008 р. на 100 пролікованих недоношених новонароджених дітей. Тобто, показники захворюваності недоношених немовлят на менінгіт за період 2005-2008 рр. збільшилися у 3 рази. Поряд зі змінами у рівнях захворюваності спостерігалось і збільшення питомої ваги менінгіту в структурі ГЗЗ недоношених новонароджених. Частка менінгіту складала  $(3,3 \pm 1,9)$  %,  $(5,3 \pm 2,6)$  %,  $(14,5 \pm 4,1)$  % та  $(11,7 \pm 3,7)$  % у 2005-2008 рр. відповідно. Діагноз менінгіту у  $(42,8 \pm 10,3)$  % випадків був встановлений після перенесених інших нозологічних форм ГЗЗ, причому  $(71,4 \pm 9,4)$  % малюків були переведені з відділення інтенсивної терапії новонароджених. Ці дані опосередковано свідчили про можливість гематогенного шляху передачі збудника в результаті ускладнення ГЗЗ або екзогенного інфікування при проведенні медичними працівниками лікувально-діагностичних маніпуляцій.

У 16 недоношених немовлят із ліквору виділені та ідентифіковані УПМ. Збудниками менінгіту були у  $(56,3 \pm 12,4)$  % випадків *E. faecalis* і у  $(12,5 \pm 8,3)$  % випадків – *K. pneumoniae*. Інші бактерії, а саме штами

*S. pneumoniae*, *S. epidermidis*, *C. freundii*, *E. aerogenes*, *E. cloacae* виділялися з ліквору в поодиноких випадках .

У дітей, в яких збудником менінгіту був *E. faecalis*, з носоглотки у 22,2 % випадків, а з фекалій - у 77,8 % випадків виділялися штами *E. faecalis*, у недоношених новонароджених, де збудником менінгіту була *K. pneumoniae*, даний вид мікроорганізму також виділявся з носоглотки або фекалій. Кількість вищезазначених УПМ у кишковому вмісті складала  $10^5$  КУО/г і вище, на фоні зниження титрів лакто- і біфідобактерій до  $10^4$ – $10^5$  . Штами *S. pneumoniae*, *E. aerogenes* та *E. cloacae* виділялися як з носоглотки немовлят, так і з ліквору.

Таким чином, у сучасний період спостерігається тенденція до збільшення захворюваності недоношених новонароджених на гнійний менінгіт, виділення штамів збудників менінгіту як з ліквору, так і з носоглотки або з фекалій підтверджує необхідність постійного моніторингу видового складу УПМ, які колонізують носоглотку і кишечник. Відбувається підвищення значущості ентерококів у розвитку ГЗЗ у ВННД, оскільки у (56,3±12,4) % випадків штами *E. faecalis* були виділені з ліквору недоношених малюків, хворих на гнійний менінгіт.

## **АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ДИФТЕРІЇ**

**Анастасій І.А., Дудар Д.М.**

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київська міська клінічна лікарня № 9, м. Київ*

Незважаючи на закінчення епідемії дифтерії, що охопила нашу країну в 90-роках ХХ сторіччя, Україна дотепер віднесена робочою групою Європейського регіонального бюро ВООЗ до проблемних з дифтерії держав Європи. Так, у 2008 році в Україні зареєстровано 55 випадків захворювання на дифтерію, з них 6 – летальні.

Мета роботи. Вивчення клініко-лабораторних особливостей перебігу дифтерії та ефективності застосування антибактеріальних препаратів у лікуванні хворих на дифтерію.

Матеріали та методи дослідження. За 2008 рік у клініці інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця на базі інфекційного відділення КМКЛ № 9 на стаціонарному лікуванні перебувало 11 хворих з діагнозом “дифтерія”. Серед них було 6 жінок та 5 чоловіків. Вік хворих у середньому склав 31 рік (від 20 до 57 років). Ліжко-день у середньому склав 7,8 доби. Діагноз у 7 (63,6 %) хворих було верифіковано за допомогою бактеріологічного дослідження виділенням *C. diphtheriae*, var. *mitis*, у 4 (36,4 %) - діагноз встановлено клінічно (наявність характерних для дифтерії фібринозних плівок у ротоглотці). При фарингоскопії у хворих на дифтерію ротоглотки у 100 % спостерігали типову для дифтерії картину – щільні фібринозні

нальоти, які погано знімалися шпателем, із кровоточивістю слизових після зняття нальоту.

У залежності від локалізації процесу пацієнти розподілилися таким чином: дифтерія ротоглотки – 9 (81,82 %) пацієнтів, дифтерія носа – 1 (9,09 %); дифтерія гортані – 1 (9,09 %). За тяжкістю перебігу хвороби переважали середньотяжкі (81,82 %) та легкі (9,09 %) форми. У 1 хворої діагностовано тяжкий перебіг розповсюдженної плівчастої дифтерії ротоглотки, що стало причиною летального завершення хвороби. Безпосередньою причиною смерті в данному випадку був міокардит та розвиток поліорганної недостатності. На нашу думку, причинами, що могли слугувати такому завершенню хвороби, були пізні звернення за медичною допомогою (на 4 добу хвороби) та наявність декомпенсованої соматичної патології – цукрового діабету II типу.

Етіотропна терапія включала призначення протидифтерійної сироватки (ПДС), дози якої коливалися від 30000 МО при легких формах до 100000 МО при тяжкому перебігу хвороби, та антибактеріальні препарати – як правило, природні пеніциліни та цефалоспорины I покоління (цефазолін) протягом 7-10 діб. На фоні терапії гарячка в середньому трималася 3,1 доби, фібринозні нальоти зникали за 4,5 доби. Для елімінації збудника (отримання негативних контрольних результатів бактеріологічних досліджень, які проводилися через 2 дні після закінчення прийому антибіотиків) було достатньо одного курсу антибактеріальної терапії. Крім того, досліджувалась ефективність даних антибіотиків *in vitro* за допомогою диско-дифузійного методу, що підтверджує збереження високої або помірної чутливості *S. diphtheriae* до цих препаратів (бензилпеніцилін, цефазолін).

Таким чином, на підставі вищевикладеного можна зробити наступні висновки: при діагностиці дифтерії необхідно враховувати, насамперед, клінічні дані. У 36,4 % випадків діагноз лабораторно підтвердити не вдалося. Препаратами вибору при антибактеріальній терапії у хворих на дифтерію залишаються природні пеніциліни та цефалоспорины I покоління.

## **СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ, ВИКЛИКАНІ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ ЗБУДНИКАМИ**

**Белай Л.В., Полов'ян К.С., Чемич М.Д.**

*Обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького, Сумський державний університет, м. Суми*

За останні роки в світі спостерігається тенденція до погіршення екологічних, соціально-економічних умов існування людства, що в свою чергу призводить до погіршення стану здоров'я, збільшення схильності до гострих кишкових інфекцій (ГКІ). Доведено, що зростає частота виявлених

дисбіотичних порушень після етіотропного лікування ГКІ, тому набуває значення вивчення стану мікрофлори кишечника та її нормалізація при виявлених зрушеннях для підвищення резистентності організму.

Метою роботи було вивчення стану мікробіоценозу кишечника в хворих на ГКІ, що викликані умовно-патогенними збудниками, при поступленні на лікування та на 5-6 добу від моменту госпіталізації при призначеній базисній терапії.

Було обстежено 15 хворих, госпіталізованих до СОІКЛ у липні-вересні 2009 р. Діагноз був встановлений на підставі клінічних та епідеміологічних даних. Етіологічна розшифровка ГКІ здійснена в 66,7 % випадків (10 осіб). Усі хворі отримували базисну терапію. При бактеріологічному дослідженні калу на початку лікування був виявлений субкомпенсований дисбактеріоз у 2 осіб, розповсюджений – у 3, генералізований – у 2, у решти змін не виявлено. При дослідженні калу на дисбактеріоз поліпшилися результати етіологічної розшифровки ГКІ з 66,7 % до 93,3 %, за рахунок виявлення умовно-патогенних збудників. При бактеріологічному дослідженні калу на збудники ГКІ при госпіталізації хворих було виявлено 2 випадки комбінованої інфекції (13,3 %); при аналізі результатів дослідження калу на дисбактеріоз даний показник збільшився до 5 (33,3 %). У 1 випадку була комбінація 3 умовно-патогенних збудників з грибами роду *Candida*.

У динаміці на фоні базисної терапії відбувалися зміни у складі мікрофлори кишечника: в 3 обстежених спостерігалось зниження загальної кількості кишкової палички при зростанні чисельності умовно-патогенної мікрофлори. У 2 пацієнтів зниження загальної кількості кишкової палички відбувалось із зникненням у калі умовно-патогенних бактерій. У 1 хворого зафіксовано зростання кількості кишкової палички на фоні проведеного лікування. При виписці зі стаціонару компенсований дисбактеріоз був у 5 осіб (38,7 %), субкомпенсований – у 3 (23 %), розповсюджений – у 4 (30,8 %), некомпенсований – у 1 (7,7 %).

Усі пацієнти виписувалися з клінічним одужанням, середній ліжко-день склав 4,8 дня.

Результати даного дослідження вказують на необхідність пошуку альтернативних препаратів у терапії ГКІ та обов'язкове призначення пробіотиків для корекції та попередження дисбіотичних станів кишечника, що можуть розвиватися навіть без призначення антибактерійних препаратів.

## ЛАБОРАТОРНИЙ МОНІТОРИНГ БАРТОНЕЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

**Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Бондаренко О.В., Завгородня Л.В.**  
*Національний медичний університет, м. Харків*

Спектр *Bartonella*-асоційованих патологічних станів значно розширився з тих пір, як вперше у 1983 році у ВІЛ-інфікованого хворого були описані незвичайні судинні проліферативні ураження - бацилярний ангіоматоз. Антитіла до *Bartonella henselae* (домінуючого збудника бартонельозної інфекції) при серологічних дослідженнях у ВІЛ-інфікованих коливаються від 17 до 41 %. Однак дійсну частку бартонельозів у осіб з ВІЛ/СНІД важко встановити, оскільки у більшості пацієнтів захворювання залишається не діагностованим. Бартонельозна інфекція може бути дуже важкою для діагностування, особливо коли вона маніфестує як бактеріємія або ендокардит, які зазвичай супроводжуються неспецифічними симптомами, а результати бактеріологічних досліджень є негативними. Без адекватної етіотропної терапії бартонельозна інфекція швидко прогресує з тенденцією до дисемінації патологічного процесу і залучення практично будь-якого органу та системи, часто приводячи до летальності.

Враховуючи можливість розвитку тяжких та фатальних форм бартонельозів у хворих на ВІЛ-інфекцію пропонуємо проводити в лікувально-профілактичних установах охорони здоров'я (обласних, міських, районних) інфекційного профілю і центрах по боротьбі та профілактиці ВІЛ-інфекції/СНІДу тестування цих хворих за допомогою діагностичних наборів для визначення антигену *Bartonella* spp. або антитіл до нього.

Якщо брати до уваги, що ВІЛ індукована імуносупресія значно не змінює імунологічну відповідь до *Bartonella* spp., визначення антитіл до збудника може бути використаним як експрес-метод діагностики бартонельозу у ВІЛ-інфікованих. Тестування хворих на наявність антигену *Bartonella* spp. може проводитися пацієнтам при рівні CD<sub>4</sub> клітин менше 200/мм<sup>3</sup> (у крові) або при можливості отримання біопсійного матеріалу (пунктат лімфовузлів, скарифікат ангіом тощо).

Пропонуємо розроблені в співавторстві з лабораторією нових та маловивчених інфекційних захворювань (ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова АМН України») дві тест-системи для діагностики бартонельозів у реакції непрямой імунофлюоресценції (РНІФ). Перший тип містить специфічні антибартонельозні імуноглобуліни кролика проти корпускулярного бартонельозного антигену, які здатні вступати в імунологічну реакцію із клітинами бартонел, адсорбуючись на їх поверхні, для визначення в зразках клінічного матеріалу (кров, пунктат лімфовузлів, скарифікат ангіом, секційний матеріал тощо) антигену збудника (клітин бактерій *B. henselae*). Позитивний результат РНІФ констатується за наявності



в досліджуваному зразку клінічного матеріалу однотипних мікробних клітин із характерною морфологією та їх специфічною флюоресценцією.

Другий тип тест-системи містить корпускулярний бактеріальний антиген *B. henselae* ЛНМІЗ 06U054, який здатний вступати в імунологічну реакцію зі специфічними антитілами, адсорбуючи їх на своїй поверхні, для визначення рівня антитіл проти *B. henselae*. Лабораторний діагноз бартофельозу ставиться на підставі не менше ніж чотирьохкратного зростання титру в РНІФ при дослідженні парних сироваток з інтервалом у 7-14 днів. У випадках, коли проаналізувати динаміку рівня антитіл немає можливості, діагноз ставиться на підставі одноразового дослідження сироватки при умові, що титр РНІФ не нижче 1:128.

Висновки. Враховуючи поширеність бартофельозної інфекції серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, нетиповість клінічної симптоматики та можливість несприятливого перебігу хвороби без адекватної етіотропної терапії, є доцільним включення тест-систем для діагностики бартофельозів до схем моніторингу при ВІЛ-інфекції, що сприятиме підвищенню ефективності лікування.

## **РІВЕНЬ ІНФІКОВАНOSTІ ВІЛ НА СУМЩИНІ**

**Бутенко В.М., Панасенко Л.М., Грабовий С.Л.**

*Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Суми*

За рівнем поширення ВІЛ-інфекції Україна посідає одне з перших місць у Європі. Дані офіційної статистики свідчать, що на початку 2009 року на диспансерному обліку перебувало понад 91 тисячі ВІЛ-інфікованих осіб.

За оціночними даними вітчизняних та міжнародних експертів реальна кількість ВІЛ-інфікованих у п'ять разів перевищує офіційні дані і складає близько 440 тисяч. Це означає, що лише кожна 5 особа, яка живе з ВІЛ в Україні, пройшла відповідне тестування і знає свій ВІЛ-статус.

Своєчасне виявлення антитіл до ВІЛ дозволяє людині здійснити комплекс заходів, спрямованих як на профілактику поширення ВІЛ-інфекції, так і на збереження свого власного життя.

За рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2008 та I півріччі 2009 року область займала одне з кращих, 7 рангове місце серед 27 адміністративних територій України. Низькі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію підтверджуються даними лабораторних досліджень. Найбільш наочно епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції в області відображають показники інфікованості ВІЛ серед донорів та вагітних. У I півріччі поточного року інфікованість на ВІЛ серед донорів та вагітних склали відповідно 0,03 % та 0,1% (Україна - 0,13 % серед донорів та 0,34 % серед вагітних).

Завдяки проведеним управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації організаційним заходам, у 2009 році вдалось у 2 рази збільшити кількість

обстежень на ВІЛ серед населення (без урахування донорів та вагітних). Протягом I півріччя поточного року за рахунок обласного бюджету обстежено майже 1,8 % населення області (за 6 місяців 2008 року – 0,9 %) при рекомендованому МОЗ України показнику 5 %. Кращий, ніж у середньому по області, цей показник у Конотопському (2,4 %), Шосткинському (2,4 %), Сумському (2,36 %), Охтирському (2,21 %) та Лобединському (2,03 %) районах. У той же час, у С. Будському, Л. Долинському та Ямпільському районах на ВІЛ обстежено лише 1,0; 0,3 та 0,34 % населення відповідно.

Значне збільшення обсягів обстежень населення не призвело до збільшення кількості позитивних знахідок. Абсолютне число виявлених ВІЛ-інфікованих осіб залишилось майже на рівні минулого року (128 проти 132 за 6 місяців 2008 р.), при цьому показник інфікованості зменшився з 0,45 % у 2008 році до 0,31 %.

Основною метою збільшення обсягів обстеження населення було максимальне виявлення ВІЛ-інфікованих на ранніх стадіях захворювання для вчасного призначення профілактики, лікування опортуністичних інфекцій та високоактивної антиретровірусної терапії. У 81,6 % хворих, які обстежені на ВІЛ та стали на диспансерний облік у 2009 році, діагностовано 1-2 клінічні стадії, в той час як у I півріччі 2008 року цей показник дорівнював 69 %.

Таким чином, чим вища в регіоні доступність населення до обстеження на ВІЛ, тим реальніше можна оцінити її епідемічну ситуацію. Наведені дані щодо показників інфікованості серед донорів, вагітних та реєстрації кількості позитивних результатів об'єктивно свідчать про доволі низький рівень поширеності ВІЛ-інфекції в області на сучасному етапі.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ КАШЛЮКУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

**Бинда Т.П.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Проблема кашлюку в Україні й сьогодні залишається актуальною. Незважаючи на «керованість» цієї інфекції й певну тенденцію до зниження рівня захворюваності, піднімати питання про її повну ліквідацію є недоречним. Адже при кашлюку не відбувається трансплацентарна передача антитіл і діти сприйнятливі до цієї хвороби з першого дня життя, а поствакцинальний імунітет не завжди достатньо напружений. У багатьох розвинених країнах світу, незважаючи на високий відсоток осіб у популяції, які охоплені профілактичною вакцинацією, в останні роки спостерігається тенденція до зростання захворюваності дітей на кашлюк. Зокрема, у Фінляндії, де кількість імунізованого населення перевищує 98 %, захворюваність на кашлюк серед дітей за останнє десятиріччя зросла з 30/100

000 до 60/100 000 та до 150 випадків на 100000 серед немовлят. Аналогічна ситуація виникла в Австрії, Канаді, США. Кашлюк відноситься до десяти найбільш вагомих причин смертності дітей раннього віку, щорічно реєструють у світі 294000 смертей дітей від цієї недуги. В Україні впродовж 2002-2007 років захворюваність на кашлюк дітей перших років життя в середньому реєстрували з частотою 65/100 000.

Метою роботи було встановити особливості перебігу кашлюку в сучасних умовах і оцінити ефективність лікування дітей перших трьох років життя, хворих на кашлюк.

Під нашим спостереженням було 27 дітей, які лікувалися у КУ «Сумська МДКЛ Святої Зінаїди» впродовж 2006-2008 років. До вибірки увійшли пацієнти віком від 1 місяця до 3-х років, у яких було встановлено клінічний діагноз «кашлюк» або діагностовано кашлюк за діагностичними критеріями: кашель принаймні 2 тижні плюс один із таких симптомів: пароксизмальний кашель, кашель із репризами, блювання після кашлю. Апноє було вагомим симптомом як у підтвердженні діагнозу «кашлюк», так і причиною негайної госпіталізації дітей. Результати бактеріологічного обстеження у більшості дітей були негативними.

Усі хворі немовлята були госпіталізовані у перші дні до відділення інтенсивної терапії та реанімації. Менеджмент їх передбачав моніторинг життєвих функцій, апноє, часті відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів, забезпечення адекватної оксигенації, парентеральної гідратації. Показаннями до ШВЛ були часті та тривалі апноє або апноє, що супроводжуються брадикардією та десатурацією. Базисна терапія включала муколітичні, відхаркувальні препарати та глюкокортикоїди за показаннями.

З етіотропною метою використовували ампіцилін або цефалоспорины III покоління. Вибір цих препаратів зумовлений їх достатньою ефективністю щодо *Bordetella pertussis* та оптимальним шляхом введення. Біля 2/3 усіх хворих отримували аміназин у дозі 2-3 мг/кг на добу.

Незважаючи на адекватне лікування, що було проведене дітям, встановлено високу частоту ускладнень, з яких найпоширенішим є пневмонія. У немовлят пневмонія розвивається швидко, особливо у першому півріччі життя, і становить високу загрозу смерті. Унаслідок особливостей імунної системи в дітей раннього віку спостерігається низький синтез специфічних протикашлюкових антитіл, генералізована запальна реакція зі значним токсикозом, масивним ураженням легеневої тканини, бронхіальною обструкцією та вторинною легеневою гіпертензією. Тому перебіг кашлюку в цій віковій групі значно тяжчий, особливо в дітей перших місяців життя. Кашлюкоподібний кашель маскує прояви бронхіальної обструкції в дітей при приєднанні пневмонії. Розвиток останньої збільшує тривалість періоду спазматичного кашлю до 2-3 місяців, підвищує ризик енцефалопатії та її тяжкість.

Таким чином, до особливостей перебігу кашлюку в сучасних умовах можна віднести поступовий початок захворювання в дітей та пов'язана з цим пізня госпіталізація, тяжкий перебіг недуги, високу частоту ускладнень. Своєчасна діагностика та адекватне лікування сприятиме швидшому регресу спазматичного кашлю, зменшить частоту виникнення і тривалість апное, що приведе до зменшення виникнення ускладнень.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЇ ДИФТЕРІЇ В УМОВАХ ПІВНІЧНО-СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ**

**Васильєв Ю.К., Чемич М.Д., Чемич О.М.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Послідовне і, як здавалось, невпинне зниження захворюваності на дифтерію, яке спостерігалось на всій території колишнього Радянського Союзу в другій половині ХХ століття, було перервано у 1991-1992 рр. різким підйомом, що поставило під сумнів ефективність її специфічної профілактики. У зв'язку з цим значно зросла зацікавленість до дифтерії. Стало актуальним вивчення зв'язків останньої епідемії з розповсюдженням даної інфекції в минулі десятиріччя та її сучасних клініко-епідеміологічних особливостей.

Мета роботи - вивчення клініко-епідеміологічних особливостей сучасної дифтерії в умовах північно-східного, прикордонного регіону України.

Об'єкт дослідження - медичні карти хворих на дифтерію з 1987 по 2005 рр. Епідеміологічні карти хворих за цей же період. Методи дослідження – клінічний, епідеміологічний та статистичний аналіз.

Результати дослідження. Були проаналізовані дані офіційно зареєстрованої захворюваності на дифтерію в місті Суми і Сумській області за період з 1987 по 2005 рр., всього вони склали 600 випадків. Захворюваність у ці роки коливалася в значних межах, у кривій захворюваності можна виділити три періоди: доепідемічний (1987-1990 рр.), епідемічний (1991-1997 рр.) та постепідемічний (1998-2005 рр.).

У доепідемічному періоді захворюваність коливалася від 0,06 до 0,28 на 100 000 населення. В 1991 р. починається епідемічне підвищення. Початком епідемії ми вважаємо рік, в якому кількість випадків у 10 і більше разів перевищує середні багаторічні показники попереднього періоду. В даному випадку це 1991 р., коли були зареєстровані 33 випадки захворювання (2,31 на 100 000 населення). Далі йде незначне зниження, яке, можливо, пов'язане з недостатньою реєстрацією. Про це свідчать дані про тяжкий перебіг захворювання. У 1991 було зареєстровано 7 випадків, в 1992 р. - 5, 1993 р. - 6. З 1994 р. починається різке підвищення захворюваності, що досягає свого максимуму в 1995 р. У наступному році мало місце незначне сезонне зниження, потім йде підвищення, яке не досягає величини попереднього року

та становить 12,02 на 100 000 населення. Після цього починається достатньо швидке падіння цього рівня. Починаючи з 1999 р., захворюваність на дифтерію в області поступово повертається до показників доепідемічного періоду (від 0,01 до 0,95 на 100 000 населення).

Захворюваність на дифтерію мала виражену сезонність. Збільшення захворюваності починається у жовтні місяці і досягає максимуму в листопаді, за цим слідує незначне зниження в грудні, потім підвищення в січні; в наступному місяці показники знижуються, а в березні досягають максимуму. Таким чином, можна виділити два сезонних підйоми: осінньо-зимовий і весняний.

Характерною рисою даного захворювання під час епідемії було превалювання серед хворих осіб старших вікових груп. З 554 випадків тільки 106 (19,13 %) склали діти до 14 років. Усі інші були особами старшого віку. Захворюваність серед дорослих у віці 40-49 років була найвищою. Для порівняння: на початку ХХ ст. (1896-1905 рр.) на частку дорослих припадало всього 4,5 %. По-суті, в 1991-1997 рр. мали місце дві епідемії дифтерії, кожна зі своїм віковим і статевим складом, інтенсивністю перебігу і сезонною динамікою, клінікою, тяжкістю захворювання: низька - серед дітей і велика - серед дорослих.

Захворюваність на дифтерію в області розподілилась нерівномірно, але спостерігається зв'язок між рівнем захворюваності і густиною населення. Кореляційний зв'язок прямий, середньої сили:  $\rho = 0,45$  ( $p < 0,05$ ). Найвищі показники відносяться до м. Суми (густина населення 3055, захворюваність склала 5,56 на 100 000 населення), Шосткинського (97,9 і 4,34 відповідно), Роменського (54,2 і 1,91 відповідно) та Конотопського (79,6 і 1,59 відповідно) районів.

Були проаналізовані дані клінічного перебігу захворювання на дифтерію у 600 хворих за цей період. Серед хворих переважали дорослі ( $n=488$ ), дітей було в 4,35 разів менше ( $n=112$ ) ( $p < 0,001$ ). При встановленні первинного діагнозу лише в 22,17 % хворих ( $n=133$ ), що звернулися до лікаря, була діагностована дифтерія, а в 467 (77,83 %) встановлений інший діагноз. Дифтерія бактеріологічно була підтверджена в 92,83 % ( $n=557$ ) випадків. В основному захворювання було викликано *Corynebacterium diphtheriae* тип *gravis* - 93,36 % ( $n=520$ ) і лише в 6,64 % ( $n=37$ ) - *mitis*. У 43 (7,17 %) випадках діагноз дифтерії встановлено клініко-епідеміологічно.

Переважає більшість випадків дифтерії була пов'язана з ураженням мигдаликів (97,50 ± 0,64) % ( $n=585$ ), а інші локалізації склали лише (2,50 ± 0,64) % ( $n=15$ ) ( $p < 0,01$ ). Дифтерія мигдаликів частіше зустрічалась як у дітей (96,43 ± 1,76) %, так і у дорослих (97,75 ± 0,67) %.

При ураженні мигдаликів локалізовані форми зустрічалися в (68,70 ± 1,94) % хворих, розповсюджені - у 2,44 рази менше (28,05 ± 1,84) %, а комбіновані - у 21,13 разів (3,25 ± 0,73) % ( $p < 0,01$ ). Таким чином, локалізовані форми дифтерії мигдаликів зустрічалися частіше, але серед

дітей вони достовірно переважають порівняно з дорослими (діти -  $(76,85 \pm 4,08)$  %, дорослі -  $(65,62 \pm 2,18)$  %). Розповсюджені форми хвороби, в порівнянні з локалізованими, реєструвалися в 2,18 разів частіше серед дорослих, ніж у дітей (діти -  $(13,89 \pm 3,34)$  %, дорослі -  $(30,40 \pm 2,11)$  %) ( $p < 0,001$ ).

За характером місцевих змін дифтерія мигдаликів характеризувалась наступним: катаральна форма була виявлена в  $(3,42 \pm 0,75)$  % хворих ( $n=20$ ), острівчаста - у  $(47,52 \pm 2,07)$  % ( $n=278$ ), плівчаста - у  $(49,06 \pm 2,07)$  % ( $n=287$ ). Отже переважали плівчаста та острівчаста форми дифтерії ( $p < 0,01$ ).

Катаральна форма дифтерії однаково часто діагностувалась як у дорослих  $(3,35 \pm 0,83)$  % ( $n=16$ ), так і серед дітей  $(3,70 \pm 1,83)$  % ( $n=4$ ). Острівчаста форма у дітей в 1,21 рази перевищує показники у дорослих -  $(55,56 \pm 4,80)$  % ( $n=60$ ),  $(45,70 \pm 2,28)$  % ( $n=218$ ) відповідно. Частіше в 1,25 рази плівчаста форма спостерігається у дорослих, ніж у дітей  $(50,95 \pm 2,29)$  % ( $n=273$ ),  $(40,74 \pm 4,75)$  % ( $n=44$ ) ( $p < 0,01$ ).

За період спостереження з 1987 по 2005 р.р. було зареєстровано 19,88 % тяжкого перебігу захворювання дорослого населення і лише 3,74 % - дітей.

Серед хворих  $(60,33 \pm 2,0)$  % ( $n=362$ ) мали відомості про щеплення, а  $(39,67 \pm 2,0)$  % ( $n=238$ ) не були вакциновані або були щеплені з порушенням графіку. Спостерігалась залежність між тяжкістю перебігу хвороби і наявністю або відсутністю щеплення. Серед щеплених легкого ступеня тяжкості було  $(55,66 \pm 2,63)$  % ( $n=187$ ), середнього -  $(35,91 \pm 2,52)$  % ( $n=130$ ), тяжкого -  $(12,43 \pm 1,74)$  % ( $n=45$ ), а серед нещеплених: легкого -  $(23,11 \pm 2,74)$  % ( $n=55$ ), середнього -  $(53,36 \pm 3,24)$  % ( $n=127$ ), тяжкого -  $(23,53 \pm 2,76)$  % ( $n=56$ ) ( $p < 0,01$ ).

Відсоток щеплюваності населення досить високий, але розвиток у щеплених проти дифтерії середньотяжких і тяжких форм недуги можуть свідчити про порушення щеплення чи відсутність своєчасної ревакцинації.

Висновки. Епідемія дифтерії в Сумській області 1991-1997 рр. характеризувалася порівняно повільним початком з максимумом у 1995 р. і швидким спадом. Важливою особливістю епідемії було превалювання серед хворих осіб старшого віку. Кількість дорослих склала  $(81,33 \pm 1,59)$  %, а дітей -  $(18,67 \pm 1,59)$  % ( $p < 0,001$ ). Частіше хворіли особи зрілого віку (40-49 років). Захворюваність на дифтерію в області розподілилась нерівномірно, але спостерігається зв'язок між рівнем захворюваності і густиною населення. Кореляційний зв'язок прямий, середньої сили:  $\rho = 0,45$ . Низький відсоток встановлення діагнозу дифтерії (22,17 %) при первинному зверненні вказує на відсутність настороженості серед лікарів стосовно даної патології, а можливо і на незнання клініки. При дифтерії в основному відбувалось ураження мигдаликів як у дітей  $(96,43 \pm 1,76)$  %, так і у дорослих  $(97,75 \pm 0,67)$  %. Локалізовані форми дифтерії мигдаликів зустрічалися частіше, але серед дітей вони достовірно переважають порівняно з дорослими

(діти -  $(74,11 \pm 4,16)$  %, дорослі -  $(64,14 \pm 2,17)$  %). Розповсюджені форми хвороби, в порівнянні з локалізованими, реєструвалися частіше в 2,18 разів серед дорослих, ніж у дітей (діти -  $(13,89 \pm 3,34)$  %, дорослі -  $(30,40 \pm 2,11)$  %) ( $p < 0,001$ ). Дифтерія у дорослих частіше мала тяжкий ступінь ( $19,88$  %), ніж у дітей ( $3,74$  %) ( $p < 0,01$ ). Серед хворих ( $60,33 \pm 2,0$  %) мали відомості про щеплення, а  $(39,67 \pm 2,0)$  % не були вакциновані або щеплені з порушенням графіку. У останніх хвороба перебігала тяжче: легкого ступеня тяжкості було  $(23,11 \pm 2,74)$  %, середнього -  $(53,36 \pm 3,24)$  %, тяжкого -  $(23,53 \pm 2,76)$  % ( $p < 0,01$ ).

## **МОЖЛИВОСТІ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ З НЕТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ**

**Винниченко Л.Б., Безсмертна Р.В.**

*Сумський державний університет, КУ СМКЛ № 1, м. Суми.*

Згідно з наказом МОЗ України від 19 березня 2007 р. № 128, негоспітальна пневмонія (НП) є безумовним показанням для застосування антибіотиків, які є основою лікування у таких хворих. Антибактеріальне лікування необхідно починати одразу після встановлення діагнозу НП. Проте, в практичній діяльності лікаря іноді виникають ситуації, які обмежують призначення тих чи інших антибактеріальних препаратів (алергічні реакції та інші побічні дії антибіотиків, вагітність тощо). Одним із сучасних напрямлень у лікуванні захворювань внутрішніх органів, у тому числі органів дихання, є призначення антигомтоксичних препаратів (АГТП). Накопичений досвід застосування АГТП препаратів у пульмонології дозволив провести дослідження, метою якого було оцінити клінічну ефективність лікування НП, застосовуючи АГТП.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 22 пацієнти з діагнозом позалікарняна пневмонія 1 та 2 груп, які лікувалися на базі терапевтичного відділення КУ СМКЛ № 1 (12 осіб) та амбулаторно (8 осіб) з січня 2007 по серпень 2009 р. Вік їх склав від 18 до 35 років, 10 чоловіків та 12 жінок, у тому числі 5 вагітних. Діагноз верифікований за даними загальноклінічних обстежень, рентгенографії ОГК (за виключенням вагітних), спірографії, ЕКГ. Хворі випадковим методом були розділені на 2 групи: пацієнти першої групи (12 осіб) отримували традиційну протизапальну терапію (амоксцилін або один із макролідних препаратів або один із респіраторних фторхінолонів) разом з бронхо- та муколітиками, другої групи (10 осіб, у тому числі вагітні та ті, котрим по тим чи іншим причинам антибактеріальна терапія протипоказана) - приймали лише АГТП, а саме: лімфоміозот по 1,1 мл (1 амп.) в/м 1 раз на добу № 3 (за виключенням тих пацієнтів, які мали порушення з боку щитоподібної залози), в

подальшому через день № 3-5; траумель С по 2,2 мл (1 ампл.) в/м 1 раз на добу № 3, в подальшому через день № 3-5; бронхаліс по 1 таб. сублінгвально за півгодини до прийому їжі тричі на добу до припинення кашлю (по мірі зменшення інтенсивності кашлю кратність прийому препарату зменшували). Лікування тривало протягом 10-14 діб. Для оцінки результатів дослідження розроблені індивідуальні карти хворих, в яких фіксували за бальною шкалою динаміку симптомів хвороби (0 – симптоми відсутні, 1- слабо виражені, 2 – помірні, 3 – виражені, 4 – сильні).

Результати: динаміка основних клінічних симптомів та ефективності лікування у хворих представлена в таблиці.

*Динаміка клінічних симптомів у хворих на НП на тлі лікування (M±m)*

Симптом	Група 1 (n=12)		Група 2 (n=10)	
	Базові	В динаміці	Базові	В динаміці
Кашель (у балах)	2,44±0,03	1,35±0,03 $p_1 < 0,05$	2,46±0,04	0,84±0,02 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$
Задишка (у балах)	1,42±0,02	0,38±0,02 $p_1 < 0,05$	1,39±0,03	0,34±0,01 $p_1 < 0,05$
Наявність вогнищевих змін у легенях: крепітації та хрипів (у балах)	1,54±0,02	0,69±0,01 $p_1 < 0,05$	1,52±0,03	0,27±0,01 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$
ЖЄЛ (%)	69,7±1,7	72,8±2,5	69,4±1,7	73,9±2,1

*Примітка:  $p_1$  – різниця вірогідна в порівнянні з базовими показниками,  $p_2$  – вірогідність різниці між показниками в групах.*

З таблиці бачимо, що має місце більш значна регресія кашлю та локальних змін у легенях у 2-й групі в порівнянні з 1-ою. Вірогідна різниця зареєстрована вже на 10 добу комплексного лікування із включенням АГТП. Що стосується інших симптомів НП, статистично значимих відмінностей в показниках при динамічному спостереженні не виявлено. Усі хворі добре переносили АГТП, в той час як у 2-х хворих 1-ої групи спостерігались побічні дії у вигляді дисбактеріозу (прийом амоксициліну) та нудоти (прийом кларитроміцину).

Висновки: АГТП дозволяють більш ефективно усунути симптоми НП з легким перебігом вже на 10-й день захворювання. Використання АГТП у лікуванні НП з нетяжким перебігом є альтернативою у разі неможливості проведення традиційної протизапальної терапії (антибіотикотерапії).



## ДО ПИТАННЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ТОКСОПЛАЗМЕННОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Вовк Л.М., Глей А.І.

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

Залишається актуальною проблема лікування інфекційних захворювань у вагітних, які можуть суттєво впливати на перебіг і вислідок вагітності та спричинювати ураження плода/новонародженого. Одним із таких захворювань є токсоплазмоз (Т). Не дивлячись на достатню вивченість негативних наслідків впливу цієї інфекції на перебіг вагітності та розвиток плода, проблеми вчасної діагностики та лікування Т у вагітних залишаються невирішеними. Необхідність призначення лікування токсоплазменної інфекції та його доцільність залежить від гостроти та фази інфекційного процесу і тому повинно базуватися на результатах комплексного динамічного обстеження, яке, на жаль, через відсутність офіційної системи та певну неузгодженість у нормативних документах (наказах, протоколах МОЗ) та методичних рекомендаціях, не проводиться. Це призводить до хаотичності в лабораторній діагностиці Т, часто гіпердіагностики та призначення недоцільного лікування.

Метою нашого дослідження стало вивчення аналізу якості скринінгового обстеження вагітних на Т та доцільності призначення специфічної терапії.

Матеріали та методи. Проаналізовані історії ведення 63 вагітних, які звертались за консультативною допомогою в клініку інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та в клініку «Здоров'я сім'ї» ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України». Вивчалися результати специфічних лабораторних досліджень (Ab tox IgG, Ab tox IgM, Ab tox IgA; авідність Ab IgG; ДНК токсоплазм).

Результати дослідження. Первинне обстеження та подальше лікування вагітних призначалися лікарем акушером-гінекологом. На подальших етапах діагностики та лікування вагітні були проконсультовані лікарем-інфекціоністом. Лише 5 (7,93 %) осіб первинно обстежувались на Т (Ab IgG та Ab IgM) не раніше, ніж за 2 місяці до настання вагітності, в усіх жінок був отриманий негативний результат. У інших первинне обстеження проводилось: у першому триместрі гестації - в 35 (56,16 %), у другому – в 15 (23,8 %), у третьому – в 13 (20,63 %) жінок. Повторне обстеження (через 6-10 тижнів) проводилося в 42 (66,6 %) жінок.

Найчастіше призначалося визначення лише Ab IgG - у 47 (74,6 %) випадках, які виявились позитивними у 39 (82,9 %) жінок. Без додаткового обстеження це стало приводом для призначення специфічної терапії (антибактеріальні препарати, анитоксоплазменний імуноглобулін) 24 (61,53 %) пацієнткам. У деяких випадках жінки отримували направлення для додаткового обстеження (Ab IgM). Негативний результат такого дослідження розцінювався як свідцтво «сприятливого перебігу», лікування не

призначалося. Одночасне визначення Ab IgM та Ab IgG було призначене 10 (15,87 %) жінкам. У всіх випадках (70,0 %), коли позитивними виявлялися обидва або хоча б один показник, призначалося лікування. Ретельний аналіз результатів обстеження показав, що серед жінок, які отримували специфічну терапію у всіх зазначених випадках, обґрунтованих підстав для проведення терапії не було. Визначення Ab tox IgA, авідності Ab IgG, ДНК токсоплазм лікарем акушером-гінекологом не призначалося в жодному випадку.

У 2 (3,17 %) жінок за результатами специфічного дообстеження, рекомендованого лікарем-інфекціоністом, не можна було виключити первинне інфікування під час вагітності (позитивний результат Ab IgM, Ab IgA; низький рівень Ab IgG та їх авідність), що потребувало призначення антибактеріальної терапії, ретельного сонографічного скринінгу плоду. В обох випадках у новонароджених клінічних ознак та сироваткових маркерів вродженого Т не було виявлено.

Таким чином, більшість обстежених жінок насамперед потребували комплексного, динамічного та ретельного обстеження для встановлення самого факту інфікування токсоплазмами, гостроти та фази інфекційного процесу, а необхідність і доцільність призначення специфічної терапії вагітним жінкам у переважній більшості випадків були суперечливими.

## **ЧУТЛИВІСТЬ CANDIDA SPP., ЩО ВИДІЛЕНІ ВІД НОВОНАРОДЖЕНИХ, ДО ПРОТИГРИБКОВИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Голубнича В.М., Каплін М.М.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

В останні роки відмічається тенденція до росту числа хворих на кандидоз, у тому числі серед дітей. Суттєвий вплив на рівень інфекційно-запальних захворювань, викликаних грибами Candida, має зміна етіологічної структури. Останнє пов'язане як з медичним втручанням (використання антибіотиків, імунізація, нові способи виходжування новонароджених, збільшення кількості недоношених дітей, особливо глибоко незрілих), так і з біологічними еволюційними змінами у мікробному світі. Через наявність у новонароджених фізіологічного імунодефіциту, обумовленого незрілістю імунної системи, та частим застосуванням у них інвазивних медичних втручань їх вважають групою високого ризику по ймовірності виникнення кандидозу.

Метою нашого дослідження було встановити частоту кандидозної інфекції у здорових новонароджених і дітей, які знаходяться на лікуванні у відділенні патології новонароджених, та порівняти чутливість до антимікотиків штамів грибів, що виділені від новонароджених, з різним перебігом неонатального періоду.

Матеріали та методи. Нами були обстежено 2 групи дітей: 1 група (59) - здорові новонароджені, 2 група (89) – діти, які знаходились на лікуванні у відділенні патології новонароджених. Забір матеріалу для мікологічного дослідження проводили двічі: на 4-7 добу і на 25-30 добу після народження. Досліджували мазки із зівя, шкіри промежини, очей, пупка, кал. Матеріал засівали на Сабуро-агар і сусло-агар. Для видової ідентифікації використовували тест-системи Ari-Candida (BioMerye) та стандартні методи мікологічної діагностики. Чутливість до антимікотиків визначалась диско-дифузійним методом та системою АТВ-Fungus.

Результати. Серед здорових дітей *Candida spp.* були виділені у (15±4,6) % новонароджених, а серед дітей, які знаходились на лікуванні у відділенні патології новонароджених, гриби були ізольовані у (50±5,3) % обстежених (різниця між вказаними даними статистично достовірна,  $t=4,9$ ). При з'ясуванні чутливості виділених грибів до основних антимікотиків було встановлено, що серед грибів, виділених від здорових дітей, до флуконазолу були чутливими (42,4±5,2) % штамів, до ітраконазолу – (36,4±5,1) %, до ністатину – (95,4±2,2) %, до клотримазолу – (62,3±5,1) %, до амфотерицину В – (100±2,3) %. Серед грибів, ізольованих від новонароджених, які перебували на лікуванні у відділенні патології новонароджених, до флуконазолу були чутливими (50±14,4) % штамів, до ітраконазолу - (50±14,4) %, до ністатину - (100±2,9) %, до клотримазолу - (54,7±14,4) %, до амфотерицину В - (91±8,3) %. Після статистичної обробки отриманих результатів з'ясувалося, що існуюча різниця між наведеними даними була недостовірною.

Враховуючи результати, отримані нами, можна зробити наступні висновки: частота виділення *Candida spp.* у новонароджених, яким проводиться лікування в умовах стаціонару, значно вища порівняно зі здоровими новонародженими і становить (50±5,3) % проти (15±4,6) %. Гриби роду *Candida*, ізольовані від новонароджених, з різним перебігом неонатального періоду не відрізняються за своєю чутливістю до основних протигрибкових препаратів. Для лікування кандидозної інфекції у новонароджених слід застосовувати ністатин.

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОЄДНАННЯ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ ТА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ**

**Гортинський М.О., Кулеш Л.П., Полов'ян К.С.**

*Обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького, Сумський державний університет, м. Суми*

У клініці інфекційної патології черевної порожнини часто виникає необхідність у диференційній діагностиці з гострою хірургічною патологією на початку захворювання та під час спостереження за хворим на фоні призначеної терапії. Особливі труднощі можуть виникати при поєднанні

гострих кишкових інфекцій з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

В якості ілюстрації можна навести клінічний випадок.

Хворий П., 25 років, був госпіталізований до Сумської обласної клінічної інфекційної лікарні ім. З.Й. Красовицького за направленням Сумської обласної клінічної лікарні на 2-й день хвороби з діагнозом «ентероколіт?». Захворів гостро 05.08.09 близько 16 год., коли з'явилися біль у животі спастичного характеру, гарячка, температура тіла підвищилася до 39,0 °С; через 3 години приєднався пронос 2 рази на добу. Самостійно приймав аспірин. 06.08.2009 самопочуття погіршилось, скарги попередні, бригадою швидкої медичної допомоги хворий доставлений до Сумської обласної клінічної лікарні о 18 год., де ургентним хірургом була виключена гостра хірургічна патологія. Рекомендована консультація інфекціоніста. З анамнезу відомо, що хворий вживав шаурму, придбану на ринку 04.08.2009 р.

Хворий знаходився в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького з 19 год. 06.08.2009 р. до 9 год. 07.08.2009 р. Були призначені обстеження, базисна терапія згідно стандартів МОЗ України. Клінічний аналіз крові: лейкоцитоз  $13,2 \times 10^9 / \text{л}$ , ШОЕ 7 мм/год, у лейкоцитарній формулі зсув вліво. Вранці 07.08.2009 р. посилювався біль у правій здухвинній ділянці, з'явилися слабкопозитивні симптоми подразнення очеревини. 07.08.2009 р. хворий був переведений до хірургічного відділення МКЛ № 5 з діагнозом «гостра кишкова інфекція? Гострий апендицит?»

Після проведення оперативного втручання діагностований гострий флегмонозний апендицит, тифліт. 10.08.2009 р. при бактеріологічному дослідженні калу виділена *Salmonella typhimurium*. Встановлено заключний діагноз: сальмонельоз, викликаний *Salmonella typhimurium*, гастроінтестинальна форма, ентеритний варіант, середньої тяжкості. Гострий флегмонозний апендицит. Тифліт.

Даний клінічний випадок свідчить про роль збудників гострих кишкових інфекцій в якості можливих пускових механізмів для розвитку гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

## **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С ПЕГІЛЬОВАНИМ ІНТЕРФЕРОНОМ-АЛЬФА ТА РИБАВІРИНОМ**

**Грищенко С.О.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Сьогодні хронічний вірусний гепатит С (ХВГ С) є актуальною медико-соціальною проблемою. Це пов'язано зі значним поширенням, труднощами терапії, частим розвитком цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми. Золотим стандартом противірусної терапії ХВГ С є комбінація пегільованого

інтерферону-альфа та рибавіріну, що проявляє пряму противірусну, імуномодулювальну, протипухлинну та антифібротичну дію.

Мета роботи - оцінити ефективність та безпечність комбінованої терапії пегільованими інтерферонами (Пегінтрон, Пегасис) та нуклеозидними аналогами (Рибавірин, Копегус) хворих на ХВГ С.

Матеріали та методи: під спостереженням знаходиться 18 хворих на ХВГ С, інфікованих 1 та 3 генотипами вірусу. Лікування проводиться пегільованими інтерферонами 1 раз на тиждень підшкірно в комбінації з рибавірином 800-1400 мг щодня залежно від маси тіла пацієнта. За необхідності, хворі додатково отримують гепатопротектори, пробіотики, ферменти. Відбір хворих був проведений згідно наступних критеріїв: ХВГ С у фазі реплікації; наявність у хворих активності АлАТ, що перевищує рівень норми в 1,5-5 разів; нормальних показників рівня сироваткового заліза, гормонів щитоподібної залози, автоімунних показників; тривалість захворювання не більше 5 років; за результатами пункційної біопсії печінки: індекс гістологічної активності >1б, гістологічний індекс склерозу >1б. Оцінка результатів лабораторних досліджень проводилась на 1-му місяці - кожен тиждень, а далі - 1 раз на місяць (за необхідності – частіше). Вірусологічна відповідь оцінювалась на 4, 12, 24, 48-му тижні в пацієнтів з 3 генотипом, а з генотипом 1b ще й на 72-му тижні лікування.

Результати: хворими терапія перенесена задовільно, небажані та серйозні реакції, що потребують відміни лікування або зниження дози препаратів, не виявлялись. Найчастіше реєструвалися такі небажані явища, як сухість шкіри та слизових – у 12 хворих; грипоподібний синдром – у 1б; тромбоцитопенія – у 6; зниження апетиту, нудота – у 12; неспокій, безсоння – у 4; м'язові та суглобові болі, загальна слабкість - у всіх хворих. Найбільш значні побічні явища спостерігалися на 1-3-му тижні терапії. У подальшому відбувалась адаптація до препарату і хворі почували себе добре.

Уже через місяць від початку лікування відбувалось покращання показників біохімічного аналізу крові: АлАТ - до лікування (106,3±3) ОД/л, через місяць - (29±2) ОД/л; АсАТ - (63,9±5) ОД/л та (36±3) ОД/л; ГГТ - (38,1±3) ОД/л та (32,4±2) ОД/л; ЛФ – (76,8±4) ОД/л та (70±2) ОД/л. У 13 хворих спостерігалась швидка вірусологічна відповідь (відсутність РНК НСV через 4 тижні). Проте, у 2 хворих, що не відповіли на лікування на 4-му тижні, повна рання вірусологічна відповідь визначалась через 12 тижнів. В одного хворого до 12 тижня немає бажаного результату, однак спостерігається зменшення вірусного навантаження і лікування продовжується.

Відповідь на терапію одержано в 4 із 6 хворих, що завершили лікування. У однієї хворої з 1b генотипом до 24 тижня не було вірусологічної відповіді і лікування відмінили із-за неефективності. Одна хвора тільки на останньому тижні дала позитивну вірусологічну відповідь. Проте, в усіх цих випадках спостерігається біохімічна відповідь та зменшення вірусного навантаження.

Отримані позитивні результати застосування комбінованої противірусної терапії ХВГ С дозволяють прогнозувати досягнення вірусологічної відповіді по завершенню лікування у більшості хворих.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ЦИКЛОФЕРОНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВТОРИННОЇ ІМУННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ТА РЕЦИДИВНУ БЕШИХУ**

**Дем'яненко Н.В.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м.Суми*

Бешиха є однією з важливих проблем в інфекційній патології у зв'язку зі значним рівнем захворюваності, тенденцією до розвитку частих і стійких рецидивів та ускладнень, низькою протирецидивною ефективністю традиційних методів лікування.

Одним із перспективних напрямків терапії бешихи, зважаючи на зазначене, є застосування індукторів ендogenous інтерферону.

Метою нашої роботи було вивчити ефективність індуктора інтерферону циклоферону в комплексній терапії хворих на бешиху.

Нами обстежено 60 хворих на бешиху віком від 25 до 72 років, які знаходились на лікуванні в обласній інфекційній клінічній лікарні ім. З.Й.Красовицького. Чоловіків було 16, жінок – 44. Усі хворі були розподілені на 2 репрезентативні групи. Основна група, що включала 33 особи, крім традиційної терапії (антибактеріальної), отримувала циклоферон підшкірно по 2,0 мл за схемою 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 16, 18, 20 дні. Контрольну групу склали 27 пацієнтів, що отримували лише стандартну терапію.

Використання циклоферону в основній групі сприяло позитивній динаміці клінічних та лабораторних показників. Клінічне поліпшення наступало вже через 3-4 дні після призначення препарату.

У хворих відмічалось зменшення інтоксикації, нормалізація гемограми. Заживлення ран у хворих з бешихою середнього та тяжкого ступеня тяжкості після включення в лікування циклоферону скорочувалось на 2-3 дні. Інфільтрація, набряк, болючість, прояви регіонарного лімфаденіту достовірно швидше регресували у хворих основної групи. Застосування циклоферону в гострій стадії захворювання зменшувало кількість рецидивів при первинній бешисі в 3,5 рази, при рецидивуючій - в 4 рази (за даними 4 років диспансерного спостереження).

Таким чином, використання циклоферону в комплексній терапії хворих на бешиху можна вважати доцільним та патогенетично обґрунтованим.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ПОЄДНАНИЙ З РЕПЛІКАТИВНОЮ ФОРМОЮ ХРОНІЧНОЇ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**  
**Дубинська Г.М., Ізюмська О.М., Боднар В.А., Котелевська Т.М.,**  
**Мишак О.М., Ульянець Т.С.**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Доведено, що на ефективність противірусної терапії хронічного гепатиту С (ХГС) впливає безліч факторів. Так, серед факторів вірусу на успіх лікування безпосередній вплив справляє генотип, генетична варіабельність, вихідний рівень віремії тощо. Серед факторів «хазяїна» значну роль відіграють стеатоз печінки, синдром перенавантаження залізом, надлишкова маса тіла, зловживання алкоголем, імуносупресія, коінфекція іншими гепатотропними (у тому числі й герпетичними) вірусами. Останніми роками доведена можливість посилення реплікації вірусу гепатиту С (ВГС) ядерним антигеном вірусу Епштейна-Барр. Однак до цього часу не оцінена ефективність противірусної терапії хворих з мікст-формами цих інфекцій.

Мета дослідження – оцінити ефективність противірусної терапії хворих на поєднані реплікативні форми ХГС та хронічної Епштейна-Барр вірусної інфекції (ХЕБВІ)

Для реалізації поставленої мети обстежили 61 хворого на ХГС, які були розподілені на 2 групи: ХГС, поєднаний з реплікативною формою ХЕБВІ, (основна) – 18 осіб та ХГС як моноінфекція (група зіставлення) – 43. Всім призначали пегільований інтерферон  $\alpha 2$ -в та рибавірин протягом 24-48 тижнів. Ефективність терапії оцінювали за загально визначеними критеріями.

Проведені дослідження показали, що поєднання реплікативних форм ХГС та ХЕБВІ може зумовлювати особливості відповіді на противірусну терапію. Так, противірусна терапія при 1 генотипі ВГС виявилася ефективною з досягненням стійкої вірусологічної (СВВ) та біохімічної відповіді менш ніж у третини хворих основної групи. У групі зіставлення цей показник виявився вдвічі вищим (n=20, 58,8 %).

Оцінка ефективності противірусної терапії у хворих з 1 генотипом ВГС протягом всього курсу лікування показала наступні результати. На 4 тижні швидку вірусологічну відповідь (ШВВ) отримали практично з однаковою частотою - у 2 (14,3 %) обстежених основної та 7 (20,6 %) - групи зіставлення. Ранню вірусологічну відповідь (РВВ), оцінену на 12 тижні від початку терапії, спостерігали в менш ніж у третини обстежених основної групи (n=4 (28,3 %) та майже у половини групи зіставлення (n= 16 (47,1 %).

Безпосередню вірусологічну відповідь (БВВ) та СВВ вдалося досягти лише у 4 (28,3 %) пролікованих основної групи. У групі зіставлення ці показники виявилися вдвічі вищими: 23 (67,6 %) та 20 (58,8 %) пролікованих відповідно.

СВВ при 3 генотипі ВГС отримали у хворих обох груп стовідсотково.

Побічні ефекти протівірусної терапії в осіб основної групи були типовими для ХГС, помірно вираженими та характеризувалися у 1,5-2 рази вищою, порівняно з групою зіставлення, частотою проявів астеноневротичного синдрому (порушення сну, роздратованість, емоційна лабільність, стійке погіршення настрою).

Таким чином, отримані результати дозволяють припустити, що реплікативна форма ХЕБВІ може бути предиктором невідповіді на протівірусну терапію хворих на ХГС та обумовлюють необхідність подальшого дослідження клініко-патогенетичних особливостей мікст-форм цих інфекцій з метою розробки індивідуальних підходів до лікування.

### **ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В ЯК ВИСХІД ГОСТРОГО В ОСІБ З РЕЦИДИВНИМ ПРОСТИМ ГЕРПЕСОМ**

**Дубинська Г.М., Ізюмська О.М., Котелевська Т.М., Минак О.М.,  
Боднар В.А., Волошина Л.Г.**

*ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава*

Хронічний гепатит В (ХГВ) залишається на сьогодні складною проблемою охорони здоров'я. Характер взаємодії вірусу гепатиту В та імунної системи змінюється протягом інфікування і залежить від впливу значного числа факторів, зокрема рецидивного простого герпесу, вивчення яких має велике значення для прогнозування перебігу захворювання та підходів до лікування.

Мета роботи – з'ясувати частку осіб з рецидивним простим герпесом (ПГ) серед хворих на ХГВ та охарактеризувати клінічний перебіг гепатиту в цієї категорії хворих.

Результати. Обстежено 58 хворих на НВе-негативний ХГВ (реплікативна форма - 46 (79,3%), інтегративна - 12 (20,7 %) віком від 20 до 57 років. В обох групах переважали особи чоловічої статі (52,5 % - в основній, 66,7 % - у контрольній), молодого віку (середній вік – (33,4±1,7) та (34,7±2,9) року відповідно групам).

Проведені дослідження показали, що ХГВ як висхід гострої клінічно-маніфестної форми гепатиту розвинувся у 20 (34,5 %) осіб, в інших - 38 (65,5 %) був діагностований на стадії хронічного процесу, що підтверджує думку про переважання стертих субклінічних форм цієї інфекції. Привертало увагу, що частка осіб з рецидивним ПГ в анамнезі серед хворих основної групи виявилася однаковою як при наявності маніфестних, так і субклінічних форм гострої інфекції в анамнезі та визначалася на рівні 70,0 %. Загалом серологічні маркери ВПГ<sub>1/2</sub> у хворих на ХГВ виявлялися з частотою: анти-ВПГ<sub>1/2</sub> IgG - 94,4 %, анти-ВПГ<sub>1/2</sub> IgM - у 22,2 %. При цьому частота виявлення маркерів ВПГ<sub>1/2</sub> була однаковою в осіб груп порівняння, а анти-ВПГ<sub>1/2</sub> IgM реєструвалися в осіб без клінічних проявів ПГ.



У подальшому порівняли клініко-лабораторні характеристики гепатиту між групами хворих з реплікативними формами НВе-негативного ХГВ. Проведені дослідження показали, що у хворих основної групи ХГВ зберігав типові риси, але мав особливості, обумовлені більш вираженими функціональними змінами печінки: вірогідно частіше реєструвалися диспептичні розлади – у 71,4 %, артралгії – у 38,1 %, лімфаденопатія – у 57,1 % та позапечінкові прояви – у 46,7 % (в контрольній – у 33,3 %, 11,1 %, 11,1 % та 22,2 % відповідно); зміни показників гемограми - лімфоцитоз (66,7 %, в контрольній - 33,3 %) та тромбоцитопенія (52,4 %, в контрольній - 22,2 %); вищі показники цитолізу (61,9 %, в контрольній - 33,3 %) та вірусного навантаження (високе вірусне навантаження - 37,5 %; в контрольній стовідсотково низьке). У осіб з часто рецидивним ПГ мав місце поліморфізм клінічних проявів зі стовідсотковою реєстрацією основних клінічних синдромів.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження показали, що частка осіб з рецидивним ПГ серед хворих на ХГВ складає 70,0 %. Клінічний перебіг ХГВ в осіб з рецидивним ПГ зберігав типову клінічну картину, але мав особливості: частіше реєструвалися диспептичні розлади (71,4 %), артралгії (38,1 %), лімфаденопатія (57,1 %), позапечінкові прояви (47,6 %); виявилися вищими показники цитолізу (61,9 %) та вірусного навантаження ВГВ (37,5 %). У хворих з часто рецидивуючим ПГ стовідсотково реєструвалися всі основні клінічні синдроми гепатиту.

## **ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ В КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

**Есманова А.І.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім.З.Й.Красовицького, м. Суми*

Метод гіпербаричної оксигенації (ГБО) використовується в комплексному лікуванні при різноманітній інфекційній патології. Наводимо клінічний випадок застосування ГБО при лікуванні хворого на менінгококову інфекцію.

Хворий С., 21 року, знаходився на стаціонарному лікуванні в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні з діагнозом: менінгококова інфекція, менінгіт, тяжкий перебіг. Правобічний неврит слухового нерва. Первинна глухота.

При госпіталізації загальний стан хворого тяжкий. У неврологічному статусі: симптом Керніга до 160°, ригідність м'язів потилиці до 14 см, слух знижений, гіперакузія.

З 8-го дня перебування хворого в стаціонарі, після стабілізації гемодинамічних порушень, з метою зниження рівня гіпоксичного ураження ЦНС та периферійної нервової системи, прискорення зворотнього розвитку

неврологічної симптоматики до медикаментозного лікування приєднано використання гіпербаричного кисню.

Проведено 15 сеансів ГБО в режимі 1,8-1,9 ата з ізопресією 40-50 хвилин. Уже після проведення 5-6 сеансів хворий відмічав зниження інтенсивності головного болю, зменшення загальної слабкості, зниження інтенсивності шумів у правому вусі, зниження больових проявів при сприйнятті гучних звуків; після 10 сеансів шуми у вусі та гіперакузія відсутні.

Через 3 місяці в амбулаторних умовах проведений курс лікування залишкових явищ із застосуванням ГБО у режимі 1,7-1,8 ата з ізопресією 40 хвилин (10 сеансів).

На даний час слух у хворого відновлений повністю, в неврологічному статусі патологічних змін не виявлено.

Таким чином, є необхідність використання ГБО в комплексному лікуванні хворих на гострі менінгіти.

## **МАЛЯРІЯ НА СУМЩИНІ**

**Зайченко Т.В.**

*Обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Малярія продовжує залишатися однією з глобальних проблем для усього світу. Більше 2 млрд. людей живуть у країнах з тропічним та субтропічним кліматом, де ризик зараження високий. У регіонах, де раніше ліквідовано малярію, збільшується число завізних випадків, продовжуються рееструватись летальні наслідки тропічної малярії.

У 2007 році в м. Суми зареєстровано завізний випадок триденної малярії. Хворий А., 23 років, прибув з Індії 29.07.2007 року. Захворів 09.08.2007 року. Хвороба розпочалася гостро з сухого кашлю, ознобу, підвищення температури тіла до 39 °С, яка трималася протягом декількох годин на цьому рівні, у подальшому впродовж 3 діб температура субфебрильна, сухий кашель. 13.08.2007 року - знову підвищення температури до 39 °С, що супроводжувалось ознобом, у подальшому відчуттям жару. Госпіталізований до обласної інфекційної клінічної лікарні з підозрою на ГРВІ, ускладнену пневмонією. При огляді – стан середньої тяжкості, гіпотензія, температура тіла 37,6 °С, субіктеричність склер, сухі хрипи в легенях, збільшення печінки та селезінки. У клінічному аналізі крові – помірна анемія, лімфоцитоз, тромбоцитопенія, прискорена ШЗЕ. При УЗД – спленомегалія. Рентгенографія ОГК – ознаки бронхіту. При дослідженні тонкого мазка крові та товстої краплі виявлений збудник триденної малярії – *Pl. vivax* (стадія кільця та трофозойта), ступінь паразитемії (++)). Додатково до епіданамезу: пацієнт перехворів на малярію за місяць до від'їзду в Україну. Встановлено діагноз: триденна малярія (*Pl. vivax*), ранній рецидив, середньої тяжкості, завізний випадок. Призначено специфічну (делагіл),

дезінтоксикаційну терапію. Температура тіла нормалізувалася, 14.08 ступінь паразитемії (++)), 15.08 - (+), стан хворого протягом перебування в лікарні задовільний. Виписаний з одужанням після негативних результатів обстеження на малярію. Для радикального, протирецидивного лікування призначений примахін.

Таким чином, своєчасна діагностика та ефективність лікування залежить від наявності відповідного анамнезу в осіб, що прибувають в Україну з інших країн, і препаратів для лікування малярії.

## **ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ОПІСТОРХОЗУ**

**Захлебасва В.В.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Клініка хронічної стадії опісторхозу зумовлена ураженням дуоденохоледохопанкреатичної зони і тому проводиться комплексна терапія відповідно до загальних принципів лікування хворих гастроентерологічного профілю. Використовуються лікарські середники, які застосовуються в гастроентерології і гепатології, а саме: жовчогінні, ферменти, препарати, що впливають на моторику шлунково-кишкового тракту, дієтотерапія, фізіотерапія.

Лікування опісторхозу комплексне і включає три етапи: підготовчий, базисний (патогенетична та специфічна хіміотерапія), реабілітаційний.

Завданням першого етапу є корекція алергічного синдрому, забезпечення адекватного відтоку з жовчовивідних шляхів і протоку підшлункової залози, лікування запалення жовчовивідних шляхів та шлунково-кишкового тракту, призначення, за необхідності, дезінтоксикаційної терапії.

Від якісного проведення цього етапу буде залежати ефективність наступного. Хворим потрібно призначати дієту з обмеженням жирів, антигістамінні препарати. За показаннями проводять дезінтоксикацію, антибіотикотерапію. Обов'язкове призначення жовчогінних препаратів з урахуванням типу дискінезій жовчовивідних шляхів: холеретики, холекінетики, препарати змішаної дії. Необхідні гепатопротектори, а також імунокорегувальні середники (левамізол).

При синдромі холестазу застосовують препарати урсодезоксихолевої кислоти (урсохол, урсофальк), спазмолітики – як традиційні (но-шпа, папаверин), так і селективні (дуспаталін). Обов'язкове приймання травних ферментів (креон, мезим форте, панкреатин). На підготовчому етапі показана фізіотерапія – магнітотерапія, електрофорез із сульфатом магнію, новокаїном. Тривалість підготовчого етапу та його об'єм залежить від інтенсивності інвазії, клінічної форми хвороби, наявності супутніх захворювань.

На другому етапі лікування проводиться дегельмінтизація. З цією метою застосовують празиквантель (більтрицид), похідний ізохіноліну. Це високоефективний антигельмінтик широкого спектру дії. Механізм дії празиквантелю полягає у підвищенні проникності клітинних мембран паразитів для іонів кальцію, що призводить до спастичних паралічів м'язів гельмінта, в зв'язку з чим він відокремлюється від стінки холангіол і евакуується з жовчу. Курсова доза більтрициду складає 40-75 мг/кг, оптимальна 60 мг/кг (в 3 прийоми з інтервалом у 4 години). На другий день після прийому препарату призначають сліпе зондування з сорбітом або мінеральною водою для евакуації опісторхісів. При прийомі більтрициду можливі побічні реакції: біль у животі, головний біль, запаморочення, слабкість, відчуття легкого сп'яніння, нудота, гіркота у роті, алергічні висипання. Для попередження цих явищ необхідно проведення дезінтоксикаційної терапії після прийому останньої дози більтрициду.

На третьому етапі лікування застосовуються беззондові дуоденальні зондування (тюбажі з сорбітом, сірчато-кислим магнієм, мінеральною водою щоденно протягом першого тижня, а далі 1-2 рази на тиждень до 3 місяців). Комплекс реабілітаційних заходів включає застосування гепатопротекторів, жовчогінних препаратів, спазмолітиків, антихолестатичних препаратів.

Критеріями звільнення організму від опісторхісів є негативні результати 3-разової копроовоскопії та одноразового дослідження дуоденального вмісту. Дослідження проводяться через три місяці після дегельмінтизації.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОКОРЕКТОРІВ У ЛІКУВАННІ БЕШИХИ**

**Ільїна Н.І.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Сучасний стан проблеми бешихи та її актуальність характеризуються значною захворюваністю, чітко вираженою тенденцією до розвитку рецидивів, можливістю формування вторинної слоновості, малою ефективністю протирецидивного лікування.

За відсутності ефективних методів первинної імунопрофілактики стрептококових захворювань, зниження захворюваності на бешиху можливе тільки за рахунок зменшення частоти її рецидивів. Встановлено, що при часторецидивуючій бешисі формується стан вторинного комбінованого імунодефіциту, який включає зниження клітинного, гуморального імунітету та факторів природної протиінфекційної резистентності. Зниження клітинного імунітету відбувається переважно по відношенню гіперсупресорному варіанту – зниження рівня Т-хелперів зі збереженням майже нормального рівня Т-супресорів. В основі розвитку вторинного імунодефіциту при бешисі лежить тривале персистування збудника – гемолітичного стрептококу – в організмі хворих з часто рецидивуючою

бешихою. Регуляторні пептиди тимусу, які продукуються клітинами виличкової залози, забезпечують гуморальний регуляторний зв'язок різних ланок імунної системи. Формування імунодефіцитного стану, спричиненого дією різних інфекційних агентів, супроводжується порушенням продукції тимічних гормонів і відповідно розладом всієї системи каскадної регуляції імунітету. В зв'язку з цим використання препаратів, що містять екстракти тканини тимусу або тимічні гормони, базується на принципі замісної терапії.

Класичні імунокорегувальні пептидні препарати тактивін, тималін, тимоптин широко застосовуються в клінічній практиці для лікування інфекційних хвороб з порушенням імунної системи організму, зокрема в лікуванні бешихи. Ці препарати відносяться до засобів неспецифічної імунотерапії, вони здатні відновлювати порушені показники клітинного і гуморального імунітету. Застосування цих препаратів прискорює зворотній розвиток хвороби, сприяє зниженню частоти ускладнень бешихи та рецидивів. Тималін і тактивін суттєво збільшують рівень Т-лімфоцитів і нормалізують співвідношення Т-хелперів/ Т-супресорів.

В останні роки отримані імугропні лікарські препарати тимічного походження 2-го і 3-го поколінь, які є синтетичними аналогами природніх гормонів тимусу: альфа-1-тимозину і тимопоетину або біологічно активних фрагментів цих гормонів. На основі одного з активних фрагментів тимопоетину створений препарат імунофан. Імунофан відновлює продукцію тимічного гормону тималіну, має імуномодулювальну дію на продукцію фактору некрозу пухлин, стимулює утворення IgG, IgA, IgM, пригнічує утворення IgE. При проведенні клінічних випробувань імунофан показав себе високоефективним засобом для відновлення порушеної імунологічної реактивності при бактерійних і вірусних інфекціях. Імунофан застосовується також у комплексній терапії бешихи. Аналіз проведених досліджень довів, що цей препарат сприяє не тільки скороченню клінічних проявів хвороби, але й суттєвій корекції супутніх імунологічних порушень. Уже на 3-4 добу відбувається посилення реакцій фагоцитозу, протягом 7-10 діб - нормалізація основних показників клітинного і гуморального імунітету, відновлення імунорегуляторного індексу, збільшення продукції специфічних антитіл. Випадків повторної або рецидивної бешихи протягом періоду спостереження за реконвалесцентами (1,5-2 роки) не спостерігалось.

Крім імуномодулювальних засобів тимічного походження, популярними у клінічній практиці в останні роки є імуностимулятори групи антигемотоксичних препаратів. Згідно літературним даним, терапія хворих на бешиху із застосуванням комплексної терапії, до складу якої входили траумель С, ехінацея композитум, коензім композитум, лімфоміозот, енгістол, суттєво впливало на швидкість зворотнього розвитку патологічного процесу.

Таким чином, при бешисі розвивається вторинний імунодефіцит за гіперсупресорним типом. Використання у комплексній терапії бешихи

імунокорегувальних препаратів сприяє не тільки скороченню клінічних проявів хвороби, але й суттєвій корекції супутніх імунологічних порушень, а також попереджає розвиток рецидивів.

## **БЕШИХА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

**Львіна Н.І., Чемич М.Д., Захлебаєва В.В.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Проблема бешихи залишається актуальною у зв'язку з її значною поширеністю, тенденцією до розвитку рецидивів, зміною клінічного перебігу, розвитком залишкових явищ, які призводять до тривалої непрацездатності та інвалідизації. За частотою реєстрації серед інфекційної патології займає четверте місце. Захворюваність на бешиху складає 4,3 на 10 тис. населення. На цю інфекцію припадає 15-20 % усіх запальних захворювань шкіри і підшкірної клітковини.

За останні 5 років спостерігається збільшення числа пацієнтів з первинною бешихою. Однак розвиток ускладнень та рецидивів залишається високим. У зв'язку з цим актуальним є вивчення клінічного перебігу бешихи на сучасному етапі та пошук можливостей прогнозування і попередження ускладнень і рецидивів.

Мета дослідження - вивчити епідеміологічні особливості, клінічні та лабораторні показники при бешисі для визначення прогностичних критеріїв ризику розвитку ускладнень і рецидивів.

Матеріали та методи дослідження. Вивчені епідеміологічні особливості, структура клінічних форм, перебіг, преморбідний фон у хворих на бешиху, що перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького протягом 2004-2008 років. Обстежено 272 пацієнта.

Результати дослідження та їх обговорення. Переважний розвиток хвороби спостерігали у жінок (57,6 %) старше 40 років (64 %). В основній кількості хворих діагностовано первинну бешиху, а рецидивну і повторну – в 2,6 і 7,8 разів рідше. Слід відмітити зменшення, в порівнянні з попередніми роками, випадків рецидивної форми: 38,3 % у 2000-2003 рр. та 25,4 % - у 2004-2008 рр.

Патологічний процес в основному локалізувався на нижніх кінцівках незалежно від кратності перебігу недуги (157 осіб, 57,8 %). При первинній бешисі ураження обличчя та верхніх кінцівок відбувалось з однаковою частотою (49 осіб, 18 % та 50 осіб, 18,4 % відповідно). Однак рецидиви хвороби частіше спостерігались на нижніх кінцівках (59 осіб, 21,7 %). Повторна бешиха майже завжди діагностувалась при ураженні нижніх кінцівок (22 особи, 8,2 %).

Перебіг хвороби у  $\frac{2}{3}$  обстежених був середньої тяжкості та не залежав від повторюваності бешихи. Але і частка важкого перебігу була значною – у четвертій частини осіб, з них 92 % склали пацієнти з ураженням нижніх кінцівок. Слід зауважити, що значно рідше тяжкий ступінь спостерігали при повторній бешисі.

Серед клінічних форм переважала еритематозна – 149 (54,8 %). Слід відмітити, що у 80 % пацієнтів вона розвивалася при локалізації на обличчі та верхніх кінцівках. При ураженні нижніх кінцівок еритематозна форма реєструвалася лише у половини хворих. Інші клінічні форми – еритематозно-геморагічна, еритематозно-бульозна, бульозно-геморагічна, виразково-некротична розвинулись у 39 (14,4 %), 52 (19,1 %), 26 (9,5 %) та 6 (2,2 %) хворих відповідно. Еритематозно-геморагічна та бульозно-геморагічна бешиха розвивалася переважно при ураженні нижніх кінцівок, а частота еритематозно-бульозної форми не залежала від локалізації місцевого процесу.

В залежності від локалізації бешихи клінічний перебіг хвороби мав також свої особливості. Для бешихи нижніх кінцівок були більш характерні бульозна форма, утворення ерозій, розвиток лімфангітів, лімфаденітів, флегмон. Геморагічна форма теж локалізувалася переважно на нижніх кінцівках. Бешиха обличчя мала більш легкий перебіг, ніж при інших локалізаціях. Нерідко захворюванню передували гострі респіраторні інфекції, ангіни, карієс. Бешиха верхніх кінцівок переважно розвивалася на тлі післяопераційного лімфостазу в жінок з мастектомією і мала схильність до рецидивування.

Хвороба починалася гостро з ознобу (97,3 % пацієнта) і підвищення температури тіла до 38-40 °С (98,1 %). У 93,4 % хворих був головний біль, у 49,6 % - м'язовий, у 33,5 % - нудота і блювання. Симптоми інтоксикації виникали на 8-24 години раніше місцевих запальних проявів у 89,7 % осіб. Слід відмітити, що при первинній бешисі поява гіперемії у першу добу спостерігалась у 86,6 % хворих, при рецидивній – у 71,3 %. У 82,9 % випадків розвивався регіонарний лімфаденіт, у 52,1 % - лімфангіт. Останні зустрічались переважно в хворих з первинною бешихою. При еритематозній формі бешихи вогнищеві ураження тривали 5-9 діб, при бульозній і геморагічній – 12-18. Тривалість гарячки при неускладненому перебігу не перевищувала 5-6 діб. Після перенесеного захворювання у 49,3 % реконвалесцентів відмічені залишкові явища: пігментація шкіри, вогнищева застійна гіперемія, щільні кірочки на місці бул, набряки.

При вивченні факторів, що спричинили розвиток бешихи, у 67,8 % хворих були ушкодження шкіри (подряпини, мікротравми, розчухи тощо). Первинній бешисі найчастіше передували мікротравми, переохолодження, нервово-емоційні стреси, у кожного десятого хворого провокуючі фактори виявити не вдалось. При рецидивній бешисі серед місцевих факторів, що сприяли активації процесу, найчастіше була міжпальцева попрілість,

мікротравми та переохолодження, не виявлено зовнішніх впливів майже в кожного четвертого пацієнта.

У більшості хворих на бешиху нами виявлена супровідна соматична патологія (табл.): ожиріння, хронічна венозна недостатність, мікози стоп, цукровий діабет, лімфедема нижніх кінцівок, трофічні виразки, хронічні захворювання шкіри різної етіології (екзема, стрептодермія, псоріаз). Слід відмітити, що фонові захворювання більш притаманні хворим на рецидивну бешиху.

*Таблиця – Наявність супровідної патології у хворих на бешиху*

Супровідна патологія	Бешиха	
	Первинна (%)	Рецидивна (%)
Ожиріння	59,1	71,3
Варикозна хвороба	36,3	47,2
Мікози стоп	11,9	16,3
Трофічні виразки	7,4	8,1
Цукровий діабет	9,7	12,4
Екзема	3,0	5,1
Мастектомія	2,7	11,6
Лімфедема нижніх кінцівок	3,7	9,2

Ускладнення бешихи зареєстровані у 21 (7,7 %) хворого, переважно з первинною бешихою у жінок старше 60 років на нижніх кінцівках. Найчастіше ускладнення розвивалися при бульозних формах хвороби. Всі вони мали місцевий характер: абсцеси – у 11 осіб, флегмона – у 4, некрози шкіри – у 3, тромбоз флебіт – у 3. Переважно ці ускладнення розвивалися на другому тижні захворювання.

Для визначення критеріїв ризику розвитку ускладнень проведена порівняльна оцінка клінічних і гематологічних показників у 21 хворого (I група) з ускладненим і 20 (II група) з неускладненим перебігом хвороби. Початок, виразність інтоксикаційного синдрому, гарячкової реакції були однаковими в обох групах. Однак місцеві прояви хвороби були вже в дебюті хвороби у 89 % пацієнтів першої групи, а в хворих другої групи вони запізнювались на декілька годин. Фебрильна гарячка в хворих з ускладненнями бешихи була більш тривалою і до моменту розвитку ускладнень нормалізувалась у третини пацієнтів, а у хворих з абсцесами і флегмоною залишалась на рівні 38 °С і вище.

Особливістю перебігу хвороби у хворих першої групи був виражений больовий синдром у місці ураження, який виникав із самого початку захворювання. Регіонарний лімфаденіт і лімфангоїт у цій групі відмічені лише у 17 % пацієнтів. Слід відмітити, що в хворих з ускладненим перебігом бешихи частіше, ніж у другій групі, виявлялася супровідна патологія з кількох захворювань: ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, пієлонефрит, варикозна хвороба, мікози ступнів тощо.



Оцінюючи лабораторні показники, встановили, що в хворих на ускладнену бешиху зміни периферійної крові вже при поступленні до стаціонару характеризувалися значним лейкоцитозом ( $15,3 \pm 2,1$ ) · 10<sup>9</sup>/л, збільшенням кількості паличкоядерних нейтрофілів до 21 %, лейкоцитарний індекс інтоксикації в середньому склав ( $12,7 \pm 0,9$ ), а у пацієнтів з неускладненим перебігом ці показники були нижчими - ( $8,1 \pm 1,03$ ) · 10<sup>9</sup>/л, 9 % і ( $7,1 \pm 0,8$ ) відповідно ( $P < 0,05$ ). Слід зазначити, що при рецидивній бешихі ці показники були в обох групах нижчими, ніж при первинній формі ( $P < 0,05$ ).

Висновки. На бешиху частіше хворіють особи жіночої статі старше 40 років. Переважно реєструється первинна бешиха, а рецидивна і повторна лише у третини випадків. Відбувається зменшення рецидивів недуги. Для сучасної бешихи характерна локалізація процесу в основному на нижніх і верхніх кінцівках та тулубі. Серед клінічних форм переважає еритематозна та еритематозно-бульозна. Факторами ризику розвитку ускладнень бешихи є жіноча стать, старший вік, первинні форми хвороби, тяжкий перебіг, бульозний характер місцевого процесу, наявність супровідної соматичної патології (ожиріння, хронічна венозна недостатність, мікози стоп, цукровий діабет), виражений больовий синдром у вогнищі запалення, відсутність регіонарного лімфаденіту, високі показники лейкоцитозу і лейкоцитарного індексу інтоксикації.

## **ОЦІНКА ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИФУНГАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ГРИБІВ РОДУ *CANDIDA*, ВИДІЛЕНИХ ВІД НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

**Івахнюк Т.В., Каплін М.М.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Масивне інфікування грибами роду *Candida* стає причиною розвитку кандидозості, в частини дітей воно себе ніяк не проявляє. Але при порушеннях в імунній системі та при дії факторів ризику розвивається клінічна картина кандидозу. Найбільш уразливими є діти раннього віку, особливо перших місяців життя.

Поява та розповсюдження в клінічній практиці резистентних до антимікотиків штамів *Candida spp.* зумовлює необхідність визначення чутливості штамів до препаратів, що використовуються для лікування хворих, особливо новонароджених дітей.

Метою даного дослідження було порівняння природних та клінічних ізолятів грибів роду *Candida*, виділених від новонароджених дітей, за чутливістю до антимікотичних препаратів *in vitro*.

У роботі були використані: а) 78 штамів грибів роду *Candida*, виділених від новонароджених дітей (клінічні ізоляти); б) 10 штамів *Candida spp.*, що виділені з об'єктів зовнішнього середовища (природні ізоляти).

Ідентифікацію клінічних та природних ізолятів *Candida spp.* проводили за допомогою тест-системи «Auxocolor» (BioRad, Франція). Серед виділених від новонароджених дітей культур 57,7 % - *C. albicans*, 16,7 % - *C. tropicalis*, 11,6 % - *C. pseudotropicalis*, 6,4 % - *C. krusei*, 3,8 % - *C. kefyr* та 3,8 % - *C. glabrata*.

Для визначення чутливості грибів до антифунгальних препаратів використовували комерційну тест-систему «Fungitest» (BioRad, Франція), що включала наступні препарати: флуконазол, ітраконазол, кетоконазол, міконазол, амфотеріцин В, чутливість до леворину та ністатину визначали диско-дифузійним методом.

Результати дослідження. Максимальну активність відносно клінічних ізолятів *Candida spp.* продемонстрували амфотеріцин В (97,4 % усіх *Candida spp.*) та кетоконазол (75,6 % усіх *Candida spp.*). При аналізі чутливості до цих антимікотиків було встановлено, що резистентними та малочутливими були штами *C. albicans*, що виділені від новонароджених в асоціації з *S. aureus*. До флуконазолу чутливими були 53,8 % штамів *C. tropicalis*, 66,7 % - *C. pseudotropicalis*, 60 % - *C. krusei*, 33,3 % - *C. kefyr*, 100 % - *C. glabrata*. Відносно ітраконазолу високу чутливість мали штами *C. krusei* (80 %), *C. kefyr* (66,7 %), *C. glabrata* (66,7 %). Серед клінічних ізолятів *C. albicans* 64,4 % штамів мали виражену резистентність до ітраконазолу.

Звертає увагу низька чутливість клінічних ізолятів *Candida spp.* до міконазолу (53,8% усіх *Candida spp.*), ністатину (48,7 % усіх *Candida spp.*), леворину (62,8 % усіх *Candida spp.*).

Слід зауважити, що 70 % природних ізолятів *Candida spp.* були високочутливими та чутливими до всіх антимікотиків, що входили до складу набору «Fungitest» та 50 % - до ністатину та леворину.

Порівнюючи результати чутливості до антимікотиків, встановлено, що природні *Candida spp.* проявляли більшу чутливість до антимікотичних препаратів, ніж клінічні, що ще раз доводить про збільшення числа резистентних до антифунгальних препаратів клінічних штамів грибів роду *Candida*.

Саме тому при виборі препарату для лікування кандидозних інфекцій у новонароджених, поряд з особливостями організму, слід враховувати чутливість до протигрибкових препаратів виділених штамів грибів.

## **АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Клименко Н.В.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.І. Красовицького, м. Суми*

Мета роботи - моніторинг мікробіологічного дослідження жовчі від хворих з тривалістю гарячки понад 5 діб та встановлення чутливості виділених збудників до антибактеріальних препаратів.

Результати. Патогени виділені в 31 % випадків. Серед збудників гемолізуючий стрептокок склав 23 %, золотистий стафілокок – 11 %, кишкова паличка – 15 %, негемолізуючий стрептокок – 10 %, протей та гриби кандиди – по 8 %.

Чутливість виділеної мікрофлори до антибактеріальних препаратів у 84,6 % випадків встановлена до цефоперазону та левофлоксацину, в 76,9 % - до амікацину та цефтріаксону. До ципрофлоксацину чутливість встановлена в 69,2 % випадків, а у 53,8 % - до цефтазидиму. Грибкова флора була чутлива до флуконазолу.

У рамках даного дослідження не проводилось визначення чутливості виділеної мікрофлори до метронідазолу, проте, за даними літератури, резистентність патогенів до нього майже не зустрічається.

Висновки. Враховуючи вищезазначене, емпіричну терапію холецистохолангітів у нашому регіоні слід починати комбінацією цефоперазона з метронідазолом. Левофлоксацин або ципрофлоксацин залишити для можливого другого курсу антибактеріальної терапії.

## **ВИЯВЛЯЄМІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ЗА КЛІНІЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ СЕРЕД ХВОРИХ 1-го ВІДДІЛЕННЯ СОІКЛ ім. З.І. КРАСОВИЦЬКОГО**

**Клименко Н.В.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.І. Красовицького, м. Суми*

З січня 2004 по вересень 2009 року в 1-му інфекційному відділенні СОІКЛ ім. З.І. Красовицького на ВІЛ-інфекцію за клінічними та епідемічними показаннями було обстежено 435 хворих, позитивні результати отримані в 11 (2,53 %) випадках. З них: 1 хворий на менінгоенцефаліт на фоні ін'єкційної наркоманії, 2 - з тривалим субфебрилітетом, 3 - з сепсисом, 1 – з бешихою, 4 – з герпетичною інфекцією, 2 – з інфекційним мононуклеозом. У 3-х осіб в анамнезі перебування у в'язниці, у 4-х – ін'єкційне вживання наркотичних засобів.

Особливої уваги заслуговує випадок діагностики ВІЛ-інфекції з тривалим серонегативним періодом.

Хворий Б., 22 років, був госпіталізований ургентно 27.09 за направленням бригади швидкої медичної допомоги з діагнозом «лихоманка не уточнена». В приймальному відділенні встановлено діагноз «сепсис?», призначена комбінована антибактеріальна терапія, яка не дала ефекту. З'явилися менінгеальні ознаки, прогресувала гіпертрансфераземія, внаслідок чого клінічно встановлено діагноз цитомегаловірусної інфекції (ЦМВ). Діагноз підтверджено методом ІФА та позитивною ПЛР із кров'ю і ліквором. Призначена протівірусна терапія. Одночасно хворому проведено обстеження на вірусні гепатити (ІФА та ПЛР) та ВІЛ – результати негативні. Заключний діагноз – первинна набута цитомегалія, маніфестний перебіг, генералізована форма (енцефаліт, гепатит), тяжкий ступінь. У зв'язку з тяжкістю перебігу хвороби лікування тривало 33 дні. Виписаний у жовтні. Повторна планова госпіталізація у квітні з метою лікування наслідків ЦМВ-інфекції, а саме енцефаліта. Повторне обстеження на вірусні гепатити: виявлений вірус гепатиту С, на ВІЛ – результати негативні. У серпні під час підготовки до протівірусної терапії ВГ С при повторному тестуванні на ВІЛ отримали позитивний результат. У наведеному випадку серонегативний період становив біля 10 місяців.

Таким чином, за клінічними показаннями необхідно повторно обстежувати хворих на ВІЛ, незважаючи на наявність негативного результату обстеження, щонайменше протягом року.

## **ХІМІОПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**Клименко Н.В.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Природні умови Сумської області сприятливі для виникнення природних вогнищ Лайм-бореліозу, про що свідчить високий показник захворюваності на цю нозологію у 2008 році - 4,28 на 100 тисяч населення (Україна - 1,43). З цієї причини питання хіміопротифілактики та лікування даної патології є актуальними.

Враховуючи чутливість борелій до тетрациклінів, з метою профілактики хвороби після укусу кліща рекомендовано призначати доксициклін у дозі 200 мг одноразово в районах, де інфіковано менше 20 % кліщів, та протягом 5 діб в інших районах. Недоцільно призначення препаратів, якщо після укусу пройшло більше 3 діб. Дітям до 9 років та вагітним призначають амоксиклав у 2 прийоми протягом 5 діб.

Вибір препарату з метою лікування залежить від стадії та форми хвороби.

У стадії локальної еритеми показаний доксициклін (юнідокс) 200 мг на добу або амоксиклав 625 мг 2 рази на добу впродовж 10 діб.

Стадія дисемінації передбачає парентеральне введення антибіотиків – цефтріаксону, азитроміцину за принципом сходинкової терапії протягом 3 тижнів.

У випадках хронічного перебігу хвороби віддаємо перевагу цефалоспорином III покоління, тривалість терапії може бути від 3-4 тижнів до 2 місяців.

Ефективність антибактеріальної терапії оцінюють під час диспансерного спостереження, яке триває 2 роки, шляхом визначення титру антитіл методом ІФА. В разі зниження титрів через 1 рік після лікування слід вважати, що відбулася елімінація збудника. Про персистенцію інфекції свідчить тривале збереження високих титрів антитіл у крові та позитивна ПЛР. У таких випадках вирішується питання призначення повторного курсу антибактеріальної терапії.

Періодичність контрольних обстежень після лікування – через 3, 6, 12, 24 місяці.

Недотримання даних рекомендацій може призвести до хронічного перебігу хвороби і, як наслідок, до інвалідизації.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

**Козько В.Н., Краснов М.И., Черкасов А.П., Великоданов Г.Л.,  
Задорожная Е.И., Волошина Н.В.**

*Национальный медицинский университет, Областной центр профилактики  
и борьбы со СПИД, г. Харьков*

На протяжении 2008 года в Харьковской области официально зарегистрировано 517 ВИЧ-инфицированных граждан Украины, из них 92 детей. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 18,5 случаев на 100 тыс. населения (по Украине 37,4 на 100 тыс. населения). По сравнению с интенсивными показателями 2007 года в Харьковской области отмечается увеличение заболеваемости в 1,2 раза (542 случая, 16,1 на 100 тыс. населения). В 2008 году умерло 70 больных СПИДом, что составило 2,5 случая на 100 тыс. населения (по Украине 5,2 на 100 тыс. населения). По сравнению с 2007 годом наблюдается рост смертности от СПИДа в 1,3 раза (57 летальных случаев, 2,0 на 100 тыс. населения).

С 1996 года высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) показала свою эффективность и бесспорно является необходимым фактором в оказании адекватной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Опыт применения антиретровирусной терапии (АРТ) в странах Европы и Северной Америки позволили существенно увеличить продолжительность жизни данной категории больных и сократить частоту развития СПИД-ассоциированных инфекционных осложнений. Результаты

последних исследований показывают, что АРТ позволяет увеличить продолжительность жизни пациентов до 25-30 лет (AIDS 2008 Мехико).

В Украине программа ВААРТ получила широкое применение с 2005 года. В Харьковской области в 2005 году получало терапию 2 больных, в 2008 году - 189 пациентов, из них 20 детей. Однако, несмотря на темпы внедрения АРТ, общий охват терапией в Украине не превышает 7-10 % из числа зарегистрированных ВИЧ-инфицированных пациентов.

Терапия назначалась 17,5 % больным с IV клинической стадией, при III стадии в 61,4 % случаев и у 21,1 % больных со II стадией заболевания. 75,7 % больных получают I линию АРТ терапии, 24,3 % - II. Среди I линии АРТ больным наиболее часто назначается комбинация AZT\3TC\EFV 50,8 %. Среди вариантов II линии терапии - комбинация AZT\3TC\LPV\rtv - 47,2 % больных, несколько реже d4T\3TC\LPV\rtv и ddI\ABC\LPV\rtv (Протокол ВОЗ, 2004).

Анализ результатов показателей вирусной нагрузки и уровня CD4+ клеток показывает, что уровень вирусной нагрузки на фоне АРТ у 71,3 % больных не превышает 30 копий/мкл, у 3,5 % - до 10<sup>2</sup> копий/мкл, у 5,2 % - до 10<sup>3</sup> копий/мкл. У 79 % больных АРТ позволила достигнуть существенного увеличения количества CD4+ лимфоцитов на 100-150 и более клеток. Наилучшие результаты отмечены у больных со II клинической стадией заболевания. В данной группе больных достоверно выше число низких результатов вирусной нагрузки и быстрое восстановление количества CD4+ лимфоцитов выше 500 клеток/мкл, что позволило предотвратить развитие СПИД-индикаторных заболеваний.

Таким образом, опыт клинического применения антиретровирусной терапии у больных ВИЧ-инфекцией показывает, что данная терапия является единственным средством, способным изменить течение заболевания. Несмотря на сложность проведения данной терапии, имеется объективная необходимость для более широкого применения АРТ, особенно в группах пациентов со II стадией заболевания, что позволяет сохранить их трудоспособность, существенно повысить качество жизни этой группы пациентов. Более широкое использование антиретровирусной терапии снижает количество случаев инфицирования ВИЧ.

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АМІКСИНУ ІС У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГРИП ТА ІНШІ ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

**Козько В.М., Могиленець О.І., Соломенник Г.О., Гарбуз Д.М.**

*Харківський національний медичний університет, Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків*

Незважаючи на значну кількість препаратів проти грипу та гострих респіраторних захворювань (ГРЗ), вони займають перше місце у структурі

інфекційної захворюваності в Україні і складають близько 90 %. Число ускладнень при ГРЗ може сягати 20-30 %. Основною причиною їх розвитку вважають порушення імунного захисту. У зв'язку з цим у терапії хворих на ГРЗ доцільним є призначення препаратів з противірусною та імуномодулювальною активністю.

Мета дослідження: оцінити ефективність препарату Аміксин ІС у лікуванні хворих на грип та інші ГРЗ.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебував 71 хворий на грип та інші ГРЗ. До основної групи увійшли 32 пацієнти, які в комплексній терапії отримували вітчизняний індуктор інтерферону з широким спектром етіотропної та імуномодулювальної активності Аміксин ІС (ВАТ «Інтерхім», Одеса). Критеріями включення були: вік пацієнтів від 18 до 60 років, термін надходження до стаціонару не пізніше третьої-четвертої доби захворювання, наявність виражених інтоксикаційних та катаральних явищ, отримання згоди хворого на участь у дослідженні. Критеріями виключення відповідно були: наявність вагітності або лактації, наявність тяжких захворювань серцево-судинної або легеневої системи, вживання інших індукторів ендogenous ІФН на момент проведення дослідження, вказівка хворих на попереднє проведення вакцинації проти грипу. Аміксин ІС призначався перорально по 0,125 г 1 раз на добу після їжі в 1-й, 2-й, 4-й, при необхідності – 6-й дні від початку лікування. Контрольну групу склали 39 хворих, що отримували лише патогенетичне та симптоматичне лікування. За віком, статтю, строками надходження до стаціонару, наявністю ускладнень, клінічними проявами до початку терапії групи були репрезентативними, що дозволило об'єктивно оцінити терапевтичну ефективність терапії Аміксином ІС у хворих на ГРЗ. Ефективність проведеної терапії оцінювали на підставі вивчення динаміки клініко-імунологічних показників.

Результати. У хворих основної групи спостерігалася достовірно ( $p < 0,05$ ) більш швидка регресія, ніж у контрольній групі, ознак інтоксикації (тривалість гарячки -  $2,69 \pm 0,18$  та  $3,5 \pm 0,26$ , загальної слабкості -  $2,37 \pm 0,25$  та  $5,15 \pm 0,45$ , головного болю -  $1,24 \pm 0,11$  та  $1,96 \pm 0,34$  доби відповідно). Раніше зникали й катаральні явища. У хворих основної групи достовірно ( $p < 0,01$ ) швидше зникав кашель ( $4,9 \pm 0,74$  та  $8,62 \pm 0,68$  доби відповідно), регресували гіперемія слизової оболонки ротоглотки, “зернистість” задньої стінки глотки, жорстке дихання змінювалось на везикулярне. Спостерігалася тенденція до скорочення тривалості нежиті, болю та дертя в горлі. Термін перебування в стаціонарі хворих основної групи був достовірно ( $p < 0,01$ ) коротшим ( $7,81 \pm 0,87$  л/днів), ніж у контрольній групі ( $11,09 \pm 0,83$  л/днів). Відзначено добру переносимість препарату. Він був ефективний у хворих на грип В, парагрип, аденовірусну інфекцію, ГРЗ невстановленої етіології. Побічних ефектів не було. У хворих, що одержували Аміксин ІС, спостерігалася достовірне ( $p < 0,02$ ) по відношенню до вихідного рівня підвищення вмісту сироваткового  $\alpha$ -ІФН, тоді як у контрольній групі відмічалася лише тенденція

до його підвищення ( $p > 0,05$ ). На тлі терапії у хворих контрольної групи рівень ІЛ-2 майже не змінювався по відношенню до вихідного, тоді як у хворих, які в комплексній терапії отримували Аміксин ІС, відмічалася тенденція до його зниження ( $p > 0,05$ ).

Висновки. Терапія Аміксином ІС позитивно впливає на клінічний перебіг ГРЗ незалежно від етіології захворювання, не викликає при цьому будь-яких побічних реакцій, має інтерференогенну дію, сприяє нормалізації вмісту ІЛ-2 у сироватці крові, що дозволяє рекомендувати препарат для застосування при даній патології.

## **ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ**

**Козько В.М., Меркулова Н.Ф., Граділь Г.І., Ткаченко В.Г.,  
Черкасов О.П., Задорожна К.І., Михайлова Т.О.**

*Національний медичний університет, Обласний центр профілактики і  
боротьби зі СНІДом, м. Харків*

За даними ВООЗ, 1,63 % населення України вважається ВІЛ-інфікованими. У Харківській області на 2008 рік зареєстровано 3400 осіб зі статусом ВІЛ-інфекції. Щорічно у світі реєструється 800 000 нових випадків інфікування ВІЛ серед дітей. Від ВІЛ-асоційованих захворювань та СНІДу щохвилини помирає дитина до 15 років та кожні 15 секунд – підліток або юнак. 2000 дітей інфікуються ВІЛ щодня, 90 % з них – шляхом вертикальної трансмісії інфекції від матері. В залежності від шляху передавання ВІЛ ризик передавання більше 90 % відмічається при переливанні крові та її препаратів, перинатальне інфікування (вагітність, пологи, грудне вигодовування) можливе у 30 % випадків (Гойда Н.Г., Жилка Н.Я., 2006).

Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини включає планування сім'ї, своєчасну діагностику ВІЛ-інфекції у жінок та вагітних, медикаментозну профілактику ВІЛ, раціональний прийом пологів і рекомендації зі штучного вигодовування новонароджених. Рівень інфікування ВІЛ при грудному вигодовуванні становить 12-20 % (за деякими даними - до 30 %). Внутрішньоутробне передавання ВІЛ від матері до дитини становить 15-40 %. У 50-70 % випадків інфікування плода відбувається в період пологів. У разі проведення профілактики ризик знижується до 1-10 % (за деякими даними - до 1-4 %).

86 % ВІЛ-інфікованих українських жінок знаходяться в дітородному віці. Діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених від ВІЛ-позитивних жінок, включає: раннє первинне тестування новонародженого з метою виявлення у нього материнських антитіл до ВІЛ методами ІФА, подальший скринінг за допомогою ПЛР, спостереження протягом 18 місяців для остаточного підтвердження чи скасування ВІЛ-позитивного статусу у дитини.



У Харківській області профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини забезпечується шляхом тісної взаємодії спеціалістів Обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом, лікарями жіночих консультацій і рододопоміжних закладів міста та області. Допомога новонародженому від ВІЛ-інфікованої матері надається відповідно до діючого клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» (2008 р.). У 2008 р. у Харківському регіоні 100 % вагітних було обстежено на ВІЛ.

Питома вага вагітних, яким проводилась медикаментозна профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ, в Україні протягом 1998-2004 рр. зросла з 1,2 % у 1998 р. до 87 % – у 2004.

У 2003-2004 р.р. з 36 тижнів вагітності застосовувався зидовір, у пологах і дитині після пологів – віраун, а також у випадках, якщо жінка поступала до стаціонару з неуточненим ВІЛ-статусом. З кінця 2004 по 2008 рр. профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ зидовіром розпочиналася з 28 тижня вагітності та протягом перших семи діб життя у дитини. Якщо ВІЛ-статус жінки ставав відомим пізніше 28 тижнів – зидовір з моменту взяття на облік, і віраун в пологах. Дитині рекомендувався прийом зидовіра протягом семи перших діб життя і вірауна на 1-3-ю добу.

Із вересня 2008 р. профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ проводиться з вибором медикаментозних схем і способу пологів у залежності від результатів вірусологічних та імунологічних досліджень і розпочинається із 24-26 тижнів вагітності.

Медикаментозні схеми профілактики передбачають призначення 1-го або 3-х препаратів і при виборі способу пологів перевага надається гемостатичному кесареву розтину. За період з 2004 по 2008 рр. у Харківському регіоні збільшився відсоток вагітних, яким проводилась профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ з 83,3 % до 100 %, при цьому ефективність профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ виросла з 2004 по 2007 рр. із 88,4 % до 95,0 %.

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ СУБАЛІН У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

**Козько В.М., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Винокурова О.М.,  
Могиленець О.І., Зоц Я.В.**

*Національний медичний університет, м. Харків*

Останнім часом багато уваги дослідники приділяють вивченню різних аспектів HCV-інфекції, яка є глобальною проблемою охорони здоров'я. Це пов'язано з її значним поширенням, надзвичайно високим відсотком хронізації, малосимптомним або безсимптомним багаторічним перебігом з подальшим бурхливим фінішем, складністю терапії та відсутністю засобів

специфічної профілактики. Незважаючи на значні успіхи в лікуванні хворих на хронічний гепатит С (ХГС), досягнуті за останні роки, актуальність цієї проблеми не зменшилася. Перш за все це пов'язано з тим, що ефективна сучасна терапія (застосування ІФН, зокрема пегільованих, та їх комбінації з аналогами нуклеозидів) доступна далеко не всім, хто її потребує, існують численні побічні ефекти та протипоказання. Тому пошук інших доступних способів лікування є одним з основних завдань сучасної інфектології. Слід зазначити також, що у хворих на хронічні гепатити зазвичай виникають дисбіотичні зміни мікрофлори кишечника, які вимагають відповідної корекції.

Мета дослідження – оцінити ефективність генноінженерного пробіотику субаліну у хворих на ХГС.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебував 31 хворий на ХГС. Як етіотропну терапію вони одержували комбінацію двох препаратів – пробіотика з інтерфероновими й інтерферогенними властивостями субаліну (ВАТ «Дніпрофарм», Україна) та індуктора ендегенного інтерферону (ІФН) дипіридамолу («Борщагівський ХФЗ», Україна) за схемою: субалін перорально по 2 дози тричі на добу за 30-40 хвилин до вживання їжі протягом 3 днів, потім по 2 дози тричі на добу через добу протягом 20 днів, потім по 1 дозі тричі на добу через добу протягом 158 днів + дипіридамол по 100 мг на добу (50мг + 50мг з інтервалом 2 години) 1 раз на тиждень протягом 6 місяців. У всіх хворих активність аланінамінотрансферази у сироватці крові була підвищеною більш ніж у 1,5 рази та виявлялася РНК вірусу. Ефективність проведеної терапії у хворих на ХГС оцінювали на підставі досягнення клінічної, біохімічної (нормалізація активності АЛТ) і вірусологічної (зникнення РНК-НСV із сироватки крові) ремісії (Euroher, 1996). Ефект терапії оцінювали як первинну ремісію (на момент завершення лікування), стабільну ремісію (через 6-12 місяців після завершення лікування), невідповідь (відсутність позитивної динаміки через 3 місяці від початку лікування), часткову відповідь – тільки біохімічну. Також вивчали вплив проведеної терапії на вміст альфа- та гама-ІФН у сироватці крові та стан низки імунологічних показників у досліджених хворих.

Результати. Первинна біохімічна ремісія була досягнута у 74,19 %, а стабільна біохімічна ремісія – у 48,39 % хворих. Частота вірусологічної ремісії складала: первинної – 51,61 %, стабільної – 32,26 %. Терапія переносилася добре. Побічних ефектів не було.

На тлі терапії відбувалося достовірне підвищення вмісту сироваткового як альфа-ІФН ( $p < 0,001$ ), так і гама-ІФН ( $p < 0,01$ ), а також підвищення загального числа лімфоцитів ( $p < 0,01$ ), CD3+ ( $p < 0,01$ ), CD4+ ( $p < 0,001$ ), CD 56+ ( $p < 0,01$ ), абсолютного вмісту CD8+ ( $p < 0,01$ ), однак ці показники не досягали контрольних значень.

Висновки. Комбінована терапія субаліном і дипіридамолом має протівірусну, інтерферогенну (альфа та гама), імуномодулювальну дію,

позитивно впливає на клінічний перебіг захворювання, дозволяє досягти повної стабільної ремісії у 32,26% хворих на ХГС, не викликаючи будь-яких побічних реакцій.

## **ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ШИГЕЛЬОЗІВ**

**Козько В.М., Юрко К.В.**

*Національний медичний університет, м. Харків*

Мета. Оптимізація терапії шигельозу за допомогою вивчення її впливу на клінічний перебіг, стан мікрофлори товстої кишки, вміст мікроелементів і активність металозалежних ферментів у крові хворих.

Дослідження за темою роботи проводилися в клініці кафедри інфекційних хвороб Харківського Національного медичного університету, розташованій на базі обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова. У роботі представлено результати клінічних і лабораторних досліджень 230 хворих на шигельоз віком від 17 до 62 років. Серед обстежених чоловіків було 106 (46,09%), жінок – 124 (53,91%).

Результати досліджень: виявлено, що у 51,74% пацієнтів захворювання спричиняла *S. sonnei*, а у 48,26% - *S. flexneri*. Серед клінічних форм переважали ентероколітична (37,39%) та гастроентероколітична (35,65%). У 55,65% хворих спостерігався середній ступінь тяжкості шигельозу, легкий склав 39,13%, а тяжкий – 5,22%.

При дослідженні антибіотикочутливості виявлено, що шигели мали значну чутливість до фторхінолонів (норфлораксацин, ломефлораксацин, ципрофлоксацин, офлораксацин) та цефалоспоринів (цефалексин, цефотаксим, цефтріаксон, цефтазидим), у тому числі й полірезистентні штами, тому наведені препарати рекомендовані для емпіричної етіотропної терапії шигельозу.

У гострому періоді шигельозу в усіх досліджених хворих спостерігали порушення мікробіоценозу товстої кишки, які характеризувалися зниженням кількості біфідо- та лактобактерій, ешерихій з нормальною ферментативною активністю та збільшенням числа гемолітичних ешерихій, дріжджеподібних грибів, стафілококів та інших представників умовно-патогенної флори. Відзначено прямий зв'язок між тяжкістю недуги та ступенем прояву дисбіотичних змін мікрофлори товстої кишки.

Встановлена висока клінічна ефективність, відновлювальний вплив на стан мікрофлори товстої кишки, вміст мікроелементів (цинк, мідь, залізо) та активність металозалежних ферментів (каталаза, супероксиддисмутаза, гаптоглобін, церулоплазмін) у сироватці крові пробіотика біфі-форм по 2 капсули 3 рази на добу протягом 14 днів при легкому ступені шигельозу та в комбінації з ломадесом по 400 мг 1 раз на добу протягом 3 днів та

ентеросгелем по 15 г 3 рази на добу протягом 5 днів при середньотяжкому ступені хвороби.

## **ОПІСТОРХОЗ НА СУМЩИНІ**

**Коломісць Л.П.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Опісторхоз серед інших зооантропонозів займає особливе місце у зв'язку з можливістю розвитку холелітазу і холангіокарциноми. Сумська область є найбільш ураженою в Україні, що пов'язано з великою кількістю річок басейну Дніпра на її території. Найбільш ураженими є мешканці м. Шостка та 7 районів – Велико-Писарівського, Буринського, Кролевецького, Недригайлівського, Роменського та С-Будського. На території цих районів виявлені інтенсивні осередки захворювання у басейнах річок Сейм і Псел.

Мета дослідження: вивчити особливості епідеміології і клініки опісторхозу в Сумській області.

Матеріали і методи: обстежено і проаналізовано 112 стаціонарних карт хворих на опісторхоз, які перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького протягом останніх 4 років.

Результати дослідження. Серед госпіталізованих жінки склали 62,5 %, чоловіки – 37,5 %. Середній вік інвазованих  $41 \pm 2,5$  роки. Вікова група: до 18 років - 13 (11,6 %) осіб; 19-29 – 26 (23,2 %); 30-40 – 21 (18,8 %); старше 40 – 52 (46,4 %).

Основний відсоток пацієнтів склали мешканці м. Суми та С-Будського району – 49,1 % та 20,6 % відповідно. У 59,8 % хворих фактором передавання була в'ялена та солена риба. Група ризику – рибалки та члени їх родин – склала 71,9 %. У всіх хворих опісторхоз мав хронічний перебіг.

При поступленні до стаціонару 53,6 % хворих скаржилися на важкість у правому підребер'ї, 29,5 % - на біль в епігастрії, 25,9 % на гіркоту в роті, 24,1 % - на нудоту, 16,1 % - на здуття живота, 9,8 % - на нестійкий стілець. При об'єктивному обстеженні у 24,1 % пацієнтів визначалась субіктеричність склер, у 21,4 % - субфебрилітет, у 74,1 % - гепатомегалія. У гемограмі еозинофілія виявлена у 3 % хворих. У біохімічному аналізі крові значних патологічних змін не визначали. Діагноз опісторхозу підтверджений копроовоскопією та дослідженням дуоденального вмісту. В усіх хворих у калі знайдені яйця опісторхів, а в 25 % - і в дуоденальному вмісті. У 86,6 % хворих виявлена мінімальна інвазія, у 8 % - помірна, у 5,4 % - висока. У 45 % пацієнтів діагноз був підтверджений методом ІФА.

При УЗД ознаки гепатиту виявлені у 17,2 %, холециститу - у 78,6 %, холангіту - у 21,3 %. Дискінезії жовчовивідних шляхів за гіпокінетичним типом виявлені у 11,7 % пацієнтів. Крім ураження гепатобіліарної системи, у

69,7 % хворих при ФГДС визначався гастрит, у 30,3 % - гастродуоденіт. У 14,3 % осіб знайдені дистрофічні зміни міокарду, у 42,9 % - астено-вегетативний синдром.

Отже, захворюваність на опісторхоз у Сумській області висока (112,7 на 100 тис. населення). Основним фактором передавання є солоні та в'ялена риба. Захворювання в більшості випадків має латентний перебіг з ураженням гепатобіліарної системи і шлунка.

## **СУЧАСНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ЄВРОПІ ТА УКРАЇНІ**

**Краснов М.І., Козько В.М., Черкасов О.П., Задорожна Е.І.**

*Національний медичний університет, Обласний центр профілактики та боротьби з СНІДом, м. Харків*

В сучасних умовах в Європі спостерігається зростання кількості ВІЛ-інфікованих за рахунок збереження високого темпу епідемії в країнах Східної Європи [J. Lundgren et al., 2009]. Україна не є винятком з цієї тенденції. Станом на 1 грудня 2008 року в Україні було зареєстровано 139660 осіб, 26351 хворих на СНІД і 14918 померлих від СНІДу. За прогностичними оцінками UNAIDS, епідемія СНІДу в Україні на теперішній момент є найбільш загрозливою в Європі, а розповсюдження ВІЛ-інфекції серед дорослого населення складає більше 1,63 % [UNAIDS report, 2008].

За статистикою ЄС, більшість хворих на ВІЛ-інфекцію залишаються поза увагою лікарів, це складає 18-80 % [Lanoy et al., 2007; дослідження НРА 2008; Borghi et al., 2008]. Невизначені ВІЛ-інфіковані особи є суттєвою проблемою з точки зору розповсюдження захворювання. Такі особи більш швидко розповсюджують ВІЛ-інфекцію, ніж особи, які знають про захворювання [Smith et al., 2008; Adler et al., 2008]. Крім того, досвід показує, що в більшості випадків діагностика ВІЛ-інфекції здійснюється тільки коли хворі звертаються за медичною допомогою при прогресуванні захворювання.

Єдиним шансом підтримати цих хворих є призначення антиретровірусної терапії (АРТ) і вірусологічна, клінічна та імунологічна ефективність цього лікування не викликає сумнівів. Незважаючи на широке використання АРТ у світі, в Україні і країнах Східної Європи зберігаються високі показники летальності від СНІДу [P. Smith, 2008; Sterne et al., 2009]. З 2005 року в Україні за підтримки держави і міжнародних фондів виконується програма АРТ для ВІЛ-позитивних осіб. Але ефективність АРТ залежить від багатьох факторів, одним з яких є клінічна стадія захворювання, при якій розпочато лікування.

У США існує рекомендація щодо обстеження хворих для діагностики ВІЛ-інфекції ("opt-out" testing guidelines CDC) при госпіталізації хворих до стаціонару. В листопаді 2007 року на конференції "HIV in Europe" ці

рекомендації були відхилені для виконання в Європі як невідповідні до європейських умов і була прийнята резолюція для подальшого вивчення ВІЛ-індикаторних захворювань і станів з метою ранньої діагностики ВІЛ-інфекції. Тому в Європі, і в тому числі в Україні, в останні роки гостро стоїть питання раннього виявлення і реєстрації ВІЛ-позитивних осіб для ефективного клініко-імунологічного і вірусологічного моніторингу і раннього призначення лікування захворювання на підставі вірусологічних показників, а не імунологічних і клінічних даних, що дозволяє суттєво збільшити тривалість життя і зберегти пацієнта соціально активним для суспільства [Weber et al., 2005; Sullivan et al., 2005; Delpierre et al., 2007; Mocroft et al., 2009].

Але в умовах, коли змінюється пріоритет тих чи інших шляхів інфікування, що спостерігається в останні роки, коли починає домінувати статевий шлях інфікування, виникає питання вивчення контингентів ризику серед ВІЛ-індикаторних захворювань і станів з точки зору оцінки їх значення для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції. Економічна обґрунтованість проекту побудована на досвіді вивчення епідемії ВІЛ-інфекції в Європі. Дослідження цільових груп населення до 0,1 % популяції дає більше результатів, ніж скринінговий підхід при обстеженні 1 % і більше населення [Krentz et al., 2004; Mounier-Jack et al., 2008].

Тому в теперішній момент виникає питання про розширення показань для обстеження на ВІЛ-інфекцію контингентів ризику і перегляд існуючого протоколу щодо обстеження і спостереження за ВІЛ-інфікованими і контингентами ризику.

## **ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОМОДУЛЮВАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОЗОНОВАНИХ РОЗЧИНІВ У ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С**

**Кривогуз І.М., Чемич М.Д., Сніцарь А.О.**  
*Сумський державний університет, м. Суми*

За даними ВООЗ, у різних країнах світу інфіковано вірусами гепатиту або перенесло захворювання близько 2 млрд. осіб. На сьогодні в світі нараховується 3 млн. хворих на вірусний гепатит В. Значні труднощі пов'язані з появою мутантних штамів вірусів гепатитів В і С. Захворювання, спричинені ними, гірше піддаються лікуванню, проблемною стає специфічна профілактика інфікування вірусом гепатиту В, зумовленої мутантними штамми. Все це свідчить, що проблема хронічних вірусних гепатитів В та С залишається далекою від вирішення.

Мета роботи - вивчення впливу озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду на перебіг хронічних вірусних гепатитів В і С.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 155 хворих на ХВГ В та С, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького. Серед них з ХВГ В було 35 пацієнтів (22,6 %), з ХВГ С – 120 (77,4 %). Верифікація діагнозу проводилась за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) (визначення в крові ДНК вірусу при ХВГ В або РНК – при ХВГ С) та імуноферментного аналізу (ІФА) (визначення антигенів та антитіл). Активність перебігу встановлювалась за допомогою визначення ступеня активності АЛАТ та АсАТ у сироватці крові: підвищення їх активності до 3 разів вище норми – мінімальна ступінь активності, в 3-5 разів – помірна, більше 5 разів – виражена ступінь активності перебігу ХВГ. Серед обстежених переважали особи чоловічої статі – 95 (61,3 %), жінок було 60 (38,7 %). Середній вік хворих становив (40,9±1,4) року. Переважна кількість пацієнтів мала мінімальну активність перебігу: 60 % при ХВГ С та 54 % - при ХВГ В, помірна активність – у 35,8 % та 40 %, виражена активність процесу – у 4,2 % та – 6 % хворих відповідно. У 62 % хворих на ХВГ С і у 46 % - на ХВГ В встановлена фаза реплікації, фаза інтеграції – у 38 % і у 54 % відповідно.

Обстеження пацієнтів проводилось за допомогою загальноприйнятих клінічних та лабораторних методів. У хворих визначалися загальний аналіз крові, показники червоної крові (концентрація гемоглобіну, середній об'єм еритроцитів, середня концентрація гемоглобіну в еритроцитах, концентрація гемоглобіну в одному еритроциті) (гематологічний аналізатор Cobas Micros); біохімічний аналіз (концентрація загального білірубіну в сироватці крові, активність ферментів) (біохімічний аналізатор COBAS E Mira); показники згортання крові (рекальцифікація, толерантність плазми до гепарину, показник тромботесту). Також проводилось УЗД органів черевної порожнини. Біохімічні та загальноклінічні дослідження проводились при госпіталізації та кожні наступні 10 днів перебування хворих у стаціонарі. Обчислювали інтегративні показники ендогенної інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК), лімфоцитарний індекс (Ллімф).

Озонотерапія на системному рівні проводилась у вигляді внутрішньовенного введення 200 мл озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду. Концентрація озону в розчині дорівнювала 3-6 мг/мл. Середня кількість проведених сеансів озонотерапії 3 з інтервалом через день. Озонування 0,9 % фізіологічного розчину натрію хлориду здійснювалося за допомогою універсального медичного озонатора «ОЗОН УМ-80», який призначений для отримання озону з медичного кисню шляхом електросинтезу. Математична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою пакету програм Microsoft Office Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежуваних хворих переважали хворі на ХВГ С – 120 (77,4 %), пацієнтів з ХВГ В було в 3,4 рази

менше – 35 (22,6 %). За статтю переважали чоловіки – 22 (62,9 %) при ХВГ В та 73 (61 %) при ХВГ С, жінок було – 13 (37,1 %) та 47 (39 %) відповідно. Найбільшу кількість серед хворих склали особи віком 21-30 та 51-60 років (по 23 % при ХВГ В, 35 % та 25 % при ХВГ С). Хворі на ХВГ В виказували скарги на біль у правому підребер'ї (98 %) та загальну слабкість (97 %). При ХВГ С на біль у правому підребер'ї скаржилась менша кількість хворих (88 %), на загальну слабкість така ж кількість пацієнтів (96 %), як і при ХВГ В. Збільшення печінки при ХВГ В визначалось до (13,2±1,6) см, при ХВГ С – до (14,0±3,1) см. Жовтушність шкіри та склер частіше відмічалась при ХВГ В (20 %), ніж при ХВГ С (14 %). Здуття живота відбувалось з однаковою частотою при ХВГ В (29 %) і при С (30 %). Середня кількість тромбоцитів була меншою у хворих на ХВГ С – (176,0±5,2) x 10<sup>9</sup>/л, ніж при ХВГ В – (186,0±4,6) x 10<sup>9</sup>/л (p<0,05). Показники загального аналізу крові були в межах норми та не відрізнялись у пацієнтів обох груп. Вміст загального білірубину в усіх обстежених коливався в межах (34,0±2,6) мкмоль/л та (37,1±4,3) мкмоль/л. Серед показників згортання крові час рекальцифікації та толерантність плазми до гепарину були в межах норми та не залежали від етіології гепатиту. Концентрація фібриногену в плазмі крові у хворих на ХВГ В та С була на нижній межі норми (2,4±0,2) г/л, що можна пояснити зниженням синтетичної функції печінки. Нормальний показник тромботесту визначався в більшій кількості хворих на ХВГ С (75 %), аніж при ХВГ В - (70,9 %), (p<0,05). При ультразвуковому дослідженні дрібнозерниста структура паренхіми печінки визначена майже в усіх пацієнтів з ХВГ С (92 %), з ХВГ В - у поодиноких випадках (7,4 %) (p<0,05). Також значно більше хворих на ХВГ С мало підвищену ехогенність паренхіми печінки - 92 %, при ХВГ В - 70,4 %, що свідчить про переважання явищ фіброзу при ХВГ С (p<0,05).

Наведені дані клініко-лабораторних ознак ХВГ В та С свідчать про подібність їх перебігу, але при ХВГ С спостерігалось більш швидке прогресування явищ фіброзу в порівнянні з ХВГ В.

Для дослідження впливу озонотерапії на перебіг хронічних вірусних гепатитів хворі були поділені на дві групи: основна група (I), в якій хворим вводився озонований фізіологічний розчин натрію хлориду. Пацієнтів з мінімальною активністю перебігу ХВГ було 17 (47,2 %), помірною – 19 (52,8 %); група порівняння (II) - 40 осіб, мінімальна та помірна активність перебігу спостерігалась у однакової кількості хворих.

За етіологічною структурою пацієнти основної групи розподілились таким чином: ХВГ В - у 15 (41,6 %), ХВГ С - у 21 (58,4 %). У групі порівняння було 17 (42,5 %) хворих на ХВГ В та 23 (57,5 %) – на ХВГ С.

У осіб, що отримали озонований 0,9 % фізіологічний розчин натрію хлориду, в загальному аналізі крові кількість лейкоцитів достовірно була вищою: з мінімальною активністю процесу - (4,9±0,2) x 10<sup>9</sup>/л, з помірною активністю - (5,2±0,6) x 10<sup>9</sup>/л, аніж у хворих групи порівняння: (4,0±0,2) x



$10^9$ /л і  $(4,4 \pm 0,5) \times 10^9$ /л відповідно ( $p < 0,05$ ), що можна пояснити імунокорегувальним, антигіпоксичним та дезінтоксикаційним впливом озонотерапії.

ШЗЕ була достовірно нижчою у хворих групи I: з мінімальною активністю перебігу -  $(4,4 \pm 0,5)$  мм/год, з помірною активністю -  $(4,2 \pm 0,8)$  мм/год, у групі II -  $(6,3 \pm 0,8)$  мм/год, -  $(6,2 \pm 0,5)$  мм/год ( $p < 0,05$ ) відповідно. Це свідчить про нормалізацію співвідношення різних класів протеїнів та фізико-колоїдного стану плазми крові внаслідок нормалізації синтетичної функції печінки. Гемоглобін та інші показники червоної крові після проведеного лікування істотно не змінилися та залишилися у межах норми.

У хворих I групи значно знижувався вміст загального білірубину: при мінімальній активності до  $(7,9 \pm 0,9)$  мкмоль/л, при помірній - до  $(12,0 \pm 0,7)$  мкмоль/л у порівнянні з II групою: до  $(14,0 \pm 1,1)$  мкмоль/л та до  $(16,0 \pm 2,1)$  мкмоль/л відповідно ( $p < 0,05$ ). Значне зниження білірубину при використанні озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду пов'язано з його значним дезінтоксикуючим ефектом.

Активність АлАТ і АсАТ зменшилась майже вдвічі у пацієнтів групи I: при мінімальній активності до  $(29,0 \pm 3,8)$  ОД/л та  $(31,0 \pm 5,5)$  ОД/л, при помірній активності до  $(60,0 \pm 5,6)$  ОД/л та  $(56,0 \pm 6,3)$  ОД/л. У хворих II групи з мінімальною активністю ці показники майже приходили до норми  $(52,0 \pm 3,4)$  ОД/л та  $(42,0 \pm 3,9)$  ОД/л, а при помірній активності були значно підвищені  $(177,0 \pm 6,8)$  ОД/л та  $(140,0 \pm 5,7)$  ОД/л відповідно ( $p < 0,05$ ).

У пацієнтів I-ої групи відбувалося значне зниження активності лужної фосфатази (ЛФ) та гамаглутамілтрансферази (ГГТ). Активність ЛФ у хворих I групи після проведеного лікування складала при мінімальній активності  $(102,0 \pm 7,7)$  ОД/л, при помірній активності -  $(165,0 \pm 8,8)$  ОД/л. У пацієнтів II групи активність ЛФ коливалась від  $(148,0 \pm 8,7)$  ОД/л при мінімальній активності до  $(192,0 \pm 8,0)$  ОД/л при помірній активності ( $p < 0,05$ ).

Активність ГГТ у сироватці крові хворих I групи також була нижчою у пацієнтів з мінімальною активністю -  $(26,0 \pm 3,8)$  ОД/л та з помірною -  $(94,0 \pm 5,6)$  ОД/л; у II-й групі -  $(37,0 \pm 5,1)$  ОД/л,  $(167,0 \pm 4,7)$  ОД/л відповідно ( $p < 0,05$ ). З наведеного видно, що зниження активності печінкових ферментів у сироватці крові (АлАТ, АсАТ, ЛФ, ГГТ) пов'язане з дезінтоксикаційним впливом озону при його системному використанні, а також стимульовальним та регенерувальним впливом на гепатоцити, посиленням функції мікросомальної системи печінки.

Інтегративні показники ендогенної інтоксикації при госпіталізації в хворих обох груп були на тому ж рівні (ЛШ -  $(1,2 \pm 0,1)$ , ГШ -  $(1,2 \pm 0,2)$ ). Після лікування у хворих I групи відбулось зниження ЛШ до  $(0,9 \pm 0,09)$  та ГШ до  $(0,9 \pm 0,1)$   $p < 0,05$ .

Висновки. Хронічні вірусні гепатити В та С переважно рееструються серед населення працездатного віку. Основні клінічні симптоми при ХВГ В та С під час госпіталізації мали однакову вираженість та частоту. Найчастіше

серед суб'єктивних ознак визначаються біль у правому підребер'ї та загальна слабкість, з об'єктивних - збільшення печінки в межах (13,2±1,6) - (14,0±3,1) см. Жовтушність шкіри та склер відмічалась переважно у хворих на ХВГ В. У хворих на ХВГ В і ХВГ С кількість лейкоцитів та тромбоцитів відповідає нижній межі норми, підвищення концентрації загального та прямого білірубину, активність трансаміназ, лужної фосфатази та гамаглутамілтрансферази не залежали від етіології гепатиту. У пацієнтів, які отримували озонований фізіологічний розчин натрію хлориду, відбувалось значне зниження ШЗЕ та концентрації загального білірубину. Відбувалось також зниження активності АлАТ і АсАТ у хворих групи I у порівнянні з пацієнтами II групи ( $p < 0,05$ ). Більш виражені позитивні зміни в біохімічному та загальноклінічному аналізах крові відбувались у хворих з помірною активністю перебігу хронічного вірусного гепатиту.

## **ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ**

**Кривцун С.І., Кругляк С.І., Бинда Т.П., Хоменко О.І.**

*Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди», Сумський державний університет, м. Суми*

Менінгококова інфекція (МІ) – тяжке інфекційне захворювання, яке в структурі дитячої смертності від інфекційних захворювань займає одне з перших місць.

За останні 5 років в області захворіло на менінгококову інфекцію 98 дітей у віці до 14 років. З них до 1 року – 26 дітей, 1-2 років – 23, 3-6 років – 27, 7-14 років – 22. Серед перехворілих з менінгококковим менінгітом було 29 дітей, з менінгококцемією – 31, з менінгококковим менінгітом та менінгококцемією – 23, назофарингітом – 5. З 2004 по 2008 рік у Сумській області померло 7 дітей, з них від менінгококового менінгіту – 1, від менінгококцемії – 4, від менінгококового менінгіту та менінгококцемії – 2. Віковий склад померлих був наступним: до 1 року – 1 дитина, 1-3 роки – 3, старше 3 років – 3.

Серед причин, які могли вплинути на несприятливий перебіг менінгококової інфекції, слід виділити наступні: пізні звернення батьків дітей з МІ за медичною допомогою, недостатнє надання медичної допомоги дітям з МІ на догоспітальному етапі, смерть дітей з МІ в середньому наступила впродовж першої доби від початку захворювання; пізня госпіталізація дітей з МІ після звернення за медичною допомогою, не виведення зі стану шоку дітей з МІ при переведенні в інший стаціонар. У переважної більшості дітей з МІ безпосередньою причиною смерті був крововилив у наднирники.

Важливим терапевтичним заходом, що сприяє зниженню летальності при МІ, є якомога раннє призначення антибактеріальної терапії на догоспітальному етапі. Навіть при підозрі на МІ на догоспітальному етапі показано призначення антибіотиків. Це пов'язано з тим, що менінгококи в крові хворого знаходяться у фазі швидкого росту і затримка в призначенні антибіотика, навіть на декілька годин, може призвести до летального наслідку. Згідно деяких джерел, стартовим антибіотиком при МІ має бути пеніцилін. Однак дослідження, що були проведені співробітниками Британського королівського коледжу педіатрії та здоров'я дітей разом з дитячим відділенням Лондонського імперського коледжу, показали, що у дітей, які отримували пеніцилін догоспітально, МІ перебігала більш тяжко, частіше спостерігалися її несприятливі наслідки. На сьогодні в практичних рекомендаціях у Великій Британії та інших розвинутих країнах Європи в якості антибіотиків, що рекомендуються застосовувати на догоспітальному етапі при МКК, є цефалоспорини 3 покоління – цефтріаксон та цефотаксим. Однак у 2007 р. Американське агентство по контролю за продуктами та ліками (FDA) повідомило про зміни у розділі „безпека” в інструкції до цефтріаксону (Rocephine, Roche Pharmaceuticals, Inc). Було додано описання можливого ризику, який пов'язаний з одночасним застосуванням цефтріаксону та препаратів кальцію. Описані випадки смертельних реакцій в результаті випадіння кальцій-цефтріаксонового преципітату в легенях та нирках у новонароджених дітей. Деякі з цих випадків мали місце при введенні цефтріаксону і препаратів кальцію різними шляхами і в різний час. Внаслідок ризику випадіння дрібних часток осаду цефтріаксону не можна його змішувати з розчинами, що містять кальцій, типу розчину Рінгера. Одночасне застосування цефтріаксону з кальцієм протипоказано навіть через різні інфузійні лінії. Повинно пройти не менше 48 годин між отриманням останньої дози цефтріаксону і введенням препаратів, що містять кальцій.

Враховуючи вищевикладене, цефотаксим повинен бути антибіотиком першої лінії при менінгококовому сепсисі у випадках, коли на госпітальному етапі передбачається застосування препаратів кальцію. Однак цефтріаксон можна розглядати як антибіотик першої лінії у дітей при менінгококовому менінгіті або в якості препарату для продовження терапії менінгококового сепсису після гострої фази, коли введення препаратів кальцію більше не потрібне.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ**

**Кулеш Л.П.**

*Обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Гострі вірусні гепатити є однією з поширених інфекцій в усьому світі, які вражають переважно людей молодого віку. Переважання субклінічних і безжовтяничних форм, важкодоступні достовірні засоби діагностики та специфічної профілактики призводять до розвитку ускладнень та значного зниження працездатності населення.

Ретроспективно проаналізовано 34 історії хвороби хворих на гострі вірусні гепатити, які знаходились на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького у 2007-2008 роках. 17 (50 %) хворих отримували сеанси плазмаферезу (основна група), 17 (50 %) хворих приймали традиційну терапію (контрольна група).

В основній групі чоловіків - 12 (71 %) у віці від 18 до 68 років, жінок – 5 (29 %), їх вік коливався у межах 24-68 років. У контрольній групі чоловіків - 10 (59 %) у віці від 26 до 57 років, жінок - 7 (41 %) віком - 18-32 роки. В усіх хворих захворювання мало переважно середньотяжкий перебіг.

Діагноз ВГ в обох групах був підтверджений знаходженням маркерів вірусних гепатитів методом ІФА та ПЛР. ГВГ А діагностовано у 15 хворих (44 %), ГВГ В – у 15 (44 %), ГВГ С – у 4 (12 %).

Кожний пацієнт отримав 3-4 сеанси плазмаферезу. В середньому за сеанс об'єм видаленої плазми склав 600-700 мл, об'єм плазмозамінників 500 мл. Процедуру всі хворі переносили задовільно, без ускладнень. Після 2-3 сеансів відмічено значне покращення загального стану; зменшення проявів інтоксикації, інтенсивності жовтяниці; зниження загального білірубину в 3 рази - з 173 мкмоль/л до 57 мкмоль/л; АлАТ у 4 рази - з 1865 ОД/л до 482 ОД/л; АсАТ у 4 рази - з 1393 ОД/л до 346 ОД/л. У хворих контрольної групи відмічено зниження загального білірубину в 2 рази - з 149 ОД/л до 72 ОД/л; АлАТ у 3 рази - з 1654 ОД/л до 551 ОД/л, АсАТ у 3 рази - з 1248 ОД/л до 410 ОД/л.

Таким чином, даний метод ефективно впливає на лікування хворих на ГВГ, покращує загальний стан, зменшує інтенсивність жовтяниці та нормалізує біохімічні показники крові.

# ВПЛИВ ЕПКП ТА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ НА АУТОХТОННУ МІКРОФЛОРУ КИШЕЧНИКУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕШЕРИХІОЗ

Липовська В.В.

Сумський державний університет, м. Суми

Епідемічна ситуація по захворюваності дітей – мешканців північного регіону України на ешерихіоз, спричинений ентеропатогенною кишковою паличкою (ЕПКП), на сьогодні залишається напруженою. У зв'язку з цим одним з надзвичайно важливих питань є питання епідеміологічного моніторингу, який би оцінював вплив ЕПКП на мікробіоценоз шлунково-кишкового тракту.

Метою дослідження було вивчення змін якісного складу та кількісного вмісту аутохтонної мікрофлори кишечника дітей, які відбулись під впливом ЕПКП та застосованої антибіотикотерапії.

У пацієнтів діагноз “ешерихіоз, спричинений ЕПКП”, був підтверджений бактеріологічним дослідженням. Чутливість збудників ешерихіозу до антибактеріальних препаратів вивчали за допомогою диско-дифузійного методу на середовищі Мюллер-Хінтона. Вміст мікрофлори у випорожненнях досліджували за методикою згідно до методичних рекомендацій “Лабораторна діагностика дисбактеріозів”.

Було обстежено 98 дітей віком від 2 місяців до 8 років, у яких ешерихіоз спричинений 14 сероварами ЕПКП. Серед ідентифікованих сероварів переважали серовари O55:H6 у 27,7 % та O111:H2 – у 25,1 % пацієнтів. Хворі були поділені на 3 вікові групи: I група – діти віком від 2 до 12 місяців – 46 (46,9 %) дітей, II група – діти від 1 до 3 років – 38 (38,8 %) дітей та III група – діти 6-8 років – 14 (14,3 %) дітей.

Вивчення чутливості штамів ЕПКП до антибактеріальних препаратів показало, що 98 % циркулюючих штамів були чутливими до норфлоксацину, тоді як до гентаміцину були чутливі лише 22 % штамів. Також було з'ясовано, що всі циркулюючі штами ЕПКП були резистентними до ампіциліну. Частіше резистентними до антибактеріальних препаратів були серовари ЕПКП O85a:K61, O125:K70 та всі штами серовару «408».

Після застосування антибіотиків для лікування через 4 тижні з різних клінічних причин було проведено дослідження фекалій дітей на дисбактеріоз з метою вивчення впливу ЕПКП та хіміотерапії на мікробіоценоз кишечника.

Нами були виявлені такі статистично достовірні зміни аутохтонної мікрофлори кишечника дітей. Кількість *Bifidobacterium spp.* у кишечнику всіх обстежених дітей коливалась у межах  $10^5$ – $10^7$  КУО/г фекалій, що значно нижче норми. У 55,1 % дітей вміст біфідобактерій склав  $10^6$  КУО/г фекалій і тільки у 22,4 % хворих їх кількість досягала  $10^7$  КУО/г.

Виявлено було також зниження вмісту лактобактерій до показників  $10^3$ – $10^6$  КУО/г. У 46,9 % дітей кількість лактобактерій склала  $10^3$  КУО/г випорожнень та у 34,7 % дітей їх кількість досягала  $10^5$  КУО/г.

Вміст бактероїдів у всіх пацієнтів був зниженим, не перевищував показника  $10^6$  КУО/г фекалій і складав у пацієнтів  $10^3$ – $10^6$  КУО/г.

Значні зміни були виявлені в якісному складі та кількісному вмісті *E. coli*. У 72,2 % пацієнтів дисбіотичні зміни характеризувались зниженням загальної кількості повноцінної у ферментативному відношенні *E. coli*. Її вміст складав менше  $10^6$  КУО/г фекалій. Тільки у 4 % пацієнтів вміст повноцінної у ферментативному відношенні *E. coli* складав  $10^7$  КУО/г. У 28,6 % пацієнтів виявлені лактозонегативні серовари ешерихій та у 41,9 % пацієнтів – серовари *E. coli* зі зниженою ферментативною активністю. Кількісний вміст лактозонегативних *E. coli* складав  $10^7$  КУО/г фекалій, а вміст *E. coli* зі зниженою ферментативною активністю становив  $10^5$  КУО/г. Всі серовари *E. coli* проявляли гемолітичну активність, а 68 % сероварів *E. coli* лізувались донорспецифічним бактеріофагом MS2. Нашу увагу привернув той факт, що дефіцит біфідобактерій та лактобактерій поєднувся зі 100 % гемолітичною активністю *E. coli*.

Аналізуючи отримані результати, можна стверджувати про значний вплив ЕПКП та антибіотикотерапії на якісний склад та кількісний вміст аутохтонної мікрофлори кишечника дітей.

## **ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ПОКАЗОВИХ НАВЧАЛЬНО-ТРЕНУВАЛЬНИХ ЗАНЯТЬ З ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТА ЛІКВІДАЦІЇ ОСЕРЕДКА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СУМЩИНІ**

**Лисенко Н.А., Троцька І.О., Чемич М.Д., Жук П.І., Христенко Г.І.**

*Управління охорони здоров'я, Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, Сумський державний університет, Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми*

Боротьба з інфекційними хворобами, під ризиком виникнення яких перебуває більше 5 млрд. людей на Землі, може бути успішною лише за умови високого професіоналізму всіх спеціалістів, що задіяні у проведенні протиепідемічних, профілактичних та лікувальних заходів в осередках. У рамках підготовки фахівців до роботи в умовах занесення на територію області особливо небезпечних інфекцій на Сумщині вже 6 років поспіль проводяться показові обласні навчально-тренувальні заняття.

Метою цих занять є:

-акцентування уваги на першочерговості проведення адекватних лікувально-діагностичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на недопущення розповсюдження особливо небезпечних інфекцій у регіоні;

-удосконалення надання невідкладної медичної допомоги інфекційним хворим шляхом підвищення кваліфікаційного рівня медичних працівників загальної мережі з питань інфектології;

-відпрацювання керівництва протиепідемічними заходами при виявленні хворого на карантинну інфекцію.

Тематика та місце проведення занять визначаються під час планування основних заходів управління охорони здоров'я облдержадміністрації та санітарно-епідеміологічної служби. Так, у 2006 році обласні показові навчально-тренувальні заняття, які були присвячені питанням боротьби з пташиним грипом, відбулись на базі закладів охорони здоров'я м.Суми, а в 2007 р. фахівці Лебединської районної санітарно-епідеміологічної станції та центральної районної лікарні продемонстрували заходи з локалізації та ліквідації умовного осередку холери. У подальшому досвід та знання, отримані під час проведення цих навчань, з успіхом були використані при ліквідації не умовних, а справжніх осередків небезпечних інфекцій (пташиний грип – 2006 р., холера – 2007 р.).

У 2009 р. тематика навчань була присвячена проблемі висококонтагіозної геморагічної вірусної гарячки (ВКГВГ). Саме досвідом їх організації ми і хочемо поділитися.

У підготовці та проведенні цих занять приймали участь спеціалісти управління охорони здоров'я, обласної санітарно-епідеміологічної станції, науковці медичного інституту Сумського державного університету, а також задіяні заклади: Роменська центральна районна лікарня і Роменська районна санітарно-епідеміологічна станція.

Заняттям передувала значна підготовча робота, під час якої були вирішені питання зміцнення матеріально-технічної бази задіяних лікувально-профілактичних закладів, закуплені дезінфікувальні засоби, засоби індивідуального захисту, лікарські препарати, предмети медичного забезпечення.

До участі в заняттях були запрошені фахівці, які несуть відповідальність за організацію роботи лікувальних і санітарно-епідеміологічних закладів області в умовах занесення на її територію особливо небезпечних інфекцій. Всього участь у навчаннях прийняли понад 100 спеціалістів.

Згідно з затвердженим Порядком, заняття проводились у два етапи: організація протиепідемічних заходів при виявленні хворого на ВКГВГ в амбулаторних умовах та організація роботи інфекційного стаціонару. В рамках занять був продемонстрований навчальний відеоролік “Локалізація та ліквідація вогнища ВКГВГ на Роменщині”, створений спеціалістами Роменської центральної районної лікарні та районної санітарно-епідеміологічної станції.

Проведені навчання дали реальну змогу кожному з присутніх опинитися у центрі подій, побачити послідовність лікувально-діагностичних та протиепідемічних заходів при виявленні хворого з підозрою на карантинну інфекцію.

Навчання продемонстрували злагодженість у роботі окремих ланок одного ланцюга при виконанні поставлених завдань, відповідність планів

перепрофілювання структур лабораторної, клінічної служб реальній ситуації, дали можливість акцентувати увагу на першочерговості адекватних лікувально-діагностичних та протиепідемічних заходів.

Висока організація роботи закладів відобразила достатній рівень клінічної та лабораторної діагностики, бездоганну організацію протиепідемічних і профілактичних заходів в осередках.

Кожен з присутніх усвідомив важливість проблеми інфекційної захворюваності - соціальної проблеми усього суспільства, яка вимагає від нас щоденної кропіткої праці та безперервної професійної підготовки.

Про результативність проведення обласних навчально-тренувальних занять свідчать підсумки діяльності інфекційної служби області, які оцінюються Міністерством охорони здоров'я України належним чином.

## **РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ “АНТИГЕПАТИТ” НА 2007-2011 РОКИ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ПРОБЛЕМИ**

**Лисенко Н.А., Сніцарь А.О., Чемич М.Д., Троцька І.О., Рябіченко В.В.**  
*Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, Сумський державний університет, Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Вірусні гепатити В та С є однією з найактуальніших проблем сучасної інфектології, оскільки приводять до значних економічних та соціальних втрат через розвиток цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми, інвалідизації хворих. За статистичними даними, на 1 випадок гострої форми вірусного гепатиту В і С припадає 8-10 випадків хронічних гепатитів. Така пропорція спостерігається і в Сумській області.

Рівень виявлення хворих на гепатити серед обстежуваних контингентів в області протягом останніх років залишається одним з найвищих в Україні. За період 2002-2008 рр. кількість обстежених на маркери гепатиту В зросла більше, ніж на 70 %. Відповідно і питома вага виявлених хворих від числа обстежених зросла з 2,2 % у 2002 р. до 6,3 % у 2008 р. Кількість обстежених на маркери гепатиту С за цей період також збільшилась з 18,5 до 33,3 тис. осіб. Питома вага виявлених серед них хворих зросла з 2,7 % у 2002 р. до 11,6 % у 2008 р. Все це свідчить про високу якість діагностичної роботи мережі.

Сучасні методи діагностики та лікування дають можливість виявити захворювання на ранніх стадіях, запобігти розвитку великої кількості позапечінкових проявів, впливають на якість та своєчасність проведення профілактичних і протиепідемічних заходів в осередках. Однак, їх доступність подекуди вкрай низька внаслідок відсутності відповідної національної програми.



Розуміючи нагальну потребу у вирішенні даного питання, управління охорони здоров'я разом з кафедрою інфекційних хвороб Сумського державного університету ініціювало перед обласною державною адміністрацією та обласною радою прийняття обласної програми "Антигепатит" із забезпеченням реального фінансування.

Після проведеної значної підготовчої роботи, зустрічей з депутатами профільного комітету, програма діагностики, лікування та профілактики вірусних гепатитів "Антигепатит" на 2007-2011 роки була прийнята сесією обласної ради у вересні 2007 року.

Основними її пріоритетами стали: створення умов для проведення сучасного безкоштовного обстеження всіх хворих у районах області; створення централізованої ПЛР-лабораторії на базі обласної інфекційної лікарні; безкоштовне забезпечення сучасним противірусним лікуванням соціально незахищених верств населення (медичні працівники, інваліди тощо); вакцинопрофілактика гепатиту В; упровадження сучасних методів діагностики та еферентних методів лікування. В області станом на жовтень 2009 року противірусного лікування потребує 362 хворих на вірусний гепатит В та С. Вартість лікування одного хворого складає від 50 до 150 тис. грн. у залежності від наявності того чи іншого гепатиту та генотипу вірусу гепатиту С.

За час дії програми вдалося отримати додаткові кошти на придбання імуноферментних аналізаторів, тест-систем для них, були відкриті міжрайонні гепатологічні кабінети, видані методичні рекомендації для лікарів області з питань сучасної діагностики та лікування вірусних гепатитів, створений електронний реєстр хворих. Важливим, на наш погляд, було отримання перших коштів для проведення високоякісної противірусної терапії пегільованими інтерферонами та рибавірином, яку наразі отримують 8 хворих на хронічний вірусний гепатит С. У 3 хворих, яким закінчено лікування, вірус гепатиту С у крові не визначається.

Заслугує уваги питання імунопрофілактики вірусного гепатиту В, що здійснюється в області з 2001 року. Впровадження профілактичних щеплень позитивно вплинуло на стан захворюваності вірусним гепатитом В серед контингентів, які отримали вакцинацію. Зокрема, серед дитячого населення з 2004 року реєструються поодинокі випадки захворювань на гепатит В.

Позитивно вплинула вакцинація і на захворюваність гепатитом В медичних працівників, рівень якої в даній професійній групі знизився з 71,4 на 100 тис. контингенту у 2001 році до 4,6 у 2008 або в 15,5 разу.

Дещо погіршило ситуацію переведення фінансування вакцинації проти гепатиту В медичних працівників за кошти місцевих бюджетів. Проте, в даному напрямку область спрацювала досить ефективно.

Не менш важливим моментом є привернення уваги як медичної спільноти, так і депутатського корпусу до проблеми вірусних гепатитів,

отримане позитивне рішення щодо фінансування заходів програми “Антигепатит” і у поточному році.

Відповідно до програми у 2009 році розпочато роботу апарата для гемодіалізу з модулем екстракорпоральної підтримки печінки (апарат “Штучна печінка”). Вартість робіт по встановленню апарата склала 100 тис. грн.

Враховуючи незадовільну ситуацію з поширення вірусних гепатитів, управління охорони здоров'я спільно з МОЗ ініціювало створення загальнонаціональної програми з діагностики, профілактики та лікування вірусних гепатитів з відповідним фінансовим забезпеченням.

Закон України “Про державні цільові програми” робить можливим створення такої програми, яка дасть законодавче підґрунтя для прийняття відповідних регіональних програм.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ**

**Лисенко Н.А., Панченко О.П.**

*Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Суми*

ВІЛ-інфекція - хвороба, яка виснажує імунну систему людини і веде до виникнення ряду опортуністичних інфекцій та онкологічних захворювань, підриває здоров'я людини. Наслідком такого порушення є зниження працездатності та потреба в постійному лікуванні. На жаль, без активного лікування це призводить до необхідності надання ВІЛ-інфікованим хворим довічної соціальної допомоги. Враховуючи, що в усьому світі середній вік ВІЛ-інфікованих становить 33 роки і суспільство втрачає свою найбільш працездатну частину, питання реабілітації хворих на ВІЛ-інфекцію є важливою складовою ВІЛ-сервісної медицини.

Основною частиною реабілітації ВІЛ-інфікованих є високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ). Незважаючи на довічність ВААРТ та значні фінансові витрати на її проведення, антиретровірусна терапія є єдиним засобом покращити життя хворим на ВІЛ-інфекцію, надати можливість працювати та зменшити соціальні витрати на лікування опортуністичних інфекцій.

Станом на 01.09.2009 року в області під диспансерним наглядом перебувають 792 ВІЛ-інфікованих, з яких 125 - хворі на СНІД. Показанням для призначення ВААРТ є третя та четверта клінічні стадії хвороби і рівень імуносупресії (CD4 менше 350 клітин).

У Сумській області проведення ВААРТ розпочато з червня 2006 року. З початку введення по теперішній час довічну АРВ-терапію призначено 131 особі, 17 хворим з четвертою, 61 - з третьою, 10 - з другою, 5 - з першою

клінічними стадіями хвороби. Призначення лікування пацієнтам з першою та другою стадіями хвороби проводилось при рівні CD4 менше 200 клітин. Станом на 01.10.2009 року 21 особа знята з ВААРТ: 8 по причині смерті, 4 - у зв'язку з розвитком синдрому реконституції імунної системи, 4 особи переведені в інші заклади, 9 – відмовились від терапії.

У 53 осіб, які продовжують ВААРТ протягом 2 років, не розвинулись нові опортуністичні інфекції, що свідчить про імунокомпетентність ВІЛ-інфікованих. У 51 пацієнта спостерігається підвищення рівня CD4. За даними моніторингу цього показника, відмічається чітка закономірність росту CD4 від початкового рівня: чим ближче до 350 клітин показник CD4 на початку ВААРТ, тим стабільніше та швидше відбувається імунологічне відновлення. Тільки 2 особам була проведена заміна схеми ВААРТ з причини імунологічної неефективності.

Таким чином, покращення клінічного стану та імунологічних показників надало можливість відновити працездатність хворим, що отримують ВААРТ, яка є одночасно лікувальним та реабілітаційним заходами в організації допомоги та підтримки ВІЛ-позитивних людей.

## **ПОСТКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЙ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

**Лобанов О.О., Чемич М.Д., Троцька І.О.**  
*Сумський державний університет, м. Суми*

ВІЛ-інфекція – не лише медична проблема, але й проблема соціального розвитку та національної безпеки, основними глобальними та регіональними аспектами якої залишаються зростання числа інфікування вірусом та смертей від СНІД.

В умовах стрімкого поширення ВІЛ-інфекції серед населення, враховуючи аспекти професійної діяльності, медичні працівники входять до групи ризику щодо інфікування ВІЛ.

Щороку в Україні близько 5 тис. медичних працівників набувають статус потерпілих під час виконання ними професійних обов'язків на робочому місці. Все це зумовлює необхідність удосконалення існуючих та пошуку нових запобіжних заходів.

Мета. Проаналізувати випадки зареєстрованих аварійних ситуацій на робочих місцях медичних працівників у Сумській області та вивчити ефективність комплексу заходів щодо попередження ВІЛ-інфікування медичних працівників після контакту з ВІЛ.

Матеріали і методи. Був проведений ретроспективний аналіз аварійних ситуацій на підставі ретельного вивчення звітів закладів охорони здоров'я про небезпечні контакти із потенційно інфікованим матеріалом на робочому місці за період 2003 - 2 міс. 2009 рр..

Досліджено дані щодо посади потерпілих, місця та стажу роботи, дій під час небезпечної ситуації, характеру ушкоджень, відомостей про контакти, що включали тип і кількість потенційно небезпечної рідини, глибину ушкодження, проведення постконтактної профілактики (ПКП), відомостей про пацієнта, з біологічними рідинами якого відбувся контакт, його ВІЛ-статус, дані про антиретровірусну терапію.

Результати дослідження та їх обговорення. В лікувально-профілактичних закладах Сумської області зареєстровано 36 аварійних ситуацій, пов'язаних із ризиком ВІЛ-інфікування, в які залучено 36 медичних працівників.

Реєстрація аварій проводилася у встановленому порядку з добровільною згодою потерпілого. Після проведення реєстрації аварії потерпілому пропонували (за його інформованою згодою) пройти обстеження на наявність антитіл до ВІЛ. Уперше кров для тестування за кодом 115 (медичний контакт) відбиралася безпосередньо після аварії, але не пізніше 5-ти днів після неї. Наступне тестування проводилося через 3, 6 місяців і через 1 рік після небезпечного контакту.

При аналізі даних аварійних ситуацій виявлений наступний розподіл потерпілих за ступенем ризику інфікування: високий ступінь з ймовірністю інфікування 0,3 % - 27, низький – 9, з ймовірністю інфікування 0,09 %.

У 34 випадках позитивний ВІЛ-статус пацієнта був відомий до контакту, у двох – встановлений відразу після аварії стандартним експрес-тестом, у подальшому підтверджений методом ІФА.

Переважну кількість постраждалих склали жінки, яких було в 4 рази більше, ніж чоловіків – 29 проти 7. Частіше аварійні ситуації спостерігались у роботі середнього медичного персоналу: 22 (61 %) випадки, серед лікарів - 10 (28 %), серед молодшого медичного персоналу – 4 (11 %).

Найбільший ризик інфікування ВІЛ виявлено у відділеннях хірургічного профілю (торакальне, хірургічне, акушерське, відділення анестезіології та реанімації), де відбулося 24 (67 %) аварійні ситуації.

При аналізі стажу роботи виявилось, що більшість профаварій виникала у медпрацівників, які працюють за спеціальністю від 5 до 10 років – 17, 5 – при стажі роботи до 5 років (із них 1 студент медичного коледжу), 14 – при стажі роботи більше 10 років.

У 18 (50 %) випадках мали місце порушення техніки виконання маніпуляцій та нехтування правилами особистої безпеки, в тому числі індивідуальними засобами захисту.

При аналізі характеру медичних маніпуляцій, які стали причиною аварійних ситуацій, визначено, що у 14 (39 %) випадках причиною профаварії було проведення ін'єкцій, у 12 (33 %) – знезараження медичного інструментарію, у 5 (14 %) – постановка підключичного катетера, у 4 (11 %) – надання допомоги при епілептичному нападі, в 1 (3 %) – робота з біоматеріалом у лабораторії.

В усіх 36 випадках результати дослідження крові медичних працівників

на наявність антитіл до ВІЛ 1/2, відібраної відразу після аварії, були негативними.

ПКП антиретровірусними препаратами проводилась у 32 випадках. Одному потерпілому ПКП не проведена за протипоказаннями (наявність автоімунного гепатиту), трьом – за відсутністю їх згоди. При цьому в двох випадках ризик інфікування був мінімальним (попадання крові на неушкоджену шкіру). Встановлено, що всі пацієнти, які були джерелом інфекції, в минулому не приймали антиретровірусних препаратів.

Вибір медикаментів для ПКП залежав від наявності препаратів у медичних установах. 7 постраждалим ПКП проводилась ретровіром, 4 – комбівіром за відсутності в області на той час інших антиретровірусних препаратів, 7 – дуовіром і калетрою, 5 – ретровіром, дуовіром і вірасептмом, 5 – ретровіром, зидоламом і ламівудином, 4 – зидовудином і калетрою, 4 – зидоламом і ефавіром. Медичні працівники відзначили добру переносимість препаратів, не було побічної дії та алергічних проявів. Усі, кому призначалась ПКП, одержали її повний 28-денний курс.

Станом на 01.03.09 р. 30 медичним працівникам проведені контрольні тестування на антитіла до ВІЛ через 3, 6, 12 місяців, 3 потерпілим у 2008 р. – через 3 та 6 місяців. При цьому в усіх випадках результати обстеження були негативними.

Висновки. За ступенем ризику інфікування встановлений високий ступінь з ймовірністю інфікування 0,3 % у 27 (75 %), низький у 9 (25 %) – ймовірність інфікування 0,09 %. Переважну кількість постраждалих склали жінки, яких було в 4 рази більше, ніж чоловіків. Найбільший ризик інфікування ВІЛ виявлено в відділеннях хірургічного профілю. Частіше аварійні ситуації спостерігались у роботі середнього медичного персоналу (61 %), у порівнянні з лікарями та молодшим медичним персоналом. Більшість профаварій виникають у медичних працівників із стажем роботи від 5 до 10 років (47 %), що можна пояснити зниженням настороги та почуття небезпеки при ще недостатньому досвіді. В 50 % випадках мали місце порушення техніки безпеки та нехтування універсальними запобіжними заходами. ПКП проведена в 32 випадках. Медичні працівники відзначили добру переносимість препаратів та відсутність побічної дії і алергічних проявів. За результатами контрольних обстежень ВІЛ-інфікування у потерпілих не відбулося, що свідчить про достатню ефективність комплексу заходів з профілактики ВІЛ після контакту, в тому числі ефективність ПКП антиретровірусними препаратами.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕБРИСУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ**

**Лядова Т.І., Волобуєва О.В., Малий В.П., Скімова Н.О., Власова А.І.**  
*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Харківська медична академія післядипломної освіти, Обласна клінічна інфекційна лікарня, Багатопрофільна клінічна лікарня № 17, м. Харків*

Однією з найактуальніших проблем пульмонології є антибактеріальна терапія пацієнтів з негоспітальними пневмоніями (НП). Вибір антибактеріального засобу практично завжди є для лікаря дуже серйозним і відповідальним рішенням, оскільки все більшого значення приймає мультирезистентність мікроорганізмів, що сформувалася в результаті нераціонального застосування антимікробних препаратів.

У нашій країні зареєстровані і давно застосовуються три покоління препаратів фторхінолонового ряду. Нещодавно зареєстрований гатіфлоксацин (Тебріс, «Мілі Хелськере Лтд», Великобританія) – сучасний антибактеріальний препарат фторхінолонового ряду IV покоління. Перевагою гатіфлоксацину й інших нових фторхінолонів є їх поліпшена активність відносно *S. pneumoniae* і висока ефективність проти більшості збудників інфекційних захворювань нижніх дихальних шляхів. Дія даного препарату пов'язана зі швидким всмоктуванням з травного тракту, широким розподілом у тканинах і створенням високих концентрацій у біологічних середовищах, що перевершують плазматичні концентрації.

Мета дослідження - оцінка клінічної ефективності і терапевтичної переносимості Тебріса у хворих на НП.

Матеріали і методи. З урахуванням критеріїв, що рекомендуються для включення в дослідження, під нашим спостереженням знаходилися пацієнти обох статей старше 18-ти років, у яких рентгенологічно були підтверджені ознаки НП, що потребують госпіталізації.

У дане дослідження було включено 26 пацієнтів з НП: чоловіки – 18 (69,2 %), жінки – 8 (30,8 %). Середній вік хворих коливався від 18 до 72 років і складав  $42,1 \pm 17,6$  року. Відповідно до наказу МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р., НП рекомендується розділити на 4 групи залежно від ступеня тяжкості процесу. НП 3-ої групи, до якої відносяться хворі НП з нетяжким перебігом, що потребують госпіталізації за медичними або соціальними показаннями, діагностовано у 80,8 % (21 пацієнт); НП 4-ої групи, до якої відносяться хворі з тяжким перебігом НП, що потребують госпіталізації в ВРІТ або ПІТ – у 12,2 % (5 пацієнтів).

Клінічна симптоматика тяжкого інфекційного ураження нижніх дихальних шляхів спостерігалася в усіх пацієнтів, що знаходилися під нашим спостереженням: кашель, задишка, біль у грудній клітці, висока температура тіла, значні ознаки інтоксикації.

Кровохаркання визначалося в 4 (15,4 %) пацієнтів. У більшості хворих у клініці НП домінували перкуторні й аускультативні ознаки, що свідчать про патологію з боку легеневої тканини. У 27,0 % (7 хворих) відзначалося двобічне ураження легенів. Слід зазначити, що при односторонньому ураженні легеневої тканини зміни виявлялися праворуч – у 19 (73,0 %) пацієнтів. Лейкоцитоз визначався у 22 (84,6 %) хворих, зсув лейкоцитарної формули вліво також у 22 (84,6 %) хворих. Анемія була виявлена у 4 (15,4 %) хворих НП, підвищення ШОЕ у 84,6 % (22 пацієнтів).

Тебріс хворим на НП у комплексній терапії, яка включала муколітичні препарати (амброксол, амбробене), полівітаміни і метаболічні препарати, призначали по східчастій схемі: від 2 до 4-х днів препарат вводили внутрішньовенно краплинно одноразово в дозі 400 мг на добу. Після поліпшення стану хворого (зниження температури тіла, задишки, вираженості симптомів інтоксикації, позитивної «аускультативної динаміки») хворого переводили на пероральний прийом препарату в дозі 200 мг 2 рази на добу протягом 10-12 днів.

Клінічну ефективність антибактеріальної терапії оцінювали за динамікою активності запального процесу в легенях. Динаміка клінічних і лабораторних ознак враховувалася до початку лікування, в процесі лікування (3-5 доба терапії) і після закінчення лікування (ефективність) – на 3-5 добу після закінчення прийому препарату.

Висновки. Гатіфлоксацин (Тебріс) є високоефективним антибактеріальним препаратом для лікування НП з різним ступенем тяжкості. Позитивна динаміка клінічних проявів хвороби відзначалася вже на 3-й день від початку терапії. Тебріс має добру терапевтичну переносимість у хворих на НП. Зручний режим дозування (400 мг внутрішньовенно одноразово або 200 мг 2 рази на добу перорально) дозволяє максимально дотримувати режим прийому і підтримувати необхідну концентрацію у вогнищі запалення, що впливає на клінічну і бактеріологічну ефективність терапії.

## **ЦИРКУЛЮЮЧІ ГЕНОТИПИ ВІРУСА ГЕПАТИТУ А В УКРАЇНІ** **Малий В.П., Бойко В.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків*

Незважаючи на профілактичні та протиепідемічні заходи, що проводяться, рівень захворюваності на ГА залишається досить високим: за даними ВООЗ, щорічно в світі реєструється більше 1,4 млн. випадків гострого ГА. Насправді ж захворюваність на ГА, як повідомляється, перевищує ці показники більш, ніж у 10 разів.

За класифікацією ВООЗ, Україна віднесена до регіону з середнім типом ендемічності ГА. Динаміка захворюваності за останні 20 років

характеризується як некерована інфекція з чергуванням рівнів підйомів і зниження, періодичністю 8-10 років. Середня захворюваність ГА в Україні в 20-60 разів перевищує країни з високим рівнем економічного розвитку.

З боку науковців визначається постійна увага до різних аспектів проблеми ГА, перш за все специфічної діагностики, у тому числі і генодіагностики. Досвід використання методу ПЛІР і генотипування, за матеріалами різних дослідників, показав принципову можливість його застосування для генотипування вірусу ГА (А.Т. Подкологин, 2002; З.А. Мукомолов., 2003; N. Zheleznova et al., 2003). Генодіагностика виявляє більш детальну характеристику ампліфікованих ділянок генома. При вивченні штамів, циркулюючих у різних регіонах земної кулі, виділено 7 генотипів HAV. З них 4 генотипи виділено від хворих ГА (1, 2, 3, 7) і 3 - (4, 5, 6) з випорожнень мавп. Слід зазначити, що всі 7 генотипів мають загальний антиген, що є дуже важливим для генодіагностики ГА.

Для встановлення циркулюючих генотипів ГА нами проведені дослідження в Харківській, Закарпатській, Полтавській, Донецькій, Миколаївській та Сумській областях України. Результати обстеження наведені в таблиці.

Для обстеження проведено відбір сироваток в розпалі захворювання (при госпіталізації в стаціонар) і в стадії реконвалесценції (12-16-й дні захворювання).

#### Частота виявлення генотипів вірусу ГА

Виявлений генотип	Абс. число	%
1А	91	72,8
3А	34	27,2
<b>Всього</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

Серед обстежених хворих генотип 1А HAV виявлявся у 72,8 % і частіше у чоловіків (у 67,2 % випадків). Причому, в більшості хворих була зареєстрована середньотяжка форма (у 78 %). Генотип 3А був виявлений значно рідше – у 27,2 % хворих і також частіше у чоловіків – у 86,4 %. Причому, в цих хворих, навпаки, відмічалась легка тяжкість захворювання (85,3 %).

Висновки. На підставі проведених досліджень генотипування вірусу ГА на території України виявлена циркуляція 1А и 3А генотипів вірусу ГА. Причому, в Полтавській та Миколаївській областях був виявлений тільки генотип 1А, у Сумській він переважав, тоді як у Донецькій та Харківській з порівнянню однаковою частотою зустрічалися обидва генотипи.



## ВИЗНАЧЕННЯ СЕРОГРУПИ NEISSERIA MENINGITIDIS У ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНІЙ РІДИНІ МЕТОДОМ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ

Малий В.П., Віннікова Н.В., Нартов П.В.

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Метою нашої роботи була оцінка методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) для визначення серогрупи *Neisseria meningitidis* А, В і С.

Було досліджено 82 зразки цереброспинальної рідини (ЦСР), взяті у хворих при госпіталізації в клініку кафедри інфекційних хвороб ХМАПО, в яких лабораторно був підтверджений діагноз менінгококового менінгіту: в 44 хворих бактеріологічно був виявлений менінгокок, у 82 – в ЦСР виявлена наявність менінгокової ДНК методом ПЛР з родоспецифічними праймерами до гена *16S* рРНК. З 44 випадків бактеріологічно підтвердженого менінгококового менінгіту серогрупа в реакції аглютинації з культурою була визначена в 24 (54,5 %) випадках (А – 17, В – 6, С – 1).

ПЛР для визначення серогрупи менінгококів проводили з використанням праймерів до генів, які беруть участь у синтезі капсульних полісахаридів менінгококів: для серогрупи А – *tunA* ген, для серогруп В і С – *siaD* ген. Специфічність і чутливість серогрупових праймерів за результатами модельних експериментів на бактеріальних штаммах склали 100 %.

При дослідженні методом ПЛР за допомогою серогрупових праймерів ЦСР 44 хворих з бактеріологічно підтвердженим менінгококовим менінгітом серогрупа менінгококів була визначена в 37 (84 %) випадках (А – 23, В – 11, С – 3). ПЛР з серогруповими праймерами підтвердила результати визначення серогрупи в реакції аглютинації з культурою і дозволила додатково розшифрувати серогрупу менінгокока ще в 14 (32 %) зразках ліквору (рис. 1.).

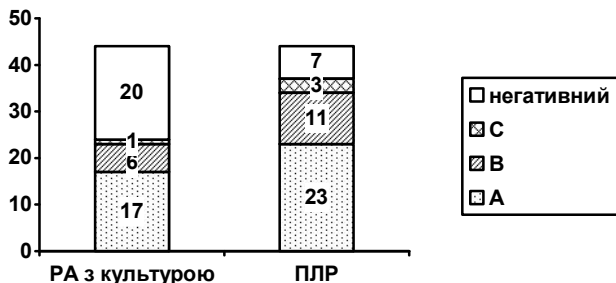


Рис. 1. - Результати серогрупування менінгокока в реакції аглютинації з культурою та методом ПЛР з серогруповими праймерами

При дослідженні ЦСР методом ПЛР з серогруповими праймерами 38 хворих з негативними даними бактеріологічного дослідження, у яких діагноз

менінгококового менінгіту був підтверджений виявленням менінгококової ДНК у лікворі, в 33 випадках вдалося встановити серогрупу менінгокока (А – 17, В – 13, С – 3).

В цілому, з 82 випадків менінгококового менінгіту, підтвердженого виявленням менінгококової ДНК у лікворі методом ПЛР з родоспецифічними праймерами, серогрупу менінгококів методом ПЛР з серогруповими праймерами вдалося встановити в 70 (85,4 %) випадках (А – 40, В – 24, С – 6).

Таким чином, використання ПЛР дозволило підвищити рівень розшифровки серогрупи менінгококів на 56 % у порівнянні з бактеріологічним методом. Висока специфічність (100 %) і чутливість (100 % при роботі на штамах, 96 % – на клінічному матеріалі) ПЛР на ДНК *N. meningitidis* серогруп А, В і С підтверджує надійність результатів ПЛР-серогрупування навіть за відсутності іншого лабораторного підтвердження.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ**

**Малий В.П., Шепилева Н.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків*

Лайм-бореліоз – трансмісивне природно-осередкове захворювання, збудником якого є спірохета комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, а переносником іксодові кліщі. В Україні хвороба Лайма офіційно реєструється з 2000 року. Є всі підстави вважати, що природні вогнища цієї інфекції можуть існувати по всій території України (В.П.Малий, 1999). Щорічно показник звертання населення Харківської області за медичною допомогою з приводу укусів кліщів зростає і становить від 2,3 на 100 тис. населення в 2003 році до 18,2 на 100 тис. населення у 2008 році. У період епідеміологічних сезонів 2007 – 2009 років до обласного Центру з діагностики та лікування хворих на Лайм-бореліоз, створеного в 2004 році на базі обласної клінічної лікарні під спостереженням знаходилось 82 пацієнта з фактом присмокування кліща в анамнезі, які були госпіталізовані з попередніми діагнозами: хвороба Лайма; кліщовий енцефаліт?; лептоспіроз?; менінгіт?; лихоманка невідомого генезу. Діагноз встановлювали, враховуючи епідеміологічні, клінічні, лабораторні дані. Заключний діагноз «хвороба Лайма» був встановлений у 75 випадках, що складає 91,5 % від загального числа госпіталізованих.

Стадія ранньої локалізованої інфекції спостерігалася у 63 (84 %) хворих. При цьому у всіх хворих відзначалася мігруюча еритема, що в 32 % пацієнтів супроводжувалася сверблячкою. Синдром інтоксикації мав місце у 51 %, регіонарний лімфаденіт - у 9 %, суглобовий синдром - у 27 % хворих.

Стадія ранньої інфекції (безеритемна форма) спостерігалась у 3 (4 %) осіб, які були обстежені серологічно (з позитивним результатом на Ig M до *Borrelia burgdorferi* s. l.). Після факту присмокування кліща ці хворі скаржились на слабкість, швидку втомлюваність, зниження працездатності, лихоманку на субфебрильних цифрах. У 1 особи рання інфекція клінічно проявлялась множинними кільцеподібними еритемами, лихоманкою, слабкістю, головним болем.

Стадія ранньої інфекції з генералізацією процесу характеризувалась полісистемним ураженням організму і була діагностована у 7 (9,3 %) хворих. З переважним ураженням нервової системи лікувалось три особи, у яких була неврологічна симптоматика з дифузним головним болем, парестезіями, емоційною лабільністю. При МРТ обстеженні головного мозку у 1 хворого виявлені поодинокі вогнищеві утворення до 12 мм в діаметрі, легка гідроцефалія. У трьох осіб переважним було ураженням суглобів, яке супроводжувалося артралгіями, обмеженням рухомості суглобів, набряком периартикулярних тканин. У однієї особи - картина гепатиту з легким перебігом (при ультразвуковому дослідженні визначалася гепатомегалія, в біохімічних аналізах - помірне підвищення активності АлАТ).

У двох осіб (2,7 %) – хронічний перебіг з переважним ураженням шкіри. В одного хворого розвинувся акродерматит, у другого - хронічна еритема на тлі загально-інфекційного синдрому.

В залежності від стадії хвороби до схеми терапії було включено такі антибактеріальні препарати: цефтріаксон по 1,0 г х 2 р в/м, цефтріаксон по 1,0 г х 2 р в/м + вобензим 5 т х 3рази на добу перорально, азитроміцин по 0,5 г х 1раз в/в або перорально, цефоперазон/сульбактам по 1,0 г х 2 р в/м. Лікування проводилося протягом 14 – 21 днів. Після проведених курсів антибактеріальної терапії основні клінічні ознаки хвороби нівелювались.

Вищезазначене свідчить, що для Харківського регіону все більш актуальною стає проблема діагностики та лікування Лайм-бореліозів. Різноманітні варіанти клінічного перебігу бореліозної інфекції диктують необхідність взаємодії фахівців різного профілю і їх націленість на своєчасну діагностику, лікування та диспансерне спостереження за хворими для досягнення успішного результату.

## **ВПЛИВ БАКТЕРІОЦИНІВ НА АДГЕЗИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ СТАФІЛОКОКІВ**

**Місюрьова В.О., Дикий І.Л., Філімонова Н.І.**

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків*

Відомо, що головною функцією нормальної мікрофлори людини є забезпечення колонізаційної резистентності травного тракту. В звичайних умовах підтримання колонізаційної резистентності здійснюється за

рахунок продукції антибіотичних речовин (бактеріоцинів), конкуренції за місце адгезії, пригнічення адгезії умовно-патогенних бактерій, інгібування транслокації та ряду опосередкованих механізмів.

Вважається, що основною вимогою при підборі виробничих штамів для препаратів-пробіотиків повинна бути їх висока колонізаційна активність. При цьому особливу увагу слід приділяти таким факторам колонізації як антагоністична та адгезивна активності.

Адгезивна активність є першим етапом розвитку колонізаційного процесу і в багатьох випадках бажана для пробіотиків, у той час як у патогенних мікроорганізмів розглядається в якості одного зі стартових механізмів розвитку інфекції. Таким чином, при підборі пробіотиків для корекції дисбіозу, що викликаний тим чи іншим патогеном, доцільне порівняння адгезивних властивостей патогену та пробіотика з метою з'ясувати, чи може даний пробіотик конкурувати з патогеном за субстрати зв'язування та тим самим перешкоджати колонізації останнього в організмі.

Серед представників етіологічно значущих за поширенням збудників дисбактеріозу кишечника питома вага належить патогенним представникам стафілококів. З урахуванням цього в якості тестованої інфекційної моделі використана референтна культура *S. aureus* ATCC-25923. Спрямований вплив на адгезивні властивості обраного збудника дисбактеріозу кишечника оцінений шляхом залучення до експерименту бактеріоцинів, відповідно продукованих колібактерином, лактобактерином, біфідумбактерином і біфіколом. За експериментально доведеною модифікацією у якості цито-об'єкту адгезії використані еритроцити.

За результатами дослідження встановлена здатність досліджуваних бактеріоцинів суттєво пригнічувати вихідні рівні адгезивного потенціалу стафілококу. При цьому доведено, що найбільш значною антиадгезивною активністю по відношенню до стафілококу відрізнялись бактеріоцини, продуковані біфіколом, а найменшою – бактеріоцини від колібактерину.

Одночасно в межах здійснюваного аналізу не обходить актуальністю екстраполяція отриманих результатів у контексті клінічного визначення перспективності застосування пробіотиків при лікуванні дисбактеріозу кишечника. Як позитивний показник при цьому доцільно враховувати на паритетне суміщення у властивостях пробіотиків мікроекологічно спрямованих антимікробних і антиадгезивних активностей по відношенню до збудників дисбактеріозів кишечника.

Таким чином, прогнозовані ефекти пробіотикотерапії полягають у двохстадійній реалізації. Завдяки продукованим бактеріоцинам пробіотики у початкову стадію акцентовано виявляють притаманні антиадгезивні властивості. Останнє у поєднанні з антимікробною активністю пробіотиків забезпечує вивільнення з поверхні клітин-

мішеной попередньо фіксованих збудників дисбактеріозу і на цьому тлі нівелює їх патогенні властивості. У другу стадію реалізації пробіотикотерапії вивільнені від збудників клітини-мішені за адгезивними ефектами контамінують пробіотики. Запропонована схема теоретично висвітлює ймовірні варіанти у лікувальній спроможності пробіотикотерапії.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРИАЗОЛІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В**

**Несторук І.П.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Проблема лікування хронічних вірусних гепатитів сьогодні є однією з найактуальніших для охорони здоров'я. В комплексній терапії цих захворювань поряд з основним противірусним лікуванням широко використовуються ліки з метаболічним типом дії. Одним із таких середників метаболічної корекції є тіотриазолін, який широко використовується і в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні ім. З.Й. Красовицького.

Фармакологічний ефект тіотриазоліну обумовлений протиішемною, мембраностабілізуючою, антиоксидантною та імуномодулювальною діями. Тіотриазолін запобігає руйнуванню гепатоцитів, знижує ступінь жирової інфільтрації та поширення централобулярних некрозів печінки, сприяє процесам репаративної регенерації гепатоцитів, нормалізує в них білковий, вуглеводний, ліпідний та пігментний обміни, збільшує швидкість синтезу та виділення жовчі, нормалізує її хімічний склад.

Препарат посилює компенсаторну активацію анаеробного гліколізу, активує процеси окислення в циклі Кребса зі збереженням внутрішньоклітинного фонду АТФ. Тіотриазолін активує антиоксидантну систему і гальмує процеси окислення ліпідів в ішемізованих ділянках міокарда, зменшує чутливість міокарда до катехоламінів, запобігає прогресивному пригніченню скорочувальної функції серця, стабілізує і зменшує відповідно зони некрозу та ішемії міокарда. Покращує реологічні властивості крові за рахунок активації фібронолітичної системи.

Метою нашої роботи було вивчити вплив тіотриазоліну на перебіг хронічного вірусного гепатиту В (ХВГ В).

Аналіз клінічних проявів ХВГ В у 28 хворих при застосуванні тіотриазоліну за схемою: по 2 мл внутрішньом'язово 2,5 % розчину впродовж 10 днів із подальшим призначенням по 1 табл. 3-4 рази на добу протягом 20 днів дозволив визначити терапевтичний вплив препарату на перебіг хвороби.

У 75 % хворих спостерігалось покращання загального стану, діяльності шлунково-кишкового тракту, зменшення астеничного синдрому, в 67,9 % -

зменшення проявів цитолітичного та холестатичного синдромів, у 57,1 % – зменшення гепато – та спленомегалії.

За умови використання терапевтичних доз, побічних реакцій при застосуванні тіотриазоліну не зареєстровано.

Отже, призначення тіотриазоліну в комплексній терапії хворих на ХВГ В позитивно впливає на клінічний перебіг хвороби.

## **ПРО ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

**Павлюк П.О., Бутенко В.М.**

*Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Суми*

На думку Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН), ВІЛ-інфекція стала причиною «найбільш масштабного регресу в розвитку людства» в сучасній історії. У найбільш уражених країнах ВІЛ-інфекція зменшила тривалість життя більше, ніж на 20 років, затримала економічний ріст та призвела до ускладнення благополуччя багатьох сімей.

Не оминула ця проблема і Сумщину. В області, як і в Україні загалом, на фоні високих темпів поширення ВІЛ/СНІД зберігається тенденція до щорічного збільшення кількості ВІЛ-інфікованих громадян. За результатами територіальної рейтингової оцінки епідемічної ситуації за підсумками 2008 року, область займала 4-е рангове місце в державі. Станом на 01.07.2009 р. на обліку в обласному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом знаходиться 769 ВІЛ-інфікованих осіб, показник поширеності становить 64,6 на 100 тис. населення (в Україні – 209,4).

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році в області було офіційно зареєстровано 1218 ВІЛ-інфікованих, у тому числі 258 хворих на СНІД. 92 особи померли від СНІДу.

У 2009 році кількість вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед жителів області в порівнянні з аналогічним періодом 2008 року збільшилась з 94 до 108 (у показниках відповідно з 7,8 до 9,1 на 100 тис. населення, Україна – 21,7). Реєструється уповільнення темпів приросту захворюваності з 18 до 16,2 %. Зростання захворюваності відбулось на 6 адміністративних територіях.

Низькі рівні захворюваності на ВІЛ підтверджуються даними сероепідеміологічного моніторингу: чим вища доступність обстеження на ВІЛ для осіб з груп ризику в регіоні, тим реальніше можна оцінити епідемічну ситуацію.

Завдяки проведеним управлінням охорони здоров'я організаційним заходам, у 2009 році вдалось у 2 рази збільшити кількість обстежень на ВІЛ за рахунок коштів обласного бюджету. Таким чином, за рахунок Державного бюджету (обстеження) у І півріччі 2009 р. у Сумській області було проведено 19,5 тис. обстежень донорів і вагітних, а за рахунок обласного бюджету –

21,2 тис. обстежень осіб з інших груп населення, що склало відповідно 47,9 % та 52,1 % від кількості усіх обстежень на антитіла до ВІЛ (40,8 тис.). При цьому серед донорів та вагітних антитіла до ВІЛ виявлено у 15 випадках, а серед інших груп населення – в 113, що склало відповідно 11,7 % та 88,2 % від кількості усіх позитивних результатів сероепідмоніторингу (128). Про стабільну ситуацію з ВІЛ-інфекції в області свідчить і той факт, що значне збільшення обсягів обстежень населення не призвело до збільшення кількості позитивних знахідок. Абсолютне число виявлених ВІЛ-інфікованих осіб залишилось на рівні минулого року (128 проти 132 за 6 місяців 2008 р.). Показник інфікованості зменшився з 0,45 % у 2008 році до 0,31 %.

Основною метою збільшення обсягів обстеження населення було максимальне виявлення ВІЛ-інфікованих у ранніх стадіях захворювання для вчасного призначення профілактики і лікування опортуністичних інфекцій. Поставлена мета була досягнута. У 81,6 % хворих, які обстежені на ВІЛ та стали на диспансерний облік у 2009 році, діагностовано 1-2 клінічні стадії, в той час як у I півріччі 2008 року цей показник дорівнював 69 %.

Найбільш наочно епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції у Сумській області відображають показники інфікованості ВІЛ серед донорів та вагітних. За показником інфікованості ВІЛ серед донорів Сумська область у 2008 р. посідала 4-е рангове місце серед усіх регіонів країни. Інфікованість ВІЛ донорів складала 0,03% проти 0,13% в Україні. В поточному році цей показник становить 0,05%.

Вважається, що рівень інфікованості вагітних достатньо точно відображає рівень інфікованості ВІЛ і тенденції розвитку епідемії серед загального населення. Даний показник у I півріччі 2009 року склав 0,1 % проти 0,12 % за аналогічний період минулого року (середній по Україні у 2008 р. – 0,34 %). Ці дані об'єктивно свідчать про доволі низький рівень поширеності ВІЛ-інфекції в області на сучасному етапі. Випадків виявлення ВІЛ у вагітних при повторному обстеженні у другій половині вагітності не зареєстровано.

У відповідності з темпами поширення епідемії серед загального населення зростає кількість ВІЛ-інфікованих серед жінок репродуктивного віку та вагітних, що викликає цілий комплекс проблем, пов'язаних із життям та подальшим народженням від них дітей. За весь період епідемії в області народилось 149 дітей від ВІЛ-інфікованих матерів, з яких 13 мають підтверджений позитивний ВІЛ-статус. З початку 2009 року в пологоводопоміжних закладах народилось 17 немовлят від ВІЛ-інфікованих матерів (6 місяців 2008 р. – 16). У всіх випадках призначена медикаментозна профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Злагоджені дії лікарів акушер-гінекологів та інфекціоністів дозволили знизити рівень вертикальної трансмісії до 4%, що нижче ніж у середньому в Україні.

Реальну загрозу для суспільства становить вихід епідемії за межі груп ризику. Починаючи з минулого року, відмічаються зміни в структурі шляхів передавання ВІЛ-інфекції. Якщо до 2008 року інфікування відбувалось

переважно при вживанні ін'єкційних наркотиків, то зараз – при незахищених статевих контактах. У 2009 році зареєстрована найбільша кількість інфікованих статевим шляхом і лише кожний четвертий ВІЛ-інфікований – споживач ін'єкційних наркотиків.

Майже дві третини осіб, яким діагноз встановлено в поточному році, – це молоді люди віком від 18 до 35 років. Слід відзначити, що статевий шлях передавання більш характерний для молоді, в той час як понад 50 % ВІЛ-інфікованих старше 35 років заразились при вживанні ін'єкційних наркотиків. 90 % з них – чоловіки віком від 26 до 45 років, які проживають у міській місцевості. Серед інфікованих статевим шляхом 71 % - жінки. До того ж у 2009 році питома вага жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих уперше за всю історію спостереження перевищила 50 %. Така ситуація має мотивувати населення до подружньої вірності, захищених інтимних стосунків, утримання від вживання ін'єкційних наркотиків.

Невпинне поширення ВІЛ-інфекції серед населення призводить, як правило, до збільшення показників захворюваності на СНІД та смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб. Прискоренню прогресування ВІЛ-інфекції сприяють супутні захворювання (вірусні гепатити В та С, наркотична залежність, туберкульоз), які досить часто виявляються серед хворих, особливо серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Вірус імунодефіциту людини є найсильнішим з усіх відомих факторів ризику активації туберкульозу.

Кількість хворих на СНІД у 2009 році збільшилась у порівнянні з аналогічним періодом попереднього року з 16 до 36 випадків (у показниках відповідно з 1,3 до 3,0 на 100 тис. населення, Україна – 4,8). Такі дані свідчать про пізні звернення хворих за медичною допомогою, а також про покращення якості діагностики СНІД-індикаторних захворювань, у т.ч. шляхом визначення рівня імунітету (CD4). Так, кількість випадків виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих зросла з 10 до 30. З 36 зареєстрованих у 2009 році хворих на СНІД у 25 діагностовано ВІЛ-асоційований туберкульоз, у т.ч. у 7 – позалегеновий. Крім цього, захворіли на туберкульоз ще 5 хворих, у яких СНІД-індикаторні захворювання діагностовано в минулі роки. Результатом тісної співпраці між обласним центром профілактики і боротьби зі СНІДом та протитуберкульозним диспансером стало підвищення настороженості лікарів щодо ВІЛ-асоційованого туберкульозу при проведенні диференціальної діагностики.

З 3 до 11 зросла кількість осіб, померлих від СНІДу (у показниках відповідно з 0,2 до 0,9 на 100 тис. населення, Україна – 2,7). Четверо померлих – споживачі ін'єкційних наркотиків, які відмовлялись від диспансерного нагляду та не отримували антиретровірусного лікування.

Результатом проведеної обласним центром профілактики і боротьби зі СНІДом організаційної роботи по доохопленню медичним спостереженням осіб, у яких у минулих роках виявлені антитіла до ВІЛ, стало покращення



показників взяття на диспансерний нагляд. З початку року медичними закладами області зареєстровано 108 ВІЛ-інфікованих, що становить 84,4 % від виявлених за результатами сероепідмоніторингу (минулого року – 71,2 %, в Україні – 51 % або тільки кожний другий).

У 2009 році в обласному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом упроваджені найсучасніші методи діагностики: проточна цитофлюорометрія та підтверджувальні дослідження, в т.ч. методом імуного блоту, які до цього часу проводились у столичних закладах охорони здоров'я.

Завдяки введенню у попередніх роках додаткових лікарських посад та впровадженню сучасних діагностичних методик (УЗД-діагностика, гастродіброскопія, цитофлюорометрія), підвищилась якість надання медичної допомоги пацієнтам, які звертаються до обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом, наслідком чого стало зростання майже в 1,5 рази кількості звернень до закладу (з 1469 до 2130). Кількість звернень з приводу ВІЛ-інфекції зросла в 2 рази, з 838 до 1651 осіб. Для забезпечення якісного моніторингу та лабораторного супроводу АРВ-терапії розглядається можливість приведення штатного розпису обласного центру СНІДу до вимог наказу МОЗ України №122 від 12.03.2008 р. У даний час кількість існуючих штатних посад закладу не відповідає нормативам.

З червня 2006 року в області впроваджена високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ). За цей період лікування було розпочато 110 особам, ще четверо прибули з інших регіонів, де раніше отримували препарати. У 15 випадках лікування було припинено, з них 5 хворих померли, 6 – відмовились від лікування, 3 – вибули в інші регіони України, 1 хворому препарати були відмінені у зв'язку з розвитком токсичного гепатиту. Випадки смерті осіб, що знаходились на ВААРТ, пов'язані з синдромом реконституції, коли на фоні відновлення імунної системи у хворих розвинувся позалегеневий туберкульоз, який неможливо було діагностувати клініко-інструментальними методами до початку ВААРТ.

Станом на 01.07.2009 року отримують антиретровірусну терапію 99 ВІЛ-інфікованих, що становить 12,9 % від диспансерної групи (Україна станом на 01.01.2009 р. – 11,6 %). На лікуванні знаходяться також 9 з 13 дітей, позитивний ВІЛ-статус яких підтверджено. Препарати 1-го ряду призначені 93 хворим, 2-го ряду – 6-м, у т.ч. 1 дитині. До кінця року планується лікування 113 ВІЛ-інфікованих.

При динамічному спостереженні в усіх випадках відмічається позитивна динаміка клінічних (відсутність розвитку нових опортуністичних інфекцій), імунологічних (підвищення рівня CD4-лімфоцитів), вірусологічних (зменшення вірусологічного навантаження до рівня, який не визначається) показників.

Призначення ВААРТ здійснюється на базі обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом. У червні 2009 року відкриті два нових

сайти впровадження ВААРТ (Шосткинська та Конотопська центральні районні лікарні).

Профілактика та лікування опортуністичних інфекцій з початку року були проведені 237 хворим на ВІЛ/СНІД з 769, що перебувають на диспансерному обліку (30,8 %).

*В м. Суми в рамках системи епіднадзора другого покоління проводиться дозорний епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією (ДЕН). За результатами дослідження 2008 року показник інфікованості споживачів ін'єкційних наркотиків (12,7 %) був у 2,4 рази вищий, ніж за результатами сероепімоніторингу (5,3 %). У порівнянні з попереднім дослідженням, проведеним у 2006 році, рівень інфікування ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків зменшився з 18 до 12,7 %.*

З метою забезпечення виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 02.06.2009 № 302 затверджені відповідні заходи.

Стан виконання програм профілактики ВІЛ/СНІДу двічі заслухано на засіданнях обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу під головуванням заступника голови обласної державної адміністрації Лаврика О.Ф. (у т.ч. на одному виїзному засіданні в м. Шостка).

Продовжується функціонування благодійних програм, спрямованих на зменшення поширення ВІЛ у середовищі ін'єкційних наркоманів, жінок комерційного сексу в містах Суми, Конотоп, Шостка, Охтирка, Ромни та супровід антиретровірусного лікування хворих на ВІЛ/туберкульоз. На виконання цих програм у 2008 році залучено з недержавних джерел фінансування близько 800 тис. грн.

За I півріччя 2009 року з обласного та місцевих бюджетів на виконання заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки профінансовано 952 тис. грн.

Стримати епідемію ВІЛ/СНІДу можливо лише спільними зусиллями влади та громадськості, бо кожен випадок інфікування – це недолік профілактики.

## РЕФОРМУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ СЛУЖБИ ОБЛАСТІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

**Павлюк П.О., Сніцарь А.О., Ільченко І.П.**

*Управління охорони здоров'я обласної держадміністрації, обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Інфекційні хвороби - це не лише показник якості життя і здоров'я окремої людини, а й важлива соціально-економічна проблема, яка має наслідки для держави в цілому, залишаючись однією з основних причин інвалідності і смертності населення.

Закладами охорони здоров'я області сумісно з санепідслужбою і медичним інститутом СумДУ здійснений комплекс заходів, спрямованих на зниження рівня інфекційної захворюваності та недопущення втягнення до епідпроцесу об'єктів підвищеного епідризику, завдяки чому вдалося уникнути епідспалахів і зберегти умови для нормального функціонування життєзабезпечуючих служб області.

Проте епідемічна ситуація залишається напруженою, щорічно в області реєструється біля 200 тисяч випадків захворювань на інфекційні хвороби. У такій ситуації дуже важливо керуватись результатами аналізу діяльності інфекційної служби, її матеріально-технічного забезпечення та готовністю до роботи в умовах епідускладень і виникнення випадків особливо небезпечних інфекцій.

Загалом ресурси і матеріально-технічне забезпечення інфекційної служби Сумської області на рівні державного. Мережа інфекційної служби області – це 23 стаціонари, 16 із них розміщені на базі центральних районних лікарень, 6 - у м. Суми, 16 (66,7 %) стаціонарів знаходяться в типових приміщеннях (Україна – 40 %). Ліжковий фонд інфекційної служби області становить 697 ліжок, в тому числі 417 для дорослих і 280 - для дітей. Таким чином, забезпеченість інфекційними ліжками для дорослих складає 3,49 на 10 тис. населення (Україна - 3,21), інфекційними ліжками для дітей – 14,2 (Україна – 16,07).

Значно нижчі за середньообласні показники забезпеченості інфекційними ліжками для дорослих у Конотопському районі – 1,57, Ямпільському – 1,84 (і ті не працюють), Глухівському – 2,41. Найнижча забезпеченість інфекційними ліжками для дітей у Роменському – 3,35, Глухівському – 4,86, Конотопському – 4,89 районах.

Краще, ніж у державі, область забезпечена боксованими ліжками – 70,7 % (Україна – 39 %).

Відповідають нормативам 15 стаціонарів – 62,5 % (Україна – близько 35 %). Два стаціонари потребують реконструкції (Путивльська, С. Будська ЦРЛ), два – нового будівництва (інфекційне відділення обласної Роменської психлікарні, обласна інфекційна клінічна лікарня), один – капітального ремонту (В. Писарівська ЦРЛ). Дуже повільно вирішується питання

відкриття інфекційного відділення в Ямпільській ЦРЛ. Лише 2 відділення мають локальні очисні споруди (8,7 %).

Усі інфекційні стаціонари у своєму складі мають палати інтенсивної терапії, оснащеність обладнанням та апаратурою яких складає 76 %. Майже зовсім не обладнані палати інтенсивної терапії в інфекційних відділеннях С. Будської, Путивльської, В. Писарівської, Л. Долинської ЦРЛ.

Наказом управління охорони здоров'я Сумської ОДА від 3 квітня 2007 р. № 318 “Про створення відділення інтенсивної терапії на базі Сумської обласної інфекційної клінічної лікарні ім. З.Й. Красовицького” в травні 2007 р. розпочато функціонування відділення інтенсивної терапії в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні. З травня 2009 року в відділенні інтенсивної терапії і реанімації впроваджені в дію апарат для гемодіалізу з модулем екстракорпоральної підтримки печінки “Штучна печінка”, перший в північно-східному регіоні держави.

Аналіз діяльності ліжкового фонду інфекційної служби показав, що кількісні і якісні середньообласні показники на рівні середньодержавних. У 2008 році дещо нижчий за минулорічний відсоток виконання плану ліжко-днів інфекційних ліжок для дорослих – 64,6 проти 67,8. Найнижчі показники ефективності використання інфекційних ліжок для дорослих у Глухівському районі 35,3, Охтирському – 41,04, Роменському – 43,6. Районним фахівцям даних ЦРЛ необхідно вжити заходів щодо підвищення ефективності використання інфекційних ліжок для дорослих.

Набагато ефективніше в області працюють ліжка для дітей, відсоток виконання плану ліжко-днів становить 93,3 (2007 р. – 89,3), практично не працюють ліжка в Л. Долинському районі (7,2 %, 2007 р. – 10,8 %).

Слід відмітити, що тенденція до зниження активності використання інфекційних ліжок спостерігається сьогодні в усіх областях України загалом, але у зв'язку з постійною потенційною загрозою виникнення спалахів, епідемій і, навіть, пандемій, мова про скорочення ліжкового фонду служби не йдеться, так як інфекційне ліжко – резерв охорони здоров'я.

Поліклінічна допомога хворим надається у 26 кабінетах інфекційних захворювань.

Кадровий потенціал інфекційної служби в області достатній: працює 72 інфекціоніста, в т.ч. 13 дитячих. Забезпеченість лікарями інфекціоністами складає 0,5 на 10 тис. населення (Україна – 0,6). На сьогодні підготовленими спеціалістами укомплектовані практично всі інфекційні стаціонари і кабінети інфекційних захворювань, крім посад лікарів-інфекціоністів Л. Долинської, С. Будської ЦРЛ.

Факховий рівень інфекціоністів області вищий за державний. Питома вага атестованих лікарів інфекціоністів від підлягаючих становить 98,7 % (Україна – 94,5 %), від загальної кількості – 76,6 % (Україна – 71,3 %).

Враховуючи вищезазначене та з метою удосконалення надання медичної допомоги інфекційним хворим області та обсягів кваліфікованої медичної

допомоги хворим з інфекційною та паразитарною патологією, в області прийнятий відповідний наказ управління охорони здоров'я Сумської ОДА від 28.09.09 № 627, яким удосконалений порядок направлень і госпіталізації хворих з інфекційною та паразитарною патологією.

Поряд з цим, однією з задач сьогодення залишається покращення якості амбулаторно-поліклінічної допомоги інфекційним хворим. І в цьому напрямку важливим є визначення ролі лікаря загальної практики-сімейної медицини в діагностиці, лікуванні та профілактиці інфекційних хвороб, що вимагає від нас зосередити увагу на удосконаленні підготовки медичних працівників усіх рівнів з питань інфектології.

## **ПАТОЛОГІЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**

**Піддубна А.І.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Шлунково-кишковий тракт відноситься до систем, що постійно уражаються у хворих на ВІЛ-інфекцію. Різноманітні види патології з проявами діареї виявляються у 30-50 % пацієнтів. Діарея обумовлена як прямою дією віруса, так і токсичною дією ліків, суперінфекціями.

Мета роботи - дослідити частоту та характер ураження шлунково-кишкового тракту у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що знаходилися на лікуванні в СОІКЛ ім. З.Й. Красовицького.

Результати. З 2001 р. по 2008 р. у СОІКЛ ім. З.Й. Красовицького під наглядом знаходилось 95 хворих у віці від 16 до 44 років з діагнозом "ВІЛ-інфекція". Клінічні прояви патології шлунково-кишкового тракту в більшості випадків були обумовлені діареєю, що тривала понад місяць, дисфагією, здуттям живота, болем в епігастрії та гіпогастрії, зменшенням маси тіла. На пронос з частотою до 5 разів на добу скаржилися 20 (21 %) пацієнтів; більше 5 разів – 4 (4,2 %). У 58 (61 %) осіб було діагностовано дисбактеріоз кишківника: з них I ступеня – 19 осіб, II – 29, III – 10. Зменшення маси тіла відмічалось у 28 (29,5 %) осіб: до 10 % - у 9, понад 10 % - у 14, у 5 випадках діагностовано ВІЛ-обумовлену кахексію. Серед супровідної патології найбільшу питому вагу мали прояви холециститу у 38,9 % випадків (клінічно та за даними УЗД), дискінезії жовчо-вивідних шляхів за гіпокінетичним типом (27,4 %), панкреатиту (5,3 %), жовчо-кам'яної хвороби (3,2 %). 1 випадок госпіталізації був пов'язаний з шлунково-кишковою кровотечею.

Висновки. У ВІЛ-інфікованих відмічається значна частота ураження шлунково-кишкового тракту. Найбільш розповсюджені скарги: діарея, біль у епі- та гіпогастрії, зменшення маси тіла. В структурі захворюваності провідне місце належить дисбактеріозу, що був діагностований у 61 % пацієнтів.

Серед супровідної патології найчастіше виявлялися холецистит, дискінезія жовчо-вивідних шляхів за гіпокінетичним типом, панкреатит.

## **СТРАТЕГІЯ ПРАЙМ-БУСТ У КОНТЕКСТІ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ВІЛ/СНІДУ**

**Піддубна А.І.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Незважаючи на численні заходи профілактики, кількість людей, що живуть з ВІЛ, продовжує зростати. У зв'язку з цим особливого значення набуває комплекс превентивних заходів, частиною якого є створення безпечної та ефективної вакцини.

Мета роботи: проаналізувати надбання останніх років у галузі вакцинації проти ВІЛ/СНІДУ, дослідити нові підходи застосування вакцинних препаратів.

На сучасному етапі більше 30 кандидатних вакцин проходять чи пройшли I та II фази клінічних досліджень. Вже розроблені вакцини на основі рекомбінантних векторів, живих атенуйованих вірусів, рекомбінантних білків та субодиночних антигенів.

Привертає увагу ДНК-імунізація, яка має низку переваг (низька вартість, стабільність ДНК-конструкцій), але найважливіша – здатність активувати як гуморальну, так і клітинну ланки імунітету. Проте, в дослідях доведено, що імунна відповідь на введення ДНК плазмиди є слабкою та спостерігається лише в частині випадків [Boyer J., 2002]. Для посилення імунних властивостей рекомбінантної ДНК була запропонована стратегія прайм-буст [Wierzbicki A., 2006]. Методика полягає в тому, що при першій вакцинації (прайм) вводиться ДНК-вакцина, при повторній (буст) – рекомбінантний вірусний білок чи вірусний вектор. Якщо в якості бустера застосувати живий вектор, імунна відповідь підвищиться за рахунок збільшення експресії антигену та стимуляції прозапальної реакції [Карамов Е.В., Сидорович И.Т., 2008]. Для індукції сильної гуморальної відповіді повторну імунізацію необхідно проводити білковим антигеном [Reiperl L., 2006]. Основне завдання методики: зменшення вірусного навантаження, що в свою чергу допоможе знизити ризик вторинного передавання збудника та буде стримувати розповсюдження епідемії. Припускається застосування концепції у хворих при перерві в антиретровірусній терапії.

Висновки. Бустування – спосіб підсилення специфічної імунної відповіді. Незважаючи на ряд недоліків (відсутність індукції нейтралізуючих антитіл широкого спектру), стратегія прайм-буст – найбільш перспективна методика вакцинації проти ВІЛ/СНІДУ.

## **ВОЗРАСТЗАВИСИМАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**Попов С.В.**

*Сумский государственный университет, г. Сумы*

Патология органов дыхания остается доминирующей среди причин как заболеваемости, так и смертности в раннем детском возрасте. При этом ведущим фактором обращения к врачу-педиатру или врачу общей практики – семейной медицины является появление признаков острой респираторной вирусной инфекции. Согласно существующего протокола, в перечень лекарственных средств входят противовирусная терапия, симптоматические средства. Кроме того, в ряде случаев используется антибиотикотерапия, обычно при раннем возрасте ребенка, длительной гипертермии, наличии осложнений. Достаточно широко используются некоторые гомеопатические препараты, хотя их эффективность и не доказана ни одним отвечающим современным требованиям исследованием. Некоторые работы, проведенные зарубежными специалистами, показывают некоторые преимущества назначения в комплексе терапевтического воздействия пробиотиков. Эти преимущества касаются более быстрого купирования ряда симптомов респираторной вирусной инфекции.

Целью исследования было изучить влияние назначения в комплексе терапии пробиотиков, сочетания пробиотиков с гомеопатическими средствами на фоне проводимой антибиотикотерапии на выраженность интоксикации, температурной реакции, длительность пребывания в стационаре и динамику массы тела.

Всего было обследовано 30 детей в возрасте до года и 46 - в возрасте от 1 до 3 лет, находящихся на стационарном лечении. Сравнение результатов указанных показателей проводилось с помощью полихорического показателя с расчетом величины  $\chi^2$ .

Полученные данные показывали, что длительность температурной реакции находилась в большей зависимости от назначения пробиотиков у детей в возрасте до года, причем дополнительное назначение гомеопатических средств вело к ухудшению данной связи. Масса тела также имела тенденцию к более быстрому восстановлению при назначении пробиотических средств. Назначение гомеопатических средств нивелировало эту тенденцию. Изучение степени выраженности интоксикации по показателям лейкоцитарного индекса интоксикации и гематологического показателя интоксикации не показало значительного влияния на них назначения пробиотиков или их же в сочетании с гомеопатическими средствами. Такая тенденция прослеживалась, но более выраженно, у детей до года. Наконец, длительность пребывания в стационаре была более зависима от назначения пробиотиков. Выраженность таковой тенденции

терялась при назначении гомеопатических препаратов. Более значительной данная связь была у детей в возрасте до года.

По-видимому, гомеопатические препараты являются средством психологического воздействия, причем не столько на пациента – в силу его возраста, сколько на родителей и, быть может, на самого врача.

Таким образом, назначение в комплексе терапии пробиотических средств способствует более быстрому нивелированию некоторых симптомов острой респираторной инфекции, меньшей длительности пребывания в стационаре, восстановлению массы тела. Наоборот, назначение гомеопатических препаратов редуцировало указанные эффекты. Более выраженное позитивное действие пробиотиков отмечалось у детей в возрасте до одного года.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ**

**Попов С.В., Кулізньова А.В.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Патологія органів дихання є найчастішою причиною захворюваності та смертності в дитячому віці. В останні роки відмічається зростання частоти гострих респіраторних вірусних інфекцій, особливо серед дітей першого року життя. Від того, наскільки правильно обраний комплекс лікувальних заходів, залежить в остаточному підсумку ефективність терапії та прогноз захворювання. В Україні розроблений протокол діагностики та лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій, за яким основними препаратами в терапії цих захворювань є противірусні, протикашльові засоби, муколітики, антипіретика. Антибактеріальна терапія рекомендована лише в разі приєднання ускладнень. Проте, доволі часто ці препарати використовуються в лікуванні респіраторних вірусних інфекцій, особливо при наявності гіпертермічного синдрому, виражених ознак інтоксикації в клінічному аналізі крові, відсутності приросту маси тіла у дітей раннього віку та відсутності позитивної динаміки при використанні противірусних засобів.

Метою дослідження було вивчення порівняльної ефективності варіантів терапії гострої респіраторної вірусної інфекції.

Було обстежено 76 дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з діагнозом гостра респіраторна вірусна інфекція. Серед них було виділено 4 групи у відповідності з особливостями в терапії. В першій групі використовувалася антибактеріальна терапія у вигляді монотерапії, в другій – симптоматичне лікування, в третій - антибактеріальні препарати в комбінації з пробіотичними засобами, в четвертій - антибактеріальна терапія в комплексі з пробіотиками та гомеопатичними засобами. Був проведений аналіз температурної реакції, наявності приросту маси тіла у дітей до 1 року, рівня гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) та лейкоцитарного



індексу інтоксикації (ЛШ), а також тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі. Статистичну обробку отриманих даних здійснювали методом варіаційної статистики.

У результаті порівняльного аналізу тривалості температурної реакції у виділених групах було відмічено, що в третій групі практично в усіх пацієнтів температура нормалізується менш ніж за три доби від початку лікування; найгірші показники спостерігаються в другій та четвертій групах. При дослідженні динаміки збільшення ваги у дітей віком до 1 року найліпший ефект спостерігався у пацієнтів з другої групи, проте, у половині дітей з третьої групи відмічено відсутність приросту маси тіла. В результаті підрахунку показників інтоксикації на третій день від початку лікування найкращі показники ЛШ виявлені в групі, де в комплексі з антибактеріальними препаратами використані пробіотики, ЛШ та ГШ - в четвертій групі, де поряд з цими препаратами застосовані гомеопатичні засоби. Найгірші показники ЛШ спостерігаються в другій групі пацієнтів, ГШ – в третій групі. Більшість дітей, які знаходилися на симптоматичному лікуванні, перебували в стаціонарі менше дев'яти днів, у той час як середня тривалість лікування пацієнтів з третьої та четвертої групи становила більше дев'яти днів.

Таким чином, використання поряд з антибактеріальними препаратами пробіотичних засобів впливає на тривалість температурної реакції та виразність інтоксикаційного синдрому. Проте, застосування гомеопатичних препаратів у дітей раннього віку не має позитивного впливу на динаміку ГРВІ.

## **АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ВАГІТНИХ Приступа Л.Н.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Потреба в антибактеріальних препаратах у вагітних пацієнток найчастіше зумовлена інфекцією сечових шляхів, пневмонією, інфекційним ендокардитом, гнійно-запальними процесами (абсцеси, флегмони, сепсис), туберкульозом, сифілісом, токсоплазмозом.

Метою дослідження був аналіз даних літератури та рекомендацій FDA щодо безпечності антибактеріальної терапії у вагітних із інфекційними захворюваннями.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовано публікації Pub med database англійською мовою, присвячені проблемі антибактеріальної терапії у вагітних за останні 30 років. Об'єднано інформацію щодо розподілу антибактеріальних засобів за категоріями FDA, а також дані англомовної літератури щодо їх безпечності.

Результати дослідження. Усі представники групи пеніцилінів (амоксцилін, амоксициліну/клавуланат, ампіцилін, ампіцилін/сульбактам, карбеніцилін) відносяться до категорії В. Цефалоспорины (ЦС) I-III поколінь (IV покоління не вивчене щодо впливу на плід) відносяться до категорії В, але слід зважати на індивідуальну специфіку кожного з ЦС по відношенню до плоду (дослідження Medicaid). Частота розвитку аномалій максимальна для цефтріаксону (6,7 %) та цефаклору (5,6 %), мінімальна - для цефуроксиму (2,1 %).

З карбапенемів до класу В відноситься меропенем, а іміпенем - до класу С і може використовуватись лише за життєвими показами. Азтреонам (група монобактамів) відноситься до категорії В, може застосовуватись при алергії на інші бета-лактами.

З макролідних антибіотиків до категорії В відноситься еритроміцин та азитроміцин, причому азитроміцин у 5 разів рідше викликає небажані медикаментозні реакції з боку шлунково-кишкового тракту у порівнянні з еритроміцином. Спіраміцин у вагітних не вивчався, є препаратом вибору для лікування токсоплазмозу.

Зважаючи на ото- і нефротоксичність аміноглікозидів (клас С), їх можна призначати тільки у виключних випадках (при життєзагрожуючих станах), надаючи перевагу гентаміцину, який є найбільш вивченим, з однократним його введенням на добу.

Фторхінолони (ФХ) заборонені у вагітних. Підставою для цього послужили дані, що отримані в експериментальних дослідженнях щодо хондротоксичної дії.

Тетрацикліни заборонені у вагітних.

Сульфаніламід (категорія С) при призначенні в I триместрі можуть викликати аномалії розвитку, особливо з боку серцево-судинної системи, а у пізні терміни вагітності - анемію, жовтяницю, ураження нирок, гостру гемолітичну анемію.

Метронідазол (категорія С) продемонстрував канцерогенну дію в експерименті, а в дослідженні типу випадок-контроль - вірогідне підвищення вроджених вад, що стало підставою для заборони його застосування під час вагітності.

Нітрофурані. Оптимальним і найбільш вивченим є нітрофурантоїн (категорія В), але він здатний спричинювати гемолітичну анемію у новонароджених при дефіциті глюкозо-6-фосфатдегідрогенази та підвищення частоти розвитку дефектів серцево-судинної системи.

Отже, найсерйозніші побічні ефекти з боку плода притаманні тетрациклінам, аміноглікозидам, фторхінолонам та хлорамфеніколу. Існує група препаратів, несприятливий вплив яких на плід людини відомий, але спостерігається досить рідко чи має нетяжкі наслідки (сульфаніламід, рифампіцин, фузидієва кислота, нітрофурантоїн, нітроксолін, нефторовані хінолони). Негативну дію таких засобів, як триметоприм, метронідазол та

кларитроміцин, продемонстровано в експерименті, але не підтверджено у клінічних спостереженнях. Крім специфічних видів побічної дії, можливих лише за вагітності (гератогенна, ембріотоксична, фетотоксична), антибіотики здатні спричиняти у вагітної жінки звичайні ускладнення: алергічні реакції, дисбіоз, причому частота їх збільшується. Отже, антибактеріальна терапія під час вагітності має суттєві особливості, антибіотиками вибору у вагітних, хворих на інфекційні хвороби, є: амінопеніциліни, цефалоспорини I-III покоління, азтреонам та макроліди (азитроміцин).

## **ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ “PROMETHEUS” У ЛІКУВАННІ ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ**

**Прокопішек К.М., Паляниця Р.М.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Лікування печінкової недостатності, що розвинулася як наслідок токсичного гепатиту, залишається актуальною проблемою. Основним проявом печінкової недостатності (ПН) є синдром ендогенної інтоксикації (СЕІ). Його медикаментозна корекція – завдання складне та малоефективне.

Розвиток СЕІ приводить до надлишкового накопичення в організмі проміжних продуктів метаболізму, яким притаманні як гідрофільні, так і гідрофобні властивості.

Цікавість до проблеми токсичного гепатиту зумовлена кількома факторами – збільшенням в останній час кількості хворих, значною кількістю незадовільних результатів лікування, великою питомою вагою інвалідизації пацієнтів працездатного віку.

Враховуючи вищезазначене, ми вважаємо за потрібне поділитися досвідом лікування токсичного гепатиту, що розвинувся на тлі хвороби Ходжкіна.

Хвора Н., 25 років, була госпіталізована до СОКІЛ ім. З.Й. Красовицького з діагнозом “хронічний токсичний гепатит, хвороба Ходжкіна ст. II, гр. II, гемолітична анемія”. При госпіталізації стан середнього ступеня тяжкості, скарги на загальну слабкість, інтенсивне свербіння шкіри, субфебрилітет, відсутність апетиту, поганий сон.

З анамнезу – хвороба Ходжкіна 7 років, упродовж усього терміну хвороби проведено 6 курсів променевої та 15 курсів хіміотерапії.

Погіршення стану хвора пов’язує з перенесеною пневмонією. Проведено лікування: інфузійна, детоксикаційна, гепатопротективна, еферентна (плазмаферез) терапія, симптоматичне лікування. Враховуючи відсутність ефекту від проведеного лікування, прийнято рішення провести вископлинний гемодіаліз із сепарацією та адсорбцією фракціонованої плазми (система Fresenius 4008 H-Prometheus).

Для забезпечення плинності крові по екстракорпоральному контуру проведена катетеризація правої підключичної вени двошпросвітним катетером.

Тривалість процедури склала 5 годин. Загальна гепаринізація: 10000 МО – на промивання системи та 7000 МО – упродовж процедури. Швидкість ефективного плинності крові 150 мл/хв., швидкість плинності плазми у вторинному контурі – 300 мл/хв. Порушення гемодинаміки та зовнішнього дихання під час процедури не спостерігалося.

Динаміка лабораторних показників хворої Н.

Показник	До процедури	Після процедури
Лейкоцити, $\times 10^9$ /л	18,5	11,2
Еритроцити, $\times 10^{12}$ /л	2,73	2,54
Гемоглобін, г/л	80	73
Гематокрит, л/л	0,24	0,22
Тромбоцити, $\times 10^9$ /л	404	387
ШОЕ, мм/год	70	63
ПТІ, %	58	56
Час згортання, хв.	8,30	7,15
Білірубін загальний	271	144
прямий, ммоль/л	92,9	4,3
Сечовина, мкмоль/л	2,4	4,0
Загальний білок, г/л	63	61
АсАТ, ОД/л	208	89
АлАТ, ОД/л	309	124
Лужна фосфатаза, ОД/л	1031	617
$\gamma$ -глутамілтрансфераза, ОД/л	318	189

Наведений клінічний випадок свідчить про ефективність системи “Prometheus” у лікуванні печінкової недостатності.

## РОЛЬ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ В СТАБІЛІЗАЦІЇ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ З ТУЛЯРЕМІЇ

**Псарьов В.М., Христенко Г.І., Чиванова Г.О., Жук П.І., Марков О.А.**

*Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми. Міська санітарно-епідеміологічна станція, м. Шостка*

Туляремія є одним з найбільш поширених природно-осередкових інфекційних захворювань на території Сумщини. Станом на 1.10.2009 року в області виявлено більше 130 природних осередків інфекції.

Згідно архівних даних, за період з 1945 по 1953 рр. в області захворіло на туляремію 367 осіб, причому у 1945 р., 1948 р., 1949 р. зареєстровані спалахи захворювання (з кількістю захворілих - 75, 98 та 187 осіб відповідно).

Перші щеплення проти туляремії були проведені в 1947 році жителям п'яти населених пунктів Конотопського району (сс. Вирівка, Верки, Підлипне, Таранське, Лизогубове), всього імунізовано 929 осіб. У 1948 році проти туляремії щеплено 6228 мешканців семи населених пунктів Сумського, Краснопільського та Тростянецького районів, а в 1949 році імунізацією охоплено 205827 осіб, які проживали на ензоотичних територіях.

Після запровадження планової імунізації населення проти туляремії в області реєструються лише поодинокі випадки захворювання, в тому числі у 1968 р. – 1, 1973 р. – 2, 2000 р. – 1. З 2004 року епідемічна ситуація з туляремії ускладнилась, на що насамперед вплинуло загострення епізоотичної ситуації. У 2004 році зареєстровано 5 випадків захворювання, у 2005 – 11. Інтенсивний показник захворюваності на туляремію в області у 2004 році у 19 разів перевищив середній в Україні, у 2005 р. – в 17,4 разу. В межах області найвищі рівні захворюваності були зареєстровані в м. Шостка: у 2004 році перевищили середні по області у 6,2 разу, по Україні - у 119,5 разу; у 2005 році - відповідно в 13,9 разу та в 239,2 разу.

З метою попередження випадків захворювань на туляремію серед населення області МОЗ України виділило з епідфонду необхідні кошти на закупівлю вакцини. Протягом 2006 року проти туляремії було імунізовано 60133 особи з числа населення, яке проживає на ензоотичних територіях, та контингентів груп ризику. Виконання обсягів профілактичних щеплень становило 99,7 % від загальної кількості запланованих. У тому числі в м. Шостка у 2006 році щеплено 10724 особи. За даними Шосткинської центральної районної лікарні, позитивний результат зафіксований у 99,93 % щеплених. На 5-7-й день ознаки поствакцинального процесу проявились у (80,50±0,46) % щеплених дорослих та (90,41±1,45) % щеплених дітей, на 12-15-й день – у (19,5±0,92) % дорослих та (9,59±4,44) % дітей. Гіперемія та набряк на місці насічок спостерігались в усіх щеплених, що мали позитивну реакцію, поява везикул зафіксована у (71,51±0,56) % щеплених дорослих, з них у 90,55 % випадків вони з'явились на 5-7-й день, у щеплених дітей - відповідно (27,23±2,08) % та 22,4 %. Болючість у регіонарних лімфатичних вузлах відмічали 0,48 % щеплених.

Протягом 2007 року щеплено 6146 осіб, що становило 89,7 % від загальної кількості запланованих. Загальна кількість імунізованих проти туляремії за 2006 – 2007 роки склала 66279 осіб, що сприяло стабілізації епідемічної ситуації.

У 2006 році зареєстрований 1 випадок захворювання на туляремію у мешканки Шосткинського району, у 2007 році - 2 випадки у жителів з м. Шостки, які раніше не були щеплені проти даної інфекції.

У березні 2008 року встановлено діагноз «туляремія, бубонна форма» мешканці м. Шостки, яка у 2006 році отримала щеплення проти даної інфекції. Про післявакцинальний імунітет засвідчили результати 2 перших серологічних досліджень сироватки крові захворілої на наявність антитіл до

збудника туляремії, які були проведені на першому та другому тижні від початку захворювання (РА – негативна, РПГА – 1:320). Натомість, через три тижні від початку захворювання відбулось зростання титрів антитіл (РА – 1:100, РПГА – 1:1280). Захворювання перебігало з тривалим сифібрилітетом, збільшенням шийних лімфовузлів зліва.

Необхідно зазначити, що інтенсивні показники захворюваності у 2006 та 2007 роках серед нещеплених осіб, що підлягали імунізації, виявились у 30 разів вищими за показник захворюваності серед щеплених проти даної інфекції (відповідно 49,3 та 50,5 проти 1,5 на 100 тис. відповідного контингенту), що свідчить про результативність імунізації.

Таким чином, імунізація проти туляремії є ефективним засобом захисту від інфікування, а відтак і фактором впливу на стабільність епідситуації

## **АКТУАЛЬНІСТЬ ХІМІОПРОФІЛАКТИКИ МАЛЯРІЇ**

**Псарьов В.М., Шолохова С.Є., Жук П.І.**

*Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми*

Малярія є однією з найактуальніших проблем для багатьох країн світу. Ризик зараження малярією існує в 110 країнах тропічного та субтропічного клімату, де мешкає 2,4 мільярди людей. Згідно даних ВООЗ, у світі щороку хворіє на малярію від 300 до 500 мільйонів людей та від 1 до 3 мільйонів осіб вмирає від цього захворювання.

Епідемічна ситуація з малярії в Україні залишається нестійкою. Про це свідчить постійний завіз малярії на територію України, в тому числі тропічної малярії, тяжких форм її клінічного перебігу з летальним наслідком. Протягом останніх 10 років в Україні зареєстровано понад 1,3 тисяч випадків завізної малярії, 18 з них закінчилися летально. Аналіз летальних випадків малярії показав, що в усіх випадках причиною стало непроведення або неправильне проведення хіміопрофілактики малярії.

В основу хіміопрофілактики малярії покладено дію специфічних препаратів на різні форми життєвого циклу збудника, які відбуваються в організмі людини. Мета хіміопрофілактики – попередження малярії або зменшення її клінічних проявів. Вибір препаратів залежить від виду паразита, чутливості місцевих штамів до них та типу осередка. Ефективність хіміопрофілактики залежить від дотримання регулярності прийому та дози препарату. За охопленням населення хіміопрофілактика буває масовою та індивідуальною, за строками проведення – сезонною та міжсезонною.

Масова сезонна хіміопрофілактика населення застосовується для попередження поширення триденної малярії серед жителів при високому ризику зараження. Ефективність масової сезонної хіміопрофілактики доведена в період ліквідації малярії в країні у 30-ті роки та післявоєнний період. На той час у Сумській області щорічно реєструвалося від 11 до 108

тисяч місцевих випадків малярії, а в 1935 р. їх кількість досягла максимального рівня - 140 тисяч хворих. У зв'язку з цим в області, як і в Україні, було створено мережу малярійних станцій, які стали організаційними центрами у боротьбі з малярією. Одним з основних завдань працівників малярійних станцій було проведення у вогнищах масової хіміопротифілактики малярії хініном та акрихіном. Як результат виконання цілого комплексу протималярійних заходів, захворюваність населення малярією різко знизилась, а до 1953 р. була практично ліквідована.

В сучасних умовах масова сезонна хіміопротифілактика проводиться в активних осередках тільки в період ефективного зараження комарів з метою досягнення перериву передачі малярії. Після виявлення декількох місцевих випадків малярії жителям осередка роздають 1 раз на тиждень хлорохін (делагіл) у дозі 300 мг (2 таблетки) до кінця сезону передачі малярії.

Міжсезонна масова хіміопротифілактика проводиться примахіном серед осіб, які в минулому сезоні передачі малярії хворіли, проте не лікувалися або не лікувалися примахіном, а також серед осіб, які тимчасово знаходилися у високоендемичній зоні і прибули у місцевість з високим маляріогенним потенціалом. Мета – подіяти на тканинні форми розвитку збудника триденної малярії (брадиспорозоїти) і тим самим попередити віддалені рецидиви та гострі прояви малярії після тривалої інкубації. Примахін призначають протягом 14 днів щоденно, доза - 0,25 мг/кг (основи) на добу.

У Сумській області, як і в Україні, міжсезонна масова хіміопротифілактика примахіном проводилася у 80-ті роки, коли тривала громадянська війна в Афганістані та участь у ній радянських воїнів спровокувала підвищення захворюваності малярією. За період 1981-1989 років в область прибуло 3979 воїнів афганців, за цей час було завезено 96 випадків малярії, в тому числі 89 - з Афганістану. Це створювало реальну загрозу для епідемічних ускладнень: появи вторинних від завізних випадків та виникнення місцевих випадків малярії.

Усі хворі отримали своєчасне радикальне лікування, в осередках проведені протиепідемічні заходи. Основним заходом, завдяки якому досягли зниження захворюваності на малярію та запобігли епідемічним її ускладненням, було проведення масової міжсезонної хіміопротифілактики малярії примахіном воїнам, які повернулися з Республіки Афганістан. За цей період в області хіміопротифілактику примахіном проведено 3018 особам (76 %).

На даний час епідемічна ситуація з малярії в Сумській області залишається нестійкою. Підвищена міграція населення викликає постійну загрозу виникнення тропічних паразитозів, серед яких малярія є найбільш поширеною і небезпечною. В минулому році в країні, ендемічні з малярії, виїздили понад 4 тисяч осіб, за цей час в область прибуло близько 5 тисяч осіб з 56 країн, ендемічних на малярію; на обліку знаходиться 131 особа, яка перехворіла на малярію. В області майже щорічно реєструються випадки

малярії: за останні 12 років виявлено 14 хворих. На територію області малярія завозилась з Анголи, Індії, Єгипту, Танзанії, Республіки Чад, Азербайджану, Таджикистану і Росії, причому половина випадків завезена з Москви та Московської області. У 2008 р. та за 6 місяців 2009 р. випадки малярії на території області не зареєстровані.

На даному етапі основними заходами попередження епідемічних ускладнень малярії є своєчасне виявлення, госпіталізація та лікування хворих на малярію. При цьому велике значення має збір епідеміологічного анамнезу в усіх хворих, які звертаються за медичною допомогою з приводу підвищення температури.

З метою недопущення клінічних ускладнень тропічної малярії, поряд з ранньою діагностикою та своєчасним лікуванням виявлених хворих, надзвичайно актуальним є проведення індивідуальної хіміопрофілактики малярії особам, які виїжджають у країни, ендемічні щодо малярії.

У даний час препаратом вибору для хіміопрофілактики малярії в районах з резистентністю збудників до хлорохіну є мефлохін (ларіам), який рекомендується приймати один раз на тиждень по 250 мг протягом усього періоду перебування в осередку, але не більше 6 місяців, з подальшою заміною препарату на делагіл.

Хлорохін (делагіл) з метою хіміопрофілактики призначається тільки в осередках, де зберігається чутливість до нього збудників малярії, його можна призначати у комбінації з прогуанілом (для дорослих – 300 мг основи хлорохіна один раз на тиждень і 200 мг прогуаніла щодня).

Препарати починають приймати за тиждень до прибуття в осередок, продовжують прийом весь період перебування у ендемічній зоні і 4-6 тижнів після виїзду.

На виконання Постанови головного державного санітарного лікаря України від 16.09.04 р. № 29 "Про заходи щодо профілактики малярії в Україні" в області щорічно біля 200 осіб проходить індивідуальну хіміопрофілактику малярії протималярійними препаратами, отриманими за рахунок епідфонду.

Запропоновані мерозоїтна, шизонтна і спорозоїтна протималярійні вакцини перебувають у стадії розробки.

## **МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ БІОПТАТІВ ПЕЧІНКИ**

**Романюк А.М., Москаленко Р.А.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Морфологічне дослідження біоптатів печінки при вірусних гепатитах (ВГ) дає уяву про етіологію, патогенез захворювання, дозволяє якісно і кількісно оцінювати ступінь активності гепатиту і стадію хронізації, контролювати перебіг хвороби і ефективність терапії, складати прогноз. Тому обов'язковою



складовою протоколів лікування хворих ВГ і «золотим стандартом» оцінки морфологічних змін у печінці є пункційна біопсія (ПБ).

ПБ печінки з подальшим морфологічним дослідженням пунктату проводиться для визначення ступеня активності гепатиту, стадії фіброзу, виключення альтернативних діагнозів або виявлення додаткової патології, для прогнозування і оцінки ефективності противірусної терапії. У світі близько 50 % ПБ печінки виконуються з приводу ВГ С. Згідно рекомендації консенсус-конференції Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL, 1999), ПБ печінки повинна виконуватися хворим на хронічний ВГ С (ХВГ С) при первинному встановленні діагнозу і кожні 4 роки при подальшому спостереженні.

У 1981 році R.G. Knodell запропонував метод визначення ступеня активності запалення у печінці за бальною системою. Згідно цієї методики, по деяким показникам (ступінь запальної інфільтрації, дегенеративних некротичних та фіброзних змін) визначають індекс гістологічної активності. Дана класифікація задовольняла гепатологів до того часу, доки вважалося, що ступінь вираженості фіброзу корелює з активністю запальних змін у печінці. Але у роботах Т. Роунард та співав. показано, що у 35,6 % хворих ХВГ С ступінь активності гепатиту не відповідає вираженості фіброзу, а в 11,8 % пацієнтів з мінімальним фіброзом зареєстрована висока запальна активність. У 1994 році французькими гепатологами і морфологами Р. Bedossa та Т. Роунард розроблені нові критерії активності гепатиту і вираженості фіброзу печінки, якими сьогодні користуються більшість європейських клініцистів і морфологів - шкала METAVIR. Потім були запропоновані бальні оцінки іншими дослідниками - Ishak A и співавт., Scheuer P.J., Desmet I.V., які містять додаткові критерії, які іноді не враховуються напівкількісно, а подаються описово.

На терені країн СНД раніше використовували описові відповіді, констатувалися якісні морфологічні зміни у печінці при ХВГ. Морфологічна оцінка активності гепатиту і стадії хронізації (ступеню фіброзу) в останні роки проводилася напівкількісним методом за критеріями, які запропоновані В.В. Серовим, Л.В. Севергіною та співавт. у 1996 році. Дана шкала також містить додаткові критерії, які подаються описово. Така деталізація дуже важлива і корисна при оцінюванні ефективності терапії хворих з ХГ.

Сьогодні є ряд спроб оцінки вираженості фіброзу печінки неінвазивними методами, однак дана проблема далека від свого вирішення і тому поки що немає можливості замінити морфологічний метод дослідження, хоча знайдені кореляції між цими методами.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІОКСИДОНІУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

**Савенко І.І., Троцька І.О., Дем'яненко Н.В.**

*Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.І. Красовицького, м. Суми*

Герпетична інфекція є однією із важливіших проблем інфектології. Згідно зі статистичними даними, більше 75 відсотків населення до 20 років інфікується HSV.

Актуальність питання лікування герпетичної інфекції визначається недостатньою ефективністю противірусної терапії та виникненням рецидивів захворювання. Все це зумовлює пошук нових терапевтичних засобів, серед яких досить перспективними є імуномодулятори.

З метою вивчення ефективності використання в комплексному лікуванні хворих на хронічну герпетичну інфекцію поліоксидонія – препарата з вираженою імуномодулювальною, антиоксидантною та детоксикаційною дією, нами було обстежено 75 хворих віком від 18 до 55 років, з них жінок – 48, чоловіків – 27.

У 52 пацієнтів відмічалась герпетична інфекція з ураженням шкіри, у 23 – з ураженням слизових оболонок.

Хворі були розподілені на 2 групи, які не відрізнялись за перебігом процесу, віком та статтю. У 1 (основна група) ввійшли пацієнти (41 особа), які отримували поліоксидоній у комплексі зі звичайною противірусною, десенсибілізувальною та симптоматичною терапією. Пацієнтам контрольної групи була призначена лише загальноприйнята терапія.

Поліоксидоній застосовували у дозі 6 мг внутрішньом'язово, щоденно, на курс 5-7 ін'єкцій.

У результаті проведених досліджень встановлений позитивний вплив поліоксидонію на клінічний перебіг герпетичної інфекції, що проявлявся скороченням тривалості сверблячки та печії в ділянці герпетичного висипу до  $(5,5 \pm 0,5)$  доби, у контрольній групі -  $(6,8 \pm 0,7)$ , тривалості явищ загальної інтоксикації – до  $(3,2 \pm 0,3)$  доби проти  $(4,9 \pm 0,4)$ , скорочення термінів утворення кірочки на місці везикульозних елементів до  $(4,5 \pm 0,4)$  доби проти  $(5,8 \pm 0,5)$ .

У 29 (70,7 %) пацієнтів основної групи протягом 12 місяців не відзначалось жодного рецидиву захворювання.

Таким чином, застосування поліоксидонію на фоні базисної терапії герпетичної інфекції дає добрий терапевтичний ефект і попереджує рецидиви.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ПОЛІМІК» У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ**

**Сікора В.В.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Хронічний простатит залишається в даний час досить поширеним, недостатньо вивченим, таким, що погано піддається лікуванню, захворюванням. В останні роки все більшої актуальності набуває питання адекватного лікування даної патології на фоні того різномайття препаратів, котрі наявні в аптечній мережі України.

Тому метою даної роботи стало вивчення ефективності застосування препарату «Полімік» у лікуванні хворих на хронічний простатит. Даний препарат представляє комбіновану таблетовану форму, до складу якої входить офлоксацин – 200 мг та орнідазол – 500 мг. При застосуванні препарату він швидко всмоктується в ШКТ та проявляє свою максимальну дію протягом 12 год.

Матеріали та методи. Нами було ретроспективно досліджено та проаналізовано 30 історій хвороб пацієнтів віком 22-55 років, які проходили лікування з приводу хронічного простатиту в урологічному відділенні КУ СМКЛ № 1. Пацієнти були розподілені на дві групи по 15 осіб. Перша група (контрольна) отримувала в якості антибактеріального препарату – офлоксацин по 200 мг 2 рази на добу, друга група – «Полімік» по 1 пігулці 2 рази на добу. В обох групах хворих термін антибіотикотерапії склав 7 днів. Оцінка ефективності використання препаратів проводилася на 8 добу за даними пальпаторного дослідження передміхурової залози, даними кількості лейкоцитів у секреті передміхурової залози та стану пацієнтів.

Результати та їх обговорення. При ректальному дослідженні передміхурової залози болючість при пальпації до лікування відзначалася в усіх пацієнтів обох груп. Після лікування в контрольній групі у 11 (73,3 %) хворих ці явища зникли, а в основній – у 14 (93,3 %). При світловій мікроскопії секрету передміхурової залози кількість лейкоцитів в основній та контрольній групі до лікування склала 30-40 у полі зору, а одразу після лікування в основній групі склала 10-15 лейкоцитів у 13 (86,6 %), у контрольній – 15-20 у 10 (66,6 %) пацієнтів. Відчуття дискомфорту в уретрі, біль унизу живота, промежині, дизуричні розлади до лікування були присутні в усіх пацієнтів обох груп та зникли у 14 (93,3 %) пацієнтів основної групи та у 13 (86,6 %) контрольної.

Таким чином, на результатах власних спостережень ми прийшли до висновку, що в порівнянні з монотерапією офлоксацином препарат «Полімік» дозволяє отримати високі результати клініко-лабораторних показників та показників якості життя у більшості пацієнтів основної групи. Клінічна ефективність препарату «Полімік» після лікування була вища, ніж із звичайним офлоксацином і склала 91,1 % проти 75,5 %.

## **ДІЯ СУЧАСНИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ**

**Сміян О.І., Васильєва О.Г.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

На теперішній час широке розповсюдження та застосування у клінічній практиці антибактеріальних (АБ) препаратів створюють таку ситуацію, коли не тільки знижуються всі захисні механізми організму, але і значно змінюється мікробний «пейзаж» шлунково-кишкового тракту та пригнічується життєдіяльність кишкових мікроорганізмів.

Метою нашого дослідження було вивчення порушення кількісного та якісного складу мікрофлори кишечника в дітей раннього віку з негоспітальною пневмонією в залежності від АБ препарату.

Проведено обстеження 48 хворих дітей, які були поділені на 2 групи в залежності від виду антибіотикотерапії. Першу групу хворих склали 16 дітей раннього віку, які отримували в якості антибіотикотерапії ампіцилін, амоксицилін, аугментин (амоксиклав). Другу групу склали 32 дитини від 1 місяця до 3 років, хворі на негоспітальну пневмонію, які отримували цефалоспорины.

У дітей першої групи ампіцилін пригнічував ріст як анаеробної, так і аеробної мікрофлори. Амоксицилін та його похідні мінімально пригнічували активність більшості нормальних мікроорганізмів кишечника та призводили до збільшення популяції ентеробактерій. Вони не сприяли розмноженню стафілококів, грибів та *C. difficile*.

Друга група хворих отримувала цефалоспорины I, II та III поколінь, при парентеральному введенні (майже 80 %) вони сприяли росту ентерококів (*Enterococcus cloacae*, *Ent. faecalis*). З іншого боку, при пероральному їх призначенні (цефутіл, цефодокс) нами не було встановлено впливу цих АБ препаратів на якісний склад мікрофлори кишечника.

Таким чином, призначення АБ препаратів при негоспітальних пневмоніях призводить до розвитку дисбіотичних порушень кишечника різного ступеня прояву. Мінімальні зміни мікробіоценозу відмічались при призначенні дітям аугментину та при пероральному застосуванні цефалоспоринів, а найбільш значимі порушення відмічались при застосуванні ампіциліну. Виявлені нами якісні та кількісні зміни мікробіоценозу кишечника свідчать про необхідність корекції даних порушень шляхом призначення пробіотичних препаратів.

## **ПРОБІОТИКИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

**Сміян О.І., Васильєва О.Г., Ємець О.М., Бугасенко В.О., Хрін Н.В.**

*Сумський державний університет, КУ "Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди", м. Суми*

Негоспітальні пневмонії (НП) займають провідне місце в структурі загальної захворюваності, особливо серед дітей раннього віку. Антибіотикотерапія є одним з основних напрямлень у лікуванні дітей з цією патологією. Широке застосування її призводить до виникнення цілого ряду проблем, перш за все, таких, як порушення якісного та кількісного складу мікрофлори кишечника.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності комбінованого препарату Біфі-Форм Малюк фірми "Ферросан" (Данія), що включає в себе біфідобактерії, лактобактерії та вітаміни групи В, на кількісний і якісний склад мікрофлори товстої кишки у дітей раннього віку, хворих на негоспітальну пневмонію.

Під спостереженням знаходилось 63 дитини віком від місяця до 3 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні № 1 КУ "Сумська міська дитяча клінічна лікарня" з приводу НП.

Обстежених дітей було поділено на дві групи. До першої групи увійшли 24 дитини з даною патологією, яким проводили традиційну терапію без використання Біфі-Форму Малюк. До другої групи були включені 24 дитини, яким на фоні антибіотикотерапії з 1 по 10-14 день був призначений пробіотичний засіб Біфі-Форм Малюк у дозі 1 жувальна пігулка або 1 порошок 3 рази на добу. Контрольну групу склали 15 здорових дітей відповідного віку та статі.

У гострому періоді НП в усіх дітей раннього віку, що знаходились під наглядом, спостерігали порушення мікробіоценозу товстої кишки, які характеризувалися зниженням кількості біфідо- та лактобактерій, ешерихій з нормальною ферментативною активністю та збільшенням числа гемолітичних ешерихій, дріжджеподібних грибів, стафілококів та інших представників умовно-патогенної флори. Після проведеного комплексного лікування в групі хворих без включення Біфі-Форму Малюк відмічалось подальше зниження рівня біфідо- та лактобактерій.

Проведені дослідження вказують на достатньо високу терапевтичну ефективність Біфі-Форму Малюк при НП у дітей раннього віку. А саме, прийом даного пробіотичного препарату скорочував тривалість клінічної симптоматики НП та кишкового дисбактеріозу (на 1-2 доби), який розвивається на фоні лікування антибактеріальними препаратами. Нормалізація температури тіла у даних дітей наступала раніше на 1,15 дні ( $p < 0,001$ ), прояви дихальної недостатності зникали на 1,85 доби раніше ( $p < 0,001$ ), зменшення кашлю - на 1,17 доби раніше ( $p < 0,05$ ).

Бактеріологічні дослідження калу в дітей з НП у динаміці захворювання показали, що після прийому Біфі-Форму Малюк показники біфідо-, лактобактерій, загальної кількості кишкової палички достовірно підвищувались та наближались до вікової норми, а кількість грибів роду кандиди зменшувалася.

Таким чином, при НП у дітей раннього віку, асоційованих з мікроекологічними порушеннями, в комплекс лікувальних заходів доцільно включати пробіотик і, перш за все, на основі біфідо- та лактобактерій. Цим вимогам відповідає пробіотичний препарат Біфі-Форм Малюк, який є унікальною комбінацією вітамінів групи В та лакто- і біфідобактерій.

### **ЦИНКТЕРАЛ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ**

**Сміян О.І., Горбась В.А., Січненко П.І., Бинда Т.П., Романюк О.К.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

У структурі гострих інфекційних захворювань органів дихання значну питому вагу займає пневмонія - захворювання, яке, не дивлячись на наявність достатнього вибору антибактеріальних засобів з широким спектром дії, і на сьогоднішній день є досить серйозною і актуальною проблемою дитячої пульмонології. У той же час, роль інфекційного збудника в розвитку пневмоній досить важлива, але, разом з тим, у більшості випадків пневмонія виникає на фоні зниженої імунологічної реактивності організму та порушення мікроелементного складу, зокрема цинку. За даними наших досліджень, у дітей з негоспітальними пневмоніями виявлено значне зниження сироваткового рівня цинку, що вказує на значну його роль у розвитку запального процесу при пневмоніях і є обґрунтуванням необхідності проведення корекції виявлених порушень. Тому, з метою оптимізації лікування негоспітальних пневмоній у дітей, нами було введено до складу комплексної терапії пневмоній препарат цинку - цинктерал та проведено вивчення його ефективності.

Основні задачі дослідження полягали у визначенні впливу цинктералу на основні клінічні прояви хвороби та концентрацію цинку в сироватці крові у дітей з негоспітальними пневмоніями.

Ефективність препарату вивчали у 25 хворих дітей віком від 6 до 18 років. Добова доза складала 135 мг елементарного цинку і розподілялася на три прийоми (по 1 таблетці (45 мг елементарного цинку) тричі на день). Препарат призначали за 1 годину до прийому їжі впродовж 2 тижнів. Групу порівняння склали 24 дитини аналогічного віку. Показаннями для призначення цинктералу були низькі показники рівня цинку в сироватці крові у дітей з негоспітальними пневмоніями на початку хвороби.

Результати дослідження показали, що у дітей, які отримували цинктерал, значно раніше спостерігалась регресія клінічних проявів пневмонії відносно дітей з групи порівняння. Застосування даного препарату значно скоротило середню тривалість антибіотикотерапії і показало його хорошу переносимість. У цілому, позитивний клінічний ефект від терапії цинктералом відмічався у 92 % хворих дітей.

Позитивний вплив цинктералу на клінічний перебіг захворювання був підтверджений і лабораторними дослідженнями концентрації цинку в сироватці крові у дітей з пневмоніями. Після прийому цинктералу концентрація цинку в сироватці крові достовірно підвищувалася і наближалася до нормальних показників у 22 (92 %) дітей. У цілому, концентрація цинку у дітей основної групи складала  $14,926 \pm 0,213$  мкмоль/л, у здорових дітей –  $(15,127 \pm 0,272)$  мкмоль/л ( $p > 0,05$ ). У той же час у дітей з групи порівняння показник рівня цинку після лікування не тільки залишався на низьких цифрах, але і достовірно знижувався відносно гострого періоду хвороби ( $7,974 \pm 0,085$ ) мкмоль/л і  $(8,988 \pm 0,117)$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ), що свідчить про підвищені витрати цинку в динаміці перебігу пневмонії.

Таким чином, включення цинктералу в комплексну терапію при негоспітальних пневмоніях у дітей показало його високу практичну значимість та ефективність застосування при даному захворюванні.

## **ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІН ГАЗІВ КРОВІ ТА КИСЛОТНО-ЛУЖНОГО СТАНУ КРОВІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ**

**Сміян О.І., Пономаренко О.М.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Хвороби органів дихання є однією з найважливіших проблем у сучасній педіатрії, оскільки до цього часу, незважаючи на існуючі методи профілактики і лікування, вони продовжують займати значну питому вагу та провідне місце у структурі дитячої захворюваності.

Зміни газообміну при захворюваннях нижніх дихальних шляхів є результатом глибокого порушення процесів, що регулюють проміжний обмін. Це викликає трофічні розлади в різних органах і тканинах, блокування ферментної системи з накопиченням у крові токсичних продуктів обміну речовин, а все разом призводить до спотворення фізіологічних функцій організму.

Добре відомо, що кислотно-лужний баланс є важливим компонентом гомеостазу і являє собою сукупність механізмів, які спрямовані на підтримання постійного рівня рН внутрішніх середовищ організму.

Достатньо широке коло захворювань може призвести до порушення кислотно-лужного балансу як в сторону зниження рН (ацидоз), так і в

сторону його підвищення (алкалоз). При захворюваннях нижніх дихальних шляхів розвивається так званий респіраторний ацидоз, обумовлений підвищенням у крові  $\text{PaCO}_2$ . Його може викликати підвищена продукція двоокису вуглецю, але частіше всього він виникає внаслідок дихальної недостатності різного генезу. Проте, існує і метаболічний ацидоз – це первинне зниження смності бікарбонатної буферної системи (головним чином, зниження рівня  $\text{HCO}_3^-$ ) у плазмі крові.

Патофізіологічні ефекти ацидозу, що розвивається, достатньо різноманітні. При зниженні рН нижче 7,1 проявляється пряма депресивна дія на гемодинаміку, спостерігається зниження інотропної функції серця і вазодилатація, що обумовлюють падіння перфузійного кров'яного тиску. Ацидоз зменшує спорідненість гемоглобіну з киснем, що суттєво посилює тканинну гіпоксію. Зниження рН також викликає інактивацію ряду ферментів, до яких відноситься і  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  АТФ-аза, інактивація якої відіграє суттєву роль у патогенезі гіперкаліємії при ацидозі.

У результаті порушення білкового і жирового обміну в організмі накопичуються недоокислені продукти, що призводить до посилення ацидозу. В свою чергу, останній ще більше порушує дихання як безпосереднім подразненням дихального центру, так і нейрорефлекторним шляхом, подразнюючи геморецептори в пазухах сонної артерії і в дузі аорти.

В останні роки у відділенні інтенсивної терапії та реанімації Сумської міської дитячої лікарні широко застосовуються вищевказані методики, що дало можливість підвищити ефективність оцінки ступеня тяжкості перебігу, лікування та прогнозу захворювань нижніх дихальних шляхів у дітей.

## **ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЦМВ ЕНЦЕФАЛІТІВ У ДІТЕЙ**

**Сміян О.І., Бинда Т.П., Хоменко О.І., Хоменко В.О.**

*Сумський державний університет, КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди», м. Суми*

Проблема цитомегаловірусних (ЦМВ) енцефалітів у дітей є актуальною у зв'язку з їх поширеністю, складностями клінічної діагностики, високою летальністю та інвалідизацією, труднощами в призначенні своєчасного етіотропного лікування.

За період з 2005 по 2009 рр. у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії Сумської дитячої клінічної лікарні проліковано 7 хворих з етіологічно розшифрованими ЦМВ енцефалітами.

Метою роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу ЦМВ енцефалітів у дітей та результатів лікування.



Діагноз ЦМВ-інфекції був верифікований методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на підставі наявності ДНК ЦМВ у спинномозковій рідині або методом імуноферментного аналізу (специфічний Ig M).

У хворих на ЦМВ енцефаліт відзначався продромальним періодом впродовж 5-11 днів. У розпалі хвороби на перший план у клінічній картині виступали порушення свідомості, судомний і психотичний синдроми, екстрапірамідна симптоматика – підвищення м'язового тону за екстрапірамідним типом, тризм, різноманітні гіперкінези (тремор, стереотипні рухи, здригання), симптоми орального автоматизму та незначна вогнищева симптоматика.

При комп'ютерній томографії головного мозку в дітей були знайдені багатовогнищеві ураження білої речовини у вигляді перивентрикулярних вогнищ гліозного характеру з негативною КТ-динамікою на тлі лікування ацикловіром у разовій дозі 30 мг/кг тричі на добу внутрішньовенно .

Вперше при ЦМВ енцефалітах був застосований антицитомегаловірусний препарат цимевен (10 мг на 1 кг маси тіла на добу внутрішньовенно впродовж 11-15 днів). Призначення цимевену призвело до покращення загального стану хворих та КТ-картини. Побічних реакцій на введення препарату не було.

Таким чином, через відсутність типових клінічних проявів рання діагностика ЦМВ інфекції з ураженням нервової системи у дітей, а саме енцефаліту, складна і потребує лабораторних досліджень ліквору на наявність ДНК цитомегаловірусу методом ПЛР і/або крові на виявлення антитіл до вірусу з наростанням їх титру в динаміці хвороби. Своєчасне етіологічне розшифрування діагнозу необхідне для призначення противірусної терапії.

## **СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ**

**Сміянова М.В.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Одним із переліку лабораторних досліджень при кишкових інфекціях є бактеріологічне дослідження калу. Кінцевим результатом є кількісний облік факультативно-анаеробних і аеробних мікроорганізмів з урахуванням патогенної і умовно-патогенної порожнинної, пристінкової мікрофлори. Але мікрофлора людини - це ще один орган, який у вигляді чохла покриває кишкову стінку, інші слизові та шкіру.

За даними молекулярно-генетичних досліджень, склад мікрофлори генетично пов'язаний всередині та специфічний на штамовому рівні для індивідуума. Туди не можна занурити чужорідний орган. Більшу антибіотикорезистентність спостерігають *in vitro* в чашці Петрі, коли можна

легко запобігти росту мікроорганізмів у радіусі 42 мм (висока чутливість), а кишківник залишається заселеним мікроорганізмами навіть при тривалій антибіотикотерапії. Мікроорганізми розподілені в пристінковому шарі муцину, що забезпечує контакт з дифундуючим у муцин хімусом і клітинами для обміну продуктами метаболізму. Мікрофлора організує єдину генетичну систему (кільцеві ДНК), що несе поведінковий код для членів біоплівки. Реакція мікроорганізмів на зміну умов у біоплівці буде іншою від реакції кожного окремого виду в монокультури.

Важко лікувати захворювання полімікробного походження, коли чутливість до антибіотиків мікробів, асоційованих у біоплівку, не відповідає визначенню її в лабораторії. Колективний імунітет біоплівки ускладнює корекцію дисбактеріозу за допомогою пробіотиків. Мікроби вирощені штучно, як чужорідний орган при трансплантації. Біотехнологічні пробіотики не мають “паролу” для доступу мікроорганізмів всередину біоплівки і проходять транзитно, як мікрофлора їжі, але вони стимулюють ріст зміненої популяції.

Для корекції лікування дисбактеріозу важливо аналізувати склад біоплівки, а не мікрофлору фекалій. Тільки в мукозному шарі проходить всмоктування хімуса, продукція мікроорганізмами великої кількості ферментів, вітамінів, імуностимуляторів та інше. Мікрофлора фекалій - це кінцевий продукт цих процесів, де далі йде розмноження мікроорганізмів, але вже в інших умовах, ніж у верхніх відділах кишечника. Аналіз калу на дисбактеріоз - це досить коштовне, трудомістке дослідження, але з невисоким результатом.

Існує новий метод кількісного аналізу з ідентифікації мікроорганізмів – метод газової хроматографії і мас-спектрометрії, який базується на визначенні мікробних маркерів – профілю жирних кислот, які входять у клітинну стінку мікроорганізмів. Біоматеріалом дослідження є біоптат слизової кишечника, взятий натщесерце. Що стосується фекалій, згідно молекулярно-генетичних досліджень, у 60-80 % визначення їх мікробіоценозу не підходить для культуральних методів.

Дані мас-спектрометрії корелюють з генетичними методами і доводять, що еубактерій, бактероїдів і клостридій загалом і по роздільності на порядок більше, ніж біфідумбактерій. Треба відмітити, що еубактерії створюють умови для співіснування зі слабо споруутворюючими клостридіями.

При дослідженні капілярної крові за допомогою мас-спектрометрії можна оцінити концентрацію мікробних маркерів усього мікроекологічного статусу людини (усі слизові, осередки запалення), але у разі відсутності симптомів запалення або локального інфікування даний метод зможе оцінити мікробіоту кишечника і дозволить судити про гомеостаз мікробіоценозу.

## **АКТУАЛЬНІСТЬ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

**Сніцарь О.В.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Хелікобактерна інфекція є однією з найпоширеніших інфекцій людини. У країнах, які розвиваються, вона реєструється у 80-90 % осіб до 20 років. Існують оро-оральний, гастро-оральний та фекально-оральний шляхи передавання. Можлива передача і через неправильно стерилізовані шлункові зонди та ендоскопи.

Встановлений чіткий зв'язок *H. pylori* з розвитком гастриту (95 %), виразкової хвороби (92 %), раку шлунка (1 %), хворобою Менетріє та MALT-лімфами. Не є доказаним зв'язок хелікобактерної інфекції з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою, функціональною диспепсією та НПЗЗ – залежними виразками.

На сьогодні лікування інфекції необхідно проводити лише при трьох патологічних станах: виразці 12-ти палії кишки, виразці шлунка та MALT-лімфомі.

У хворих з неускладненими виразками 12-ти палії кишки чи шлунка ерадикація повинна бути розпочата з моменту встановлення діагнозу. Лікування хворих з MALT-лімфомою повинно проводитися у спеціалізованих центрах. При виявленні інфекції *H. pylori* з дуоденітом проведення терапії краще починати з моменту встановлення діагнозу.

Через 4 тижні після закінчення лікування та приймання медикаментів, з метою обстеження, проводиться уреазний тест при ендоскопічному дослідженні. Рецидив неускладненої виразкової хвороби вказує на неефективність проведеної терапії. Підтверджувати ерадикацію в усіх хворих не потрібно, але бажано при:

- ускладнених виразках 12-ти палії кишки (після кровотеч тощо);
- всіх виразках шлунка;
- MALT-лімфомі;
- у пацієнтів з виразками 12-ти палії кишки або диспепсією у поєднанні з *H. pylori* зі збереженою симптоматикою, незважаючи на ерадикаційну терапію.

## **ДО ПИТАНЬ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

**Сумцов Г.О., Сумцов Д.Г., Калінінська О.О.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Серед 117 жінок віком від 17 до 30 років, які у 2008-2009 роках з різних причин були консультовані в клініці, у 32 методом кольпоскопії виявлені

гострокінцеві кондиломи геніко-анальної області. Більшість із них вже оглядалися лікарями гінекологами, але при звичайному візуальному обстеженні захворювання не було діагностовано. Зазначені хворі обстежені лабораторно (ПЛР) на онкогенні штами (16, 18, 31, 33) вірусів папіломи людини. Лікування було проведене всім хворим конділоматозом, незважаючи на те, що онкогенні папіломавіруси були виявлені у 26 із 32 обстежених.

На першому етапі лікування застосовували генферон 500000 МО у формі вагінальних свічок 2 рази на добу впродовж 10 днів. Одночасно лікували і статевих партнерів, тільки шляхом ректального введення генферону. Місцеве лікування (деструкція кондилом солкодермом) було необхідним і проведене у 5 хворих. У решти жінок кондиломи були менших розмірів, не викликали дискомфорту, а після лікування генфероном часто регресували. Через 3-4 тижні 7 хворим з більш вираженими клінічними проявами проведені повторні курси лікування генфероном, а іншим – рекомендована терапія протефлазидом за схемою виробника.

Необхідно підкреслити, що крім конділоматозу, у 23 жінок виявлені інші захворювання, що передаються статевим шляхом (кандидомікоз, баквагіноз, хламідіоз, мікоплазмоз, трихомоніаз). Лікування зазначених супутніх захворювань проведене до або паралельно з терапією конділоматозу. Деяким жінкам генферон призначали ректально.

Динамічний нагляд за пролікованими майже у 80 % випадків не виявив клінічних проявів захворювання. Контрольне лабораторне обстеження (ПЛР) у терміни від 6 до 12 тижнів після лікування показало, що у 19 із 26 хворих з онкогенними штамами вірусу папіломи його еліміновано. Таким чином, метод кольпоскопії дозволяє діагностувати конділоматоз на ранніх фазах розвитку, а імунотерапія призводить до помітних результатів лікування.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕРИТРОМЦІНУ**

**Сухарєв А.Б.**

*Сумський державний університет, м. Суми*

Хламідійна інфекція посідає особливе місце серед причин, що зумовлюють ускладнений перебіг вагітності й пологів, післяпологовий і неонатальний періоди. Вагітність на тлі хламідіозу може ускладнюватись мимовільним абортom, вагітністю, що не розвивається, багатороддям, пізнім гестозom, передчасними пологами, передчасним розривом плідних оболонок, плацентитом, народженням дитини з малою вагою, мертвонародженням. У разі ураження хламідіями ендометрію порушується процес плацентації, що сприяє розвитку вторинної плацентарної недостатності, передчасному відшаруванню нормально розташованої плаценти.

Пологи в жінок, інфікованих хламідіями, можуть ускладнюватися несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод, дефектом відокремлення плаценти, гіпотонічною кровотечею.

У післяпологовому періоді в породіль можливий розвиток хламідійного ендометриту, який характеризується уповільненим розвитком на 2-6 тижні після пологів, нетяжким перебігом, якщо тільки не приєднується вторинна бактеріальна інфекція. Для жінок із хламідійною інфекцією в післяпологовому періоді також характерна уповільнена інволюція матки. Ризик інфікування підвищений під час проходження дитини через пологові шляхи.

Виникнення хламідійної інфекції в плода може бути пов'язане як із інфікуванням під час проходження через пологові шляхи, так і з його інфікуванням ще в порожнині матки. Діти від матерів з хламідіозом мають виражену хламідійну інфекцію: кон'юнктивіт, респіраторні порушення, назофарингіт, пневмонію, міокардит, артрити, менінгоенцефаліт.

Метою даного дослідження була оцінка терапевтичної ефективності еритроміцину при лікуванні хламідійної інфекції у вагітних.

Під спостереженням перебувало 30 вагітних. В усіх жінок до вагітності була виявлена хламідійна інфекція, з приводу якої проводилися курси антибактеріальної терапії. Під час вагітності жінки пред'являли скарги на наявність слизисто-гнійних виділень із статевих шляхів. Усім жінкам, що були під наглядом, проведено бактеріологічне обстеження.

Матеріалом для дослідження був зіскрібок із уретри й цервікального каналу, отриманий тампоном, спеціальною щіточкою або ложечкою Фолькмана (безкровно). Мазки фарбували за Романовським-Гімзою. У 26 вагітних на підставі отриманих результатів виставлений діагноз хламідіозу.

Для лікування використовували еритроміцин (по 500 мг усередину 4 рази на добу). Курс лікування тривав 7 днів.

Отримані результати підтверджують високу ефективність еритроміцину при пероральному прийомі в курсовій дозі 14 г, відсутність побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту, тератогенного впливу на плід. Мікробіологічне вилікування еритроміцином було досягнуто в 93,4 % випадків, а клінічне вилікування - у 70,0 % випадків. У то й же час, у 2 вагітних через 5 тижнів після закінчення терапії знову відмічалось виділення *Chlamydia trachomatis*. Проте, в даному випадку не можна однозначно говорити про рецидив інфекції, оскільки неможливо достовірно виключити факт реінфікування.

Отже, максимальна терапевтична та економічна ефективність у поєднанні з доброю переносимістю, зручністю вживання і безпекою дозволяють розглядати еритроміцин як препарат вибору в лікуванні урогенітального хламідіозу вагітних.

## ОКРЕМІ ПИТАННЯ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ПАРОТИТНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Тищенко В.В., Хатинська Ж.В., Жук П.І

*Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми*

Захворюваність на епідемічний паротит у Сумській області характеризується рівномірним розподілом за територіями. З часу включення даної інфекції до офіційної статистичної звітності з 1982 р. по 2008 рік захворюваність мала 4 періоди підйому з коливаннями тривалості міжепідемічних періодів з 4 до 7 років. Між двома першими підйомами (1983 та 1990 роки) захворюваність знизилась більше, ніж у п'ять разів, чому безумовно сприяло впровадження з 1985 року до календаря щеплень профілактичної імунізації дітей, починаючи з 18-місячного віку. Після запровадження вакцинопрофілактики паротиту найменший рівень захворюваності в області був зареєстрований в 1993 році - 13,94 на 100 тисяч населення, що нижче рівня довакцинального періоду в 43 рази. Проте, з 1996 року в області, як і в державі в цілому, розпочалось зростання захворюваності на паротитну інфекцію, яке тривало 4 роки. Максимальний рівень захворюваності був зареєстрований у 1998 році – 546,4, він перевищив загальнодержавний у 4 рази і майже досяг довакцинального рівня (599,6).

Одним із чинників зростання захворюваності у 1996-1999 рр. роки стало зниження імунного прошарку серед дитячого населення внаслідок неповного охоплення вакцинацією підлягаючих контингентів дітей через перебої з наявністю паротитної вакцини. Вакцина на той час закуповувалась за кошти місцевих бюджетів і повну потребу регіону в препараті ці закупівлі не задовольняли.

Проте, хоча інтенсифікація епідемічного процесу і співпала з дефіцитом вакцинних препаратів, припинення імунізації не було основною причиною росту захворюваності. Підтвердженням цього стало переважання серед захворілих щеплених, їх питома вага серед хворих досягала 65 %. Найбільш ураженою групою були діти шкільного віку, що засвідчило втрату післявакцинального імунітету. Ще однією особливістю останнього епідемічного підйому стало те, що паротит подорослішав – хворіли особи 15-18 років та старші.

Впровадження ревакцинації проти паротиту в 6 річному віці, в т.ч. комбінованими вакцинами проти кору, паротиту, краснухи (КПК) дитячого населення, доохплення додатковою (бустерною) ревакцинацією КПК дітей у 11 років та додатковою ревакцинацією проти паротиту хлопців у 15 років позитивно вплинуло на епідемічний процес. Рівень захворюваності з 2000 року знизився порівняно з періодом останнього епідемічного підйому 1996-98 рр. у 59 разів і залишається досить стабільним у всіх регіонах області. Останній підйом захворюваності зареєстрований у 2002 році (показник на

100 тисяч населення склав 20,4), тобто міжепідемічний період подовжився мінімум до 8 років.

У рамках виконання заходів з елімінації кору, контролю за краснухою, паротитом та попередження синдрому вродженої краснухи в області здійснюється планомірний епідагляд за паротитною інфекцією. Крім аналізу захворюваності та вивчення охоплення підлягаючих контингентів профілактичною імунізацією забезпечується аналіз колективного імунітету до паротиту серед різних груп населення.

У 2008 році в практику вірусологічної лабораторії обласної санепідстанції було впроваджено дослідження для визначення імуноглобулінів класу G до вірусів епідемічного паротиту з метою вивчення стану колективного імунітету серед підлітків та молоді.

Дослідження проводились імуноферментним методом (ІФА) із застосуванням тест-систем «Паротит-скрин» (виробництва ЗАТ «Біотехнологічна компанія «Біосервіс»», м. Москва), що призначена як для сероепідеміологічного моніторингу, так і для діагностичних досліджень парних сироваток крові.

Обстеження проводилось переважно серед населення міста Суми та Шостки, а також Конотопського, Сумського, Кролевецького, Охтирського, Роменського, Недригайлівського та Глухівського районів. Досліджувались сироватки крові осіб у віці 6-27 років.

Всього було обстежено 341 особу, антитіла до вірусу паротиту виявлені у 230 осіб або 67,4 %. Найвища питома вага серопозитивних осіб зареєстрована у Сумському районі – 100 %, проте, слід врахувати незначну кількість обстежених (8 осіб), у Конотопському – 88,2 %, Охтирському – 80,0 % районах, м. Суми – 78,0 %, Роменському районі – 75,0 %. Майже на рівні середньообласного був цей показник у м. Шостка та Глухівському районі: відповідно 72,5 % та 71,4 %. Нижчий від середньообласного рівня стан імунітету до епіпаротиту в Кролевецькому (51,9 %) та Недригайлівському (40,0 %) районах.

При аналізі досліджень у розрізі вікових груп чітко прослідковувалося збільшення питомої ваги серопозитивних осіб у підлітковий період з піком у віці 17 років та подальшим зниженням рівня захищеності у 18-27-річних. 100 % захищеність серед осіб старше 28 років є недостовірною через малу кількість спостережень.

З 197 осіб з числа обстежених, серопозитивних серед вакцинованих 127 або 64,5 %. Найкраща ефективність вакцинації виявлена у віковій групі 17 років – 75,3 %, серед 16-річних підлітків та осіб віком 18-27 років відповідно 68,9 % та 67,9 %, значно гіршим є цей показник серед підлітків віком 15 та 14 років: відповідно 33,3 % та 18,7 %.

Зважаючи на те, що в 2008 році дослідження стану колективного імунітету до епідемічного паротиту проводились лише в Сумській області, дані в Україні відсутні.

Висновки: як свідчать результати досліджень стану колективного імунітету до епідемічного паротиту, дана інфекція потребує удосконалення епіднагляду, в т.ч. у частині імунопрофілактики. Імунітет, набутий після щеплень проти паротиту в дитячому віці, помітно знижується до 14-15 років, що підтверджує необхідність проведення ревакцинації у 15-річному віці, а її ефективність підтверджується значним збільшенням імунного прошарку серед підлітків 16-17 років.

## **ВІСЦЕРАЛЬНИЙ ЛЕЙШМАНІОЗ, ЙОГО АКТУАЛЬНІСТЬ**

**Трихліб В.І., Сморгунова В.Ф.**

*Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ*

Протягом останнього часу, за даними різних авторів, відмічається поява або нових інфекційних захворювань, або «старих», які були викоренені з території в результаті комплексу заходів. Актуальність їх полягає в тому, що багато лікарів у ряді випадків не підозрюють про ці захворювання, не проводять відповідні діагностичні дослідження, що призводить до пізньої діагностики та летальних наслідків. Відомо, що серед спорадичних випадків відсоток діагностичних помилок значно вищий у порівнянні з тим, коли дані випадки постійно реєструються. Але, навіть у випадках своєчасно поставленого діагнозу, виникає інша проблема – відсутність необхідних препаратів, які не ліцензовані в країні, проблема «документальних» перешкод по разовим ввезенням у країну. На жаль, бувають випадки, коли препарат до хворого доставляється пізно.

Одним з таких захворювань, яке поширене у деяких районах світу, є лейшманіоз. Дане захворювання реєструється в багатьох країнах світу: Південна Європа, Північна Африка, Близький Схід, Центральна та Південна Америка та Індійський субконтинент. Вісцеральна форма частіше реєструється в Індії, Бангладеші, Непалі, Судані та Бразилії. Так, у Судані в період з 1984 по 1994 рр. від цього захворювання могло померти до 100 тис. чоловік. У 1997 р. рівень захворюваності виріс на 400 %. Міграція заробітчан, населення сприяла поширенню захворювання в Еритрею, Ефіопію, де ВООЗ у 1998 р. відмічала багато важких випадків. У 1999 р. у Бразилії також значно зросла захворюваність. Війна, міграція населення у 2002 р. в Афганістані сприяли поширенню захворювання в Кабулі (до 100 тис.). Співробітники міжнародних організацій, які працюють у даних державах, туристи мають ризик інфікування. У 2006 р. вісцеральний лейшманіоз був поширений у 70 державах, значна кількість захворюлих була в Південній Азії, з кількістю захворювань 300 000 випадків. Країни Східної Африки посідають друге місце за розмірами осередка вісцерального лейшманіозу з числом захворілих 30000 щорічно. У третьому за розмірами осередку - в Бразилії реєструвалось біля 4 000 хворих. Справжнє число пацієнтів вірогідно значно більше, що



пов'язано з поширенням тут малярії, яка маскує цей рівень і призводить до підвищеної летальності. При цьому спостерігається періодичність підвищення захворюваності на лейшманіоз кожні 10-15 років.

В Європі найбільша захворюваність реєструється у Франції, Італії, Португалії та Іспанії. В Іспанії, Італії, Греції щорічно виявляється до 1000 нових випадків, у Туреччині – до 3000. У Швейцарії, Німеччині, Великобританії відмічаються спорадичні імпортовані випадки. За даними літератури останніх років, можливо, за рахунок глобального потепління, спостерігається географічне поширення захворювання. Лейшманіоз найчастіше реєструється у чоловіків та дітей. За даними ВОЗ (2005 р.), за останні 10 років було зареєстровано біля 2 мільйонів нових випадків (1,5 мільйонів з шкірною формою та 500 000 з вісцеральною). При цьому, в 2000 р. померлих було 41 000. У зв'язку з поширення міграційних процесів існує реальна зростаюча небезпека завезення даних захворювань у неендемичні держави.

За останнє десятиріччя відмічається поява випадків мікст-інфекції: вісцеральний лейшманіоз+СНІД, вісцеральний лейшманіоз+СНІД+туберкульоз. Про перший випадок мікст-інфекції було повідомлено у 1985 р. З того часу їх кількість у південній Європі значно збільшилась та з 35 країн було повідомлено про випадки ко-інфекції. Введення НААРТ терапії в Європі сприяло зменшенню кількості хворих, але у інших державах ВІЛ-інфекція сприяє значному зростанню кількості випадків вісцерального лейшманіозу в ендемічних областях. В той же час вісцеральний лейшманіоз викликає клінічну прогресію ВІЛ-інфекції. Якщо в одних районах ко-інфекція реєструється в 2-9 % випадків, то в інших, наприклад, в Ефіопії, до 15-30 %. В Європі ко-інфекція частіше всього реєструється в Іспанії (у 5-7 разів більше, ніж середнє число в Європі). Поширенню ко-інфекції сприяють гетеросексуальні та гомосексуальні стосунки, використання внутрішньовенних наркотиків. Ці шляхи були встановлені у 94 % випадків.

В Україні останнім часом реєструються поодинокі випадки вісцерального лейшманіозу, в тому числі і у вигляді ко-інфекції: вісцеральний лейшманіоз+СНІД, вісцеральний лейшманіоз+СНІД+туберкульоз. Військовим лікарям-інфекціоністам у зв'язку з виконанням миротворчих операцій частіше, ніж цивільним спеціалістам, доводиться зустрічатися з різноманітними формами лейшманіозу. Серед цікавих випадків захворювань, які ми спостерігали в нашому госпіталі, були: 1) випадок захворювання на вісцеральний лейшманіоз, при якому хворий протягом 3-х місяців у різних медичних закладах України обстежувався та лікувався з приводу сепсиса, черевного тифа, карбункула нирки, гранулематозного лімфаденіта, лімфоми Ходжкіна; 2) випадок з ко-інфекцією - вісцеральний лейшманіоз+СНІД з рецидивним перебігом лейшманіозу. В обох випадках мали місце проблеми як з лабораторною діагностикою (хоча клінічно і підозрювався лейшманіоз), так і з терапією.

Відомо, що захворювання розвивається у терміни від 3 тижнів до 1 року (але при цьому в деяких випадках має місце більш тривалий інкубаційний період - до 2-3 років). Вісцеральний лейшманіоз може перебігати як у вигляді безсимптомних форм, так і маніфестних, їх співвідношення, за даними даними, 5:1, за іншими - 30-100:1 (відповідно). Для вісцеральної форми характерні: симптом лихоманки, збільшення селезінки та/або печінки, панцитопенія, втрата ваги. Описані випадки з множинними некрозами в селезінці. В той же час відмічались випадки, коли панцитопенія не спостерігалась. При захворюванні спостерігається високий відсоток ускладнень (пневмонія, ентероколіт, нефрит, тромбо-геморагічний синдром, набряк гортані, виразковий стоматит, активація гнійної інфекції з розвитком фурункулів, абсцесів та ін.). При ко-інфекції ускладнюється постановка діагнозу «лейшманіоз», так як типові клінічні прояви відсутні, а мають місце невизначені клінічні симптоми. Деякі автори відмічають зменшення частоти спленомегалії, інші відмічають, що у 42-68 % хворих прояви хвороби обумовлені умовно-патогенною інфекцією. Описані випадки комбінації шкірної, шкірно-слизистої та вісцеральної форми.

Вважається, що *L. donovani* не є причиною смерті, а до летального наслідку приводять розвиток пневмонії, туберкульозу, дизентерії, СНІДу та ін. Це обумовлено розвитком умовно-патогенної флори на тлі зниження імунітету. При шкірній формі смертельні наслідки розвиваються при приєднанні вторинної інфекції. За відсутності специфічної терапії летальність при вісцеральній формі досягає 75-95 %. При цьому смертність при ко-інфекції значно вища, ніж при моноінфекції. За даними літератури, при спостереженні за хворими з ко-інфекцією протягом року летальність склала 53,7 %, в той же час при моноінфекції вісцерального лейшманіозу – 7,5 %. На жаль, в Україні за останні роки з 9 зареєстрованих випадків вісцерального лейшманіозу (в т.ч. і з ко-інфекцією) померло 3 людини.

Для встановлення діагнозу застосовується мікроскопія мазків кісткового мозку, а в деяких державах і біоптатів печінки, лімфатичних вузлів. Застосовуються також і інші методи: непрямий імуофлюоресцентний тест визначення антитіл, ІФА, імуоблот, тест прямої агглютинації з чутливістю від 22 до 95 %. Вже розроблена ПЛР методика з чутливістю при обстеженні зразків з кісткового мозку 82-100 %. При цьому необхідно мати на увазі, що у хворих на вісцеральний лейшманіоз можуть бути хибнопозитивні результати на ВІЛ, але при ко-інфекціях можуть бути і хибнонегативні результати. В Україні на даний час застосовується тільки мікроскопічний метод.

Своєчасна постановка діагнозу, призначення специфічної терапії суттєво знижує летальність, в тому числі і при ко-інфекції. За даними літератури, HAART значно зменшила рівень перших симптоматичних епізодів вісцерального лейшманіозу в Європі, але подібне ще не відмічається в ендемічних країнах Південної Азії та Африки. Ко-інфекція суттєво ускладнює лікування хворих, впливає на розвиток рецидивів, летальні

наслідки. На фоні проведення терапії гострий медикаментозний панкреатит є найбільш частою причиною припинення лікування і розвитку фатального наслідку (Laguna F. et al., 1999; Laguna F. et al., 2003). Також можуть реєструватися виражені електрокардіографічні зміни. В Європі при проведенні лікування хворих на ко-інфекцію вісцеральний лейшманіоз+СНД+туберкульоз, навіть застосування одного з найбільш ефективних препаратів liposomal amphotericin B (AmBisome) у сумарній дозі 30-40 мг/к, не попереджало розвиток рецидивів (Russo R. et al., 1996). Автори встановили, що продовжене лікування (до 2-х років) за допомогою miltefosine було безпечним. Для лікування ко-інфекції застосовувались комбінації синергістів: miltefosine з paromomycin (aminosidine) або pentavalent antimonials, або amphotericin B, що впливало на виходи, рецидиви, розвиток стійкості збудників до препаратів.

У завершенні слід зазначити, що у зв'язку з виникненням спорадичних випадків вісцерального лейшманіозу, медичним працівникам необхідно пам'ятати про його існування; необхідно в обласних центрах на інфекційні відділення покласти завдання з покращення діагностики і лікування тропічних інфекцій, налагодити навчання спеціалістів з цих інфекцій, а також створення в них запасу як медикаментів, так і альтернативних діагностичних тест-систем. Це необхідно тому, що коли хворі потрапляють у ці відділення, часу на надання допомоги буває дуже мало, а деколи і зовсім пізно.

## **АКТИВНЕ ВИЯВЛЕННЯ НОСІЇВ ЗБУДНИКІВ МАЛЯРІЇ ТА ХВОРИХ НА МАЛЯРІЮ**

**Трихліб В.І.**

*Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ*

Завезена малярія зберігає свою актуальність і в теперішній час. В Україні з 60-х років минулого століття (коли була ліквідована своя – місцева малярія) реєструються випадки тільки завезеної малярії. Переважно це триденна (*P. vivax*) та тропічна (*P. falciparum*) малярія. Відсоток їх у структурі завезених випадків змінюється залежно від країн перебування мандрівників та робочих. Хоча в останні роки щорічно кількість зареєстрованих хворих на малярію серед цивільного населення не більше півсотні, а серед військових – до сотні, серед даних хворих постійно реєструються випадки пізньої постановки діагнозу, що, як правило, пов'язано з пізнім зверненням до лікаря.

За даними літератури, приблизно у 90 % мандрівників, які захворюють на малярію, клінічні прояви з'являються після повернення до дому (Winters RA et al, 1999; Canadian recommendations, 1995).

Відомо, що інкубаційний період при тропічній малярії складає біля 8-16 діб (в середньому 12-13). За даними Лобана К.М., Полозка Е.С., (1983), в

осіб, яким не проводили хіміопротифілактику, тропічна малярія проявляється звичайно протягом 1-2, рідше – 3-4 тижнів. Середня тривалість між прибуттям додому та появою клінічних проявів при тропічній малярії у мешканців Швейцарії була 7 днів, але був випадок, коли людина захворіла пізніше ніж, через 55 днів після прибуття. В цей же час, як вказують Christen D. et al (2006), термін від появи симптомів до встановлення діагнозу був 5 днів (3,75-6,0 днів), а до початку терапії складав 4 доби (Fabrice Bruneel, 2002). Необхідно також звернути увагу і на те, що у мандрівників з наявністю часткового імунітету зустрічаються випадки і хронічної інфекції протягом багатьох місяців після повернення з ендемічної країни (Omonuwa S, Omonuwa S., 2002). Guetgго IC з співавторами (1983) описали також випадок тропічної малярії через 9 років після повернення з Судану. Як вказують Benjamin P Howden з співавт. (2005), хронічна малярія може зустрічатись і в неімунних осіб, які виїхали з ендемічної країни через декілька років. За даними цих дослідників, малярію необхідно виключати в осіб, які мають спленомегалію, анемію, тривалу непостійну лихоманку та позноблювання.

Нами після обробки епідемічних карт хворих на малярію з 2002 року встановлено, що основна кількість хворих на тропічну малярію серед цивільного населення була госпіталізована протягом 7 днів від початку захворювання. При цьому відсоток тяжких форм був більше при госпіталізації пізніш ніж, третя доба хвороби. Тяжкий перебіг був в осіб, котрі прибули з країн: Ліберія, Сьєрра-Леоне, Гана, Нігерія, Мозамбік, Гвінея, Конго, Іспанія, Замбія, Малі, Сінгапур, Камерун, Танзанія, Судан, Ангола, Бенін, Уганда, Індія, Таїланд. У цей же час звертає на себе увагу також те, що були хворі з більш пізньою госпіталізацією (від 7 до 22 днів), але перебіг хвороби був легкий та середньотяжкий. Дані хворі прибули з Ліберії, Гани, Туреччини, Нігерії, Гвінеї, Анголи, Намібії, Камеруну, Мароко, Кенії, Судану. Важко вважати, що українське населення має захисний імунітет проти малярії, навіть частковий, у даних випадках необхідно думати про можливість лабораторної помилки при встановленні виду збудника. Хоча при аналізі даних історій хвороб хворих на малярію серед військовослужбовців - миротворців встановлено, що тяжкість перебігу малярії була різною у різних осіб при однакових термінах поступлення на лікування з моменту захворювання. В той же час помічено, що при повторних госпіталізаціях протягом року з приводу малярії перебіг хвороби був дещо легший. Потребує проведення подальших досліджень питання: що впливає на перебіг захворювання.

Поки не встановлені індивідуальні фактори, які впливають на перебіг хвороби, з метою запобігання виникнення тяжких випадків серед миротворців після повернення з відрядження медичною службою ЗС України проводиться активне виявлення осіб, які є носіями збудників малярії або мають субклінічну форму, або знаходяться в інкубаційному періоді хвороби.

Одразу після повернення з відряджень (в перший день після прильоту) при проведенні мікроскопії мазків та «товстих» крапель відсоток осіб, які мають збудників коливався від 4 % до 30,7 %. У 72 осіб при обстеженні був встановлений діагноз: тропічна малярія, легкий перебіг. 243 особи були направлені до стаціонару на санацію з діагнозом: паразитозіство *P. falciparum*. У подальшому при їх опитуванні та обстеженні встановлено, що 5 осіб скаржились на загальну слабкість, 2 – на наявність нежиті, 3 – на познобловання; у 40 - виявлена субфебрильна температура; у 12 - виявлена гепатомегалія; у 14 - лейкоцитоз, у 3-х – паличкоядерний зсув вліво; у 23 – підвищення рівня АлАТ. Тобто під виглядом паразитозіства у деяких осіб була малярія з субклінічним перебігом. При огляді мазків та «товстих» крапель, як правило, виявлялись поодинокі кільцеподібні шизонти та гамонти. В цей же час зустрічались поодинокі випадки, коли при обстеженні плазмодії не були виявлені, а дані особи (в наступному пацієнти з малярією) захворювали через 5-10 діб. Тобто, при проведенні обстеження осіб, які знаходились в умовах з високим ризиком інфікування, одразу після прибуття з ендемічної країни у них у крові вже є така кількість паразитів, що визначається при мікроскопії. У даний період у застосуванні «швидких» тестів немає потреби, тому що вони діють (за даними різних авторів) при рівні паразитемії від 100 до 500 паразитів в 1 мкл. Це підтверджено також і нами при застосуванні «швидких» тестів корейського виробництва. В той же час при обстеженні хворих на малярію, які поступають до стаціонару вже з клінічними проявами, рівень паразитемії більше 20 тис. (за нашими даними та даними епідеміологічних карт).

Тобто у осіб, які захворіли протягом перших 3-х місяців після прибуття з ендемічної країни (що частіше буває), з проявами лихоманки, з ознобом або без, можливо при наявності катаральних змін з боку дихальних шляхів, діарейного синдрому, міалгій, ломоти в суглобах необхідно повторно проводити мікроскопічні обстеження на малярію при отриманні перших негативних результатів. З урахуванням того, що хвороби, які рідко зустрічаються, завжди тяжкі в діагностиці, часто відсутні класичні прояви малярії, наявні стерті або атипові форми, саме тут у діагностиці і допомагають «швидкі» тести для обстеження на малярійні антигени.

## **ЛЕПТОСПИРОЗ З ЙОГО ПРОБЛЕМАМИ**

**Трихліб В.І., Сморгунова В.Ф.**

*Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ*

Лептоспіроз залишається на сьогодні важливим гострим зоонозним природно-осередковим захворюванням, що поширене в світі. Це одне з зоонозних інфекційних захворювань, яке має найбільш тяжкий перебіг. Той факт, що воно переважає в осіб працездатного віку, є причиною високого

рівня летальності при тяжкому перебігу хвороби, зумовлює особливу важливість даної проблеми для практичної охорони здоров'я.

В Україні лептоспіроз також є актуальною зооносною інфекцією. Захворювання реєструється протягом багатьох десятиріч не лише спорадично, але і у вигляді спалахів. За минулі роки рівень захворюваності в деяких областях перевищував середньостатистичний у декілька разів. У 2007 р. в країні було зареєстровано 674 випадки лептоспірозу (1,44 на 100 тис. населення), у 2008 р. — 514 (1,29 на 100 тис. населення). Дане захворювання зустрічається протягом року з чіткою літньо-осінньою сезонністю (найчастіше реєструється у період з червня по вересень). У військовослужбовців і пенсіонерів МО щорічно також спостерігались випадки захворювання, але у вигляді поодиноких випадків.

Захворювання людей було викликано різноманітними видами лептоспір: *Grippytyphosa*, *Pomona*, *Australis*, *Batavica*, *Icterohaemorrhagie*, *Hebdomadis*. За даними Васильєвої Н.А. зі співавт. (2008), відмічається зміна етіологічної структури лептоспірозу: до 1981 р. головну роль відігравала *L. grippytyphosa* (90 % розшифрованих випадків), у 90-ті роки головним збудником стала *L. icterohaemorrhagiae* (до 100,0 %), з 2002 р. реєструються захворювання, викликані *L. hebdomadis*, *L. canicola*, *L. pomona*, а частка *L. icterohaemorrhagiae* скоротилась до 37,5 %. За даними Городіна В.Н. (2006), Мартинова В.А. зі співавт. (2006), Лебедева В.В. зі співавт. (2008), в етіології лептоспірозу переважала серогрупа *L. icterohemorrhagiae* - від 70 до 90 %.

У структурі хворих переважали сільські мешканці (більше 75 %), чоловіки, люди старші 60 років (Васильєва Н.А. зі співавт., 2008; Козловцев М.І., Мартинов В.А., 2008; Мінова Л.В., Матяш В.І., 2008; Городін В.Н. зі співавт., 2008)

Лептоспіроз - це захворювання з переважно водним шляхом передавання збудника. Водний фактор і опосередкований контакт з гризунами в епідеміологічному анамнезі відмічали у 90 % обстежуваних (Козловцев М.І., Мартинов В.А., 2008). З купанням, риболовлю, користуванням водою з випадкових джерел було пов'язане захворювання у підлітків і молодих осіб. У старших людей воно частіше було пов'язано з особливостями їх життя і побуту (роботою в домогосподарстві, доглядом за домашніми тваринами).

У більшості літературних джерел клініка лептоспірозу залишилась типовою: спостерігався гострий початок з високою лихоманкою і вираженою інтоксикацією, наявністю міалгії (за даними літератури, у 58,3 % біль у м'язах ший, спини, гомілкових), гепатоспленомегалії, геморагічного синдрому, у частини хворих відмічалась екзантема (плямисто-папульозна, дрібнокрапчаста), у більшості - нейтрофільний лейкоцитоз, гіпоізостенурія. Жовтянична форма спостерігалась від 76 % до 87,5 % (Васильєва Н.А. зі співавт., 2008; Городін В.Н., 2006; Лебедев В.В. зі співавт., 2006). У той же час Мінова Л.В., Матяш В.І. (2008), відмічали у 2007 році в 44,4 % хворих

безжовтяничну форму. Бондаренко І.Н. (2007), Городін В.Н. (2006) відмічали переважно тяжкий перебіг при жовтяничній формі. У хворих був наявний поліморфізм клінічних проявів, широкий спектр ускладнень. При тяжкому перебігу в період розпалу розвивалась поліорганна недостатність (ОППН, ГТШ, ДВЗ-синдром, РДС та ін.). У той же час тяжкий перебіг хвороби спостерігався і при безжовтяничній формі, як правило за рахунок вираженої інтоксикації і ниркової недостатності (Васильєва Н.А. зі співавт., 2008).

Була пряма залежність тяжкості перебігу від надходження в стаціонар, що пов'язано з недостатньою настороженістю пацієнтів і лікарів. На пізню госпіталізацію вказують ряд авторів (Авдєєва М.Г., Стриханова О.В., 2006, Васильєва Н.А. зі співавт., 2008, Козловцев М.І., Мартинов В.А., 2008). Нечасті випадки захворювань завжди важкі для діагностики. Різномаяття клінічних проявів, переважання неспецифічних симптомів у початковий період ускладнює діагностику і вимагає якісної лабораторної верифікації лептоспірозу. Діагностика ускладнюється при поєднанні лептоспірозу з іншими тяжкими захворюваннями, що маскують клініку лептоспірозу і ускладнюють перебіг. Часті помилкові діагнози: «ГРВІ», «ГВГ», «ГГНС», «лихоманка незрозумілого генезу». Відомо, що результат лептоспірозу багато в чому визначається терміном початку антибактеріальної терапії, адекватністю комплексної терапії, в тому числі інфузійної.

Для діагностики лептоспірозу застосовують методики: мікроскопію у темному полі, реакцію мікроаглютинації (РМА), реакцію макроаглютинації чи Байрам-Алі-слайд-аглютинації (БАСА), РПГА, імуноферментний аналіз (ІФА), ПЛР.

Нами проаналізовані 63 випадки лептоспірозу, що лікувалися у клініці інфекційних захворювань ГВМКЦ «ГВКГ» за останні роки.

Усі хворі були чоловічої статі, у віці від 18 до 40 років (82,5 %). При цьому 68,3 % були госпіталізовані в літні місяці і 9,5 % - взимку. 25,4 % хворих пов'язували захворювання з купанням у водоймах, 14,3 % - з роботою на підсобному господарстві, на дачі, 1 % - з земельними роботами. У інших можливий епідеміологічний анамнез встановити не вдалося.

Звертає увагу низький відсоток діагностики лептоспірозу на догоспітальному етапі. Лише у 49,2 % хворих був вірно встановлений діагноз, іншим встановлювалися помилкові діагнози: гостре респіраторне захворювання, токсичний грип, пневмонія, вірусний гепатит, гострий ентероколіт, загострення виразки цибулини 12-палої кишки.

Інкубаційний період складав від 7 до 14 днів, у середньому 10,5 днів. У всіх хворих був гострий початок захворювання. У більшості хворих температура тіла підвищувалась до 39 °С і вище, турбував озноб, міалгії стегон і гомілок, у деяких також був біль у ділянці передньої черевної стінки, попереку. В 31,7 % хворих при огляді було виявлено склерит, у 17,5 % - екзантему, діарейний синдром - у 23,8 %. Сечовий синдром був у всіх хворих, у 79,4 % осіб на 4-5 добу захворювання розвинулась гостра ниркова

недостатність. Період олігоанурії тривав 2-4 доби, а поліурії - до 10. У 65,1 % хворих на 3-4 добу захворювання розвинулась жовтяниця. Геморагічний синдром спостерігався у 12,7 % хворих. У 25,4 % пацієнтів на 3-4 добу розвинулась вогнищева пневмонія, у двох на 6-8 добу - виражений РДС синдром, двобічна пневмонія. У 33,3 % на 5-10 добу розвинувся міокардит, у 6,3 % - на 3 добу менінгеальний синдром. У 65,1 % осіб розвинувся шок I ступеня, у 20,6 % - шок II-III ступеня. В аналізах крові ми спостерігали: рівень білірубіну у 41,3 % був у межах 150-400 мкмоль/л, у 9,5 % - 400-800 мкмоль/л, у 1 хворого – 1052 мкмоль/л; анемія розвинулась у 42,9 % хворих, тромбоцитопенія – у 38,1 %, зниження протромбінового індексу - в 46 %; підвищення сечовини до 20 ммоль/л було в 73 % пацієнтів, до 40 ммоль/л – у 6,3 %; креатинін у 66,7 % підвищувався до 300 мкмоль/л, у 1 хворого - до 1024 мкмоль/л.

У всіх хворих діагноз підтверджувався за допомогою РПГА. На 7-8 добу захворювання титр в середньому складав 1:160 і 1:320, а на 14-18 – 1:640. У одного хворого на 5 добу результат був негативний, а вже на 14 був позитивним у титрі 1:5120.

Для лікування застосовували пеніцилін чи цефтріаксон. У 6 хворих був проведений гемодіаліз з ультрафільтрацією, у 4 з них був отриманий позитивний ефект, у 2 він був неефективним. У 5 застосовували плазмоферез з добрим ефектом. Усім хворим з середньотяжким і тяжким перебігом проводились сеанси ГБО. Кортикостероїди, інфузійно-дезінтоксикаційна терапія - у залежності від показників гемодинаміки, діурезу. Необхідно відмітити, що на попередніх етапах були випадки, коли кількість рідини, що вводилася, була неконтрольована і тому хворі надходили з проявами РДС-синдрому, набряку легень, серцевої недостатності.

Таким чином, лептоспіроз залишається актуальним захворюванням, що зустрічається протягом всього року (навіть у зимово-весняний період, хоча частіше в літньо-осінній). Недостатня інформованість населення про дане захворювання призводить до пізнього звернення пацієнтів за медичною допомогою. Слабка настороженість лікарів стосовно лептоспірозу і інших нечастих захворювань потребує розширення і активізації санітарно-просвітницької роботи, спеціальної підготовки лікарів первинної ланки. Клінічна картина лептоспірозу зберігає характерні риси; перебіг хвороби переважно тяжкий незалежно від серовара збудника; всі мають пам'ятати, що у початковому періоді захворювання можуть бути відсутні патогномонічні ознаки, а наявні лише прояви загальної інтоксикації, можуть бути прояви катару верхніх дихальних шляхів. У разі виявлення при огляді (особливо в літній період, неендемичний для «застудних» захворювань) інтоксикації, міалгії, ознак ГРЗ, жовтяниці, лихоманки, лейкоцитозу зі зсувом лейкоформули вліво, прискореної ШОЕ, гіпостенурії, тромбоцитопенії - має насторожити лікарів відносно лептоспірозу. Необхідно покращити підготовку випускників медичних ВНЗів щодо інфекційних захворювань.



## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ VARICELLA ZOSTER

Гретьяков В.В.

Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

Захворювання, спричинені вірусом varicella zoster (VZ), відомі людству здавна, бо зустрічались повсюди на земній кулі. VZ або  $\alpha$ -герпес вірус III типу викликав захворювання, яке ще в XVIII ст. було виділено в окрему нозологічну форму, тоді ж доведена її відмінність від натуральної віспи, проте відкриття, ідентифікація і культивування збудника вітряної віспи (ВВ) та оперізувального герпесу (ОГ) виявилось можливим лише в XX ст.

Встановлення діагнозу ВВ/ОГ не являє істотних труднощів, базується на клінічній оцінці, оскільки як первинна інфекція ВВ, так і ОГ, реактивація VZ, мають характерну клінічну картину.

Наголошується, що у дорослих частіше за дітей ВВ може перебігати атипово та мати більшу кількість ускладнень. Крім того, у доступній зарубіжній і вітчизняній літературі є суперечливі повідомлення про необхідність проведення додаткових лабораторних досліджень з метою диференціальної діагностики між вітряною, натуральною, мавп'ячою і коров'ячою віспою. Дехто вважає загрозу натуральної віспи сьогодні перебільшеною у зв'язку з ліквідацією останньої (за визначенням ВООЗ), проте не заперечуються факти зберігання збудника натуральної віспи у деяких біологічних лабораторіях, що таїть приховану загрозу біологічній безпеці популяції людей. Останнім часом у періодичній літературі описані випадки захворювання на коров'ячу віспу в Україні (Никитюк М.П., Адамович О.П.), окрім того, в деяких регіонах планети реєструються випадки захворювання людей мавп'ячою віспою (переважно на африканському континенті).

Другою важливою причиною проведення додаткових досліджень є необхідність визначення рівня напруженості протівіспяного імунітету в популяції, оскільки вакцинація проти ВВ довела свою ефективність і значно знижує ризик виникнення ОГ та його ускладнень. Проте, необхідно враховувати клінічну, економічну необґрунтованість і підвищений ризик застосування дорогих вакцин в імунної частини популяції, у зв'язку з рутинною вакцинопрофілактикою. В економічно розвинених країнах світу охоплення вакцинацією значно вище, ніж у країнах СНД та Україні, тому зниження рівня захворюваності ВВ, перебіг серед вакцинованих осіб у легкій або атиповій формі, приводить до утруднення постановки діагнозу клінічно, потенційно збільшуючи потребу в лабораторній верифікації діагнозу ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), Angulo J.J.).

Особливої уваги заслуговує необхідність лабораторної діагностики ускладнених форм VZ-інфекції, особливо при ураженнях ЦНС (енцефаломієліти), ока (некротизуючий ретиніт), стертих або атипових формах (бульозній, геморагічній), ураженнях черепномозкових нервів (*п.*

*facialis*) у хворих ОГ, особливо за відсутності характерних висипань у відповідному дерматомі (J. Garweg).

Крім того, як у закордонній, так і національній медичній літературі частіше почали з'являтися повідомлення про мікст-герпетичні інфекції, які маскуються під клініку ВВ/ОГ, що розширює показання до лабораторного обстеження.

За даними ВООЗ ([www.who.int](http://www.who.int)), «золотим стандартом» лабораторної діагностики ВЗ є метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР); метод світлової мікроскопії (цитологічний метод); виділення ВЗ у культурі клітин тканини; серологічні методи (імуофлюоресцентний, твердофазний імуоферментний аналіз); біопсія шкіри з подальшим вірусологічним дослідженням.

Нами за допомогою ПЛР були обстежені кров, слина і вміст везикул 56 пацієнтів молодого віку з легкою та середньотяжкою формами ВВ на 1-2 добу захворювання. Метою обстеження було виявлення герпетичної мікст-інфекції за допомогою тест-систем для визначення ДНК(РНК) вірусів простого герпесу 1/2 типу, варицела-зостер, цитомегаловірусу, вірусу Епштейн-Барр, герпесвірусу 6 типу (HSV-1/2, VZV, CMV, EBV, HHV-6).

За тяжкістю перебігу обстежувані пацієнти розподілилися так: 39 (69,6 %) осіб перенесли ВВ у легкому варіанті, середньотяжкий перебіг мали 17 (30,4 %). У 5 (8,9 %) пацієнтів перебіг захворювання ускладнився пустулізацією висипань.

У результаті виявлено: 100 % досліджуваної слини і рідини везикул містило ДНК ВЗ, що супроводжувалося віремією у 41 хворого (73,2 %). При цьому в слині у 27 (48,2 %) і крові у 4 (7,2 %) хворих на ВВ - виявлено ДНК EBV без ідентифікації останнього у вмісті везикул. Крім того, виявлена наявність ДНК HHV-6 в слині у 83,9 % (n=47) і везикулах у 30,6 % (n=17), при низькому рівні віремії до 5,4 %. Незначною виявилася роль HSV1/2 (1,8-5,4 %) і CMV (3,6-7,2 %) у вірусологічному профілі. При зіставленні клінічної і лабораторної картини захворювання встановлено, що виявлена мікст-інфекція не вплинула на тяжкість захворювання і тривалість лікування.

Таким чином, характерна клінічна картина легкої і середньотяжкої форми ВВ при додатковому лабораторному обстеженні супроводжувалася реплікацією у слині EBV-інфекції практично у половини хворих. З іншого боку, в 23,2 % пацієнтів ВВ супроводжувалася реактивацією HHV-6 з репрезентацією вірусу одночасно в слині і шкірних висипаннях. Однак слід зазначити, що реактивація інших герпес-вірусів у нашому випадку не вплинула на вихід та одужання хворих. Ймовірно, більш детальна оцінка реактивації хронічної герпесвірусної інфекції може бути здійснена при більш детальному обстеженні пацієнтів, що у край складно практично реалізувати в умовах військового колективу.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СПОРАДИЧНОГО ШИГЕЛЬОЗУ В СУЧАСНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ ПІВНІЧНО-СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ**

**Чемич М.Д., Бутко В.А., Чемич О.М.**

*Сумський державний університет, Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Протягом багатьох років як в Україні, так і в усьому світі шигельози займають одне з провідних місць у структурі гострих кишкових інфекційних захворювань. В останнє десятиріччя захворювання на шигельози характеризувались більш легким перебігом та зниженням летальності. Це привело до формування думки, що шигельози - легке захворювання, яке не потребує зосередженого лікування, госпіталізації, не має ускладнень і зрідка призводить до смерті хворого.

**Мета дослідження.** Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу спорадичного шигельозу в сучасних соціально-екологічних умовах північно-східного регіону України.

**Методи дослідження.** Клінічне та епідеміологічне дослідження. Загальноклінічні методи, визначення інтегративних показників ендогенної інтоксикації.

**Результати дослідження.** Проаналізовано 2314 історій хвороб та частково обстежено хворих на спорадичний шигельоз (СШ). Найбільша кількість госпіталізованих хворих припадала на серпень-вересень-жовтень місяці. Середній вік хворих склав (27,8±0,4) років. Чоловіків було 1175 (50,8 %), середній вік – (26,2±0,6) років; жінок – 1139 (49,2 %), середній вік – (29,4±0,7) років. Більшість чоловіків, хворих на СШ, була молодша за жінок (P<0,001). Найбільшу групу як серед чоловіків, так і серед жінок склали особи віком від 14 до 20, найменшу – старші 60 років.

Госпіталізація відбувалась з 1-го по 18-й день від початку захворювання. Переважна кількість хворих госпіталізована на 1-3-й день, у середньому на (2,16±0,06) день. Слід відмітити, що чоловіки зверталися за допомогою значно раніше, ніж жінки. Так, госпіталізація хворих на СШ чоловіків відбулася на (2,07±0,07) день, а жінок на - (2,30±0,09) (P<0,05).

Найбільше хворих було із середньотяжким перебігом СШ (1174), значно менше з легким (817) та тяжким (323).

У всіх хворих клінічно діагностовано СШ, бактеріологічне та/чи серологічне підтвердження діагнозу отримано у 2183 (94,3 %) випадках. Серед збудників переважно виділялись *S. sonnei* (1198 хворих) і *S. flexneri* (906), значно рідше - *S. newcastle* (70) та *S. dysenteriae* (9), що чітко видно у відсотках.

Факторами передавання, на які вказували хворі, найчастіше були молочні продукти (молоко, сметана, сир, масло тощо) - у 562 (24,3 %) випадках, овочі та фрукти – у 376 (16,3 %). Значно рідше перші, другі страви або салати – у

135 (5,8 %), контакт із подібним хворим – у 125 (5,4 %), м'ясні та рибні продукти – у 110 (4,8 %), інші фактори (вода, кондитерські вироби, яйця) – у 133 (5,7 %). Не встановлений фактор передавання у 873 (37,7 %) випадках. Зареєстровано 151 епідемічний осередок, в яких було 332 хворих, індекс осередковості склав 0,065.

СШ переважно перебігав у вигляді коліту (1214 хворих), гастроентероколітна та ентероколітна форми реєструвались удвічі рідше (відповідно 598 і 478), гастроентерит виявляли в поодиноких випадках (24 хворих).

Вивчаючи інтегративні показники ендогенної інтоксикації, в усіх хворих виявляли підвищення ЛШ, ГПШ, ІЗЛК і зменшення Ілімф. Перші були значно вищі у хворих жіночої статі (ЛШ, ГПШ, ІЗЛК), а Ілімф – істотно нижчий. Підвищення ЛШ, ГПШ відбувалося при всіх ступенях тяжкості, тоді як ІЗЛК при легкому ступені СШ не відрізнявся від норми. Ілімф не знижувався при легкому ступені ентероколітної форми. Встановлена чітка прямопропорційна залежність показників ендогенної інтоксикації (ЛШ, ГПШ, ІЗЛК) від ступеня тяжкості хвороби та зворотна залежність Ілімф, який найбільше знижувався при тяжкому перебігу СШ.

Хворі найчастіше скаржилися на діарею, болі в гіпогастрії, домішки слизу в калі, слабкість. Ці скарги однаково часто реєструвались у всіх пацієнтів незалежно від ступеня тяжкості СШ. Частота таких симптомів, як нудота, болі в епігастрії та мезогастрії, головний біль, запаморочення, домішки крові в калі, прямо пропорційно залежала від ступеня тяжкості захворювання.

У всіх обстежених була гарячка. Тахікардію, біль при пальпації живота, спазм сигмоподібної кишки, ознаки зневоднення, домішки слизу та еритроцитів у калі (при копроцитоскопії) спостерігали у більшості хворих на СШ. Частота симптоматики залежала від ступеня тяжкості хвороби.

Домішки лейкоцитів у калі при копроцитоскопії виявляли у більшості випадків, але найчастіше при легкому та тяжкому перебігу хвороби. Збільшення розмірів печінки найчастіше діагностували при тяжкому ступені СШ, найрідше – при легкому.

Встановлено чітку, пряму, статистично достовірну залежність ступеня підвищення температури тіла, частоти випорожнень від тяжкості перебігу СШ. Частота збільшення печінки також залежала від ступеня тяжкості СШ, це не відбивалося на ступені збільшення органа, за винятком тяжкого перебігу, при якому вона значно збільшувалась.

Особливо показовими були зміни зі сторони серцево-судинної системи. Виявлена чітка залежність частоти серцевих скорочень від ступеня тяжкості СШ; виражена тахікардія спостерігалася при його тяжкому перебігу. Істотне зниження систолічного показника артеріального тиску відбувалось і при середньому, і при тяжкому ступені СШ й мало зворотну залежність. Кількість хворих, у яких систолічний показник тиску був нижче 100 мм рт.ст., залежала від ступеня тяжкості захворювання та була найбільшою при тяжкому

перебігу хвороби. Зниження діастолічного показника артеріального тиску реєструвалося лише при тяжкому ступені СШ.

Висновки. При спорадичних захворюваннях етіологічним чинником є як *S. sonnei* (51,8 %), так і *S. flexneri* (39,2 %), рідше *S. newcastle* (3,0 %) і *S. dysenteriae* (0,4 %). Передача збудника здійснюється головним чином харчовим шляхом. Індекс осередковості спорадичного шигельозу склав 0,065. Основним фактором передавання при спорадичному шигельозі є молочні, м'ясні продукти, овочі та фрукти. При спорадичному шигельозі температурна реакція, пульс, артеріальний тиск крові більше змінюється у хворих на шигельоз Зонне, домішки слизу і крові в калі частіше виявляються при шигельозі Флекснера. Інші клінічні ознаки не залежать від етіологічного чинника.

## **СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЛЕПТОСПИРОЗУ НА СУМЩИНІ**

**Чемич М.Д., Чемич О.М., Нікітенко В.Ю., Троцька І.О., Христенко Г.І.**

*Сумський державний університет, Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми*

Лептоспіроз – поширена інфекційна хвороба, а для Сумської області ще й ендемічна. Хвороба характеризується переважно середньотяжким і тяжким перебігом, високою летальністю (16,9 %, а при тяжких формах – 64,3 %).

Мета роботи - вивчити та поглибити уявлення про епідеміологічні та клінічні особливості перебігу лептоспірозу в Сумській області.

Матеріали і методи дослідження. Об'єкт дослідження – хворі та медичні карти хворих на лептоспіроз, звітна документація санітарно-епідеміологічних станцій області. Предмет дослідження – клініка, епідеміологія, кров хворих. Методи дослідження – загальноприйняті методи клінічного і лабораторного обстеження хворих, епідеміологічного аналізу, а також мікробіологічні, серологічні. Досліджено сироватки крові від пацієнтів. Серовар збудника визначали за допомогою реакції аглютинації-лізису з культурами лептоспір.

Результати дослідження. Проведено аналіз матеріалів щодо перебігу лептоспірозу в Сумській області за 1995–2008 роки; даних обстеження на лептоспіроносійство гризунів. Обстежено та проаналізовано медичні карти 99 хворих на лептоспіроз.

Показник захворюваності в області коливався від 0,38 на 100 тис. населення у 1996 р. до 3,05 на 100 тис. населення у 2004 р. Показники захворюваності на лептоспіроз в області у 1999, 2001, 2004, 2005 та 2006 роках значно перевищували показники в Україні ( $p < 0,05$ ). Смертність від лептоспірозу за 1995-2008 р.р. в Україні знаходилась майже на одному рівні і у середньому сягала 9,03 %, тоді як у Сумській області була нижчою і склала

в середньому 7,09 %, при цьому значно перевищуючи показники по державі у 1995, 2000, 2002 та 2003 р.р.

Випадки лептоспірозу реєструвались протягом року. Найбільша кількість захворювань припадала на літні (35 випадки) та осінні місяці (40), значно менше навесні (9) та взимку (15).

Діагноз лептоспірозу підтверджений лабораторно у 96,6 % хворих: у 25,9 % виявлені *L. icterohaemorrhagiae*, 22,5 % - *L. hebdomadis*. Значно рідше реєструвались випадки, пов'язані з іншими серогрупами лептоспір: *L. pomona*, *L. grippotyphosa*, *L. canicola*, *L. australis*, *L. autumnalis*. Необхідно зауважити, що у декількох хворих було виділено *L. batavica* та *L. bolluni*, які раніше в нашій області не ідентифікувались.

Таким чином, на відміну від даних по Україні, де значно переважає як етіологічний чинник *L. icterohaemorrhagiae* (61 %), на Сумщині розподіл етіологічних чинників інший. Значно частіше реєструються захворювання, викликані *L. hebdomadis*, *L. pomona*, *L. canicola* та *L. javanica*.

Епідеміологічні особливості помісячного розповсюдження лептоспірозу в області тісно пов'язані з серогрупою збудника. Лептоспіроз, спричинений *L. grippotyphosa*, у зимово-весняні місяці майже не зустрічається, а пік захворюваності припадав на літньо-осінні місяці (переважно липень-жовтень). Лептоспіроз, етіологічно пов'язаний з *L. icterohaemorrhagiae*, реєструвався більш менш рівномірно протягом року з незначним підйомом захворюваності у липні-серпні. Визнаючи багаторічну середньостатистичну криву, приходимо до висновку, що середньорічний пік захворюваності на лептоспіроз припадав на липень-жовтень місяці.

Серед гризунів, відловлених у населених пунктах, інфікованими лептоспірами були 49,6 %, у природних умовах – 25,2 %. Поруч з основним джерелом лептоспірозу в області – гризунами, доведена циркуляція лептоспір серед собак і їх можлива роль як резервуара збудників лептоспірозу. Так, у 1998 році в м. Суми було обстежено 89 собак, з яких 32 (40 %) дали серопозитивний результат на лептоспіроз. При плановому епідеміологічному обстеженні в природних умовах у різних видів польовок і домашньої миші визначали переважно *L. grippotyphosa*, у населених пунктах в основного мешканця домашніх осередків - сірого пацюка – знаходили тільки *L. icterohaemorrhagiae*. Серогрупи збудників у гризунів і хворих людей, як правило, співпадали. В окремих господарствах ті самі штами лептоспір виявлені й у свійських тварин (корови, свині). Гризунами були заселені 50,4-75,0 % епідемічних осередків лептоспірозу людей. Встановлено зв'язок між показниками захворюваності людей, відсотком щурів серед відловлених гризунів та їх інфікованістю ( $r = 0,42$ ).

Водний шлях передавання лептоспір в області відіграв не головну роль (ним зумовлено 32,6 % захворювань). Найчастіше передавання збудників відбувалося при прямому або опосередкованому контакті людей з гризунами та тваринами.

Основний кістяк серед хворих на лептоспіроз склали робітники. Службовці та непрацюючі особи хворіли вдвічі рідше. У чотири рази менше було хворих з числа студентів, учнів та працівників сільського господарства. Дуже рідко захворювання діагностували у пенсіонерів та працівників лісового господарства. Переважна кількість госпіталізованих були мешканцями міста - 70 осіб, але 2/3 з них проживало у приватних будинках і лише 29 – у сільській місцевості.

У віковій структурі хворих на лептоспіроз переважають пацієнти працездатного віку. Максимальна кількість захворювань припадає на вік 41-50 років (38) та 31-40 років (28), дещо менша кількість осіб була у віці 51-60 років (20). Решта хворих - молодше 30 років або старше 60. Частіше хворіли чоловіки (79 осіб), рідше жінки – (20).

Привертає увагу, що більшість пацієнтів (92 %) були госпіталізовані до стаціонару на 8-й день хвороби і пізніше, що пов'язано з помилковим первинним діагнозом. На догоспітальному етапі ставилися діагнози: лептоспіроз - 34 особи, ГРВІ – 19, гіпертермія неясного генезу – 20, гепатит – 17, жовтяниця неясного генезу – 5, інші – 4.

Серед госпіталізованих хворих 61 особа мала середньотяжкий перебіг, 33 – тяжкий і лише 5 пацієнтів - легкий. Клінічна картина лептоспірозу була типовою. В усіх пацієнтів спостерігався гострий початок з підвищенням температури до високих цифр. Температура тіла у 80 % хворих була вище 39 °С. Зі зростанням тяжкості хвороби збільшувалася частота жовтяничної форми (від 49 % при середній тяжкості до 90 % - при тяжкому) та інтенсивність жовтяниці – середня концентрація білірубіну відповідно при різних ступенях тяжкості (60,9±7,5) і (201,4±25,2) мкмоль/л. Відмічалась олігурія і патологічні зміни в сечі. При середньотяжкому перебігу частота ренального синдрому складала 48,3 %, при тяжкому збільшувалась до 100 % (у тому числі значні порушення функції нирок аж до анурії встановлено в 16,2 % осіб). Рівень креатиніну в сироватці крові коливався від 100 до 240 мкмоль/л, сечовини – від (8,5±0,4) до (22,8±0,88) ммоль/л.

Інтоксикаційний синдром у всіх хворих проявлявся сильним болем голови, рідше – нудотою, повторним блюванням, гіпотензією – навіть до колаптоїдного стану. Менінгеальний синдром відзначено у 2,2-8,9 % пацієнтів з різною тяжкістю хвороби. Катаральні явища спостерігались досить рідко, в основному у вигляді склериту і кон'юнктивіту.

У всіх пацієнтів були суттєво змінені лабораторні показники. Кількість лейкоцитів периферичної крові досягала відповідно тяжкості перебігу в середньому (10,34±1,6)×10<sup>9</sup>/л і (16,4±0,84)×10<sup>9</sup>/л. Кількість паличкоядерних нейтрофілів у середньому дорівнювала 12-14 %. ШОЕ коливалась від 10 до 69 мм/год. Інтегративні показники інтоксикації корелювали з тяжкістю хвороби і дорівнювали відповідно: ЛШ – (2,4±0,3) і (8,5±0,4), ГПШ – (4,9±0,6) і (20,2±0,7) (P<0,001). Зміни цих показників залежали певною мірою від інтенсивності жовтяниці: відзначено поступове зростання ЛШ та ГПШ при

збільшенні концентрації білірубіну в сироватці крові. Подібна тенденція виявлена і при порушенні функції нирок. При максимальних показниках білірубіну і креатиніну відбувається виснаження компенсаторних механізмів гомеостазу, що супроводжується зниженням ЛШ та ГПШ.

Проаналізовано здатність організму хворих на лептоспіроз до вироблення специфічних антитіл. Строки сероконверсії коливалися від 2 днів до 1,5 міс. У перші 5 днів від початку захворювання протилептоспірознi антитіла виявлені лише у 5,5 % випадків, з 6-го по 14-й день – у 68,5 % хворих і після 15-го дня – у 26,0 %. У половини хворих перші результати були негативними. Титри антитіл склали від 320 до 1840. При мікроскопії у темному полі зору крові та сечі хворих живі лептоспіри виявили в поодиноких випадках в осіб, госпіталізованих у перші дні захворювання.

Ускладнення зареєстровано у 66 % пацієнтів. Термін перебування хворих у стаціонарі коливався від 5 до 45 днів. Середня тривалість при середньотяжкому перебігу склала 16,3 доби, при тяжкому перебігу – 30,4. Хворі отримували антибіотики (пеніцилін, ампіцилін, цефалоспорини, фторхінолони), дезінтоксикаційну та симптоматичну терапію.

Висновки. Лептоспіроз був та залишається соціально значущою зооозною інфекцією в Україні, має тенденцію до періодичного підвищення захворюваності. Сумщина є ендемічною щодо лептоспірозу. Захворюваність людей на лептоспіроз має літньо-осінню сезонність. Домінуюча роль в етіології лептоспірозу в Сумській області належить серогрупі *L. icterohaemorrhagiae* та *L. hebdomadis*, тоді як в Україні - *L. icterohaemorrhagiae* та *L. grippotyphosa*. Виділення у декількох хворих *L. betaviae* та *L. bolluni*, які раніше в нашій області не виявлялися, може свідчити про зміну етіологічної структури захворюваності. Передавання збудника здійснюється, головним чином, при прямому або опосередкованому контакті з гризунами (60,9 %) та тваринами (43,5 %). У структурі хворих на лептоспіроз переважають пацієнти працездатного віку (від 30 до 60 років), чоловічої статі (79 %). При лептоспірозі переважають середній та тяжкий ступінь тяжкості хвороби, гепаторенальний, ренальний і геморагічний синдроми. Інтегративні показники інтоксикації (ЛШ та ГПШ) корелюють зі ступенем тяжкості хвороби і можуть бути об'єктивним критерієм тяжкості. Основною причиною тяжкого перебігу захворювання та смерті хворих є пізне звернення за медичною допомогою, пізня госпіталізація хворих та помилковий первинний діагноз.



## **МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С З ВИКОРИСТАННЯМ ШВИДКИХ ТЕСТІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ**

**Чемич М.Д., Рябіченко В.В., Кривогуз І.М., Ільїна Н.І., Захлебасва В.В.**  
*Сумський державний університет, Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Вірусні гепатити (ВГ) належать до найбільш поширених інфекційних захворювань. На земній кулі вірусом гепатиту С (ВГС) інфіковано майже півмільярда осіб. Актуальність проблеми вірусних гепатитів, зокрема ВГ С, зумовлена схильністю до багаторічного персистування вірусу і латентного перебігу хвороби. Відносно в'ялоперебігаючий процес не виключає можливості переходу в цироз і гепатоцелюлярну карциному.

У комплексній діагностиці ВГ крім клініко-епідеміологічних даних використовується поглиблене лабораторне обстеження хворих. Однак, біохімічні зміни не є специфічними критеріями діагностики ВГ. Специфічним методом ранньої діагностики ВГ є виявлення маркерів гепатитів у сироватці крові методом імуно-ферментного аналізу (ІФА). Оскільки це скринінговий метод діагностики, він доповнюється полімеразною ланцюговою реакцією (ПЛР), яка дозволяє встановити вірусну реплікацію, що важливо для прогнозу та своєчасної етіотропної терапії ВГ.

Для виконання зазначених методів потрібні добре обладнані лабораторії, коштовне обладнання, кваліфікований персонал, що складає проблему у територіально-віддалених районах. Нерідко виникають ситуації, які вимагають негайного уточнення діагнозу безпосередньо біля ліжка хворого. Для цього необхідні чутливі та специфічні методи діагностики інфекційних хвороб, але прості у виконанні. Цим вимогам відповідають швидкі тести для визначення маркерів вірусів гепатитів у цільній крові, сироватці або плазмі. Швидкі тести дозволяють отримати результат дослідження протягом 10-15 хвилин. Це досить прості у використанні діагностичні набори, які є альтернативою використанню класичних тест-систем. Вони набувають особливого значення, коли потрібно швидко отримати результат.

За типом імунологічної реакції швидкі тести розподіляються на декілька груп. Найбільш поширеними є імунохроматографічні тести, при використанні яких досліджуваний зразок наносять на поверхню твердої фази-мембрани з попередньо нанесеним на ній реагентом, а результат аналізу має вигляд забарвленої смуги.

Швидкі тести, що використовуються для діагностики вірусних гепатитів і ВІЛ-інфекції, мають ряд обмежень. По-перше, вони застосовуються тільки як методи якісної діагностики. По-друге, якщо в зразках досліджуваного матеріалу антигени або антитіла наявні у кількості, яка нижче чутливості методу, то вони не виявляються. Вірогідна чутливість швидких тестів дорівнює 99 %, відносна їх специфічність близька 99 %. І, нарешті,

позитивний результат не є остаточним і для постановки кінцевого діагнозу він повинен бути підтверджений методами ІФА, ПЛІР. Крім того, будь-який результат повинен оцінюватись, враховуючи клінічну картину хвороби та інші лабораторні показники.

Мета роботи - встановити чутливість та специфічність швидких тестів СІТО TEST при гепатитах вірусної етіології.

Матеріали та методи. У дослідженні використовувались швидкі тести виробництва ACON Laboratories (США). Одночасно з експрес-методом проводилося дослідження крові методом ІФА на імунологічному аналізаторі „Мультискан”. Хворі на гепатити або особи з групи ризику, кров.

Результати досліджень та їх обговорення. У Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні ім. З.Й. Красовицького швидкі тести для діагностики вірусних гепатитів В і С застосовуються протягом останніх двох років. Показання до використання СІТО TEST були наступні: обстеження на інфікування вірусами ВГ В і ВГ С у групі ризику ( особи, що мали оперативні втручання та гемотрансфузії, споживачі наркотиків, студенти-медики тощо); диференційний діагноз ВГ з жовтяницями іншого походження; скринінгове обстеження на віруси гепатитів осіб, що виїжджають за кордон, військовослужбовців, медичних працівників тощо.

Всього обстежено 505 осіб. На першому етапі проводилися дослідження, метою яких було дати оцінку можливості використання для діагностики вірусних гепатитів В і С швидких тестів. Обстежено 20 хворих на хронічні вірусні гепатити, їх середній вік склав ( $27,16 \pm 1,99$ ) років, з них 10 осіб хворіли на ХВГ В, 10 – на ХВГ С. Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб у віці ( $29,02 \pm 2,19$ ) років.

Обстеженим, включаючи контрольну групу, діагностика HBV і HCV-інфекцій проводилася за допомогою швидких тестів СІТО TEST для виявлення поверхневого антигену вірусу гепатиту В (HBsAg) та антитіл до HCV (anti-HCV). Дослідження проводилося методом швидкого ІХА. Краплю крові хворого наносили в лунку на касеті, через 15 хвилин з'являлися дві чіткі лінії червоного кольору, що свідчило про позитивний результат. У всіх обстежених хворих на ВГ В і ВГ С результати були позитивними.

Паралельно швидким тестам відповідні маркери (HBsAg і anti-HCV) досліджувалися ІФА. В усіх випадках відмічався збіг результатів ІФА та СІТО TEST.

В осіб контрольної групи результати обстеження за допомогою швидких тестів були негативними.

Групу ризику (79 осіб) склали студенти та лікарі-інтерни медичного інституту Сумського державного університету у віці ( $21,07 \pm 1,71$ ) років, які за допомогою швидких тестів були обстежені на HBsAg. Жодного випадку позитивних результатів не було.

У решті обстежених (396 чоловік у віці ( $28,36 \pm 2,28$ ) років) методом СІТО TEST позитивний результат був у 31 (7,8 %) випадках, з них у 16 (4 %) осіб

виявлений HBsAg, у 15 (3,8 %) – anti-HCV. При додатково проведеному обстеженні методом ІФА крові пацієнтів з позитивним результатом у 2 (6,4 %) осіб результат виявився негативним (1 – на HBsAg, 1 – на anti-HCV).

Здійснено порівняння результатів скринінгового обстеження на маркери вірусних гепатитів (HBsAg, anti-HCV) методом ІФА за період з 2003 по 2006 рр. із отриманими результатами із застосуванням СІТО TEST. Серед населення Сумської області було проведено 231966 досліджень методом ІФА. На HBsAg обстежено 139816 осіб, на anti-HCV – 92150. Позитивними виявились результати обстеження в 8860 випадках, що склало 3,8 %. Відсоток позитивних результатів обстеження на HBsAg склав 3 %, на anti-HCV – 5,1 %. У групі ризику (медичні працівники, донори, вагітні) кількість позитивних результатів на HBsAg і anti-HCV склала в середньому 3,9 %.

Таким чином, результати скринінгу із застосуванням швидких тестів мало чим відрізнялися від аналогічних, отриманих методом ІФА.

Висновки. Швидкі тести СІТО TEST мають високу чутливість та специфічність. Простота у використанні, швидке отримання результату дослідження протягом кількох хвилин дозволяють використовувати їх у первинних ланках охорони здоров'я, поліклініках та стаціонарах. Застосування швидких тестів СІТО TEST для діагностики вірусних гепатитів допомагає своєчасно встановити діагноз біля ліжка хворого, призначити адекватне лікування і, за необхідності, здійснити протиепідемічні заходи.

## **ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В І С ТА ЧАСТОТА ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ**

**Чемич М.Д., Алексєєва Є.М., Сніцарь А.О., Тищенко В.В**

*Сумський державний університет, Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми*

Хронічні вірусні гепатити (ХВГ) залишаються однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я сьогодення. Основними причинами цього є: значне поширення ХВГ серед населення усіх вікових груп; великий відсоток субклінічних та безжовтяничних форм, які, як правило, не діагностуються; сприяння розвитку в печінці незворотніх змін, що в кінцевому результаті призводять до злякисних новоутворень; останніми роками досить часто зустрічаються мікст-гепатити, що несприятливо впливає на перебіг та прогноз захворювання; відсутні надійні етіотропні засоби для лікування та універсальні методи специфічної профілактики вірусних гепатитів; значний відсоток недіагностованих випадків, висока здатність вірусів до мутацій, несприятливі соціальні умови (наркоманія, проституція), а також поширене використання інвазивних методів діагностики та лікування, широке застосування препаратів крові призводить до розповсюдження вірусних гепатитів серед населення.

Мета роботи - вивчити епідеміологічні особливості хронічних вірусних гепатитів В і С на Сумщині.

Матеріали і методи. Проаналізовано медичні карти та карти епідеміологічного анамнеза (розроблена нами) пацієнтів з ХВГ, що знаходились на лікуванні в СОКІЛ ім. З.Й. Красовицького.

Хворим на хронічні вірусні гепатити було запропоновано заповнити розроблену нами карту епідеміологічного анамнезу. За період з 2005 по 2008 рік було зібрано дані 415 осіб, з них 160 - жінок та 255 - чоловіків. Хворих на хронічний вірусний гепатит В було 132 особи, хронічний вірусний гепатит С - 275, хронічний вірусний гепатит В та С - 8.

Результати досліджень та їх обговорення. За 2007-2008 роки 104 пацієнти основним місцем проживання назвали місто, 12 - село. На поставлені запитання було отримано наступні відповіді: 13 пацієнтів із 116 перебували у країнах, ендемічних на ВГ В; 15 вводили наркотики ін'єкційним шляхом; 20 робили собі татування, 22 - пірсинг; 42 відвідували манікюрний кабінет, 106 - перукарню. 55 із 108 опитаних мали до 3 статевих партнерів протягом життя, більше 3 - 53, серед них 103 мали незахищений традиційний секс, 6 - незахищений анальний секс, 4 - сексуальний досвід з іноземцями. Часто відвідували стоматолога 19 осіб із 116, нечасто - 92, ніколи не відвідували - 5. З 111 опитаних, які відвідували стоматологічний кабінет, 34 користувалися послугами приватних клінік, 49 - комунальних, 28 - тих й інших. 43 з 116 опитаних проводилися переливання препаратів крові, 12 вводились імуноглобулін або гамаглобулін. Наявність в анамнезі операцій відмітили 79 із 110, малих оперативних втручань - 102 з 114. Хоча б раз у житті відвідували хірурга, гінеколога, уролога - 99 осіб, часто - 29 осіб, 22 із яких жінки. 33 особи зі 115 були донорами крові. 6 із 113 проводився плазмаферез. 88 зі 114 виконувались ендоскопічні дослідження. У 36 жінок із 46 були пологи. 7 пацієнтів із 114 були в місцях позбавлення волі. Захворювання, які передаються статевим шляхом, мали в анамнезі 12 осіб із 109. На запитання «Чи є в сім'ї пацієнта носії вірусів гепатиту В чи С?», 49 пацієнтів із 116 відповіли: «Невідомо». 3 пацієнта з ХВГ С дали позитивні відповіді.

Також проаналізовано і враховано в таблиці 1 анамнестичні дані хворих на ХГ за період 2005-2006 роки. Серед інвазивних втручань основна увага приділялась оперативним втручанням, ендоскопічним методам діагностики, переливанню препаратів крові, донорству, екстракції зубів, первинній хірургічній обробці ран, лікуванню опіків, фурункулів, флегмон, пірсингу, татуажу.

Відсутність достовірних даних про інвазивні втручання в анамнезі пацієнтів з парентеральними ХВГ може свідчити як про те, що пацієнти або не мали в анамнезі парентеральних та інвазивних втручань, або про недостатньо зібраний анамнез.

Виходячи з вищезазначеного, бачимо, що у хворих з ХВГ В найчастіше в анамнезі зустрічались великі оперативні втручання та випадки переливання

препаратів крові; серед хворих з ХВГ С – найбільше великих оперативних втручань та малих операцій.

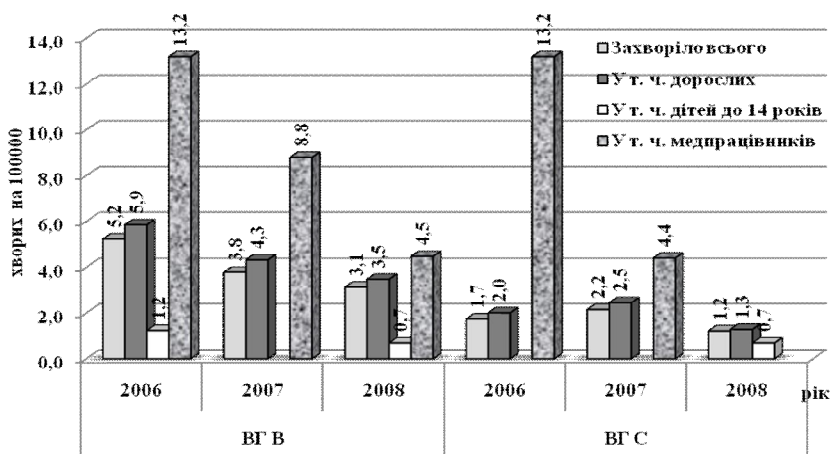
Серед «великих» оперативних втручань пацієнти з ХВГ найчастіше відмічали апендектомію (60 хворих) та холецистектомію (39), серед «малих» - екстракцію зубів (61) та первинну хірургічну обробку рани (27).

Таблиця 1 - Розподіл ХВГ за типом парентеральних втручань в анамнезі

Парентеральне втручання	ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ (абс. / %)						РАЗОМ
	В		С		В+С		
	2005-2006 р.р.	2007-2008 р.р.	2005-2006 р.р.	2007-2008 р.р.	2005-2006 р.р.	2007-2008 р.р.	
«Великі» операції	43 / 10,5	8 / 1,9	53 / 12,8	19 / 4,7			123 / 29,6
Переливання препарат. крові	21 / 5,1	9 / 2,2	5 / 1,2	11 / 2,6		1 / 0,2	47 / 11,3
Донорство	10 / 2,4	4 / 1,0	10 / 2,4	13 / 3,1	1 / 0,2	2 / 0,5	40 / 9,6
«Малі» операції	10 / 2,4	5 / 1,2	59 / 14,3	20 / 4,8	3 / 0,6		97 / 23,4
Ендоскопічна діагностика	4 / 1,0	2 / 0,5	27 / 6,5	8 / 1,9	1 / 0,2		42 / 10,1
Пірсинг, татуаж	3 / 0,6	1 / 0,2	1 / 0,2	4 / 1,0			9 / 2,2
Відсутні дані	10 / 2,4	2 / 0,5	38 / 9,2	7 / 1,7			57 / 13,8
<b>ВСЬОГО</b>	101 / 24,4	31 / 7,5	193 / 46,6	82 / 19,8	5 / 1	3 / 0,7	415 / 100

Проаналізувавши дані, ми виявили вражаючу картину. Ситуація, яка склалася на Сумщині за останні роки, вказує на поступове зменшення кількості хворих на ГВГ В при відносно стабільній кількості пацієнтів з ГВГ С. Пригнічує значне зростання пацієнтів з ХВГ В і С.

Розглянувши ці випадки, ми вирішили обробити всі анамнестичні дані цих хворих у реєстрових журналах СЕС та відокремити групи дорослих та дітей до 14 років, а також окремо кількість медичних працівників, що інфікувалися вірусами гепатиту (рис. 1). Проаналізувавши наведені дані, можна зробити висновок про те, що на Сумщині основною групою ризику є медичні працівники, спостерігається чітка тенденція до зниження захворюваності на ВГ В як серед дорослих, так і серед дітей. Натомість захворюваність на ВГ С залишається на одному рівні і коливається в межах 1,2-2,2 на 100000 населення.



**Рис. 1 - Захворюваність на ВГ В і С в області за 2006-2008 роки**

Висновки. Серед пацієнтів із хронічними вірусними гепатитами переважали чоловіки, 2/3 хворих мали ХВГ С. Одним з найпоширеніших шляхів передавання гепатитів В і С є ятрогенний (оперативні втручання, переливання крові та її компонентів, ендоскопічні методи діагностики тощо). Лише кожний десятий з хворих на ХВГ С були щеплені проти ВГВ. Переважна кількість опитаних не знали про наявність у найближчих родичів вірусів гепатитів.

### **ТРУДНОЦІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНІОЗУ В ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ**

**Чемич М.Д., Троцька І.О., Зарічанська Н.О., Кулеш Л.П., Сніцарь А.О., Шолохова С.Є**

*Сумський державний університет, Конотопська ЦРЛ, Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, Обласна санітарно-епідеміологічна станція, м. Суми*

Вісцеральний лейшманіоз (ВЛ) є ендемічним паразитозом, який широко розповсюджений у багатьох субтропічних і тропічних країнах. За період 1990-2007 років в Україну було завезено 31 випадок лейшманіозу, в останні 3 роки – 15, серед яких 8 – вісцеральних, 7 – шкірних. У Сумській області за період 2001-2008 років було зареєстровано 17 випадків шкірного лейшманіозу, які були завезені з Туркменії (2001 р. - 11 випадків, 2003 р. – 1) і Ірану (2005 р. – 3 випадки, 2006 р. – 2). В останні роки ситуація з лейшманіозів ускладнюється у зв'язку з поширенням ВІЛ-інфекції. Відомо, що збудник вісцерального лейшманіозу здатний до персистування в організмі

клінічно здорової людини протягом кількох років. У ВІЛ-інфікованого може виникнути рецидив хвороби при зниженні імунного статусу.

В останні роки в зв'язку зі значним розповсюдженням ВІЛ-інфекції, поєднанням лейшманіозної і ВІЛ-інфекцій відбулися значні зміни у клінічних і епідеміологічних проявах лейшманіозу. Лейшманіози місцевого характеру серед людей в Україні не реєструвались до 2008 р., коли відбувся перший місцевий випадок захворювання, який через несвоєчасну діагностику закінчився смертю хворого.

Мета роботи – вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу ВІ у поєднанні зі СНІДом, особливості діагностики та лікування.

Наводимо власне спостереження тяжкої форми ВІ у хворого на СНІД.

Хворий Т., 40 років, поступив на лікування до терапевтичного відділення Конотопської ЦРЛ 02.04.09 р. зі скаргами на значну загальну слабкість, підвищення температури тіла до 40 °С, кашель з виділенням значної кількості харкотиння, біль за грудиною, у суглобах, нудоту, блювання, схуднення.

Захворів у березні 2009 р., коли на фоні ознак виснаження спостерігалось підвищення температури тіла до 39 °С, з'явилися вищезазначені скарги.

18 березня 2009 р. звернувся за медичною допомогою в поліклініку Конотопської ЦРЛ, де йому був встановлений діагноз: гострий бронхіт. Амбулаторно отримував антибактеріальні середники та симптоматичну терапію.

Проте стан продовжував погіршуватись і 2.04.09 р. хворий за направленням лікаря загальної практики - сімейної медицини госпіталізований у терапевтичне відділення Конотопської ЦРЛ.

З анамнезу відомо, що у червні 2007 року у хворого з'явилися висипання на кінцівках, слабкість, швидка втома, запаморочення. До лікаря не звертався, лікування не отримував. У грудні 2007 року до зазначених скарг приєднався кашель, спостерігалось підвищення температури до 40 °С, діагностований туберкульоз легень. З цього приводу хворий лікувався у туберкульозному відділенні Конотопської ЦРЛ з лютого по липень 2008 року, виписаний у задовільному стані з висновком "клінічно вилікуваний". У лютому 2008 року хворий обстежений на ВІЛ, виявлені антитіла до ВІЛ, але в подальшому на обстеження не з'являвся.

У січні-лютому 2009 року лікувався в дерматовенерологічному відділенні Конотопської ЦРЛ з діагнозом "алергічний контактний дерматит (залишкові явища корости?)". Про позитивний статус лікарям не повідомляв, своє захворювання з ВІЛ-інфекцією не пов'язував.

За національністю узбек, в Узбекистані має родичів, на батьківщині не був з 1991 року. З 1998 по 2007 рік проживав з родиною в АР Крим, працював у кафе на узбережжі моря в селищах Привітне, Сонячне, Рибачке Алуштинського району. З кінця 2007 року по теперішній час постійно проживає у м. Конотоп, у цей час за межі міста не виїжджав. Вживання

наркотичних засобів заперечує, препарати крові не одержував, ймовірний шлях інфікування ВІЛ – статевий.

При госпіталізації загальний стан хворого тяжкий. Астенізований. Тяжкість стану зумовлена інтоксикаційним синдромом, лейкопенією, анемією. Самостійно не пересувається, вага 45 кг при рості 165 см. Шкіра бліда, на слизових язика, мигдаликах, задній стінці глотки, яснах біле нашарування. Над легенями жорстке дихання, хрипів немає. ЧД 24 за хв. Тони серця ослаблені, ритмічні, ЧСС 98 за хв., АТ 80/50 мм рт. ст. Живіт м'який, неbolючий, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, щільна, край гострий, селезінка - до 5 см. Діагностичний пошук проводився у напрямку виключення інфекційної і системної гематологічної патології.

Клінічний аналіз крові 02.04.09: гемоглобін 102 г/л, ер.  $3,15 \times 10^{12}/л$ , кольоровий показник 0,9, лейк.  $1,9 \times 10^9/л$ , тром.  $198 \times 10^9/л$ , п. 7 %, с. 4 %, е. 5 %, м. 29 %, л. 55 %; ШОЕ 57 мм/год. Малярійний плазмодій не знайдений. ПТТ 78 %. Загальний білок 52 г/л, альбуміни 26 %, глобуліни 74 % ( $a_1 - 2$ ,  $a_2 - 2$ ,  $b - 8$ ,  $\gamma - 62$ ). Коефіцієнт А/Г 0,35. Кров на гемокультуру і стерильність – мікрофлора не виділена, з мокротиння виділені гриби роду *Candida*. Для верифікації діагнозу проведено стерильну пункцію. При дослідженні пунктату кісткового мозку виявлена *Leishmania donovani*.

Діагноз: ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія. Вісцеральний лейшманіоз, тяжкий перебіг. Розповсюджений кандидоз (орофарингіальний, стравоходу, шлунка). Хронічний гастродуоденіт у стадії загострення. Залишкові явища туберкульозу легень (від 17.02.09 р.) верхньої долі правої легені (вогнищевий, фаза вапнення, K5. 1).

Призначено лікування: антибактеріальна терапія (авелокс, цефазолін), протигрибкова терапія (фуцис), інфузійні препарати, симптоматичні засоби.

Для подальшого лікування 7.04.09 р. хворий переведений у СОКІЛ ім. З.Й. Красовицького. Об'єктивно: стан тяжкий. Виснаження, тургор тканин знижений, м'язовий тонус ослаблений, температура тіла 38°C, шкірні покриви і слизові оболонки бліді, субіктеричність склер. На шкірі передпліч, стегон, гомілок, на передній и задній поверхні грудної клітки, в ділянці ший, на слизовій твердого піднебіння - висипання на різних стадіях розвитку - від дрібних до 2-10 мм у діаметрі; від блідо-рожевих до темно-коричневих і синюшних. В області корінних зубів і на слизовій ротоглотки білуваті кришкоподібні нашарування. Виявлена полілімфаденопатія (шийні, підщелепні, пахвинні, пахові), лімфатичні вузли м'яко-еластичної консистенції, не спаяні зі шкірою, розміром від 5 до 30 мм у діаметрі. Потилічні і пахові вузли - щільні, розміром 5-10 мм. На шкірі та слизових губ - герпетичні висипання у стадії кірочок, у ділянці куга рота - виразки, вкриті кіркою, у ділянці ступнів - лущення, сухість шкіри. В легенях при перкусії легеневиий звук з коробочним відтінком, ЧД 26/хв, аускультативно везикулярне дихання, у нижніх відділах з обох сторін - поодинокі сухі і середньопухирчасті вологі хрипи. Серце - тони ослаблені, систолічний шум



на верхівці і в точці Боткіна. ЧСС 100 за хв., АТ 85/60 мм рт. ст. Живіт м'який, неболючий, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5 см, щільна, край гострий; селезінка - до 6 см., щільна, неболюча. Нервово-психічний статус - загальмованість, в'ялість, погіршення пам'яті.

Призначене лікування: еритроцитарна маса, дезінтоксикаційна терапія (реополіглюкін, 5% розчин глюкози), антибіотики (моксифлоксацин 400 мг/добу, потім цефтріаксон 2,0 г/добу). У комплекс лікування входили симптоматична терапія, десенсибілізувальні засоби.

Імунологічний статус від 7.04.09: CD3 - 427 (N 1100-2200); CD19 - 33 (N100-500); CD4 - 38 (N 600-1100); CD8 - 360 (N 500-1000); CD4/CD8=0,11 (N 1-2,3); активні Т-лімфоцити - 125 (N 0-100); NK- 60 (N 100-600); IgA- 2,73; IgM - 2,2 (N); IgG - 22,7 (N 8-18); ЦІК - 480 (N до 200); серомукоїд - 235,9 (N 55-140).

На фоні проведеного лікування стан хворого дещо покращився, загоїлися виразки на слизовій оболонці рота, температура тіла знизилась.

У зв'язку з можливістю розвитку побічної дії лікарських засобів специфічна терапія була призначена пізніше, при покращенні стану. Слід також додати, що сьогодні основні протилейшманіозні препарати не мають державної реєстрації. Це стало серйозною проблемою при лікуванні хворого Т., у вирішенні якої допомога була надана головним інфекціоністом Збройних Сил України. Питання придбання препарату "Глюконтим" вирішувалось на міждержавному рівні.

У відповідності до клінічних протоколів лікування опортуністичних інфекцій, затверджених наказом МОЗ України від 12.12.03 р. № 580 "Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД", з 4-го дня перебування у стаціонарі хворий почав отримувати специфічну терапію амфотерицином В (фунгізон) 50 мг на добу № 11. З 16-го дня перебування у стаціонарі хворий отримував глюконтим (меглюмін антимоініат), який з метою попередження побічної дії призначався поступово за схемою: перший-третій день 1,0 – 1,5 – 2,0 і далі по 3,0 г на добу протягом 12 діб.

З 3-4-го дня специфічної терапії стан хворого почав поступово покращуватись: нормалізувалась температура, зменшилися ознаки інтоксикації та загальна слабкість, пацієнт почав набирати вагу, покращились і лабораторні показники.

На 4-й день від початку специфічної терапії клінічний аналіз крові: гемоглобін 79 г/л, ер.  $3,21 \times 10^{12}/л$ , лейкоцити  $4,3 \times 10^9/л$ , тромбоцити  $173 \times 10^9/л$ , с. 57 %, п. 3 %, л. 31 %, м. 9 %, ШОЕ 40 мм/год. Загальний білок 63 г/л.

З 22.06.09 р. у хворого знову було відмічено підвищення температури тіла до  $38^{\circ}C$ , поновився кашель. 26.06.09 р. оглянутий фтизіатром, який встановив діагноз: "Рецидив туберкульозу легень. Позалегеновий туберкульоз внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів". Для подальшого лікування хворий переведений у тубстаціонар, де йому призначений стандартний п'ятикомпонентний режим хіміотерапії.

Сьогодні стан хворого стабільний: явища кахексії відсутні, маса тіла збільшилася на 10 кг, печінка та селезінка значно зменшилися.

Спостерігається клінічне видужання по лейшманіозу. Лікування туберкульозу триває.

Висновки. Має місце завезення в область ВЛ з АР Крим, де через сприятливі умови сформувались місцеві осередки захворювання. Діагноз ВЛ встановлений своєчасно, що дозволило попередити розвиток серйозних поліорганичних уражень. Можливе успішне лікування хворих на ВЛ навіть на фоні ВІЛ-інфекції. Зниження активного імунного статусу в результаті тривалого впливу різноманітних імуносупресивних чинників (стрес, інтоксикація, лімфотропні інфекції тощо) можуть вести до набутого імунодефіциту, що сприяє розвитку паразитарних інфекцій в організмі людини. З огляду на високий ризик захворювання на тропічні та паразитарні захворювання, для вчасного виявлення ВЛ слід ретельно аналізувати епідеміологічні дані у хворих з імунодефіцитом, панцитопенією, гепатоспленомегалічним і кахектичним синдромами. Невирішеним в Україні залишається питання забезпечення сучасними препаратами для лікування тропічних паразитозів, у тому числі ВЛ.

## **АНТИБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРЕПАРАТ НА ОСНОВІ ЕКСТРАКТУ БРУНЬОК ТОПОЛЯ**

**Філімонова Н.І., Спиридонов Д.А.**

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків*

Проблема профілактики і лікування гнійно-запальних процесів шкірних покривів, до яких відносяться дерматити та дерматози, незважаючи на успіх сучасної дерматології, залишається актуальною.

Для місцевого лікування дерматозів традиційно використовують препарати, які проявляють антимікробну, протизапальну, регенеруючу дії. Не дивлячись на наявність широкого асортименту препаратів даного напрямку, слід зауважити, що їх основна частка представлена засобами зарубіжного виробництва і містить лікарські субстанції синтетичного походження, які здатні спричинити значну побічну дію на організм людини, особливо при тривалому застосуванні.

Одним із перспективних об'єктів дослідження і розробки нових препаратів для лікування інфекційних дерматозів є екстракт бруньок тополя. Досвід застосування цієї рослини в народній медицині вказує на ефективність його використання для лікування шкірних захворювань і робить актуальною проблему створення нового лікарського препарату на його основі

На підставі результатів фізико-хімічних, реологічних, мікробіологічних досліджень нами науково обгрунтований оптимальний склад і технологія м'якої лікарської форми з екстрактом бруньок тополя як засіб, що має

протимікробний, протизапальний, ранозагоювальний ефекти для лікування інфекційних дерматозів.

## **ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОГО КИШКОВОГО АМЕБІАЗУ**

**Шаповал В.В., Чемич М.Д., Кулеш Л.П., Сніцарь А.О.**

*Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, Сумський державний університет, м. Суми*

Амебіаз реєструється в усьому світі. Особливо висока захворюваність у країнах з тропічним та субтропічним кліматом. У країнах СНД амебіаз ендемічний у Закавказзі та в Середній Азії. В Україні реєструються спорадичні випадки. Наводимо приклад завезеного амебіазу.

Хворий Ч., 37 р., госпіталізований на 7-й день захворювання з діагнозом: гостра кишкова інфекція, середньої тяжкості.

При госпіталізації скарги на слабкість, біль у животі, часті водяві випорожнення 10-12 разів на добу з домішками слизу та крові, підвищену температуру тіла.

Із анамнеза відомо, що захворювання почалося зі здуття та бурчання у животі, потім з'явився пронос до 4 разів на добу, кал поступово став рідким, приєднався незначний біль у животі. Лікувався самотужки (лоперамід, мезим, фталазол).

На 5-й день хвороби стан погіршився, посилювався біль у животі, збільшилася частота випорожнень до 10-12 разів, у калі з'явилися домішки крові, підвищилася температура тіла до 38,5 °С. На 7-й день захворювання звернувся до СШМД і був доставлений для госпіталізації в Сумську обласну клінічну інфекційну лікарню ім. З.Й. Красовицького.

З епідеміологічного анамнезу: напередодні відпочивав на природі, вживав у їжу м'ясні страви, салати з майонезом. За 10 днів до виникнення перших симптомів захворювання повернувся з Азербайджану, де перебував у відрядженні протягом 10 днів.

При первинному огляді у стаціонарі: стан середньої тяжкості, скарги зберігалися, температура тіла – 38,2 °С (вечір), 37,1 °С (вранці). Язик вологий, густо обкладений жовтим нальотом, живіт здутий, при пальпації болючий у здухвинних ділянках, сигмоподібна кишка спазмована. Огляд калу: випорожнення рясні, водяві, зеленкувато-коричневого кольору, з домішками слизу та крові. В клінічному аналізі крові: лейкоцитів -  $13,2 \times 10^9/\text{л}$ ; Нв – 107 г/л; Ер -  $3,96 \times 10^{12}/\text{л}$ ; п – 9 %, с – 73 %, е – 3 %, л – 9 %, м – 6 %, ШОЕ – 26 мм/год. Аналіз калу – гельмінти та найпростіші не виявлені. Встановлено клінічний діагноз: гостра кишкова інфекція, ентероколітна форма, середньої тяжкості. Шигельоз? Враховуючи наявність гемоколіту, призначено ректороманоскопію. Проведено огляд дистального відділу товстої кишки на 20 см. На всій оглянутій ділянці слизова гіперемійована,

гіпертрофована, з множинними геморагіями, ерозіями невеликих розмірів. Заключення: ерозивно-геморагічний проктосигмоїдит. Для уточнення діагнозу призначено фіброколоноскопію – виявлено аналогічні зміни слизової на всьому протязі. Запідозрено неспецифічний виразковий коліт. Взято біоптат слизової оболонки товстої кишки на глибині 20 см.

На четвертий день перебування у стаціонарі стан хворого без суттєвих змін. Враховуючи відсутність ефекту від антибактеріальної терапії, негативні результати бактеріологічного та мікроскопічного дослідження калу, дані клінічного аналізу крові (зсув формули вліво), ендоскопічного дослідження кишечника, вирішено провести лікування салофальком по 0,5 x 4 р/д. Враховуючи епіданамнез, повторно призначено мікроскопічне дослідження калу протягом 2 днів, бактеріологічне дослідження калу, РНГА з дизентерійним діагностикумом.

Прийом салофальку протягом чотирьох днів без ефекту. Зберігався біль у животі, пронос до 6 разів за добу зі слизом та кров'ю. Із паразитологічної лабораторії облСЕС повідомлено про знаходження у калі вегетативних форм *E. histolytica*, *forma minuta* - 2-3 у полі зору, *forma magna* – 2 у препараті. Встановлено діагноз: гостра амебна дизентерія, середньої тяжкості (*Entamoeba histolytica*). Призначено лікування за схемою: орнідазол 1500 мг 1 раз на добу 3 дні + метронідазол 0,5 x 3 рази на добу 7 днів, ферменти, сорбенти, вітаміни групи В, інфузійна терапія сольовими розчинами, амінокислоти, еубіотики. На фоні лікування помітного покращення стану хворого не спостерігалося, з калу продовжувалося виділення *Entamoeba histolytica*. Був призначений препарат непрямої протиамебної дії - мератин внутрішньовенно, на 17-й день терапії клінічні прояви захворювання зникли, хворий виписаний зі стаціонару у задовільному стані, але амебовиділення просвітної форми *Entamoeba histolytica* продовжувалося. Рекомендовано санацію провести просвітним амебоцидом – паромоміцином амбулаторно з наступним контролем калу.

Таким чином, амебіаз – рідкісне для нашого регіону протозойне захворювання, при якому можливі складнощі як при встановленні діагнозу, так і при лікуванні. Необхідна настороженість щодо даної нозології при виявленні у хворих гемоколіту, особливо серед прибулих осіб з південних регіонів. Сучасне лікування ускладнюється через відсутність зареєстрованих у державі препаратів амебоцидної дії. Лікування за стандартними схемами малоєфективне. При лікуванні необхідно враховувати можливість розвитку таких позакишкових ускладнень, як абсцеси печінки, головного мозку, селезінки, нирок.

## МІКРОБІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЯКИХ ЗАСОБІВ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙ

Шевельова Н.Ю., Велика М.М.

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків*

Лікарські препарати з антиоксидантними властивостями мають широкий спектр медичних показань. У науковій літературі з'являється все більше інформації про антиоксидантні властивості вітамінів і вітаміноподібних речовин. Формування антиоксидантного захисту організму доцільно в комплексній протипатогенній терапії, оскільки одним з ключових у патогенезі інфекційного процесу розглядається чинник зміни реактивності фагоцитів, який пов'язано з генерацією активних форм кисню. Він визначає їх мікробіцидну, цитотоксичну та імунорегуляторну дію. Серед препаратів з антиоксидантними властивостями особливе місце займає аскорбінова кислота, роль якої обумовлена участю в окислювально-відновних процесах, біосинтезі колагену і еластину, регуляції вуглеводного обміну, стимуляції гемопоезу, утворенні стероїдних гормонів, нормалізації стійкості капілярів, процесі згортання крові. Вона має протівірусну та антимуґагенну активність. У зв'язку з водорозчинністю її відносять до антиоксидантів першого рівня захисту. Що стосується захисту внутрішньоклітинних структур, то вона здійснюється сполуками з ліпофільними і гідрофільними властивостями одночасно, оскільки спочатку вони проникають через клітинну мембрану і лише потім розчиняються у цитозолі. До таких речовин відноситься  $\alpha$ -ліпоєва (тіоктова) кислота та її лікарська форма тіоктацид. Вона є кофактором у багатоферментних комплексах, що каталізують окислювальне декарбоксилювання пірувату та інших кетокислот і попереджає розвиток симптомів недостатності вітамінів С та Е. Описані також мембраностабілізуюча і протизапальна дія препарату. Важлива роль у посиленні перекисного окислення ліпідів належить мікробному ендотоксину, який, окрім прямої активації нейтрофілів, може безпосередньо ушкоджувати ендотеліальні клітини і викликати нейтрофілнезалежний окислювальний стрес, що приводить до деструктивних змін на клітинному, органному, системному рівнях. Експериментальними і клінічними дослідженнями показана ефективність цих препаратів у комплексній терапії інфекцій, особливо у випадках наявності ендотоксичних субстанцій збудника. Враховуючи вищевикладене, представляє інтерес дослідження їх прямого антимікробного потенціалу.

Мета роботи. Дослідження хіміотерапевтичної активності *in vitro* препаратів з антиоксидантними властивостями, що використовуються в патогенетичній терапії інфекцій.

Матеріали і методи дослідження. Об'єкти дослідження: аскорбінова кислота та тіоктацид. Використано метод серійних розведень. Тест-культури

мікроорганізмів: дріжджеподібний гриб кандида альбіканс, золотистий стафілокок, кишкова та синьогнійна палички.

Результати досліджень. Досліджені препарати проявили широкий спектр антимікробної активності стосовно дріжджеподібних грибів, грампозитивних та грамнегативних бактерій з різним рівнем мінімальної інгібуючої концентрації в межах 50-12500 мкг/мл. Отримані результати є підставою для досліджень хіміотерапевтичної активності препаратів *in vivo*.

Висновки. Вітаміни, будучи частиною натурального природного оточення, на яке орієнтовано всі системи клітинного гомеостазу, мають широкий спектр фармакологічної дії, входять до складу ферментів, гормонів, грають важливу роль в обміні ксенобіотиків тощо. Активація процесів вільнорадикального окислення ліпідів реєструється при інфекційних захворюваннях різної етіології: бактерійних кишкових інфекціях, стрептококовому менінгіті, гнійному хірургічному інфікуванні, грамнегативному сепсисі, лептоспірозі, туберкульозі та ін. Їх патогенетична корекція спрямована на захист тканин організму від пошкоджувальної дії активних форм кисню і проводиться з урахуванням стану системи перекисного окислення ліпідів макроорганізму, набору чинників патогенності збудника, стадії інфекційного процесу. Проведені дослідження є важливим доповненням до їх фармакологічної характеристики та удосконалення комплексної протиінфекційної терапії. З позицій концепції метал-лігандного гомеостазу, що розглядається стосовно рівня мікробної клітини, антимікробний потенціал обох препаратів корелює з їх здатністю до комплексоутворення.

## ЗМІСТ

<i>Авдєєва Л.В., Малиш Н.Г., Мороз Т.Д.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЕТИОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ МЕНІНГІТІВ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ .....	3
<i>Анастасій І.А., Дудар Д.М.</i> АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ДИФТЕРІЇ .....	4
<i>Бєлай Л.В., Полов'ян К.С., Чемич М.Д.</i> СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ГОСТРИ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ, ВИКЛИКАНІ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ ЗБУДНИКАМИ .....	5
<i>Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Бондаренко О.В., Завгородня Л.В.</i> ЛАБОРАТОРНИЙ МОНІТОРИНГ БАРТОНЕЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ .....	6
<i>Бутенко В.М., Панасенко Л.М., Грабовий С.Л.</i> РІВЕНЬ ІНФІКОВАНОСТІ ВІЛ НА СУМЩИНІ .....	8
<i>Бинда Т.П.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ КАШЛЮКУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ .....	9
<i>Васильєв Ю.К., Чемич М.Д., Чемич О.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЇ ДИФТЕРІЇ В УМОВАХ ПІВНІЧНО- СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ .....	11
<i>Винниченко Л.Б., Безсмертна Р.В.</i> МОЖЛИВОСТІ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ З НЕТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ .....	14
<i>Вовк Л.М., Глей А.І.</i> ДО ПИТАННЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ТОКСОПЛАЗМЕННОЮ ІНФЕКЦІЄЮ .....	15
<i>Голубнича В.М., Каплін М.М.</i> ЧУТЛИВІСТЬ CANDIDA SPP., ЩО ВИДІЛЕНІ ВІД НОВОНАРОДЖЕНИХ, ДО ПРОТИГРИБКОВИХ ПРЕПАРАТІВ .....	17
<i>Гортинський М.О., Кулеш Л.П., Полов'ян К.С.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОЄДНАННЯ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ ТА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ .....	18
<i>Грищенко С.О.</i> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С ПЕГІЛЬОВАНИМ ІНТЕРФЕРОНОМ-АЛЬФА ТА РИБАВІРИНОМ .....	19
<i>Дем'яненко Н.В.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ЦИКЛОФЕРОНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВТОРИННОЇ ІМУННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ТА РЕЦИДИВНУ БЕШИХУ .....	20

<i>Дубинська Г.М., Ізюмська О.М., Боднар В.А., Котелевська Т.М., Минак О.М., Ульянець Т.С.</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ПОЄДНАНИЙ З РЕПЛІКАТИВНОЮ ФОРМОЮ ХРОНІЧНОЇ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ .....	21
<i>Дубинська Г.М., Ізюмська О.М., Котелевська Т.М., Минак О.М., Боднар В.А., Волошина Л.Г.</i>	
ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В ЯК ВИСХІД ГОСТРОГО В ОСІБ З РЕЦИДИВНИМ ПРОСТИМ ГЕРПЕСОМ .....	23
<i>Есманова А.І.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ В КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ .....	24
<i>Зайченко Т.В.</i>	
МАЛЯРІЯ НА СУМЩИНІ .....	25
<i>Захлебаєва В.В.</i>	
ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ОПІСТОРХОЗУ .....	25
<i>Льїна Н.І.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОКОРЕКТОРІВ У ЛІКУВАННІ БЕШИХИ ...	27
<i>Льїна Н.І., Чемич М.Д., Захлебаєва В.В.</i>	
БЕШИХА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ .....	28
<i>Івахнюк Т.В., Каплін М.М.</i>	
ОЦІНКА ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИФУНГАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ГРИБІВ РОДУ CANDIDA, ВИДІЛЕНИХ ВІД НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ .....	32
<i>Клименко Н.В.</i>	
АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ БІЛПАРНОЇ СИСТЕМИ .....	33
<i>Клименко Н.В.</i>	
ВИЯВЛЯЄМІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ЗА КЛІНІЧНИМИ ПОКАЗАННЯМИ СЕРЕД ХВОРИХ 1-го ВІДДІЛЕННЯ СОІКЛ ім. З.Й. КРАСОВИЦЬКОГО .....	34
<i>Клименко Н.В.</i>	
ХІМІОПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ .....	35
<i>Козько В.Н., Краснов М.И., Черкасов А.П., Великоданов Г.Л., Задорожна Е.И., Волошина Н.В.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ .....	36
<i>Козько В.М., Могиленець О.І., Соломенник Г.О., Гарбуз Д.М.</i>	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АМІКСИНУ ІС У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГРИП ТА ІНШІ ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ .....	37
<i>Козько В.М., Меркулова Н.Ф., Граділь Г.І., Ткаченко В.Г., Черкасов О.П., Задорожна К.І., Михайлова Т.О.</i>	
ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ	



ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ .....	38
<i>Козько В.М., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Винокурова О.М., Могиленець О.І., Зоц Я.В.</i>	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ СУБАЛІН У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ...	40
<i>Козько В.М., Юрко К.В.</i>	
ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ШИГЕЛЬОЗІВ .....	41
<i>Коломієць Л.П.</i>	
ОПІСТОРХОЗ НА СУМЩИНІ .....	42
<i>Краснов М.І., Козько В.М., Черкасов О.П., Задорожна Е.І.</i>	
СУЧАСНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ЄВРОПІ ТА УКРАЇНІ .....	43
<i>Кривогуз І.М., Чемич М.Д., Сніцарь А.О.</i>	
ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОМОДУЛЮВАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОЗОНОВАНИХ РОЗЧИНІВ У ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С .....	45
<i>Кривцун С.І., Кружляк С.І., Бинда Т.П., Хоменко О.І.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ .....	48
<i>Кулеш Л.П.</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ .....	50
<i>Литовська В.В.</i>	
ВПЛИВ ЕНТЕРОПАТОГЕННОЇ КИШКОВОЇ ПАЛИЧКИ ТА АНТИБИОТИКОТЕРАПІЇ НА АУТОХТОННУ МІКРОФЛОРУ КИШЕЧНИКУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА КИШКОВИЙ ЕШЕРИХІОЗ .....	51
<i>Лисенко Н.А., Троцька І.О., Чемич М.Д., Жук П.О., Христенко Г.І.</i>	
ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ПОКАЗОВИХ НАВЧАЛЬНО-ТРЕНУВАЛЬНИХ ЗАНЯТЬ З ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТА ЛІКВІДАЦІЇ ВОГНИЩА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СУМЩИНІ ...	52
<i>Лисенко Н.А., Сніцарь А.О., Чемич М.Д., Троцька І.О., Рябіченко В.В.</i>	
РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ “АНТИГЕПАТИТ” НА 2007-2011 РОКИ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ПРОБЛЕМИ .....	54
<i>Лисенко Н.А., Панченко О.П.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ .....	56
<i>Лобанов О.О., Чемич М.Д., Троцька І.О.</i>	
ПОСТКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ .....	57
<i>Лядова Т.І., Волобуєва О.В., Малий В.П., Скімова Н.О., Власова А.І.</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕБРІСУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ .....	59

<i>Малий В.П., Бойко В.В.</i> ЦИРКУЛЮЮЧІ ГЕНОТИПИ ВІРУСА ГЕПАТИТУ А В УКРАЇНІ .....	61
<i>Малий В.П., Віннікова Н.В., Нартюв П.В.</i> ВИЗНАЧЕННЯ СЕРОГРУПИ NEISSERIA MENINGITIDIS У ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНІЙ РІДИНІ МЕТОДОМ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ .....	62
<i>Малий В.П., Шепілева Н.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ .....	64
<i>Місюрьова В.О., Дикий І.Л., Філімонова Н.І.</i> ВПЛИВ БАКТЕРІОЦИНІВ НА АДГЕЗИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ СТАФІЛОКОКІВ .....	65
<i>Несторук І.П.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРИАЗОЛІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В .....	66
<i>Павлюк П.О., Бутенко В.М.</i> ПРО ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ .....	67
<i>Павлюк П.О., Сніцарь А.О., Ільченко І.П.</i> РЕФОРМУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ СЛУЖБИ ОБЛАСТІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ .....	72
<i>Піддубна А.І.</i> ПАТОЛОГІЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ВІЛ- ІНФІКОВАНИХ .....	74
<i>Піддубна А.І.</i> СТРАТЕГІЯ ПРАЙМ-БУСТ У КОНТЕКСТІ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ВІЛ/СНІДУ .....	75
<i>Попов С.В.</i> ВОЗРАСТЗАВИСИМАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ .....	76
<i>Попов С.В., Кулізьнова А.В.</i> ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПИРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ .....	77
<i>Приступа Л.Н.</i> АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ВАГІТНИХ .....	78
<i>Прокопішек К.М., Паляниця Р.М.</i> ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ “PROMETHEUS” У ЛІКУВАННІ ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ .....	80
<i>Псарьов В.М., Христенко Г.І., Чіванова Г.О., Жук П.І., Марков О.А.</i> РОЛЬ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ В СТАБІЛІЗАЦІЇ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ З ТУЛЯРЕМІЇ .....	81

<i>Псарьов В.М., Шолохова С.Є., Жук П.І.</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ХІМІОПРОФІЛАКТИКИ МАЛЯРІЇ .....	83
<i>Романюк А.М., Москаленко Р.А.</i> МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ БІОПАТІВ ПЕЧІНКИ .	85
<i>Савенко І.І., Троцька І.О., Дем'яненко Н.В.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІОКСІДОНІО У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ ....	87
<i>Сікора В.В.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ПОЛІМІК» У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ .....	88
<i>Сміян О.І., Васильєва О.Г.</i> ДІЯ СУЧАСНИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ .....	89
<i>Сміян О.І., Васильєва О.Г., Ємець О.М., Бугаєнко В.О., Хрін Н.В.</i> ПРОБІОТИКИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ .....	90
<i>Сміян О.І., Горбась В.А., Січненко П.І., Бинда Т.П., Романюк О.К.</i> „ЦИНКТЕРАЛ” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ .....	91
<i>Сміян О.І., Пономаренко О.М.</i> ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЗМІН ГАЗІВ КРОВІ ТА КИСЛОТНО- ЛУЖНОГО СТАНУ КРОВІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ .....	92
<i>Сміян О.І., Бинда Т.П., Хоменко О.І., Хоменко В.О.</i> ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЦМВ ЕНЦЕФАЛІТІВ У ДІТЕЙ .....	93
<i>Сміянова М.В.</i> СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ .....	94
<i>Сніцарь О.В.</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ .....	95
<i>Сумцов Г.О., Сумцов Д.Г., Калінінська О.О.</i> ДО ПИТАНЬ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАПЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ .....	96
<i>Сухарев А.Б.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ВАГТНОСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕРИТРОМІЦИНУ .....	97
<i>Тищенко В.В., Хатинська Ж.В., Жук П.І.</i> ОКРЕМІ ПИТАННЯ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ПАРОТИТНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ .....	98

<i>Трихліб В.І., Сморгунова В.Ф.</i> ВІСЦЕРАЛЬНИЙ ЛЕЙШМАНІОЗ, ЙОГО АКТУАЛЬНІСТЬ .....	101
<i>Трихліб В.І.</i> АКТИВНЕ ВИЯВЛЕННЯ НОСІВ ЗБУДНИКІВ МАЛЯРІЇ ТА ХВОРИХ НА МАЛЯРІЮ .....	104
<i>Трихліб В.І., Сморгунова В.Ф.</i> ЛЕПТОСПИРОЗ З ЙОГО ПРОБЛЕМАМИ .....	106
<i>Третьяков В.В.</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ VARICELLA ZOSTER .....	109
<i>Чемич М.Д., Бутко В.А., Чемич О.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СПОРАДИЧНОГО ШИГЕЛЬОЗУ В СУЧАСНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ ПІВНІЧНО-СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ .....	111
<i>Чемич М.Д., Чемич О.М., Нікітенко В.Ю., Троцька І.О., Христенко Г.І.</i> СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЛЕПТОСПИРОЗУ НА СУМЩИНІ .....	114
<i>Чемич М.Д., Рябіченко В.В., Кривогуз І.М., Ільїна Н.І., Захлебаєва В.В.</i> МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С З ВИКОРИСТАННЯМ ШВИДКИХ ТЕСТІВ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ .....	117
<i>Чемич М.Д., Алексєєва Є.М., Сніцарь А.О., Тищенко В.В.</i> ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В І С ТА ЧАСТОТА ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ .....	120
<i>Чемич М.Д., Зарічанська Н.О., Троцька І.О., Кулеш Л.П., Сніцарь А.О., Шолохова С.Є</i> ТРУДНОЦІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНІОЗУ В ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ .....	123
<i>Філімонова Н.І., Спиридонов Д.А.</i> АНТИБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРЕПАРАТ НА ОСНОВІ ЕКСТРАКТУ БРУНЬОК ТОПОЛЯ .....	126
<i>Шаповал В.В., Чемич М.Д., Кулеш Л.П., Сніцарь А.О.</i> ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОГО КИШКОВОГО АМЕБІАЗУ .....	127
<i>Шевельова Н.Ю., Велика М.М.</i> МІКРОБІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЯКИХ ЗАСОБІВ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙ .....	129

Наукове видання

## **ХІМІО- ТА ІМУНОТЕРАПІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

Матеріали  
Всеукраїнської науково-практичної конференції  
(Суми, 18-19 травня 2010 року)

Відповідальний за випуск М.Д. Чемич  
Комп'ютерне верстання І.В. Павловська

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. .Обл.-вид. арк. .Тираж 300 пр. Зам. №

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