

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ СУМЩИНИ

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтернаста: сучасні аспекти

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції
та пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини**

(Суми, 27–28 травня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

УДК 616.9(063)
ББК 55.14я431
I-74

Редакційна колегія:

відповідальний редактор – доктор медичних наук, професор *М. Д. Чемич*; відповідальний секретар – кандидат медичних наук *А. І. Піддубна*; доктор медичних наук, професор *Л. Р. Шостакович-Корецька*; доктор медичних наук, професор *Б. М. Дикий*; доктор медичних наук, професор *В. М. Козько*; кандидат медичних наук, доцент *Н. І. Льїна*; кандидат медичних наук, доцент *В. В. Льїна*

I-74 **Інфекційні** хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 27–28 травня 2015 року / редкол.: М. Д. Чемич, А. І. Піддубна, Л. Р. Шостакович-Корецька та ін. – Суми : Сумський державний університет, 2015. – 172 с.

Infectious diseases in practice of physician-internist: modern aspects : the materials of All-Ukrainian scientific and practical conference, Sumy, 27–28 May 2015 / editors: M. D. Chemych, A. I. Pidubna, L. R. Shostakovych-Koretskaya et al. – Sumy: Sumy State University, 2015. – 172 p.

УДК 616.9(063)
ББК 55.14я431

© Чемич М. Д., Піддубна А. І. ,
Шостакович-Корецька Л. Р. та ін., 2015
© Сумський державний університет, 2015

Бинда Тетяна Парфеніївна
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕРОРАЛЬНОГО ЦЕФАЛОСПОРИНУ
ІІІ ПОКОЛІННЯ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ
ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами
пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій,
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Bynda Tatiana Parfenevna
***THE EFFECTIVENESS OF ORAL CEPHALOSPORIN III
GENERATIONS IN ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN
CHILDREN***

*Department of Pediatrics Postgraduation Education with courses
Propaedeutic Pediatrics and Children's Infections,
Sumy State University, Sumy, Ukraine
E-mail: tbynda@yandex.ru; Bynda T. P.*

Актуальність. У зв'язку з повсюдним поширенням полірезистентних штамів-збудників ГКІ та їх біологічною особливістю активно формувати стійкість до нових антибактеріальних препаратів етіотропна терапія гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей має певні складнощі. Пошук і впровадження високоефективних антимікробних препаратів для лікування бактеріальної діареї залишається одним із актуальних напрямків дитячої інфекційної патології.

Метою роботи було оцінити ефективність препарату у вигляді суспензії Ікзим (цефіксим) в етіотропній терапії ГКІ у дітей.

Матеріали і методи. До дослідження були залучені 26 дітей віком від 6 місяців до 6 років із діагнозом «Гостра кишкова інфекція». Дослідження проводилося як відкрите, порівняльне, паралельне. Усі пацієнти госпіталізувалися до стаціонару в перші три дні захворювання без попередньої антибактеріальної терапії. У всіх хворих діагностували середній ступінь тяжкості

захворювання. Встановлення етіології ГКІ проводилося культуральним методом. Бактеріологічне обстеження пацієнтів призначалося у гострий період захворювання (при госпіталізації) та після проведеної терапії. Клінічна ефективність препарату вивчена у 26 дітей: I група – 12 дітей з моменту госпіталізації отримували препарат у якості монотерапії, II група – 14 дітей, яким проводилася ступінчаста терапія (після госпіталізації цефтриаксон внутрішньомязово 3 дні з наступною заміною на цефіксим). Цефіксим призначався у вигляді суспензії у дозі 8 мг/кг одноразово або у 2 приймання. Тривалість антибактеріальної терапії склала 6,5 днів. Ефективність етіотропної терапії оцінювали за динамікою нормалізації загального стану, динамікою нормалізації випорожнень і результатами бактеріологічного дослідження випорожнень. Крім того, враховувалась переносимість препарату і розвиток можливих небажаних ефектів.

Усім хворим, які взяли участь у дослідженні, призначалися регідратаційна терапія залежно від ступеня зневоднення та симптоматичне лікування.

Методи обстеження: реєстрація скарг пацієнта, об'єктивне дослідження, копрограма, лабораторні дослідження крові та сечі, бактеріологічне дослідження випорожнень.

Результати досліджень. Етіологічна структура ГКІ в обстежених хворих була представлена наступним чином: протей зареєстрований у 5 хворих (19,2 %), клебсієла – у 3 (11,5 %), кишкова паличка – у 3 (11,5 %), сальмонела – у 2 (7,7 %), стафілокок – у 8 (7,7 %). У 11 осіб (42,3 %) етіологія захворювання не була встановлена. Характер ураження шлунково-кишкового тракту зумовлював розвиток синдрому гастроентериту в 30,8 % дітей, в інших випадках (69,2 %) реєструвався ентероколітний варіант перебігу ГКІ.

Призначення етіотропної терапії призводило до швидкого згасання явищ метеоризму в дітей I і II груп ((2,6±0,4) дня і (2,1±0,5) дня відповідно) і абдомінального дискомфорту

((3,3±0,9) днів і (3,9±0,9) днів відповідно). Візуальне визначення патологічних домішок (слиз, зелень) в обох групах хворих також не відрізнялося, складаючи (4,4±1,5) і (4,1±1,6) дня. Ліквідація гемоколіту і більш рання динаміка діарейного синдрому спостерігалися у пацієнтів І групи, що обумовлено, очевидно, безпосереднім місцевим ефектом Ікзиму у вогнищі запалення.

Результати загального аналізу крові показали порушення, характерні для гострого періоду кишкових інфекцій, – лейкоцитоз із нейтрофіліозом, дещо підвищена ШОЕ. При обстеженні в динаміці у всіх дітей показники крові нормалізувалися. Показники загального аналізу сечі в усіх дітей були нормальними. У копрограмі виявлялися ознаки ураження тонкого чи товстого кишечника. У динаміці захворювання патологічні домішки у випорожненнях поступово зникали. По закінченні лікування у жодного хворого не визначалися домішки крові та слизу. При контрольному обстеженні після лікування дітей, у яких при бактеріологічному обстеженні випорожнень були виділені патогенні мікроорганізми, відмічена повна санація у 100 % хворих.

Висновки. Проведені дослідження встановили високу чутливість циркулюючих штамів збудників ГКІ до препарату Ікзим (цефіксим), доведена клінічна ефективність даного антибіотика (швидке купірування загальноінфекційного і діарейного синдромів). Призначення препарату забезпечувало санацію збудника у 100 % дітей зі встановленою етіологією. Монотерапія гострих кишкових інфекцій середнього ступеня тяжкості не поступається ступінчастій терапії. Препарат Ікзим має добру переносимість. За період проведення дослідження побічних ефектів не зареєстровано.

Возна Христина Ігорівна
**СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ ЗА ДАНИМИ
ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В. Д. Москалюк
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Vozna Khrystyna Igorivna
**STATE OF CARDIOVASCULAR SYSTEM
IN HIV-INFECTED PATIENTS ACCORDING
TO THE DATA OF ELECTROCARDIOGRAPHY**
Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. V. D. Moskaliuk
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
E-mail: Tina_ua88@mail.ru; Vozna K. I.

Актуальність. Вірус імунodefіциту людини є однією з провідних причин набутих захворювань серця і в результаті може призвести до розвитку серцевої недостатності. Ускладнення з боку серцево-судинної системи розвиваються, як правило, на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції. У зв'язку з удосконаленням антиретровірусної терапії тривалість життя ВІЛ-інфікованих збільшується і, відповідно, збільшується частка серцево-судинних захворювань у таких пацієнтів. Верифікація уражень серцево-судинної системи на ранньому етапі дозволяє знизити ризик несприятливих кардіоваскулярних подій, тому дослідження біоелектричної активності серця є незамінним у діагностиці порушень ритму та провідності, гіпертрофії шлуночків і передсердь, ішемічної хвороби серця.

Мета роботи – оцінити функціональний стан серцево-судинної системи у хворих на ВІЛ-інфекцію.

Матеріали і методи. Обстежено 136 хворих на ВІЛ-інфекцію: 66 (48,5 %) чоловіків і 70 (51,5 %) жінок віком від 19 до 42 років. Серед обстежених було 44 (32,4 %) хворих І клінічної стадії, 48 (35,3 %) – II, 23 (16,9 %) – III, 21 (15,4 %) – IV. Усім ВІЛ-інфікованим пацієнтам у динаміці хвороби на трьохканальному електрокардіографі SCHILLER AT-1 фірми SCHILLER (Швейцарія) записували стандартну ЕКГ у стані спокою в 12 відведеннях при швидкості руху паперу 50 мм/с. Аналіз проводили за загальноприйнятою методикою. Групу порівняння склали 30 практично здорових осіб, які за статтю й віком були цілком зіставні з обстеженими ВІЛ-інфікованими хворими.

Результати дослідження. При аналізі електрокардіограм обстежених ВІЛ-інфікованих хворих у 57 з них (41,9±4,2) % виявили порушення ритму, провідності, процесів реполяризації та електричної систоли шлуночків, а також їх комбінації. Внаслідок прогресування ВІЛ-інфекції, на фоні високого вірусного навантаження РНК ВІЛ та низького рівня імунного захисту проявлялась кардіотропна дія вірусу імунодефіциту людини, і, відповідно, достовірно частіше реєструвались різноманітні прояви порушення біоелектричної активності серця ($p < 0,01$). Так, у ВІЛ-інфікованих осіб в I та II клінічних стадіях порушення виявляли у 30 пацієнтів – (32,6±4,9) %, а серед обстежених з III-IV клінічними стадіями патологічні відхилення ЕКГ реєстрували у 27 хворих – (61,4±7,3) %.

Порушення серцевого ритму у ВІЛ-інфікованих хворих виникають унаслідок впливу одного чи комбінації факторів: міокардитів, уражень провідної системи серця, електролітного дисбалансу (гіпокаліємія, гіпокальціємія, гіпомagneмія внаслідок хронічної діареї), розладів вегетативної нервової системи, а також порушення метаболізму кардіоміоцитів з розвитком запальної реакції із залученням синоатріального вузла тощо. Такі електрокардіографічні відхилення реєструвались серед 22 обстежених осіб – (16,2±3,2) % ВІЛ-

позитивних пацієнтів, зокрема синусову тахікардію – у $(5,1 \pm 1,9)$ % хворих, брадикардію – у $(2,2 \pm 1,3)$ %, аритмії ще у $(5,1 \pm 1,9)$ %. Спостерігались й екстрасистолії $(3,7 \pm 1,6)$ % як передсердні, так і гемодинамічно незначні екстрасистоли з АВ-з'єднання та шлуночкові екстрасистоли. У всіх ВІЛ-інфікованих, незалежно від клінічної стадії імунodefіциту, реєструвались й порушення провідності. Як правило, причиною таких порушень найчастіше виступають токсичні речовини та інфекційні захворювання, які впливають на центральну нервову систему, а також на провідну систему серця. Аномалії провідності серед обстежених ВІЛ-інфікованих хворих зафіксовано в $(35,3 \pm 4,1)$ % пацієнтів (48 осіб), найчастіше у вигляді неповної блокади правої ніжки пучка Гіса – $(15,4 \pm 3,1)$ %, дещо рідше виявляли внутрішньопередсердні – $(10,3 \pm 2,6)$ % та атріовентрикулярні блокади I ступеня – $(5,1 \pm 1,9)$ % випадки. Порушення процесів реполяризації міокарда шлуночків (зміни зубця Т у комплексі з депресією чи елевацією сегмента ST) реєстрували у 39 осіб – $(28,7 \pm 3,9)$ % ВІЛ-інфікованих хворих. Депресія та підйом сегмента ST спостерігались, як правило, в 2-3 відведеннях без дискордантних проявів. Депресія сегмента ST зареєстрована у 12 – $(8,8 \pm 2,4)$ % хворих на ВІЛ-інфекцію, елевація – у 8 – $(5,9 \pm 2,0)$ % пацієнтів, формування згладженого або негативного симетричного або асиметричного зубця Т – у 9 $(6,6 \pm 2,1)$ % осіб та ще у 27 $(19,9 \pm 3,4)$ % ВІЛ-інфікованих пацієнтів зафіксовано високий зубець Т (більше 6 мм у відведеннях від кінцівок). Такі електрокардіографічні зміни свідчать про дифузні метаболічні та запальні зміни в міокарді. Сукупність цих порушень, як правило, супроводжують пізніші стадії ВІЛ-інфекції.

Висновки. Серцево-судинні ураження у ВІЛ-інфікованих хворих стають все більш домінуючими причинами захворюваності та смертності, тому ретельне кардіологічне обстеження є виправданим для даних пацієнтів, особливо якщо у них є інші відомі серцево-судинні фактори ризику.

Гладченко Ольга Ігорівна
**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ГОСТРИХ СТЕНОЗУВАЛЬНИХ ЛАРИНГОТРАХЕЇТІВ У
ДІТЕЙ, УШПИТАЛЕНИХ ДО ДІАГНОСТИЧОГО
ВІДДІЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ
КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ВПРОДОВЖ 2013 РОКУ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. Б. Надрага
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Hladchenko Olha Ihorivna
**ACUTE STENOSIC LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN
HOSPITALIZED AT LVIV REGIONAL INFECTIOUS
DISEASES HOSPITAL IN 2013 YEAR**

Department of Child Infectious Diseases
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. B. Nadraga
Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky,
Lviv, Ukraine

E-mail: olyazak@hotmail.com; Hladchenko O. I.

Актуальність. Згідно статистичних даних, інфекційні захворювання дихання у дітей продовжують займати одну з провідних позицій у структурі захворюваності серед дитячого населення. Близько 5 % дітей ГРВІ ускладнюються виникненням синдрому гострого стенозувального ларинготрахеїту, несприятливий перебіг якого досі залишається на високому рівні, особливо серед дітей раннього дитячого віку.

Метою нашого дослідження є ретроспективне вивчення особливостей перебігу гострих стенольногозов ларинготрахеїтів у дітей раннього віку, госпіталізованих у Львівську обласну інфекційну клінічну лікарню впродовж 2013 року.

Матеріали і методи. Ми проаналізували 391 медичну карту стаціонарного хворого дітей віком 0,0-60,0 міс., (117 дівчаток та

274 хлопчики), які перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом «гостра респіраторна вірусна інфекція, гострий стенозувальний ларинготрахеїт». Хворих розподілено на три групи в залежності від ступеня тяжкості стенозу гортані, констатованого на час шпиталізації хворого. До групи I увійшло 104 дитини зі стенозом I ступеня, до групи II – 271 пацієнт з II ступенем стенозу гортані та до групи III – 17 пацієнтів з III та IV ступенями стенозу гортані. Ступінь стенозу гортані визначали згідно з рекомендаціями, визначеними наказом МОЗ України № 437 від 31.08.2004 р. Для аналізу відібрано відомості з анамнезу розвитку захворювання, тяжкість стану на час госпіталізації, показники гемограми, результати бактеріологічного обстеження слизу ротової частини глотки, наявність та характер ускладнень, лікування, що проводилось.

Результати дослідження. Середній вік хворих у I групі становив $(27,57 \pm 1,44)$ міс., у тому числі віком 0,0-12,0 міс. було 19,23 %, 12,0-24,0 – 26,92 %, 24,0-36,0 – 25,01 %, хворих віком понад 36,0 міс. – 28,85 %. Середній вік II групи становив $(27 \pm 0,91)$ міс., дітей віком до одного року було 46 (16,97 %), а розподіл хворих за іншими віковими групами був приблизно рівномірним.

III групу сформовано з 12 пацієнтів, які були госпіталізовані у тяжкому чи вкрай тяжкому стані та потребували лікування у відділенні інтенсивної терапії. 7 (41,18 %) хворим проводили штучну вентиляцію легень. Середній вік у групі становив $(37,7 \pm 5,91)$ міс., найбільша кількість дітей у вибірці – діти віком понад 36 міс. – 8 (47,06 %).

Досліджували результати загального аналізу крові в усіх хворих упродовж перших 12 год. стаціонарного лікування. Рівні загальної кількості лейкоцитів і кількість паличкоядерних нейтрофілів прямо пропорційні тяжкості захворювання; найчастіше (у 29,4 %) лейкоцитоз і найвища загальна кількість лейкоцитів (у середньому $10,0 \pm 0,86 \cdot 10^9/\text{л}$) виявлено у дітей III

групи; ці показники достовірно відрізнялися від показників пацієнтів I групи.

Вірогідно вищим у хворих III групи, порівняно з I і II групами, був і відносний вміст паличкоядерних нейтрофілів, водночас частота лейкопенії у хворих I-III груп не відрізнялася і коливалася в межах 11,44-13,46 %.

За результатами бактеріологічного дослідження слизу з верхніх дихальних шляхів виявлено, що найбільш часто виділено *Streptococcus viridans* – у 30,77-32,13 % хворих I та II груп, друге місце за частотою посідав *Streptococcus pneumoniae*. Приблизно у 5,78 % дітей I та II груп зі слизу одночасно виділено асоціацію збудників – *Streptococcus pneumoniae* і *Staphylococcus aureus*, у 2,21 % – *Streptococcus viridans* і *Staphylococcus aureus*. У III групі патогенна мікрофлора виявлена лише у 5 хворих (29,41 %) – рідше, ніж у хворих I та II груп.

Висновки. Вік дітей з ГСЛТ, у яких виник стеноз III ступеня, в середньому становив $36,7 \pm 5,91$ міс. і був достовірно вищим, ніж вік хворих, госпіталізованих зі стенозом гортані I-II ступеня. Результати бактеріологічного обстеження слизу з верхніх дихальних шляхів виявили практично однаковий спектр виділених мікроорганізмів у хворих I та II груп, у дітей III групи збудники зі слизу виділялись значно рідше. Частота виділення збудників з верхніх дихальних шляхів не залежала від наявності й типу ускладнень, які виникали у дітей із гострими стенозуювальним ларинготрахеїтом. Відсутність вірогідних взаємозв'язків між змінами в загальному аналізі крові та результатами бактеріологічних обстежень дає підстави розцінити лейкоцитоз та збільшення рівня паличкоядерних нейтрофілів як реакцію макроорганізмів на стрес, гіпоксію, можливо, на введення високих доз глюкокортикостероїдів, а не на бактерійні чинники.

Голяр Оксана Іванівна
**РІВЕНЬ АДАПТАЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ ТА
КЛІТИННА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА
ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В. Д. Москалюк
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Holyar Oksana Ivanivna
**STRESS LEVEL OF ADAPTATION AND CELL REACTIVITY
IN PATIENTS WITH FOOD POISONING**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. V. D. Moskaliuk
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
E-mail: golyar@mail.ua; Holyar O. I.*

Актуальність. Видова резистентність організму людини зумовлена біологічною особливістю організму людини. Вона неспецифічна, стійка, передається за спадковістю, пов'язана з особливостями генотипу індивідуума і включає багато показників. Їй притаманна стабільність абсолютної і відносної кількості основних популяцій імунокомпетентних клітин, фізіологічний стан (рівень адаптаційного напруження) організму. Ці показники є провідними у вивченні протиінфекційного захисту. Першим етапом вивчення показників є встановлення абсолютної і відносної кількості провідних популяцій імунокомпетентних клітин, на основі яких встановлюються інші показники протиінфекційного захисту.

Мета: на основі показників абсолютної і відносної кількості провідних популяцій імунокомпетентних клітин встановити рівень адаптаційного напруження і клітинну реактивність організму хворих на харчові токсикоінфекції.

Матеріали і методи. Нами був проведений ретроспективний огляд 203 історій хвороб хворих на харчові токсикоінфекції, що знаходилися на лікуванні в інфекційному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівців за період 2011-2014 років.

Результати дослідження. Провідними чинниками, що визначають перебіг і тяжкість інфекційного захворювання, є рівень клітинної реактивності організму хворих. Визначення цих показників базується на встановленні абсолютної і відносної кількості провідних популяцій імунокомпетентних клітин.

Рівень клітинної реактивності організму хворих на харчові токсикоінфекції визначали за лейкоцитарним індексом інтоксикації за Б. А. Рейсом і за Я. Я. Кальф-Каліфа, за ядерним індексом ступеня ендотоксикозу, показником інтоксикації та за гематологічним показником інтоксикації за В.С.Васильєвим.

Показано, що у хворих на харчові токсикоінфекції суттєво (на 73,77 %) зростає лейкоцитарний індекс інтоксикації за Б. А. Рейсом. Підвищується також показник інтоксикації у 9,04 разів, лейкоцитарний індекс інтоксикації за Я.Я.Кальф-Каліфа у 2,03 рази, ядерний індекс ступеня ендотоксикозу у 2,5 разів та гематологічний показник інтоксикації за В. С. Васильєвим – 7,74 разів.

Перераховане вище засвідчує високий ступінь (III рівень імунних порушень) клітинної реактивності організму хворих на харчові токсикоінфекції, що потребує проведення ефективної еферентної терапії з наступним використанням сорбентів.

Висновки.

1 У хворих на харчову інтоксикацію у периферійній крові підвищується відносна кількість поліморфноядерних нейтрофільних гранулоцитів, абсолютна кількість цих імунокомпетентних клітин практично не піддається змінам. Суттєво знижується абсолютна і відносна кількість агранулоцитів (лімфоцитів і моноцитів).

2 Харчові токсикоінфекції у більшості (85,94 %) хворих супроводжується формуванням стресу (у 50,0 %) пацієнтів та

реакція на тренування (35,94 %). У незначної кількості хворих на харчові токсикоінфекції рівень адаптаційного напруження знаходиться у зоні спокійної активації (10,16 %) та у зоні підвищеної активації (3,9 %).

3. Розвиток і перебіг харчової інтоксикації проходить на підвищеній клітинній реактивності організму хворих.

Грищенко Світлана Олексіївна
**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
СПАЛАХУ КОРУ В М. СУМИ У 2014 РОЦІ**
КУ «Сумська міська клінічна лікарня №4», м. Суми, Україна

Grischenko Svitlana Olexiivna
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF
MEASLES OUTBREAKS IN SUMY IN 2014 YEAR**
*Municipal establishment "Sumy city clinical hospital №4",
Sumy, Ukraine*

E-mail: sveta_grishenko@ukr.net; Grischenko S. O.

Актуальність. Кір вважають інфекцією, яку можна елімінувати, тобто звести кількість захворювань до мінімуму, і, практично, знищити, адже єдиним джерелом інфекції є людина. Але вирішення проблеми ускладнюється тим, що вірус є висококонтагіозним, часто трапляються атипівні форми, а охоплення щепленнями населення недостатнє.

Мета: вивчити клініко-епідеміологічні особливості кору у хворих мешканців міста.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилися 24 пацієнти, які були госпіталізовані в інфекційне відділення КУ СМКЛ №4 з підозрою на кір. Використовувалося дослідження сироватки крові методом ІФА на антитіла IgM до вірусу кору.

Результати дослідження. Підйом захворюваності у місті Суми спостерігався з жовтня по грудень 2014 року. Так, у

жовтні був зафіксований 1 випадок кору, що становить 0,4 % на 100 тис. нас., у листопаді 21 дорослих (7,8 на 100 тис. нас.), дітей – 8 (18,2 на 100 тис. нас.), у грудні 18 (6,7 на 100 тис. нас.), 8 (18,2 на 100 тис. нас.) відповідно. З січня 2015 року випадки кору не реєструвались.

У госпіталізованих пацієнтів діагноз кір був підтверджений у 22 хворих, із них у 18 – вірусологічно. У 3 пацієнтів захворювання на кір супроводжувалося ускладненим запаленням легень, у 12 – гострим трахеобронхітом. Серед перехворілих 14 дорослих (7 жінок і 7 чоловіків) та 8 дітей, із них 5 мали вік до 3-х років.

Проте, у квітні в інфекційне відділення КУ СМКЛ №4 була госпіталізована пацієнтка з підозрою на краснуху. При вірусологічному обстеженні було виявлено IgM до вірусу кору. Пацієнтка за межі міста за останній місяць не виїжджала, контакт з хворими з висипом заперечує, має дитину інваліда, регулярно відвідує дитячу поліклініку.

Висновки. Зафіксований випадок кору в квітні 2015 року свідчить про те, що клінічна картина інфекції може нагадувати низку інших захворювань. Тому при диференційній діагностиці інфекційних захворювань, що супроводжуються висипом, навіть при благоприємній епідемічній ситуації необхідно пам'ятати про кір.

Дикий Богдан Миколайович, Пришляк Олександра Ярославівна,
Грижак Ігор Гнатович, Дьоміна Наталія Миколаївна
**ЗАЛЕЖНІСТЬ ПРОЯВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ВІД СТУПЕНЯ
ІМУНОДЕФІЦИТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ**
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

*Dykyj Bogdan Mykolayovych, Pryshlyak Alexandra Yaroslavivna,
Hryzhak Ihor Hnatovych, Diomina Natalia Mykolayivna*
**THE DEPENDENCE OF TUBERCULOSIS MANIFESTATIONS
ON THE DEGREE OF IMMUNODEFICIENCY
IN HIV-INFECTED PERSONS**
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*
E-mail: infection@ifnmu.edu.ua; Dykyj B. M.

Актуальність. Ріст захворюваності на туберкульоз поряд з багатьма соціально-економічними факторами, такими як зниження рівня життя населення, збільшення числа соціально-дезадаптованих осіб, привичні інтоксикації, має в основі ще й поширення імунодефіцитного стану, спричиненого ВІЛ-інфекцією. За даними ВООЗ, у 2014 р. до 12 % нових випадків туберкульозу було зареєстровано у ВІЛ-інфікованих, а серед померлих від туберкульозу в цьому ж році 18 % склали хворі на СНІД. У цей же час, контингентам ризику, які найбільше піддаються інфікуванню туберкульозом (особи з пенітенціарних закладів, споживачі наркотичних речовин, безробітні тощо), притаманні такі поведінкові особливості, які ускладнюють раннє виявлення туберкульозу, проведення профілактичних та лікувальних заходів у повному обсязі. Особливості механізму патогенезу обидвох інфекцій та ключова роль CD4+ Т-лімфоцитів роблять ці захворювання взаємопов'язаними.

Мета. Вивчити особливості перебігу та клінічних форм туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб на тлі різного ступеня імунодефіциту.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилися 11 пацієнтів, в яких діагностовано ті чи інші форми туберкульозу. Середній вік хворих – 28 років, 64 % з них – чоловіки, а 36 % – жінки, 8 осіб мали залежність від опіатів, 2 отримували замісну підтримувальну терапію метадалом. Проведено рентгенологічне обстеження органів грудної клітки із комп'ютерною томографією, мікроскопію мокротиння на кислотостійку паличку та ДНК МБТ методом gene-Xpert з визначенням стійкості до рифампіцину.

Результати дослідження. Усім хворим з розвитком туберкульозного процесу був встановлений діагноз 4-ї стадії ВІЛ-інфекції. Крім того, зустрічалися й інші опортуністичні захворювання: рецидивний ротоглотковий та езофагеальний кандидоз, рецидивна герпетична інфекція, себорейний дерматит, тотальний оніхомікоз, хронічний гепатит С або В+С, синдром виснаження. Основними клінічними проявами туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції були астения і тривалий кашель у 8 осіб, постійна або інтермітуюча гарячка у 8 осіб, пітливість і значне зниження маси тіла у 7, збільшення лімфатичних (переважно шийних і підпахвинних) у всіх пацієнтів. Класичний легеневий туберкульоз вогнищевий або інфільтративний з локалізацією у верхніх долях легень спостерігався в 5 осіб із рівнем CD4+ Т-лімфоцити 220-470 кл/мкл крові. Бактеріовиділювачів з них було 3 (60,0 %). Призначена чотирикомпонентна протитуберкульозна терапія була ефективною – стан хворих покращувався, розсмоктування вогнищ наступало вже на першому місяці лікування.

У хворих із рівнем CD4+Т лімфоцитів менше 200 кл/мкл (6 осіб), процес у легенях локалізувався і в нижніх долях, переважали інфільтративні зміни, що рентгенологічно нагадували пневмонічне вогнище. Підозра на туберкульоз

легень виникала аж через 2-3 тижні неуспішного лікування антибіотиками широкого спектру дії. У трьох осіб внаслідок реактивації латентно перебігаючої туберкульозної інфекції напустила генералізація туберкульозу за типом міліарного процесу із ураженням мозкових оболонок і речовини мозку (2 осіб), внутрішньогрудних (2) і периферійних лімфовузлів (3), печінки і селезінки (3), очного дна (1), яченок (1), шкіри (1), кишечника (1). Такий процес починався підгостро, прогресував швидко і перебігав з вираженою інтоксикацією. Туберкульозна терапія на цій стадії проводилася п'ятикомпонентна, проте ефект від терапії розвивався повільно, тривало утримувався гарячковий стан, виявляли стійкі до рифампіцину штами МБТ (4 особи). У двох хворих зі зниженням CD4+ Т-лімфоцитів нижче 50 кл/мкл спостерігався злоякісний блискавичний перебіг міліарного туберкульозу за типом сепсису з поліорганною недостатністю, тяжкою інтоксикацією і летальним наслідком (2). В останніх пацієнтів протитуберкульозне лікування не мало ефекту.

Висновки. Перебіг туберкульозу і його наслідки у ВІЛ-інфікованих осіб залежать від ступеня імунодефіциту. При рівнях CD4+ Т-лімфоцитів більше 200 клітин в мкл крові, перебіг захворювання нагадує такий у ВІЛ-негативних осіб. У разі рівня CD4+ Т-лімфоцитів менше 200 характеризується позалегеневими проявами, а при зниженні кількості клітин менше 50 – злоякісний типу міліарного процесу, з поліорганими ураженнями та несприятливим наслідком.

Дикий Богдан Миколайович, Пришляк Олександра Ярославівна,
Грижак Ігор Гнатович, Перекліта Марія Ярославівна,
Дьоміна Наталія Миколаївна

**РОЗПОВСЮДЖЕННЯ МАРКЕРІВ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ
ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ
НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

*Dykyj Bogdan Mykolayovych, Pryshlyak Alexandra Yaroslavivna,
Hryzhak Ihor Hnatovych, Pereklita Mariya Yaroslavivna,
Diomina Natalia Mykolayivna*

**DISTRIBUTION OF MARKERS PARENTERAL VIRAL
HEPATITIS IN HIV-INFECTED DRUG
ADDICTED PERSONS AND CLINICAL**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

E-mail: infection@ifnmu.edu.ua; Dykyj B. M.

Актуальність. Патологія печінки у ВІЛ-інфікованих найчастіше зумовлена опортуністичними інфекціями та токсичним ураженням, що спричинене вживанням ін'єкційних наркотиків, алкоголю та побічною дією медикаментів. Серед інфекцій, які вражають паренхіму печінки, провідне місце займають вірусні гепатити (ВГ).

Мета. Вивчити поширеність маркерів гемоконтактних гепатитів та симптоматику уражень печінки у ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків.

Матеріал і методи. Обстежено 164 хворих на ВГ. Серед них 111 в анамнезі мали вживання наркотичних речовин парентерально і 53 хворих на вірусні гепатити, які не вживали наркотики. Визначали серологічні маркери HBsAg, HBeAg, а-

НВс IgM, IgG, а-НСV IgG, а-HDV IgG, ПЛР та генотипування вірусу С, біохімічні показники (загальний і прямий білірубін, АлАТ, АсАТ).

Результати дослідження. Вивчено спектр етіології хронічного і гострого ВГ за серологічними маркерами. Переважали хворі із хронічними вірусними гепатитами (152 хворих – 92,7 %), серед них ВГС (103 хворих – 67,8 %); ВГ В+С (34 хворих – 22,4%), ВГВ – (14 хворих – 9,2 %), ВГ В+D – (1 хворий – 0,7 %). У хворих, які інфікувалися ін'єкційним шляхом частіше зустрічався гепатит В+С та В+С+D (відповідно: 27,9% та 0,9 %), ніж у хворих, що інфікувалися в статевому контакті (відповідно: 5,6 % та 0). Серед осіб, які інфікувалися статевим шляхом, переважав ВГВ (16,9 % проти 4,5 % – у СІН). У хворих із хронічним ГВ чи мікст-гепатитом НВsAg зустрічався відносно рідко (5,3 %), проте завжди був присутній anti-НВсIgG (100,0 %). Клінічно абсолютна більшість обстежених хворих не мали скарг стосовно захворювання – ні ВІЛ-інфекції, ні гепатиту. Вік пацієнтів – 28-42 років, термін вживання наркотиків від 2 років до 14. Частота ранніх маркерів гепатиту при гострому гепатиті В у 5 хворих із інфікуванням статевим шляхом складала: НВsAg – 37,5 %, anti-НВс IgM – 100,0 % і НВeAg – 37,5%.

Генотипування вірусу гепатиту С показало, що серед осіб з ко-інфекцією ВІЛ/гепатит С зустрічаються три генотипи вірусу С – 1б, 2а і 3а у співвідношенні 70,8 %, 11,8 % і 17,6 %.

Виявлена статистично достовірна різниця в тривалості інтоксикаційного синдрому при ВГС і ВГВ+С. У наркоспоживачів цей показник був нижчий ((12,55±1,4) дня і (17,02±0,4) відповідно), ніж у осіб, які не вживали наркотики (відповідно (16,27±0,7) дня і (20,07±0,7), $p < 0,05$). При ВГВ, навпаки, виявлена тенденція до подовження тривалості інтоксикації у споживачів ін'єкційних наркотиків ((22,37±0,8) дня) у порівнянні з групою хворих, які не вживали наркотики, а заразилися статевим шляхом ((15,9±0,53) дня).

У вираженості диспепсичного синдрому статистичної різниці не виявлено. В усіх групах він проявлявся нудотою ((61,3±7,8) % у наркоманів, (58,8±5,4) % у групі, які не вживали наркотиків), блюванням ((38,7±6,4) % і (31,4±4,98) % відповідно), а також відчуттям тяжкості і болями в правому підребер'ї і епігастрії.

Холестатичний синдром, зумовлений тривалою гіпербілірубінемією і свербіжем, також був однаково часто виражений у хворих обидвох груп. Біохімічні показники статистично відрізнялися тільки в групах хворих на ВГВ. У пацієнтів із супутньою наркоманією середні значення гіпербілірубінемії склали (149,82±9,12) мкмоль/л, тоді як у групі зі статевим інфікуванням – (115,93±4,5) мкмоль/л ($p<0,05$). Гіперферментемія і підвищення тимолової проби були однаково виражені в усіх групах. Достовірно частіше резистентність жовтяниці до загальноприйнятого лікування спостерігалась у групі наркоманів, хворих на ВГВ ((39,47±7,93) %), у групі порівняння цей показник був (19,23±4,4) % ($p<0,05$), що може бути пояснено абстинентним синдромом.

Висновки. Серед контингенту ВІЛ-інфікованих осіб поширеними є вірусні гепатити в ролі ко-інфекції, серед яких переважає гепатит С (67,8 %) та С+В (22,4 %), але рідко спостерігається В та В+С+D. В гепатит частіше зустрічається в осіб, які інфікувалися статевим шляхом (14,9 %), а С та В+С у тих, які інфікувалися парентерально (90,2 %). HBsAg зустрічається не більше ніж у 5,5 % хворих з хронічною моночи мікст-В-інфекцією та 37,5 % – з гострим гепатитом В. Надійним критерієм хронічного гепатиту В є маркер HBcIgG та HBcIgM – для гострого. У хворих на хронічний гепатит С переважав 1в генотип вірусу. У споживачів ін'єкційних наркотиків більш вираженим і тривалим був інтоксикаційний та холестатичний синдроми, але в період поза загостренням перебіг хвороби характеризувався субклінічним перебігом.

Дикий Богдан Миколайович,
Пришляк Олександра Ярославівна, Кондрин Оксана Євгенівна,
Пюрик Валентина Федорівна, Бойчук Олександр Петрович,
Процик Андрій Любомирович
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСОКАРОЗУ ТА ЙОГО
ДІАГНОСТИКА**
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

*Dykyj Bogdan Mykolayovych, Pryshlyak Alexandra Yaroslavivna,
Kondryn Oksana Evhenivna, Pyuryk Valentyna Fedorivna,
Boichuk Oleksandr Petrovych, Protsyk Andrii Lubomyrovych*
FEATURES OF TOXOCARIASIS AND ITS DIAGNOSIS
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*
E-mail: infection@ifnmu.edu.ua; Dykyj B. M.

Актуальність. Токсокароз – широко розповсюджена хвороба людини, що відноситься до групи так званих хвороб мігруючих личинок. В організмі людини паразитують тільки личинки токсокар. Клініка токсокарозу відрізняється поліморфізмом проявів, нерідко перебігає під маскою інших захворювань, що часто не дозволяє своєчасно їх розпізнати.

Метою дослідження було встановити поширеність токсокарозу серед серопозитивних осіб (присутність анти T.canis IgG), порівняти особливості перебігу токсокарозу у дорослих та дітей, вивчити ефективність лікування хворих.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 92 пацієнти, які звернулись в Івано-Франківську обласну клінічну інфекційну лікарню (ОКІЛ) у 2014 році з підозрою на токсокароз, з них 40 госпіталізовано. Проводився клінічний огляд хворих, аналіз результатів загальноклінічних, біохімічних,

серологічних та додаткових методів досліджень (ультразвукове та рентгенологічне) в динаміці, під впливом лікування.

Результати дослідження. Причиною звернення в ОКІЛ у 84 випадках (77,3 %) були результати серологічного дослідження крові з виявленням підвищеного рівня антитіл IgG до токсокар методом ІФА, які були призначені лікарями різних спеціальностей на догоспітальному етапі. Дуже показовим є та обставина, що у 71 з них (65,3 % всіх обстежених) серологічне дослідження передувало загальноклінічному обстеженню, зокрема не було проведено загального аналізу крові та копрограми. У 8 (7,4 %) пацієнтів причиною звернення були клінічні симптоми хвороби, пов'язані з підозрінням на гельмінтоз, а подальші дослідження дозволили діагностувати токсокароз. Більшість обстежених були діти – 78 (71,7 %) осіб.

Серед серопозитивних осіб у 64 пацієнтів (58,9 % обстежених) титр антитіл перевищував граничну концентрацію не більше ніж у 5 разів, в загальному аналізі крові не відмічалась еозинофілія, в клінічній картині зустрічались (ізольовано, або у поєднанні) диспепсичний – 43 (39,6 %) особи, токсикоалергічний – 40 (36,8 %) осіб, легеневий – 33 (30,4%) особи синдроми. У 56 осіб цієї групи пацієнтів (51,5% всіх обстежених) при копроскопічному обстеженні виявлено яйця аскарид. У інших пацієнтів цієї групи (8 дорослих пацієнтів) несправжньо-позитивні серологічні показники були пов'язані з іншими хронічними захворюваннями.

Лише у 43 осіб (39,6 % всіх серопозитивних) обгрунтовано підтверджено діагноз токсокарозу за результатами більш, ніж восьмикратного підвищення концентрації специфічних антитіл у сироватці крові. У 3 дітей (2,8 % обстежених) діагностовано очну форму токсокарозу. У більшості хворих 40 (36,8 %) осіб встановлено вісцеральну форму токсокарозу. У клінічній картині токсокарозу у дітей (28 осіб) відзначались гарячка (24,8 %), тривалий кашель (14,7 %), лімфаденопатія (23,9 %), гепатоспленомегалія (20,2 %), періодичний висип на шкірі

(10,1 %). Натомість у всіх дорослих (15 осіб) домінуючим клінічним симптомом було ураження легень (13,8 % всіх обстежених), яке, окрім скарг зі сторони легеневої системи супроводжувалось рентгенологічними змінами з боку легень (синдром «матового скла»). У 5 (4,6 %) дорослих токсокароз супроводжувався токсикоалергічними проявами (набряк та болі суглобів та м'язів) та гарячкою. Лише у 3 (2,8 %) дорослих діагностовано збільшення печінки.

У всіх хворих на токсокароз в загальному аналізі крові, на фоні помірного лейкоцитозу ($10,5 \pm 1,3 \times 10^9/\text{л}$) діагностовано гіпереозинофілію ($48 \pm 5,48$ %). Середні показники рівня гемоглобіну не виходили за межі допустимих норм, проте у 4 дітей діагностовано анемію середнього ступеня.

Як протигельмінтний препарат для лікування хворих на токсокароз використовували вермокс. Призначали його у добовій дозі 200 мг, у два прийоми, тривалість лікування 10-15 днів. Серед дітей, хворих на токсокароз, трьом (2,8 % всіх обстежених), протигельмінтне лікуванні проводили трьома курсами по 10 днів з інтервалом у 10 днів. Одночасно призначали десенсибілізуювальні, ферментні, жовчогінні препарати, пробіотики.

Критерієм ефективності лікування були зникнення клінічних симптомів та нормалізація показників крові, зокрема кількості еозинофілів. Хворі знаходились під спостереженням лікарів ОКІЛ впродовж не менше 6 місяців після виписки зі стаціонару. Спостерігали за можливістю відновлення клінічної картини та рівнем еозинофілів. Випадків рецидиву хвороби не було.

Висновки.

1 Токсокароз виявлено у 39,6 % серопозитивних осіб з рівнем антитіл, який не менше ніж у вісім раз перевищує граничну концентрацію. У 35,8 % пацієнтів із рівнем анти-*T. canis* IgG, що не перевищує граничну концентрацію в 5 разів діагностовано аскаридоз, що свідчить про можливість перехресних несправжньо-позитивних реакцій.

2 Серед хворих на токсокароз переважають діти (65 %), у яких було діагностовано очну та вісцеральну форму хвороби. В клінічній картині вісцеральної форми у дітей частіше зустрічалися синдроми інтоксикації, ураження легень, лімфаденопатія та гепатоспленомегалія.

3 У клінічній картині вісцеральної форми токсокарозу у дорослих у 100 % діагностовано ураження легень, а у третини - виражені токсико-алергічні прояви.

4 Критерієм ефективності лікування хворих на токсокароз служить відсутність клінічних симптомів хвороби та нормалізація рівня еозинофілів у крові.

Дмітрова Євгенія Василівна

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГРВИ У ДІТЕЙ
У ПОЄДНАННІ З АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ**

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами
пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. І. Сміян
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Dmitrova Ievgeniia Vasilivna

***FEATURES OF CLINICAL COURSE OF ACUTE
RESPIRATORY VIRUS INFECTION IN CHILDREN,
COMBINED WITH ADENOID VEGETATION***

Department of Pediatrics Postgraduation Education with courses

Propaedeutic Pediatrics and Children's Infections

Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. I. Smiyan

Sumy State University, Sumy, Ukraine

E-mail: dmitrova.ev@yandex.ua; Dmitrova I. V.

Актуальність. Гострі респіраторні вірусні інфекції займають перше місце у світі серед інфекційних захворювань і складають

95% усіх інфекцій. За даними ВООЗ щорічно реєструється близько 1,5 млрд. випадків гострих респіраторних захворювань.

Слизова оболонка глоткового мигдалика входить до першої ланки імунної відповіді у дітей та забезпечує зігрівання, зволоження повітря та приймає участь у синтезі імунокомпетентних клітин.

При наявності аденоїдних вегетацій виникає утруднення носового дихання, що перешкоджає адекватній санації слизової оболонки носа, зумовлюючи запальний процес у ній та подальше збільшення аденоїдних розростань. Це обтяжує перебіг гострого захворювання і нерідко призводить до хронізації запальних процесів у навколоносових пазухах.

Метою дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу ГРВІ у дітей у поєднанні з аденоїдними вегетаціями.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 33 пацієнта віком від 3 до 7 років, хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції у поєднанні з аденоїдними вегетаціями. Дослідження проводилося на базі Сумської міської дитячої клінічної лікарні. Для підтвердження діагнозу всі обстежені діти консультовані дитячим отоларингологом.

Етіологію вірусної інфекції встановлювали з носоглоткового змиву методами люммікроскопії та ПЛР

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою стандартної статистичної комп'ютерної системи «Microsoft Excel» (2007), адаптованої для медико - біологічних досліджень.

Результати дослідження. Серед обстежених дітей хворих, на ГРВІ, було 14 (42,42 %) хлопчиків і 19 (57,58 %) дівчаток. Середній вік обстежених дітей 5,9.

В етіологічній структурі переважали вірус парагрипу – 7 (21,21 %), РС-вірус – 7 (21,21 %), риновіруси – 4 (12,12 %), а також мали місце коронавіруси - 4 (12,12 %), грип А – 4 (12,12 %), грип В – 5 (15,15 %), аденовіруси – 2 (6,06 %), метапневмовірус – 3 (9,09 %).

При об'єктивному обстеженні усіх хворих дітей інтоксикаційний синдром проявлявся зниженням апетиту – у 29 (87,87 %), загальною слабкістю – у 27 (81,81 %), роздратованістю – у 23 (69,69 %), плаксивістю – у 20 (60,60 %), головним болем – у 14 (42,42 %) пацієнтів. Лихоманка фебрильного характеру, тривалістю більше 3 діб, спостерігалася – у 17 (51,51 %) пацієнтів. В той же час лихоманка гектичного характеру виявлена у 11 (33,33 %) обстежених дітей.

Катаральний синдром спостерігався у 33 (100 %) дітей на початку захворювання та проявлявся сухим кашлем – у 17 (51,51 %) пацієнтів, вологим кашлем – у 11 (33,33 %) та нічним кашлем – у 5 (15,15 %). Середня тривалість кашлю у обстежених дітей склала 8,4 днів.

Слід зазначити, що майже у третини 10 (30,30 %) обстежених дітей спостерігався нежить, натомість домінуючим симптомом виявлено закладеність носових ходів – 23 (69,7 %).

Біль у горлі спостерігався майже у половини пацієнтів – 14 (42,42 %).

За результатами обстеження дітей були встановлені клінічні прояви диспепсичного синдрому, що проявлявся нашаруванням на язиці – у 15 (45,45 %) пацієнтів, періодичним болем у животі – у 12 (36,36 %), здуттям живота та метеоризмом – у 12 (36,36 %), закрепам – у 7 (21,21 %) і періодичним нестійким стільцем – у 15 (45,45 %) дітей.

Висновки. Таким чином, у результаті проведеного дослідження були виявлені клінічні прояви ГРВІ у дітей, а саме: інтоксикаційний, гіпертермічний, катаральний та диспепсичний синдроми. Тому, враховуючи отриманні дані необхідно проводити своєчасні профілактичні заходи ГРВІ у дітей з аденоїдними вегетаціями.

Домашенко Ольга Миколаївна, Черкасова Тамара Ігорівна
**ХІРУРГІЧНІ СИНДРОМИ В ІНФЕКЦІЙНОМУ
СТАЦІОНАРІ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,
Донецький національний медичний університет
імені М. Горького,
м. Донецьк, Україна

Domashenko Olga Mykolayivna, Cherkasova Tamara Igorivna
***SURGICAL SYNDROMES IN THE HOSPITAL OF THE
INFECTIOUS DISEASES***

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine*

E-mail: o_domashenko@mail.ru; Domashenko O. M.

Актуальність. Багато відомих хірургічних захворювань імітують клінічні прояви кишкових інфекцій. Разом з тим, у чималій кількості інфекційних хвороб виникають симптоми, які відповідають клінічній картині захворювань, що вимагають хірургічне втручання.

Мета – клінічний аналіз частоти помилкових діагнозів при хірургічних захворюваннях в інфекційному стаціонарі та випадків нерідко необгрунтованих оперативних втручань при інфекційних захворюваннях.

Матеріали і методи. 6737 історій хвороб і консультативних висновків хворих, що були направлені до клініки інфекційних хвороб у зв'язку з передбачуваною кишковою інфекцією, 26 пацієнтів, хворих на вірусний гепатит, 35 – на псевдотуберкульоз і ерсиніоз, 2 – на лептоспіроз, 1 – на амебний абсцес печінки.

Результати дослідження. Із 6737 хворих з передбачуваною кишковою інфекцією у 124 (1,84 %) було виявлено гострий апендицит, у 18 (0,27 %) – панкреатит, у 16 (0,24 %) – гострий

холецистит, у 9 (0,13 %) – тромбоз мезентеріальних судин, у 7 (0,1 %) – кишкова непрохідність, у 4 (0,06 %) – перитоніт, у 3 (0,04 %) – позаматкова вагітність, у 5 (0,07 %) – інфільтрати в черевній порожнині і малому тазу. При цьому у 47 % хворих діагноз був встановлений у санітарному пропускнику – пацієнти були оглянуті хірургом і переведені до хірургічного стаціонару. У 53 % пацієнтів справжня природа хвороби була розпізнана після госпіталізації в інфекційне відділення. Діагностичні помилки на дошпитальному етапі в 61,0 % були обумовлені дефектами у вивченні анамнезу, неповним або однобічним обстеженням, що не дозволяло судити про послідовність виникнення симптомів у перші години хвороби, недооцінкою або переоцінкою епідеміологічного анамнезу. Так, 1 хворий був госпіталізований з діагнозом плевропневмонія, внаслідок нехтування анамнезом захворювання не був запідозрений абсцес печінки амебної етіології. Разом з тим, абдомінальні болі можуть виникати при багатьох інфекційних хворобах і бути приводом для помилкового хірургічного втручання. Болі можуть бути обумовлені спазмом кишечника, або його парезом, швидким збільшенням печінки та мезентеріальних лімфовузлів, набряком жовчного міхура і підшлункової залози. У 26 хворих на вірусний гепатит В та А у переджовтяничному періоді спостерігалися інтенсивні болі в правому підребер'ї, які імітували жовчну коліку. У 14 хворих у анамнезі був холецистит, у 4 – жовчнокам'яна хвороба, що явилось приводом для госпіталізації їх у хірургічне відділення. Двом пацієнтам була проведена холецистектомія. У 1 хворої наприкінці початкового періоду, у 7 у розпалі вірусного гепатиту В виникли інтенсивні болі в правому підребер'ї та епігастрії у зв'язку з розвитком печінкової недостатності (прекома I-II). Двом хворим на жовтяничну форму лептоспірозу помилково проведена лапаротомія в зв'язку з вираженими абдомінальними болями і наявністю очеревинних симптомів, при цьому не були ураховані епідеміологічний анамнез, наявність міалгій,

ураження нирок. У 10 % хворих на псевдотуберкульоз і ерсиніоз відмічається абдомінальний синдром. Ми спостерігали спалах псевдотуберкульозу, при якому протягом місяця 28 хворим проведена апендектомія, при цьому переважно виявлено катаральне запалення відростка, а також мезаденіт. У подальшому в більшості осіб, що перенесли апендектомію, виявилися симптоми генералізації інфекції (гарячка, висип, ураження печінки та суглобів). У хворої 26 років спостерігали спорадичний хронічний перебіг мезаденіту ерсиніозної етіології, при якому больовий абдомінальний напад мав інтенсивний характер, супроводжувався підвищенням температури до 40 °С, нестримним блюванням. Хвора протягом 1,5 років двічі була прооперована з підозрою на гостру хірургічну патологію. Діагноз ерсиніозу був верифікований бактеріологічним дослідженням виділеного мезентеріального лімфовузла та РНГА. Залишається актуальною проблема виявлення гострого апендициту у хворих на гострі кишкові інфекції. Ми спостерігали 5 хворих на сальмонельоз, 3 – на шигельоз, 1 – на ешерихіоз з бактеріологічним підтвердженням діагнозів, у яких на 3-7-й дні захворювання виникли показання до хірургічного втручання. У 4 пацієнтів виявлено деструктивну, у 3 – катаральну форму апендициту, у 2 – при гістологічному дослідженні зміни у відростку не знайдено. Таким чином, наявність гострих кишкових інфекцій не виключає надалі розвиток гострого апендициту.

Висновки. Проведені дослідження свідчать про необхідність повсякчасного удосконалення знань і навичок діагностики в суміжних областях інфекціоністами і хірургами з метою правильного і своєчасного рішення питання щодо вибору лікувальної, у тому числі і оперативної, тактики у хворих на інфекційні захворювання. При ряді гострих кишкових інфекцій з вираженим абдомінальним синдромом доцільним є спільне спостереження і комплексне лікування хворих в умовах хірургічного стаціонару.

Дубинська Галина Михайлівна, Сизова Людмила Михайлівна,
Коваль Тетяна Ігорівна, Свириденко Наталія Петрівна,
Волошина Людмила Григорівна,
Полтавець Наталія Олександрівна

**ВПЛИВ СТУПЕНЯ ФІБРОТИЧНИХ ЗМІН ПЕЧІНКИ НА
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З 1 ГЕНОТИПОМ
(ПОПЕРЕДНІ ДАНІ)**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава, Україна

*Dubynska Galina Mikhailivna, Sizova Lyudmila Mikhailivna,
Koval Tetiana Igorivna, Sviridenko Natalya Petrivna,
Voloshina Lyudmila Grigorivna, Poltavets Natalia Aleksandrivna*
**THE INFLUENCE OF THE DEGREE FIBROTIC CHANGES IN
THE LIVER ON THE EFFECTIVENESS OF ANTIVIRAL
THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C
WITH GENOTYPE 1 (PRELIMINARY DATA)**

*Department of Infectious Diseases with Epidemiology,
HSEEU «Ukrainian medical stomatological academy»,
Poltava, Ukraine*

E-mail: isizof@gmail.com; Dubynska G. M.

Актуальність. На теперішній час багато уваги приділяється виявленню факторів, що впливають на ефективність противірусної терапії (ПВТ) хронічного гепатиту С (ХГС). У дослідженнях останніх років активно обговорюється зв'язок процесів фіброгенезу печінки та ефективності ПВТ ХГС. За результатами більшості досліджень ступінь вираженості фібротичних змін у печінці є незалежним фактором прогнозу відповіді на ПВТ. У то й же час дані щодо впливу фіброзу печінки на ефективність ПВТ при наявності 1 генотипу вірусу обмежені.

Мета дослідження – дослідити вплив ступеню фібротичних змін печінки на ефективність ПВТ і у хворих на ХГС з 1 генотипом.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети обстежено 51 хворого на ХГС із 1 генотипом вірусу, які отримували ПВТ на базі Полтавської обласної клінічної інфекційної лікарні. ПВТ ХГС проводилася пегильованим інтерфероном α -2b у дозі 1,5 мкг/кг/тиж у комбінації з рибавірином у дозі 800-1200 мг на добу в залежності від маси тіла протягом 48 тижнів. Ефективність ПВТ оцінювали за загальноприйнятими критеріями (EASL, 2013). Діагноз ХГС встановлювали на підставі комплексу клінічних, серологічних та молекулярно-біологічних досліджень з обов'язковим виявленням РНК ВГС у сироватці крові методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у реальному часі (RT-PCR) з генотипуванням. Ступінь фіброзу печінки до початку ПВТ встановлювали за допомогою визначення біохімічних маркерів фіброзу ФіброТест. Високим ступенем фіброзу вважали F3, F4 за Metavir. Серед обстежених хворих жінок – 22 (43,1 %), чоловіків – 29 (56,9 %), віком від 26 до 60 років (середній – (43,3±9,44)). Високий ступінь фіброзу печінки мали 28 (54,9 %) пацієнтів, а мінімальний та помірний ступені фіброзу (F0-F2) констатували у 23 (45,1 %). Для статистичної обробки результатів використовували параметричні та непараметричні методи варіаційної статистики.

Результати дослідження. Проведені дослідження показали, що швидка вірусологічна відповідь (ШВВ) реєструвалась у 5 (17,9 %) осіб з високим ступенем фіброзу, тоді як серед пацієнтів з мінімальним та помірним ступенем фібротичних змін – у 10 (43,5%) (OR=3,54; 95% CI 0,99-12,61, $p<0,05$). Наявність повної ранньої вірусологічної відповіді (РВВ) встановлена у 28 (56,8 %) осіб, часткової РВВ – у 5 (9,8 %). Відсутність РВВ та припинення ПВТ відбулось у 17 (31,4 %) пацієнтів, 1 особа припинила ПВТ за медичними показаннями. Серед

невідповідачів 11 (45,8%) мали високий ступінь фіброзу, 6 (28,5 %) – мінімальний та помірний ступені. Досягнення безпосередньої вірусологічної відповіді (БВВ) на 48 тижні лікування спостерігали у 28 (54,9 %) пацієнтів із 51. Серед пацієнтів із високим ступенем фіброзу БВВ досягли 12 (42,8 %) пацієнтів, із мінімальним та помірним фіброзом – 16 (69,5 %). Стійка вірусологічна відповідь (СВВ) оцінена на теперішній час у 18 хворих (10 пацієнтів продовжують спостереження). СВВ констатована у 4 (22,2 %) пацієнтів із високим ступенем фіброзу та у 9 (50 %) – з мінімальним та помірним, а рецидив інфекції у 16,7 % та 11,1 % відповідно.

Висновки. Продвинутий фіброз печінки сприяє сповільненню вірусологічної відповіді на ПВТ ХГС. Прогнозування ефективності противірусної терапії у пацієнтів із 1 генотипом потребує врахування фібротичних змін печінки та оцінки інших предикторів, які можуть вплинути на вірусологічну відповідь.

Дьяченко Павло Анатолійович, Руденко Антоніна Олексіївна,
Муравська Любомира Василівна,
Пархомець Богдан Анатолійович, Луценко Вікторія Юріївна

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АДЕМЕТІОНІНУ В
КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГЕРПЕСВІРУСНИХ
НЕЙРОІНФЕКЦІЙ**

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

*Diachenko Pavlo Anatoliyovich, Rudenko Antonina Oleksiivna,
Muravska Lubomira Vasilivna, Parhomets Bogdan Anatoliyovich,
Lutsenko Viktoria Youriivna*

**EFFICIENCY OF USING ADEMETIONIN IN THE COMPLEX
TREATMENT OF HERPESVIRUS NEUROINFECTIONS**

*Department of neuroinfections SI "L.V. Gromashevsky`s Institute of
epidemiology and infectious diseases of NAMS of Ukraine",
Kyiv, Ukraine.*

E-mail: neuro10@bk.ru; Diachenko P. A.

Актуальність. Герпесвірусні інфекції (ГВІ) мають значне поширення, а захворюваність на них – щорічну тенденцію до росту в багатьох країнах світу. Близько 90 % дорослого населення інфіковано і має антитіла до кількох типів герпесвірусів. Число хворих на ГВІ в розвинутих країнах становить 5-8 %, у слаборозвинутих – до 15 % від загальної кількості населення. Смертність від ГВІ серед вірусних захворювань займає друге місце після грипу.

Лікування герпетичної інфекції лишається дотепер складною проблемою. Основні противірусні препарати на даний час – аномальні нуклеозиди. Найчастіше використовуються препарати ацикловіру та ганцикловіру.

При всіх своїх перевагах, препарати аномальних нуклеозидів володіють і недоліками, особливо побічними ефектами. Одним з

вагомих побічних ефектів ми вважаємо гепатотоксичність, яка розвивається як з причини прямого токсичного ефекту на гепатоцити, так і з причини розвитку холестазу.

Мета роботи – вивчення змін лабораторних показників печінкової функції у хворих з герпесвірусними ураженнями нервової системи на тлі проведення антивірусної терапії та можливості їх корекції.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилися 60 хворих з герпесвірусними ураженнями нервової системи, в яких у якості етіотропної терапії використовувався ганцикловир. Жінок було 36, чоловіків - 24, за віком хворі розподілялися наступним чином: до 20 років - 9, 21-30 - 26, 31-40 - 3, 41-50 - 9, 51-60 років - 13 осіб. Серед 60 хворих у 23,3% етіологічним фактором був вірус герпесу людини 6-го типу, у 21,7 % доведена герпетична етіологія ураження нервової системи, у 3,3 % - цитомегаловірусна, у 6,7 % - Епштейна-Барр вірусна етіологія; у 45,0% хворих зазначені віруси поєднувалися один з одним або декількома вірусами сімейства Herpesviridae. Найчастіше в асоціаціях брали участь HSV + CMV (15) і EBV + HHV6 (6), рідше - HSV + CMV + EBV + HHV6 (3), HSV + EBV (2), CMV + EBV (1).

За залученням у патологічний процес центральної і периферичної нервової системи були сформульовані клінічні діагнози: менінгоенцефаліт (6), енцефаліт (6), енцефаломієліт (3), розсіяний енцефаломієліт (12), менінгоенцефалополірадикулоневрит (2), арахноенцефаліт (18), арахноїдит (13).

Нашу увагу привернув препарат адеметіоніну, який окрім гепатопротективних властивостей має антидепресивну, стимулювальну дію, активно проникає через гематоенцефалічний бар'єр, стимулює синтез дофаміну.

Для досягнення мети і вирішення поставлених завдань були вивчені 3 схеми терапії, для чого 60 пацієнтів були розділені на групи: I група отримувала препарат адеметіоніну

внутрішньовенно струминно по 400 мг 1 р на добу на тлі проведення противірусної терапії (20 пацієнтів), II – препарати есенціальних фосфоліпідів у середньотерапевтичних дозуваннях (28 пацієнтів), III група - контрольна, не отримувала гепатопротектори (12 пацієнтів). Крім цього, всі пацієнти отримували етіотропну, нейротропну, детоксикаційну терапію. Дослідження рівня АлАТ, АсАТ, ЛФ проводилися до початку ПВТ, а також на 7-у і 14-у добу.

Результати дослідження. У процесі спостереження за хворими усіх груп було виявлене наступне: концентрація АлАТ у сироватці крові хворих 1-ї групи коливалася до $(31,7 \pm 10,5)$ О/л на 7-у добу та з поступовим зниженням на 14-у добу до $(28,7 \pm 8,4)$ О/л. У 2-й групі рівень АлАТ мав тенденцію зростання до $(76,8 \pm 13,2)$ О/л на 14-й день спостереження. У групі контролю на прекінці лікування цей показник складав $(122,3 \pm 17,9)$ О/л. Така ж тенденція була відмічена при спостереженні за рівнем аспаратамінотрансферази (на 14-й день рівень АсАТ складав $(36,4 \pm 4,1)$ О/л, $(34,2 \pm 5,7)$ О/л, $(70,8 \pm 11,3)$ О/л відповідно). Вираженість маркерів холестазу в крові хворих 1-ї і 2-ї групи статистично не відрізнялась, лише в групі контролю рівень ЛФ на 14-й день дослідження складав $(270 \pm 34,7)$ О/л, що не перевищувало норму (до 305 О/л), але було більше, ніж у 1,5 рази, вищим за пацієнтів, які отримували гепатопротективну терапію.

При використанні адеметіоніну як гепатопротектора визначалося наступне: зникли симптоми інтоксикації, біль в області печінки, здуття живота. Адеметіонін не має токсичної дії на життєво важливі функції організму і в терапевтичних дозах не проявляє побічних ефектів.

Висновки.

1 Доведена терапевтична і профілактична ефективність адеметіоніну в комплексній терапії хворих на герпесвірусні нейроінфекції.

2 Всім хворим з герпесвірусними ураженнями, в т.ч. і нервової системи, необхідно призначати дослідження сироватки крові на печінкові проби на початку і кожні 5-7 днів у процесі лікування для виключення ураження печінки внаслідок прийому гепатотоксичних препаратів (ацикловір, валацикловір і ганцикловір), а також застосовувати з метою профілактики гепатопротективну терапію.

Ільїна Вікторія Валеріївна
**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕПШТЕЙН-БАРР –
ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА СУМЩИНІ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Il'yina Viktoria Valeriyvna
***CLINICAL PECULIARITIES OF EPSTEIN-BARR - VIRUS
INFECTION IN SUMY REGION***

Department of Infectious Diseases and Epidemiology

Sumy State University, Sumy, Ukraine

E-mail: info@kinf.sumdu.edu.ua; Il'yina V. V.

Актуальність. В Україні в останні роки відбувається значне зростання захворюваності на інфекційний мононуклеоз. В останні десятиліття минулого століття була доведена вірусна природа даного захворювання, а саме герпесвірусна. Його можна віднести до групи порівняно «нових» інфекційних захворювань, вивчення яких продовжується. Відома здатність вірусу до довічної персистенції, повсюдне поширення його серед людської популяції, майже 100 % ураженість населення земної кулі, а також зв'язок з повільними інфекціями та непластичними захворюваннями, такими як лімфома Беркіта та назофарингеальна карцинома.

Мета роботи - проаналізувати особливості клінічного перебігу інфекційного мононуклеозу на Сумщині.

Матеріали і методи. Проведений аналіз 60 (100 %) історій хвороб стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького протягом 2009-2014 рр. Серед пацієнтів чоловіків було 37 (61,6 %), жінок – 23 (38,4 %). Вік пацієнтів склав 14-37 років, що підтверджує назву недуги «хвороба поцілунків», якою переважно хворіють молоді люди з активним способом життя.

Результати дослідження. Результати дослідження показали, що майже половина хворих (48 %) була направлена до стаціонару с діагнозом інфекційний мононуклеоз. Часто зустрічався діагноз «лакунарна ангіна» (35 %), так як одним із клінічних проявів є наявність тонзиліту. Інші діагнози: ГРВІ (6,6 %), лихоманка неясного генезу (6,6 %), холецистопанкреатит (2,2 %) та скарлатина (1,6 %). Тривалість госпіталізації в середньому склала 7-10 днів.

Найбільш постійним проявом хвороби була гарячка (93 %). Температура тіла підвищувалася від субфебрильних до високих цифр. Часто хворі скаржилися на загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту та головний біль. 90 % пацієнтів з перших днів хвороби відмічали біль у горлі, 35 % – закладеність носа. При об'єктивному обстеженні визначалися зміни мигдаликів у 35 % хворих, «зернистість» та гіперемія слизових глотки – у 68 % пацієнтів. Провідним синдромом була генералізована лімфаденопатія (85 %). Збільшувалися задньо-, передньошийні та кутощелепні лімфатичні вузли. Гепатолієнальний синдром виявлений у 77 % хворих. У 9 пацієнтів на шкірі відмічалася висипка плямисто-папульозного характеру. Таким чином, клінічні прояви хвороби характеризувалися поліморфізмом і були типовими для інфекційного мононуклеозу. Характерні зміни у клінічному аналізі крові: лімфоцитоз у 86 % пацієнтів, в середньому

показник склав $(48,4 \pm 1,67)$. Атипові мононуклеари виявлялися у 73 % хворих. Діагноз інфекційного мононуклеозу підтверджений у 63 % пацієнтів методом ІФА – визначені антигени VCA, EBNA, EA, а також IgM та IgG до вірусу Епштейн-Барр.

Висновки. Отже, у ході проведеного дослідження було встановлено, що клінічні прояви інфекційного мононуклеозу характеризуються поліморфізмом і суттєво не відрізняються від класичних проявів недуги.

Льїна Вікторія Валеріївна¹, Кулеш Лариса Петрівна²,
Льїна Ніна Іванівна¹

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПЕЧІНЦІ ПРИ ХРОНІЧНІЙ НСV-ІНФЕКЦІЇ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

¹Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,
Сумський державний університет,

²Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня
імені З. Й. Красовицького, м. Суми, Україна

*Il'yina Viktoria Valeriyvna¹, Kulesh Larysa Petrivna²,
Il'yina Nina Ivanivna¹*

MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE LIVER IN CHRONIC HCV-INFECTION AND THEIR CORRECTION

¹*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Sumy State University,*

²*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine*

E-mail: info@kinf.sumdu.edu.ua; Il'yina V. V.

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в Україні гепатитом С інфіковано близько 3 % громадян, що становить близько 1,2 млн. населення. Гострий перебіг даної хвороби закінчується хронізацією у 80 % випадків,

часто з високим ризиком загрозливих ускладнень, включаючи цироз печінки (20 %) та гепатоцелюлярну карциному (4-5 %).

На сьогоднішній день існують численні методи діагностики гепатиту С, які включають дослідження крові хворих на наявність антитіл до вірусу (метод ІФА), визначення РНК вірусу, генотипування та вірусне навантаження за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, а також біопсія печінки з метою встановлення гістологічного індексу запалення та стадії фіброзу.

Мета роботи – дослідити особливості морфогенезу в хворих на вірусний гепатит С у залежності від ступеня фіброзу – F1, F2, F3, F4.

Матеріали і методи. Досліджено 123 (100 %) автопсії хворих на хронічний вірусний гепатит С, які знаходилися на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького протягом 2011-2014 рр. Серед обстежених чоловіків було 82 (66,6 %), жінок – 41 (33,4 %). Переважали пацієнти молодого віку – 65 (52,8 %), старшого віку – 58 (47,1 %).

Методика біопсії: спеціальною голкою робиться прокол шкіри, підшкірних тканин та печінки, забирається матеріал для дослідження – невеликий біоптат довжиною біля 2 см, шириною 1 мм, з якого виготовляються препарати для гістологічного дослідження, забарвлені гематоксилін-еозином. Інтерпретація результатів біопсії хворих гепатитом С проведена методом METAVIR.

Результати дослідження. Результати дослідження показали, що майже всі біоптати печінки мали однакову гістологічну картину. Визначався ступінчастий некроз частини порталних трактів, а у деяких часточках наявні внутрішньочасточкові фокальні некрози. Гепатоцити знаходилися в стані помірної гідропічної та жирової дистрофії, що може свідчити про наявність стеатозу. Запальний лімфогістіоцитарний інфільтрат був у частині порталних трактів, помірний – у перипортальній

ділянці, всередині часточок. Виявлені ланцюжки лімфоцитів у синусоїдах, гіперплазія клітин PEC. У деяких портальних трактах спостерігалася деструкція жовчних протоків, ознаки їх проліферації. Ця гістологічна картина найбільш характерна для гепатиту С з незначним фіброзом (F1). Такі ж зміни характерні і для помірного фіброзу (F2). Досліджуючи матеріали печінки з вираженим фіброзом (F3,4), спостерігалася гіперплазія клітин Купфера, гепатоцити знаходилися в стані вираженої гідроїчної, жирової дистрофії, наявний перичентральний, перисинусоїдальний фіброз. У стадії вираженого фіброзу печінки з переходом у цироз (F4) фіброз спостерігався у більшості портальних трактів, відмічалось їх розширення, а також утворення несправжніх часточок.

Висновки. Аналізуючи біопсійні матеріали хворих на хронічний вірусний гепатит С, можна зробити висновок, що при довготривалому перебігу недуги врешті-решт формується виражений фіброз печінки і як його прояв – стеатоз, який є морфологічним відображенням метаболічного дисбалансу у гепатоциті. Це призводить до перебудови часточкової структури, утворення вузлів та формування цирозу. Таким чином, у лікувальній тактиці рекомендується використовувати, окрім противірусної терапії, медикаменти, які корегують обмін жирів.

Ільїна Ніна Іванівна¹, Клименко Наталія Василівна²,
Ільїна Вікторія Валеріївна¹

ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ БАКТЕРІАЛЬНИХ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ

¹Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,
Сумський державний університет,

²Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня
імені З. Й. Красовицького, м. Суми, Україна

*Il'yina Nina Ivanivna¹, Klimenko Natalya Vasilivna²,
Il'yina Viktoria Valeriyvna¹*

ETIOLOGICAL STRUCTURE AND CLINICAL EVIDENCE OF PURULENT BACTERIAL MENINGITIS

¹*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Sumy State University,*

²*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine*

E-mail: info@kinf.sumdu.edu.ua; Il'yina N. I.

Актуальність бактеріальних гнійних менінгітів (БГМ) визначається тяжкістю перебігу, розвитком загрозливих життю церебральних та екстрацеребральних ускладнень, стійких резидуальних наслідків, високою летальністю, яка сягає в деяких вікових групах від 15 до 70 %. Щорічно захворюваність на БГМ складає 4-6 випадків на 100 тис. населення. За даними літератури, в етіологічній структурі БГМ ведуча роль належить менінгококовій, пневмококовій та гемофільній інфекціям. Епідеміологічне значення проблеми БГМ зумовлене постійною загрозою спалахів менінгококової інфекції.

Мета. За матеріалами Сумської обласної клінічної інфекційної лікарні ім. З. Й. Красовицького проаналізувати динаміку захворюваності на гострі менінгіти. Вивчити етіологічну структуру БГМ та провести клініко – лабораторний аналіз їх проявів.

Матеріали і методи: карти стаціонарних хворих на гострі менінгіти, що перебували на лікуванні у 2004-2014 рр. Використані загальноприйняті клінічні та лабораторні методи дослідження.

Результати дослідження. За період 2004-2014 рр. у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького на стаціонарному лікуванні перебувало 102 хворих на гострі менінгіти, з них у 68 (66,7 %) діагностовано серозний, у 34 (33,3 %) – гнійний менінгіт. Починаючи з 2008-2009 рр., спостерігається чітка динаміка зниження загальної кількості БГМ і зростання серозних. Етіологія останніх встановлена у 12 (17,6 %) осіб, з них туберкульозна – у 6, цитомегаловірусна – у 1, герпетична – у 2, аденовірусна – у 1, грипозна – 1, ентеровірусна – 1. БГМ, спричинений менінгококом, був у 13 (38,3 %) пацієнтів, стрептококом – у 8 (23,5 %), стафілококом – у 4 (11,8 %), моракселою – у 1 (2,9 %), неуточненої етіології – у 8 (23,5 %). 4 із 6 хворих на туберкульозний менінгіт були інфіковані ВІЛ.

У 12 пацієнтів з менінгококовим менінгітом захворювання мало генералізовану форму – менінгіт з менінгококцемією. Клінічний перебіг менінгококового менінгіту був типовим: гострий початок з ознобу (82,1 %), підвищення температури тіла до 39-40 °С (63,2 %), головний біль (98 %), нудота і повторне блювання (87,3 %). Інтенсивність головного болю зростала до нестерпного до кінця першої – початку другої доби, головний біль супроводжувався блюванням. Менінгеальні симптоми визначалися уже в першу добу – ригідність м'язів потилиці у 96 % хворих, симптом Керніга – у 89,2 %, симптоми Брудзинського – у 53 %, загальна гіперестезія – у 32,3 %. У 42,3 % пацієнтів на 2-3-й день перебування в стаціонарі з'явилися герпетичні висипання на обличчі. У хворих з генералізованою інфекцією вже в першу добу з'явився характерний геморагічний висип. У наступні дні клінічна симптоматика зростала. При дослідженні ліквора визначався його гнійний характер: підвищений

лікворний тиск, високий нейтрофільний плеоцитоз (400-10000 кл в мкл), підвищений вміст білка (2,7-3,59 г/л). У мазках з осаду ліквора у 81,2 % хворих виявлений менінгокок. Тяжкий перебіг недуги з маренням, психомоторним збудженням, розладами свідомості та судомами мали три чверті хворих. У клінічному аналізі крові визначався лейкоцитоз у межах $18,2 - 32,4 \cdot 10^9/\text{л}$, збільшення ШОЕ до 30-40 мм/год.

Кінцевий діагноз ґрунтувався на підставі клініко – лабораторних проявів ведучих симптомів БГМ: загальноінфекційної інтоксикації, інфекційно – токсичної енцефалопатії, менінгеального та запальних змін у лікворі. Санація ліквору відбулася до 7-12-ї доби стаціонарного лікування, яке не перевищувало 25-26 днів. Хворі виписувалися зі стаціонару з залишковими проявами у вигляді скарг астеничного характеру.

БГМ, спричинені стафілококами та стрептококами, були переважно вторинними, мали тяжкий перебіг з гострим початком, швидким підвищенням температури до 40°C , ознобом, маренням, порушенням свідомості, різко вираженими оболонковими симптомами. Швидко розвивалася вогнищева симптоматика. У лікворі – високий нейтрофільний плеоцитоз, значна концентрація білка.

Висновки. За останні 10 років відбувається тенденція до зростання захворюваності на гострі серозні менінгіти неуточненої етіології. У структурі БГМ при встановленій етіології (76,4 %) переважали захворювання, спричинені менінгоковою та стрептоковою інфекціями. Більшість БГМ, спричинених іншими мікроорганізмами, а також нез'ясованої етіології, були вторинними.

Кірсанова Тетяна Олександрівна,
Кузнєцов Сергій Володимирович
**ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ВІРУСУ VARICELLA-ZOSTER
СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб,
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

*Kirsanova Tetiana Olexandrivna,
Kuznetsov Sergey Volodymyrovych*
**VACCINATION AGAINST VARICELLA-ZOSTER AT
CHILDREN OF UKRAINE**

*Department of Pediatric Infectious Diseases,
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
E-mail: tanya_kirs@mail.ru; Kirsanova T. O.*

Актуальність. Вітряна віспа (ВО) за останні роки має тенденцію до неухильного зростання захворюваності на різних територіях України, в першу чергу серед дитячого населення. Доведено, що найбільш ефективним способом боротьби з інфекційними захворюваннями є проведення масової вакцинації проти збудників цих хвороб.

Мета. Теоретично обґрунтувати введення до Національного календаря вакцинації дітей України вакцини проти ВО на основі вивчення сучасних епідеміологічних та клінічних особливостей ВО у дітей Харківського регіону України.

Матеріали і методи. Проведено аналіз статистичних даних щодо захворюваності на ВО у Харківському регіоні та даних 2780 історій хвороб дітей з ВО віком один місяць - 18 років, госпіталізованих до Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні (ОДІКЛ) м. Харкова за останні п'ять років.

Результати дослідження. За період 2010-2014 рр. епідеміологічна крива захворюваності дітей на ВО, починаючи з 2010 р., мала тенденцію до підйому з максимальними

показниками у 2011 р., серед хворих переважали діти, які проживали в місті. У віковій структурі дітей найбільша захворюваність реєструвалася у дітей до 15 років, які склали 78-94 %, але мала місце тенденція до підвищення частки дітей старшого шкільного віку. Серед захворілих переважали діти, які відвідують організовані дитячі колективи (дитсадки, школи), серед яких більш ніж третина хворих мешкала у закритих дитячих установах (дитбудинках, школах-інтернатах та ін.). Моніторинг кількості дітей з ВО, госпіталізованих до ОДІКЛ м. Харкова, також виявив зростання їх числа. Так, якщо у 2010 році до ОДІКЛ було госпіталізовано 404 дитини, то у 2011 р. – 1170, проте з 2012 року цей показник дещо знижувався та коливався у межах 380-435 дітей щорічно. Причиною госпіталізації служили: різко виражений синдром інтоксикації (1751 дитина; 63,0 %), рясний висип на шкірі та слизових оболонках (2243; 80,7 %), ускладнений перебіг хвороби (611; 22,0 %), епідеміологічні показання (1089; 39,2 %). Вік госпіталізованих дітей варіював від одного місяця народження до 18 років: першого року життя - 355 (12,8 %) хворих; 1-5 роки – 856 (30,8 %); 6-10 – 950 (34,2 %); 11-14 – 332 (11,9 %); 15-18 – 287 (10,3 %). Найбільш ураженими віковими групами були діти 1-10 років. Велика частина з них (1779 дітей; 64,0 %) були організованими. Захворювання перебігало в основному в середньотяжкій (1757 дітей; 63,2 %) і тяжкій (842; 30,3 %) формах. Аналіз клінічних даних показав, що майже у всіх дітей захворювання починалося гостро з різкого підйому температури до 38,0-40 °С (2615 хворих; 94,1 %); відзначалися млявість (2669; 96,0 %), зниження апетиту (2446; 88,0%), нездужання (2585; 93,0 %), головний біль (1334; 48,0%), порушення сну (973; 35,0 %), дратівливість (2057; 74 %), у деяких дітей – блювання (324; 11,7 %). У 136 дітей (4,8 %) висипання з'явилися до кінця першої доби, 2251 (81,0 %) – другої доби, 393 (14,1 %) – на третю добу. Елементи висипу були у вигляді плям у діаметрі 1-3 мм, рожевого кольору. У подальшому вони

трансформувалися в папули, везикули, кірочки, які розташовувалися на неінфільтрованому тлі шкіри без схильності до злиття. Нові підсипання могли з'являтися через 1-2 дні і супроводжувалися підвищенням температури тіла. Тривалість висипань становила (7±3) днів. Скориночки формувалися з 3-4-го дня від початку появи висипань і зберігалися протягом 9-10 діб. У 1251 (45,0 %) хворого формування везикул реєструвалося на слизових оболонках рота, кон'юнктиви і статевих органів протягом 4-5 днів. У 611 (22,0 %) хворих дітей з ВО мали місце ускладнення, які найбільш часто розвивалися на третій-восьмий день від появи висипань незалежно від ступеня виразності клінічних проявів у перші дні хвороби. У структурі неспецифічних ускладнень (224 дитини; 36,7 %) домінували ураження шкіри з розвитком гнійно-запальних захворювань (194; 86,6 %) стрептококової і стафілококової етіології: піодермія (152; 78,4 %), абсцес (22; 11,3 %), флегмона (12; 6,2 %), баланопостит (8; 4,1 %). Із специфічних ускладнень (387 хворих; 63,3 %) спостерігалось ураження ЦНС з розвитком менінгіту (56; 14,5 %), енцефаліту (128; 33,1 %) та менінгоенцефаліту (203; 52,4%). Ураження ЦНС розвивалися на 4-7 добу від початку захворювання з посилення синдрому інтоксикації у 379 дітей (98,0 %), появи судом – 71 (18,3 %); загально мозкового – 248 (64,1 %), менінгеального – 265 (68,5 %) та вогнищового синдромів – 305 (78,8 %).

Висновки. З огляду на те, що за останні п'ять років у Харківській області рівень захворюваності дітей на вітряну віспу залишається високим, найбільш уразливими є діти з організованих колективів (особливо з закритих дитячих установ). Зростання частоти ускладнень диктують необхідність проведення обов'язкової вакцинопрофілактики вітряної віспи у дітей. На наш погляд, в першу чергу необхідно розглянути питання щодо проведення обов'язкової вакцинації проти ВО серед дітей із закритих дитячих закладів, та, можливо, у майбутньому введення до Національного календаря вакцинації

здорових дітей України цієї вакцини, що дозволить значно скоротити кількість захворілих дітей, знизити число ускладнень та економічні витрати на лікування та реабілітацію цих хворих.

Козько Володимир Миколайович, Сохань Антон Васильович,
Гаврилов Анатолій Вікторович,
Калюжний Віктор Олександрович,
Христенко Надія Олександрівна

**ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА НЕЙРОІНФЕКЦІЙ У ВІЛ-
НЕГАТИВНИХ ТА ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ**

Кафедра інфекційних хвороб,
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

*Kozko Volodimir Mikolayovich, Sokhan Anton Vasilievich,
Gavrilov Anatoliy Viktorovich, Kalyuzhny Viktor Oleksandrovich,
Khristenko Nadiya Oleksandrivna*

**ETIOLOGY OF NEUROINFECTIONS IN HIV-NEGATIVE AND
HIV-POSITIVE PATIENTS**

*Department of Infectious Diseases,
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
E-mail: antonsokhan@gmail.com; Sokhan A. V.*

Актуальність. У структурі загальної патології нервової системи вірусні ураження є однією з найбільш частих клінічних форм, в тому числі у ВІЛ-інфікованих хворих. Актуальність нейроінфекцій визначається тяжкістю їх перебігу, частим розвитком ускладнень, резидуальних явищ і високою летальністю. Крім того, у більш ніж у 50 % пацієнтів, незалежно від етіології процесу, спостерігаються різноманітні наслідки перенесеної нейроінфекції – від астеновегетативних розладів, зникаючих через 6-12 місяців, до стійких резидуальних неврологічних порушень.

Мета нашого дослідження – визначення етіологічної структури нейроінфекційних захворювань у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних хворих у Харківському регіоні.

Матеріали і методи. Для оцінки проблеми гострих нейроінфекцій у Харківському регіоні нами були проаналізовані всі клінічні випадки гострих менінгітів і менінгоенцефалітів за 2011-2013 роки. Під нашим спостереженням перебувало 398 пацієнтів з інфекційними ураженнями центральної нервової системи (ЦНС). З них 313 (78,6 %) ВІЛ негативних і 85 (23,4 %) ВІЛ-позитивних хворих. Для постановки діагнозу використовувалися загальноприйняті клініко-лабораторні методи. Етіологія захворювання визначалася за допомогою бактеріологічних і молекулярно-генетичних методів – ПЛР. При гнійних нейроінфекціях проводилися ПЛР цереброспінальної рідини (ЦСР) для виявлення *N. meningitidis*, *Str. pneumoniae*, *H. influenzae*. При серозних нейроінфекціях проводилася ПЛР ЦСР для виявлення ДНК простого герпесу 1,2 типів, Епштейн-Барр вірусу, цитомегаловірусу, вірусу герпесу людини 6 типу, герпесу Зостер, ентеровірусів. У ВІЛ інфікованих додатково проводилися дослідження ЦСР на *T. gondii* і *M. tuberculosis*.

Результати дослідження. У ЦСР ВІЛ-негативних пацієнтів переважав серозний характер запалення - 229 (73,2 %) випадків. Гнійний характер запалення у 84 (26,8 %) хворих. У групі ВІЛ-позитивних пацієнтів у 65 (76,4 %) зміни в ЦСР мали серозний характер, у 1 (1,2 %) гнійний і у 19 (22,4 %) хворих, при наявності клінічних ознак ураження ЦНС і виділенні збудника, показники ЦСР відповідали нормі. У групі гнійних менінгітів *N. meningitidis* була виділена у 11,9 % хворих, *Str. pneumoniae* – у 15,5%, *H. influenzae* – у 2,4 %, *S. aureus* – у 10,7 %. Серед ВІЛ-негативних осіб з гострими серозними нейроінфекціями, ентеровірусна етіологія захворювання підтверджена у 28 (37 %) хворих, герпесвіруси – у 40 (25 %) обстежених пацієнтів. Ентеровірусні нейроінфекції мали середньотяжкий перебіг, на тлі лікування стан хворих швидко покращувався. Серед ВІЛ-

негативних пацієнтів з герпесвірусною етіологією, захворювання мало середньотяжкий перебіг у 47,5 % хворих, тяжкий перебіг – 45 %, у 7,5 % хворих захворювання закінчилося летально. У структурі герпесвірусних нейроінфекцій 28 % займали вірус простого герпесу 1,2 типів, 27 % - Епштейн-Барр вірус, 19 % - вірус варицелла-зостер, 4 % - цитомегаловірус і 23 % - вірус герпесу людини 6 типу. У групі ВІЛ-позитивних осіб етіологія нейроінфекції була встановлена у 77% хворих. Церебральний токсоплазмоз діагностований у 20 % пацієнтів, вірус простого герпесу виділений у 2 % пацієнтів, цитомегаловірус – 13 %, вірус Епштейн-Барр – 19 %, вірус варицелла-зостер – 3 %, мікобактерія туберкульозу – 10 % хворих. У 17 % випадків спостерігалася мікст нейроінфекція.

Висновки. Таким чином, на сучасному етапі переважає захворюваність гострими серозними нейроінфекціями. Захворюваність гнійними нейроінфекціями в Харківському регіоні не має сезонності і носить спорадичний характер. Не дивлячись на застосування бактеріологічних молекулярно-генетичних методів визначення збудника, етіологічна розшифровка даних захворювань знаходиться на низькому рівні. У ВІЛ-негативних пацієнтів з серозними нейроінфекціями прогноз більш сприятливий ніж при гнійних. Етіологічна структура ВІЛ-негативних та ВІЛ-інфікованих хворих має значні відмінності.

Козько Володимир Миколайович,
Терьшин Вадим Олександрович, Меркулова Ніна Федорівна
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ
«БІЛЕ ВУГІЛЛЯ» У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ
ІНФЕКЦІЇ, ЩО ВИКЛИКАНІ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ
БАКТЕРІЯМИ**

Кафедра інфекційних хвороб,
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

*Kozko Volodimir Mikolayovich, Teryshin Vadim Oleksandrovich,
Merkulova Nina Fedorivna*

***EFFECTIVITY OF ENTEROSORBENT «WHITE COAL» AT
TREATMENT OF PATIENT WITH ACUTE INTESTINAL
INFECTION CAUSED BY OPPORTUNUTY BACTERIA***

*Department of Infectious Diseases,
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
E-mail: V.Teryshin@mail.ru; Teryshin V. O.*

Актуальність. Актуальність проблеми пов'язана зі значною поширеністю в сучасних умовах гострих кишкових інфекцій (ГКІ), що викликані умовно-патогенними бактеріями (УПБ). Дана група інфекційних захворювань стійко зберігає одне з провідних місць серед інфекційної захворюваності населення. Крім того, ГКІ наносять не лише збиток здоров'ю людей, але й істотний економічний збиток. За останній час значно розширилися дані про етіологію, епідеміологічні особливості, патогенез та клінічні класифікації ГКІ, при цьому була показана все більш зростаюча роль у виникненні діарейних станів інфекційного генезу умовно патогенних збудників. Тому потрібна розробка нових, патогенетично обґрунтованих підходів до лікування ГКІ, що викликані УПБ.

Відомо, що сорбційні процеси поряд з процесами ферментативного гідролізу, всмоктування, секреції та

метаболізму, приймають активну участь у травленні та відіграють важливу роль у захисті внутрішнього середовища організму від токсичних метаболітів. Переважна кількість функціональних порушень та захворювань органів травлення, в тому числі розвиток ендотоксикозу при ГКІ, пов'язані з недостатністю тих або інших сорбційних систем ШКТ. Таким чином, особливе місце у лікуванні таких пацієнтів займає ентеросорбція. Нашу увагу привернула можливість застосування сучасного кремнезёмного ентеросорбенту «Біле вугілля», що має низку переваг перед іншими сорбентами, а саме – високу швидкість зв'язування токсичних речовин білкової природи, значну площу активної поверхні, даний сорбент не викликає закрепів.

Метою дослідження стало вивчення ефективності застосування сучасного ентеросорбенту «Біле вугілля» в терапії хворих на ГКІ, що викликані УПБ.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 68 пацієнтів (35 чоловіків і 33 жінки) віком від 18 до 55 років з діагнозом ГКІ, що викликані УПБ. Пацієнти основної групи (34 особи) отримували загальноприйнятий комплекс препаратів, а пацієнти групи порівняння (34 особи) – вживали сучасний ентеросорбент «Біле вугілля» по 2-3 таблетки 4-6 рази на добу протягом 6-8 діб поспіль. Оцінку ефективності препарату здійснювали за динамікою рівня середніх молекул (СМ), за вмістом у сироватці крові загального рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та їхнім молекулярним складом.

Результати дослідження. Клінічна картина ГКІ, що викликані УПБ, до початку лікування була типовою та характеризувалася наявністю скарг на переймоподібні болі ниючого характеру в животі, нудоту, блювання до 3-5 разів на добу, бурчання в животі, зниження або відсутність апетиту, загальну слабкість, нездужання, ломоту у всьому тілі, підвищення температури тіла до 37,6-39,0 °С, головний біль. У всіх обстежених хворих відмічався рідкий стілець з частотою

випорожнень від 6 до 12 разів протягом 1-ої доби хвороби, як правило, рясний, водянистий, жовтуватого кольору, нерідко з неприємним запахом. При об'єктивному обстеженні було встановлено наявність блідості шкірних покривів і видимих слизових оболонок, помірне зниження тургору шкіри, іноді зниження артеріального тиску, наявність тахікардії, сухість губ, обкладеність язика брудним білим, біло-сірим або жовтуватим нальотом, помірне здуття живота, болісність по ходу кишечника при пальпації. При спеціальному імунологічному дослідженні було встановлено, що до початку лікування рівень ЦІК у обстежених хворих був підвищений в середньому вдвічі, складаючи $(3,56 \pm 0,02)$ г/л при нормі $(1,88 \pm 0,02)$ г/л ($p < 0,05$). При дослідженні молекулярного складу ЦІК встановлено чітко виражене зростання питомої ваги патогенних дрібно- ($< 19S$) та середньомолекулярних ($11S-19S$) фракцій ЦІК, сумарний вміст яких складав у середньому $(68,5 \pm 0,6)$ % при аналогічному показнику норми $(52,8 \pm 0,3)$ % ($p < 0,05$), при цьому вміст великомолекулярних ІК достовірно знижувався. Вивчення рівня СМ в крові показало, що у всіх хворих, які знаходилися під спостереженням, відмічалось вірогідне зростання вмісту СМ, у середньому до $(1,14 \pm 0,05)$ г/л, що було в 2,2 рази вище за норму ($p < 0,05$). Повторне лабораторне обстеження після закінчення курсу лікування встановило у хворих основної групи достовірне зниження рівня ЦІК в сироватці крові в середньому в 1,95 рази ($P < 0,05$), що супроводжувалося чітко вираженою тенденцією до нормалізації їх молекулярного складу; також встановлено нормалізацію рівня СМ. У пацієнтів групи зіставлення вивчені показники імунологічного та метаболічного гомеостазу мали незначну динаміку та на момент завершення лікування вірогідно відрізнялися від норми. У клінічному плані у хворих основної групи ліквідація клінічних проявів відбувалася у більш ранні строки, ніж у пацієнтів групи зіставлення.

Висновки. На підставі отриманих даних можна вважати, що включення ентеросорбенту «Біле вугілля» до комплексу

лікування хворих на ГКІ, що викликані УПБ, патогенетично обґрунтоване та клінічно доцільне.

Кононова Ольга Іванівна
**АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ *S. ENTERITIDIS*,
K. PNEUMONIAE, *E. CLOACAE* – ПАТОГЕНІВ ГОСТРИХ
ДІАРЕЙНИХ ІНФЕКЦІЙ**

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня,
м. Суми, Україна

Kononova Olga Ivanivna
**ANTIBIOTIC RESISTANCE OF *S. ENTERITIDIS*,
K. PNEUMONIAE, *E. CLOACAE* – PATHOGENS OF ACUTE
DIARRHEAL INFECTIONS**

Sumy regional children's clinical hospital, Sumy, Ukraine

E-mail: sokdi@ukr.net; Kononova O. I.

Актуальність. Згідно сучасних рекомендацій, антибактеріальні препарати показані при інвазивних і секреторних діареях у дітей раннього віку, а також пацієнтам усіх вікових груп при тяжких формах інвазивних діарей, черевному тифі, кишковому амебіазі та холері.

Мета роботи – визначити показники стійкості *S. enteritidis*, збудників сальмонельозу, *K. pneumoniae* і *E. cloacae*, збудників гострих діарейних інфекцій, до антибіотиків, що широко застосовуються у терапевтичній практиці.

Матеріали і методи. Штами *K. pneumoniae* (всього – 50), *E. cloacae* (40), *S. enteritidis* (42), у яких вивчали стійкість до антимікробних препаратів, виділені з фекалій хворих госпіталізованих у Сумську обласну дитячу клінічну лікарню з діагнозом «гостра кишкова інфекція». Чутливість мікроорганізмів до ампіциліну/АМ, цефазоліну/CF, цефотаксиму/CFM, цефтриаксону/CFN, цефтазидиму/CFD,

гентаміцину/GE, амікацину/AN, іміпенему/IM, мерону/MER, ципрофлоксацину/CIP, офлоксацину/OFL, хлорамфеніколу/CL визначали диско-дифузійним методом, відповідно до рекомендацій і критерій NCCLS.

Результати роботи. Переважна більшість штамів *K. pneumoniae* (98 %) і *E. cloacae* (95 %), виділених з випорожнень хворих на гострі діарейні інфекції, були нечутливі до антибіотиків. Резистентних до антимікробних препаратів *S. enteritidis* виявлено у 3 рази менше, а саме – 30,9 % протестованих штамів. Серед цефалоспоринів найбільшою активністю володіли CFN і CFD. Рівні чутливості клебсієл і ентеробактерій варіювали від 90 до 97,5 %. Культур сальмонел, стійких до CFN і CFD, нами виявлено не було. До CF і CFM досліджені штами *K. pneumoniae*, *E. cloacae* і *S. enteritidis*, виявилися менш чутливими (від 55 до 70 % клебсієл, від 40 до 65% ентеробактерій, від 76,2 до 78,6 % сальмонел). Відносно високу активність *K. pneumoniae*, *E. cloacae* і *S. enteritidis* зберегли до аміноглікозидів. Резистентними до GE і AN вищезазначені мікроорганізми виявилися у 10 і 15 % випадків; 30 і 35 %; 11,9 і 9,5 %. Найбільшу природну активність виявляли карбопенеми і фторхінолони. Встановлена абсолютна чутливість *K. pneumoniae* і *E. cloacae* до IM і MER, *S. enteritidis* до фторхінолонів (CIP, OFL) і CL. До IM і MER виявилось стійкими 14,5 і 7,1 % протестованих сальмонел, до CIP і OFL – 12 і 16 % клебсієл, 20 і 30 % ентеробактерій.

Висновки. У даний час зберігається чутливість *S. enteritidis*, *K. pneumoniae* і *E. cloacae* (збудників діарейних інфекцій) до широкого спектру антибактеріальних препаратів. Препаратами вибору емпіричної терапії ГКІ є цефалоспорины II і III поколінь та аміноглікозиди.

Кузнєцов Сергій Володимирович, Жаркова Тетяна Сергіївна,
Ольховська Ольга Миколаївна

**КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-4 У
ФОРМУВАННІ ВАРІАНТУ ПЕРЕБІГУ
ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб,
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

*Kuznecov Sergei Volodymyrovych, Zharkova Tetiana Sergiivna,
Olhovska Olga Mykolaivna*

**CLINICAL SIGNIFICANCE OF INTERLEUKIN- 4 IN FORM
OF COURSES OF SHIGELLOSIS IN CHILDREN**

*Department of Children's Infectious Diseases,
Kharkiv Nationality Medical University, Kharkiv, Ukraine
E-mail: Zharkova27@mail.ru; Zharkova T. S.*

Актуальність. За останні роки почастишали випадки гострих кишкових інфекцій в Україні взагалі і особливо шигельозу. За останніми даними, випадки несприятливого перебігу цієї недуги мають стійку тенденцію до зростання, тим самим призводячи до додаткових моральних та економічних збитків та зниження здоров'я нації в цілому. Велике патогенетичне значення у розвитку, перебігу та закінченні будь-якого захворювання мають медіатори запалення такі як інтерлейкіни (ІЛ-1, 2, 4, 6, 8, ФНП та ін.). ІЛ-4 – це протизапальний ІЛ, який пригнічує продукцію ІЛ-1, ІЛ-6, ФНО- α , ПГЕ, активованих антигеном макрофагів і таким чином завершує запальну реакцію в організмі.

Мета роботи: встановити значення ІЛ-4 у формуванні клінічного варіанту перебігу шигельозу у дітей раннього віку.

Матеріали і методи. Дослідження проведено на базі обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова. Під спостереженням перебувало 136 дітей віком одного місяця –

трьох років, з них 116 дітей, хворих на шигельоз (у 75 дітей реєструвався гладкий перебіг (ГП) захворювання, 41 – хвилеподібний перебіг (ХП)), 20 здорових дітей склали контрольну групу. Всім хворим при надходженні до стаціонару, на 5-6 добу хвороби, (що співпадало з періодом ранньої реконвалесценції при ГП і періодом поліпшення при ХП), та на 12-14-у добу – період ранньої реконвалесценції при ХП у сироватці крові визначали кількісний вміст ІЛ-4 методом імуноферментного аналізу.

Результати дослідження. У гострому періоді у хворих із ГП шигельозу реєстрували фізіологічний вміст ІЛ-4. При ХП шигельозу рівень ІЛ-4 збільшувався, але вірогідно не відрізнявся від показників дітей групи контролю.

При порівнянні показників хворих на шигельоз із ГП у періоді реконвалесценції та дітей із ХП захворювання у періоді поліпшення (всі діти перебували у стаціонарі п'ять – шість діб і мали задовільний стан) виявлено, що рівень ІЛ-4 був вірогідно нижчий у дітей із ХП шигельозу ($(4,22 \pm 1,13)$ пкг/мл), ніж із ГП – ($(13,15 \pm 2,26)$ пкг/мл) і здорових ($(8,29 \pm 0,65)$ пкг/мл) ($p < 0,05$).

В періоді ранньої реконвалесценції у хворих на ХП шигельозу (13-15-а доба перебування у стаціонарі) помічено динаміку до збільшення кількісного вмісту ІЛ-4, який вірогідно перевищував показники гострого періоду та періоду поліпшення. Цей факт, імовірно, свідчить про мляву реакцію протизапального цитокіну у хворих на шигельоз з ХП перебігом, що, можливо, є ключовим механізмом у формуванні несприятливого варіанту перебігу шигельозу. Різницю в реакції ІЛ-4 у хворих на ГП та ХП, на наш погляд, можна використовувати на етапі клінічного благополуччя пацієнтів як додатковий критерій прогнозування повноти одужання дітей і подальшого стану патологічного процесу.

Висновки. Таким чином, виявлено недостатню активацію протизапальної відповіді у дітей, хворих на ХП шигельоз, у періоді поліпшення, і цей факт можна використовувати, на наш

погляд, у якості критерію прогнозування клінічного варіанту перебігу шигельозу.

Лисиця Юлія Миколаївна, Мургіна Марина Миколаївна
**ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ
ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л. В. Піпа
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, м. Хмельницький, Україна

Lisya Julia Mykolaivna, Murhina Marina Mykolaivna
**PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN ADOLESCENTS WITH
INFECTIOUS DISEASES**

Department of Pediatrics Faculty of Postgraduate Studies
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. L. V. Pyra
Vinnitsa National Medical University named after
N. I. Pirogov, Khmelnytsk, Ukraine
E-mail: pipa_l_v@ukr.net; Pyra L. V.

Мета: дослідити психоемоційний стан вихованців школи-інтернату з порушеннями дихальної системи шляхом дослідження їх тривожності, виснажливості психічних процесів, та самооцінки свого стану.

Матеріали і методи. Спостереженням охоплено 40 дітей Вовковинської школи-інтернату Хмельницької області, віком 10-14 років. Групи формувались методом випадкової вибірки.

Стан дітей вивчався шляхом визначення ситуативної та реактивної тривожності (тест Спілбергера), визначення концентрації уваги, психічної стійкості та виснажливості психічних процесів за методикою Шульте, диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)

Особистісна тривожність (ОТ) є стійкою індивідуальною характеристикою, що відображає схильність суб'єкта сприймати ситуацію як загрозливу, відповідаючи на неї певною реакцією, характерною для даної особистості. При сприйнятті стимул-реакцій, що розцінюються людиною як небезпечні для самооцінки, самоповаги, особистісна тривожність активізується.

Реактивна тривожність (РТ) характеризується суб'єктивними відчуттями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним по вираженості, інтенсивності і динамічності в часі.

Високотривожні особистості схильні реагувати досить вираженим станом тривожності у різних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки їх компетенції і престижу.

Результати дослідження. При дослідженні тривожності тестом Спілбергера в інтерпретації показників використовувалась орієнтовна оцінка: до 30 балів – тривожність низька, 31-44 бали – помірна; 45 і більше балів – висока.

У табл. 1 відображено рівні реактивної та особистісної тривожності у дітей з рецидивною бронхолегеневою патологією.

Дані таблиць свідчать, що у дітей з рецидивною бронхолегеневою патологією спостерігались високі рівні як реактивної, так і особистісної тривожності.

Таблиця 1.

Рівні реактивної та особистісної тривожності дітей з рецидивною бронхолегеневою патологією

Реактивна тривожність		Особистісна тривожність	
Середнє значення	50,2	Середнє значення	48,6
Стандартне відхилення	4,09	Стандартне відхилення	6,7
Мінімум	41	Мінімум	34
Максимум	59	Максимум	58
Рівень значимості	0,05	Рівень значимості	0,05

На початку реабілітаційного процесу діти обох груп характеризувались поганим самопочуттям, дещо зниженою активністю та настроєм (С=2,6 А=4,8 Н=3,35). Отримані дані відображено в табл. 2.

Таблиця 2.

Стан самопочуття, активності та настрою у дітей з рецидивною бронхолегеневою патологією

САН	С (поч.)	А (поч.)	Н (поч.)
Середнє значення	2,6	4,8	3,35
Стандартне відхилення	0,8	0,9	0,7
Мінімум	1,9	2,37	2,4
Максимум	5	6,41	4,9
Рівень значимості	0,05	0,05	0,05

За методикою «Таблиці Шульте» визначали особливості стійкості уваги, динаміки працездатності, ефективності роботи, ступіня впрацьованості, тобто відслідковували особливості процесів виснажливості нервової системи. Дітям по черзі пропонується п'ять таблиць, на яких у довільному порядку розташовано числа від 1 до 25. Досліджуваний відшукує, показує і називає числа в порядку їх зростання. Проба повторюється з п'ятьма різними таблицями. Основний показник - час виконання і кількість помилок окремо по кожній таблиці. За результатами виконання кожної таблиці може бути побудована "крива виснажливості (стомлюваності)", стійкості уваги і працездатності, що відображається в динаміці. Діти виконували завдання в дещо уповільненому темпі, з значною кількістю помилок. За допомогою цього тесту можна обчислити ще і такі показники, як ефективність роботи (ЕР); ступінь впрацьованості (СВ); психічну стійкість (ПС) (витривалість). В табл. 3 відображено показники ефективності роботи, ступінь впрацьованості та психічної стійкості. Дані таблиці свідчать, що за середніми показниками у дітей спостерігалось зменшення

ефективності роботи, зміни в психічній стійкості, уваги, зберігалась півкульова асиметрія при незначній перевазі роботи лівої півкулі.

Таблиця 3.

Динаміка показників ефективності, впрацьованості та психічної стійкості у дітей контрольної групи

Контрольна група	ЕР	СВ	ПС	Кількість помилок
До оздоровлення (П/Л)	46	0,906	1,04	14
Через 14 днів	47 (-1%)	0,89 (+1%)	1,04 (-)	13,2 (↓5%)
До оздоровлення (Л)	58	0,94	0,96	16
Через 14 днів	54 (+6%)	0,98 (-4%)	0,98 (-2%)	14,28 (↓7,5%)
До оздоровлення (П)	62	0,94	1,03	16
Через 14 днів	59 (+4%)	0,94 (-)	1,027 (+0,2%)	15,4 (↓3%)

Примітка: П – права півкуля; Л – ліва півкуля

Висновки. Дослідження груп підлітків з сімейною депривацією, які мали дихальні розлади у вигляді псевдоастматичних та астматичних нападів, рецидивних запальних змін зі сторони дихальних шляхів виявило у них ознаки розвитку психосоматичних порушень, які проявлялися вираженою тривогою, виснажливістю психічних процесів, зниженою оцінкою свого стану.

Малиш Ніна Григорівна
**АСПЕКТИ ПЕРЕДЕПІДЕМІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ
ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Malysh Nina Grigorivna
**ASPECTS OF PREEPIDEMICAL DIAGNOSTICS OF ACUTE
INTESTINAL INFECTIONS**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Sumy State University, Sumy, Ukraine
E-mail: ninamalysh@mail.ru; Malysh N. G.*

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) як і раніше зберігають свої лідируючі позиції у структурі інфекційних захворювань. Глобалізація індустрії харчування, високі вимоги до якості і безпечності харчових продуктів і питної води, масове використання технологій пастеризації і консервації призвели до значного зменшення кількості класичних бактеріальних кишкових інфекцій та зростання показників захворюваності на гострі діарейні інфекції, спричинені вірусами і умовно патогенними мікроорганізмами. В умовах, що склалися назріла необхідність пошуку шляхів підвищення ефективності епідеміологічного нагляду за ГКІ.

Мета роботи – встановити ймовірні передумови активізації епідемічного процесу ГКІ у Сумській області.

Матеріали і методи. Ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на ГКІ проведений за матеріалами галузевої статистичної звітності Держсанепідслужби у Сумській області (2005-2014 рр.). Для визначення ймовірних шляхів і факторів передавання, досліджені дані мікробіологічного моніторингу продуктів харчування (12256 зразків), питної води (5195 проб). У роботі використані епідеміологічні та статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. У 2005-2014 рр. показники інцидентності на ГКІ знаходилися у межах 159,8-193,9 на 100 тис. нас. Питома вага шигельозів варіювала від 0,4 до 6,9 %, сальмонельозів – від 6,1 до 11,8 %, ГКІ невстановленої етіології (ГКІНЕ) – від 31,9 до 52,0 %, ГКІ та харчові токсикоінфекції встановленої етіології (ГКІВЕ) – від 35,1 до 58,7 %. Частка ГКІ вірусної етіології складала 0,05-2,55 %.

Передепідемічна діагностика, своєчасне виявлення передумов і ознак ускладнення ситуації є основним моментом епідеміологічного нагляду за ГКІ.

Загальновідомо, що шигельоз Флекснера асоційований з водним шляхом передавання, тому виявлення зразків води, що не відповідають нормативним, може бути передвісником ускладнення епідеміологічної ситуації по даній нозології. У досліджуваному періоді у Сумській області частота виявлення нестандартних за бактеріологічними показниками проб питної води з водогонів знаходилася у діапазоні 2,4-4,2 %, колодязів – 30,1-45,5 %. У результаті проведеного кореляційного аналізу нами було встановлено, що статистичної залежності між рівнями захворюваності на шигельоз і частотою виявлення зразків води, що не відповідають вимогам СанПіН, немає. Коефіцієнт кореляції склав відповідно $r=+0,534$ і $r=+0,535$.

Таким чином, у сучасних умовах виявлення нестандартних проб питної води немає ніякого відношення до передумов погіршення епідеміологічної ситуації з шигельозу. Ймовірно, це пов'язано з тим, що воду з колодязів, навіть у сільській місцевості, використовують рідко. Населення у переважній більшості намагається забезпечити себе водою або з централізованого водогону, або з власної свердловини чи колодязя.

Харчові продукти, що містять велику кількість поживних речовин, є сприятливим середовищем для існування та розмноження як патогенних, так і непатогенних мікроорганізмів.

Не відповідали санітарно-бактеріологічними нормативами 3,6 % зразків продуктів харчування, відібраних на харчових підприємствах і у закладах громадського харчування. Серед проб м'яса птиці, таких зразків виявилось 16,8 %. Перевищення допустимих показників бактеріального забруднення встановлено у 8,7 % зразків сировини м'яса яловичини, 7,9 % – овочевих салатів, 6,2 % – кондитерських виробів з кремом, 2,3 і 2,2 % виробів відповідно м'ясної та рибної кулінарії. Найменш бактеріально забрудненими були молоко і молокопродукти (0,42 % досліджених проб).

При порівнянні помісячної реєстрації ГКІВЕ, ГКІНЕ, сальмонельозів, шигельозів і частотою виявлення проб продуктів харчування, що не відповідали санітарно-бактеріологічними нормативами, незважаючи на деякі паралелі показників, достовірної статистичної залежності ми не виявили ($r=+0,28$; $r=-0,08$; $r=+0,29$; $r=+0,19$).

Водночас, нами були встановлені прямі кореляційні зв'язки між нестандартними пробами кондитерських виробів з кремом і діарейними інфекціями, викликаними *K. pneumoniae* ($r=+0,64$), зразками м'ясної кулінарії і ГКІ, спричиненими *E. cloacae* ($r=+0,75$).

Сучасні нозоформи шигелльозів як Зонне, так і Флекснера, у силу зниження вірулентності збудників, мають потужний епідемічний потенціал. У сучасних умовах роль хворих на легкі і стерті форми шигельозу і носіїв шигел, які мають відношення до виготовлення, переробки, транспортування та реалізації харчових продуктів, водозабезпечення, залишається істотним. Між динамікою виявлення хворих на шигельоз і носіїв шигел нами встановлений прямий сильний кореляційний зв'язок ($r=+0,83$).

Висновки. У сучасних умовах у Сумській області в етіологічній структурі ГКІ домінують ГКІНЕ і ГКІВЕ. Ймовірними факторами активізації гострих діарейних інфекцій, викликаних *K. pneumoniae* і *E. Cloacae*, що виявлені в зразків

кондитерських виробів з кремом і виробів м'ясної кулінарії, які не відповідають нормативним санітарно-бактеріологічним показникам. Своєчасне виявлення і санація носіїв шигел – потужний важіль зниження захворюваності на шигельоз.

Меленко Світлана Романівна
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ
В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Melenko Svitlana Romanivna
**EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF HIV/AIDS IN
CHERNIVTSY REGION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Bukovinian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine
E-mail: ladymc84@gmail.com; Melenko S. R.*

Актуальність. Ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу на Буковині залишається стабільною, адже рівень поширеності ВІЛ-інфекції і розвиток епідемічного процесу протягом багатьох років залишається повільним, про що свідчать підсумкові рангові місця територіальної рейтингової оцінки останніх років, які посідала наша область. Проте залишається ще багато проблем.

Мета роботи – проаналізувати епідеміологічну ситуацію з ВІЛ-інфекції в Чернівецькій області станом на 01.01.2015 року та запропонувати заходи щодо її покращення.

Матеріали і методи. Для вирішення поставлених завдань проведено аналіз медичних карт амбулаторних хворих, які перебували на диспансерному обліку в Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом з 2013

по 2015 рік, статистичні звіти з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції.

Використовувались аналітико-статистичні методи дослідження. Отримані дані обробляли з використанням програми “Microsoft Excel”, аналіз отриманих даних проводили за допомогою комп’ютерних пакетів “Biostat” на персональному комп’ютері із застосуванням методів варіаційної статистики.

Результати дослідження. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції (1987 рік) до 01.01.15р. включно на Буковині офіційно зареєстровано 1 390 (по Україні – 264 657) випадків ВІЛ-інфекції: 366 (по Україні – 75 714) випадків захворювання на СНІД, 172 (по Україні – 35 287) випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом, 312 (по Україні – 44 415) дітей, які народилися ВІЛ-інфікованими жінками.

Показники нових випадків ВІЛ-інфекції залишаються приблизно на одному рівні протягом останніх трьох років, хоча темпи приросту збільшилися: +7,4 % (2014 рік) проти – 0,9 % (2013 рік).

Питома частка чоловіків серед ВІЛ-інфікованих продовжує переважати (60 %) за рахунок того, що переважно вони є основними споживачами ін’єкційних наркотиків. Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих зареєстрована у віковій групі 25-49 років – 550 (72,3 %), з них 255 склали жінки, 295 – чоловіки; 31 осіб – 18-24 років (4,0 %), з них 21 – жінки, 10 – чоловіки. Хоча зараз часто зустрічаються випадки інфікування ВІЛ серед осіб старшого віку після 50 років (7 осіб у 2014 році).

Термінальну стадію ВІЛ-інфекції встановлено в 2014 році 28 особам, при чому у 19 випадках ВІЛ-інфекцію встановлено вперше в цій стадії.

Найпоширенішим опортуністичним захворюванням при ВІЛ-інфекції та основною причиною розвитку СНІДу й смерті хворих з ВІЛ-інфекцією в області залишається туберкульоз. З 28 нових випадків СНІДу у 24 хворих вже був туберкульоз, а у 16 – вперше виявлений туберкульоз.

34 хворих на ВІЛ-інфекцію померло у 2014 році, з них від СНІДу – 16, 15 осіб – від інших хвороб, 3 – з інших причин.

Серед шляхів інфікування у 2014 році найпоширенішим залишається гетеросексуальний (60 %), 19 % – парентеральний, внаслідок уведення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом.

Висновки. Отже, в Чернівецькій області існує проблема пізньої діагностики ВІЛ-інфекції, яку у 21 % нових випадків виявляють у термінальній клінічній стадії; епідемії туберкульозу, яка тісно переплетена з ВІЛ-інфекцією. Тому потрібно збільшити рівень охоплення тестування на ВІЛ представників груп ризику, створити додаткові кабінети «Довіра» в поліклініках міста та районах, посилити співпрацю із фтизіатричною службою.

Меленко Світлана Романівна, Андрушак Маргарита
Олександрівна, Кривецька Світлана Степанівна
**ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ:
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

*Melenko Svitlana Romanivna, Andrushchak Margaryta
Oleksandrivna, Kryvetska Svitlana Stepanivna*
**HERPETIC INFICTION IN HIV-INFECTED PATIENTS:
CLINICAL FEATURES**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Bukovinian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine
E-mail: ladymc84@gmail.com; Melenko S. R.*

Актуальність. У ВІЛ-інфікованих відбувається часта реактивація герпесвірусних інфекцій. У ході багатьох досліджень виявлено факт інфікування ВІЛ-позитивних

пацієнтів вірусом простого герпесу першого (ВПГ-1) або другого типу (ВПГ-2) у більш ніж 90 % осіб. У цій категорії осіб спостерігається збільшення частоти і тяжкості рецидивів захворювання з плином часу, яке пов'язане з розвитком прогресуючого імунодефіциту. Тому вивчення особливостей клінічного перебігу простого герпесу у хворих на ВІЛ-інфекцію є важливим для діагностики атипичних форм хвороби.

Мета: дослідити особливості клінічного перебігу простого герпесу у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Матеріали і методи. Обстежено 60 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД із супутньою герпетичною інфекцією у Чернівецькому обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Серед обстежених 15 (25 %) хворих у I клінічній стадії, 19 (31,7 %) – у II, 18 (30 %) – у III, 8 (13,3 %) – у термінальній стадії ВІЛ-інфекції.

Використані загальноприйняті методи клінічного і лабораторного обстеження у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, серологічні (визначення IgM, IgG до ВПГ ½ за допомогою імуноферментного аналізу), імунологічні (визначення кількості CD4+-лімфоцитів), молекулярно-генетичні методи (визначення DNA вірусів за допомогою ПЛР).

Результати дослідження. У більшості хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД (88 %) в I та II клінічних стадіях локалізація герпетичних елементів була типовою: на губах і крилах носа у 15 (44,1 %) хворих, у 10 (29,4 %) – герпетичний гінгівостоматит, у 4 (11,7 %) пацієнтів елементи виникали в ділянці геніталій, у 11,7 % герпетичні висипання мали іншу локалізацію (на долонях у 3 пацієнтів, у одного пацієнта спостерігався герпетичний проктит). Характерним для перебігу герпетичної інфекції у I та II клінічних стадіях було те, що герпетичні ураження загоювалися самостійно через 2-3 тижні без лікування.

У III та IV клінічних стадіях типова локалізація елементів та легкий перебіг герпетичної інфекції спостерігався тільки у 4 (15,4 %) хворих. У решти 22 (84,6 %) осіб на тлі ВІЛ-інфекції

герпетична інфекція перебігала у різних клінічних формах з атиповою локалізацією та із частими рецидивами (більше 4 разів на рік): у 5 (19,2 %) хворих спостерігався герпетичний гінгівостоматит середньої тяжкості або з тяжким перебігом із суцільним ураженням слизової оболонки, рецидиви генітального герпесу – у 6 (23,1 %) осіб, у 2 (7,7 %) – ураження очей (хоріоретиніт), у 10 (38,4 %) хворих спостерігалось ураження шкіри різної локалізації з висипними елементами на всіх стадіях розвитку, у 1 хворого діагностовано герпетичний енцефаліт. У хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД у III та IV клінічних стадіях симптоми захворювання тривали не менше ніж 4 тижні.

Вираження клінічних проявів і характер перебігу простого герпесу на тлі ВІЛ-інфекції залежить від стану імунітету. Встановлено, що атипові форми виникали у 30 % пацієнтів. У більшості хворих (51,7 %) кількість CD4+-лімфоцитів була менше 500 клітин в 1 мм³ крові, що сприяло розвитку простого герпесу у ВІЛ-інфікованих з частими рецидивами. При кількості CD4+-лімфоцитів <200 клітин в мм³ крові у пацієнтів переважав середньотяжкий та тяжкий перебіг, генералізація інфекції.

Серологічно Ig G до ВПГ ½ були виявлені в крові у всіх обстежуваних хворих з герпетичною інфекцією. У 35 (58,3 %) хворих були виявлені IgM до ВПГ ½, що стало підставою для встановлення фази реактивації зазначених герпетичних інфекцій. В інших пацієнтів з ВІЛ-інфекцією Ig M не були виявлені, тому що ці антитіла не встигли утворитися на момент звернення за допомогою або, можливо, було слабке вироблення антитіл у зв'язку з імунодефіцитом.

Висновки. Отже, в результаті проведеного обстеження хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД виявили атипову локалізацію дерматозів, викликаних ВПГ ½, збільшення тривалості рецидивів та їх почастішання, можливість дисемінації і генералізації, що корелює з вираженістю імуносупресії.

Москаленко Юлія Олексіївна, Мозгова Юлія Анатоліївна
**ВИБІР АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ,
ХВОРИХ НА ГРВІ, НА ТЛІ СТАФІЛОКОКОНОСІЙСТВА
РОТОГЛОТКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами
пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. І. Сміян
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Moskalenko Iuliia Olexiivna, Mozgova Iuliia Anatoliivna
**CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH
ROTAVIRUS INFECTION**

*Department of Pediatrics Postgraduation Education with courses
Propaedeutic Pediatrics and Children's Infections,
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. I. Smiyan
Sumy State University, Sumy, Ukraine
E-mail: sumy_sumy_sumy@ukr.net; Moskalenko I. O.*

Актуальність. Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) в Україні складають 70 % від усієї інфекційної патології у дітей, що зумовлює актуальність пошуку, розробки та впровадження нових засобів терапії і профілактики ГРВІ.

Метою роботи було вивчення ефективності β-лактамних антибіотиків (АБ) при лікуванні дітей, хворих на ГРВІ, на тлі стафілококоносійства ротоглотки на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Було обстежено 15 дітей, хворих на ГРВІ на тлі стафілококоносійства ротоглотки, віком від 3 до 17 років. β-лактамні антибіотики призначалися дітям, хворим на ГРВІ, за показаннями, згідно наказу № 354 від 09.07.2004. Дослідження проводилося на базі 1-го поліклінічного відділення СМДКЛ Святої Зінаїди. Бактеріологічне дослідження ротоглотки проводилося перед початком лікування та через 14 днів після проведення антибактеріальної терапії.

Результати дослідження. У результаті бактеріологічного дослідження мікрофлори ротоглотки в усіх пацієнтів був виявлений *St. aureus*. Для курсу антибіотикотерапії були використані амоксицилін, амоксициліну клавуланат, цефіксим, цефтриаксон у вікових дозировках. Курс антибіотиків складав 5 днів. Амоксицилін призначався 53,3 % хворим, амоксициліну клавуланат – 26,7 %, цефіксим – 13,3%, цефтриаксон в/м – 6,7 %. Після повторних бактеріологічних досліджень слизової ротоглотки (на 14-й день після лікування) у 100 % хворих золотистий стафілокок не виявлявся.

Висновки. Таким чином, у результаті проведених досліджень з'ясовано, що у лікуванні дітей, хворих на ГРВІ на тлі носійства *St. aureus*, доцільно застосовувати β -лактамні антибіотики, які сприяють ефективній ерадикації патогенної стафілококової флори.

Мургіна Марина Миколаївна, Лисиця Юлія Миколаївна
**СУЧАСНІ ІМУНОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ
СЕПТИЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л. В. Піпа
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, м. Хмельницький, Україна

Murhina Marina Mykolaivna, Lisyca Julia Mykolaivna
**DIAGNOSIS OF IMMUNOLOGICAL MARKERS OF SEPTIC
CONDITIONS IN CHILDREN**

*Department of Pediatrics Faculty of Postgraduate Studies
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. L. V. Pyra
Vinnitsa National Medical University named after
N. I. Pirogov, Khmelnytsk, Ukraine
E-mail: murgina_marina@ukr.net; Murhina M. M.*

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

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

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

корелює із тяжкістю стану та негативними наслідками захворювання.

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

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

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

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

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

Осадча Тетяна Іванівна
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «СЕКНІДОКС»
У ЛІКУВАННІ БЕЗСИМТОМНОГО ЛЯМБЛІОЗУ**
КУ «Сумська міська клінічна лікарня №4», поліклініка №4,
м. Суми, Україна

Osadcha Tatiana Ivanivna
**EFFICACY OF "SEKNIDOKS" IN TREATMENT
OF LATENT GIARDIASIS**
*KU "Sumy City Clinical Hospital №4», polyclinic №4,
Sumy, Ukraine*
E-mail: 4smkl@ukr.net; Osadcha T. I.

Актуальність. Лямбліоз – антропонозна протозойна хвороба з переважним функціональним порушенням дванадцятипалої кишки та інших органів травлення, яке у більшості людей перебігає безсимптомно. У розвинутих країнах інвазування лямбліями серед дорослого населення складає близько 5 %, а в розвиваючих понад 15 %. В Україні інвазованість лямбліями серед дорослого населення з патологією шлунково-кишкового тракту складає 2 %. Актуальність полягає в тому, що лямблії сприяють токсико-алергічну дію на весь організм людини, призводять до змін у роботі нервової системи (нейроциркуляторна дистонія), серцево-судинної системи (функціональна кардіоміопатія) та найбільший вплив *Lamblia intestinalis* має на шлунково-кишковий тракт. Рух лямблій порушує цілісність слизової оболонки тонкої кишки, що в поєднанні з токсико-алергічним ефектом призводить до ентериту. Подразнення слизової оболонки тонкої кишки викликає рефлекторну дію на моторику жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, що призводить до розвитку дискінезії. Лямблії негативно впливають на кишкову мікрофлору, сприяючи розвитку дисбактеріозу.

Мета роботи. Визначити ефективність препарату «Секнідокс» у лікуванні безсимптомного лямбліозу.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 25 хворих. Обстеження проводилося за допомогою методу формалін-ефірного збагачення. У кожного інвазованого пацієнта в 1 грамі фекалій в середньому було виявлено від 300 до 600 цист лямблій. Всі пацієнти отримували препарат «Секнідокс» по 2 таблетки (2 г секнідазолу) 1 раз на добу протягом 3 днів в амбулаторних умовах. «Секнідокс» – протипротозойний препарат групи нітроїмідазолів з антибактеріальною дією. Проникаючи всередину клітини мікроорганізму, секнідазол активується в результаті відновлення 5-нітрогрупи, за рахунок чого взаємодіє з клітинною ДНК. Відбувається порушення її спіралеподібної структури та руйнування ниток, інгібування нуклеотидного синтезу та загибель клітини. Ефективність лікування оцінювали шляхом триразового копрологічного обстеження на кишкові найпростіші методом формалін-ефірного збагачення.

Результати дослідження. Усі хворі перебували під наглядом на протязі 2-х місяців. Після проведеного лікування через два тижні всім хворим проводилося триразове контрольне дослідження калу на кишкові найпростіші, з інтервалом в один тиждень. У результаті лікування препаратом «Секнідокс» в усіх 25 пацієнтів цист лямблій виявлено не було. Таким чином, після проведеної терапії отримановилікування у 100 % випадків.

Висновки. Застосування протипротозойного препарату «Секнідокс» вказує на високу його ефективність щодо лікування безсимптомного лямбліозу.

Печінка Анатолій Михайлович, Заплотна Ганна Олексіївна,
Глей Анатолій Іванович, Артьомов Олександр Євгенович
**ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ТЯЖКИХ
ФОРМ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ**

Кафедра інфекційних хвороб,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
Міська клінічна лікарня №9, м. Київ, Україна

*Pechinka Anatolii Mykhailovich, Zaplotna Ganna Oleksiivna,
Gley Anatolii Ivanovich, Artoymow Olexandr Evgenovich*
**CLINICAL MANAGEMENT AND SOME FEATURES OF
SEVERE FORMS OF GASTROINTESTINAL
SALMONELLOSIS**

*Department of Infectious Diseases,
National Medical University named after O. O. Bogomolets,
City Clinical Hospital N9, Kyiv, Ukraine*
E-mail: anatol.pechinka@gmail.com; Pechinka A. M.

Актуальність. Кишкові діарейні інфекції, які спричинюють зневоднення, є основною групою інфекційних захворювань травного тракту, що зустрічаються у нашій країні. А гастроінтестинальні форми сальмонельозу – найпоширеніша група серед етіологічно верифікованих груп кишкових діарейних інфекцій. Гастроінтестинальний сальмонельоз розвивається як у вигляді поодиноких випадків, так і масових спалахів, що накладає додаткову актуальність цієї патології.

Мета. Удосконалення тактики ведення тяжких форм гастроінтестинального сальмонельозу.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 20 хворих на тяжкі гастроінтестинальні форми сальмонельозу, які перебували на лікуванні у відділенні інфекційної реанімації міської клінічної лікарні №9 у 2014 році.

Результати дослідження. Усього в інфекційному відділенні проліковано за 2014 рік 145 хворих на гастроінтестинальні

форми сальмонельозу, усі вони були підтверджені бактеріологічно – виділенням збудника. У переважній більшості випадків етіологічним чинником була *S. enteritidis* (89,85 %). Тяжкий перебіг сальмонельозу зустрічався у 13,1 % хворих. Критеріями тяжкості були: розлади гемодинаміки, розвиток гострої ниркової недостатності, важкий преморбідний фон. У статевій структурі переважали чоловіки – 60 %. Вікова структура була різноманітна – від 17 до 82 років, з яких 30 % становили хворі віком понад 60 років, найбільшу частку склали особи віком від 30 до 39 років – також 30 %. Привертає увагу тенденція до пізньої госпіталізації: усі хворі поступили не раніше кінця 3-ї доби, часто на 4-5-у добу.

В усіх пацієнтів виникли ускладнення: інфекційно-токсичний шок – 2 (10 %) хворих, дегідратаційний шок – 15 (75 %), змішаний шок – 3 (15 %), гостра ниркова недостатність – 16 (80 %).

Під змішаним шоком ми розуміємо комбінацію інфекційно-токсичного шоку з дегідратаційним. Критерієм встановлення такого шоку були невідповідність глибини порушення гемодинаміки стадії зневоднення.

Гостра ниркова недостатність розвивалася лише при змішаному чи дегідратаційному шоку.

Особливості лікувальної тактики:

- у хворих із змішаним шоком у першу чергу ліквідується дегідратаційна компонента, з наступним призначенням реокоректорів, іноді глюкокортикостероїдів;
- стабілізація гемодинаміки при наявності дегідратаційного шоку з гострою нирковою недостатністю у фазі анурії у частині випадків затягується на 1-2-у доби, Регідратаційна терапія проводиться круглодобово під суворим 1-2-годинним контролем центрального венозного тиску;
- центральний венозний тиск спочатку утримується на слабо позитивному рівні (+ 1 см) з подальшим поступовим підвищенням до нижньої межі норми протягом 1-2 діб, що

пов'язано можливістю розвитку гострої серцевої недостатності за правощлуночковим типом, особливо у осіб старшого віку;

- артеріальний тиск у таких випадках утримується на рівні «робочий тиск – 20-30 мм рт. ст.). Тому обов'язковим є встановлення, за можливості, «робочого» тиску.

Висновки.

1 Тяжкі форми гастроінтестинальних сальмонельозів можуть спричинювати великий спектр порушень гемодинаміки – від інфекційно-токсичного до дегідратаційного та змішаного шоків, що необхідно враховувати в проведенні протишокового лікування.

2 На тактику протишокової терапії накладає відбиток наявність та стадія гострої ниркової недостатності, яка виникає у 75 % хворих на тяжкі форми гастроінтестинального сальмонельозу.

3 В інтенсивній терапії необхідно ширше застосовувати поняття «робочий» тиск, а не «нормальний» тиск. Перший більше свідчить про гемодинамічні особливості пацієнта і необхідність його корекції.

Пипа Лариса Володимирівна,
Свістільник Руслан Володимирович, Лисиця Юлія Миколаївна,
Бавровський Валентин Васильович

**НЕЙРОНСЕНТИТИЧНА ЕНОЛАЗА – МАРКЕР
НЕЙРОДЕСТРУКЦІЇ ПРИ МЕНІНГІТАХ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти,
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова,

Хмельницька інфекційна лікарня, м. Хмельницький, Україна

*Pypa Larisa Vladimirovna, Svistilnik Ruslan Vladimirovich,
Lisica Julia Nikolaevna, Bavrovskij Valentin Vasyliovych*

**NEURON-SPECIFIC ENOLASE – TOKEN
NEUROINFECTIONS AT MENINGITIS IN THE CHILDREN**

*Department of Pediatrics Faculty of Postgraduate Studies,
Vinnitsa National Medical University named after
N. I. Pirogov, Khmelnytsky infectious diseases hospital,
Khmelnytsk, Ukraine*

E-mail: pipa_l_v@ukr.net; Pypa L. V.

Актуальність. Хвороби центральної нервової системи інфекційної природи займають друге місце серед причин первинної інвалідизації населення, поступаючись лише судинній патології головного мозку. За даними Гузевой В. И. та співавт. (2004), частота менінгітів серед всіх органічних уражень нервової системи становить 27-29 %.

Незважаючи на сучасні досягнення в лікуванні менінгітів із застосуванням сучасної етіологічної та патогенетичної терапії, летальність від них залишається досить високою (10-60 %) і за останні 20 років суттєво не змінилась. За даними Emonts M. et al. (2004), летальність від менінгококового менінгіту складає 4-6 %, тоді як від ускладненого септичним шоком – до 40 %. Але найбільша летальність спостерігається при пневмококовому менінгіті і складає, за даними Robbins J. B. et al. (2005), 43 %, за

даними Г. В. Белощицкого и др. (2007) – 53,6 %, а на тлі пневмококового сепсису – 87,5 %.

Незважаючи на сучасні досягнення в дослідженні та розумінні механізмів виникнення нейроінфекцій, патогенез їх розвитку потребує подальшого вивчення. Глибоке розуміння цих механізмів дасть можливість покращити патогенетичну терапію та запобігти розвитку тяжких ускладнень та їх наслідків.

В нейроімунології активно вивчаються функції нейроспецифічних білків в якості маркерів ураження нервової системи, основними з яких є білок S-100 (маркер астроцитарної активації), нейронспецифічна енолаза (NSE), матрична металопротеїназа-9, фактор von Willebrand, BDNF (B-тип нейтрофільний фактор росту) та ін.

Нейроспецифічні білки, в особливості NSE і білок S-100, виконують одночасно декілька функцій: приймають участь в утворенні мієліну, синаптичній передачі нервового імпульсу, каталізують специфічний метаболізм, забезпечують роботу в клітинах транспортних систем іонних каналів. Білок S-100 – це астрогліальний білок, який міститься особливо в великій кількості в білій речовині мозку, Шванновських клітинах, у м'язах серця, NSE виявили тільки в нейронах, що дозволяє розглядати NSE як високо специфічний маркер нейронів. Високий вміст у крові NSE виявили при черепно-мозковій травмі (ЧМТ), епілепсії, енцефалітах, аноксичній енцефалопатії, пухлинах у дорослих Є поодинокі роботи, присвячені дослідженню NSE в перинатології. Так, М.И. Баканова із співав. (2001) показала що NSE є маркером перинатального ураження ЦНС у дітей, Т.М.Клименко і співав. (2007) визначали NSE як маркер нейронального пошкодження при респіраторному дистрес-синдромі у дітей. Однак, більшість досліджень були експериментальними. В Україні взагалі не проводились дослідження NSE при нейроінфекціях, у дітей, зокрема.

Метою даної роботи було дослідити значення НСЕ, як маркера нейродеструкції при гострих бактеріальних менінгітах у дітей.

Матеріали і методи. Вміст НСЕ визначали імуноферментним методом з використанням тест-систем “NSE ELISA” фірми DAI (США) у 40 хворих дітей з гнійними менінгітами. Дослідження проводилось у науково-дослідній клініко-діагностичній лабораторії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Результати дослідження. Рівень НСЕ досліджували у 40 дітей, хворих на гнійний менінгіт, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Хмельницькій інфекційній лікарні. Отримані значення порівнювали з групою здорових дітей (30 осіб).

Рівень НСЕ у хворих дітей у 7,6 раз був вищим, ніж у здорових ($(22,56 \pm 0,12)$ та $(2,95 \pm 0,23)$ відповідно), а в деяких дітей його концентрація була більшою в 12,5 рази ($p < 0,001$), тобто переважна кількість гострих бактеріальних менінгітів (ГМ) протікає з ушкодженням речовини головного мозку.

Рівень НСЕ у сироватці крові у дітей, в яких розвинулись ускладнення (22 дитини), був достовірно вищим вже на початку захворювання ($p < 0,01$), ніж у дітей, менінгіт у яких протікав без ускладнень (18 дітей): $(25,35 \pm 1,61)$ та $(18,60 \pm 1,49)$ відповідно.

Висновки.

1 Рівень НСЕ у хворих дітей з ГМ може виступати лабораторним критерієм вираженості нейронального пошкодження. Значне підвищення рівня НСЕ в сироватці крові вже на початку захворювання вказує на необхідність призначення нейропротективних засобів з перших днів хвороби.

2 НСЕ виступає і в якості прогностичного маркера розвитку ускладнень з боку ЦНС.

3 Динаміка НСЕ може слугувати критерієм тривалості, успішності та завершеності нейропротективної терапії.

Піддубна Анна Іванівна¹, Денисенко Оксана Володимирівна¹,
Злиденний Тарас Володимирович²,
Корнеєв Сергій Михайлович³

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЕКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ, В УКРАЇНІ

¹Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,
Сумський державний університет,

²Сумський обласний наркологічний диспансер,
м. Суми, Україна,

³Клінічна лікарня “Феофанія”, відділення переливання крові та
власного банку крові, м. Київ, Україна

*Piddubna Anna Ivanivna, Denisenko Oksana Volodymyrivna,
Zlydennyi Taras Volodymyrovych, Korneev Sergey Mikhaylovich*
**QUALITY OF LIFE IN INTRAVENOUS DRUG USERS LIVING
WITH HIV IN UKRAINE**

¹*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Sumy State University,*

²*Sumy Region Narcological Dispensary, Sumy, Ukraine,*

³*Clinical Hospital "Feofania", department of blood transfusion and
blood bank, Kyiv, Ukraine*

E-mail: tranki1@mail.ru; Piddubna A. I.

Актуальність. На сучасному етапі якість життя (ЯЖ) є збірним поняттям, яке включає комплексну оцінку показників життєдіяльності людини: фізичне здоров'я, соціальні відносини, рівень незалежності, духовність, психологічну адаптацію та емоційну стабільність. В Україні, на тлі епідемії, що наростає, надзвичайно гостро постає питання з'ясування параметрів ЯЖ осіб, що живуть з ВІЛ, а особливо споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), які залишаються рушійною силою поширення недуги у суспільстві.

Мета роботи полягала у вивченні показників ЯЖ ВІЛ-інфікованих СІН задля визначення шляхів її оптимізації та покращення.

Матеріали і методи. Проведено соціологічне опитування з використанням методу очного, одноразового, індивідуального анкетування. У якості засобу для збору відомостей застосовувався спеціально розроблений опитувальник, який складається з двох частин: I – відображення суб'єктивних критеріїв ЯЖ, що охоплює фізичний, соціальний і духовний компонент здоров'я; II – об'єктивні критерії ЯЖ з позиції лікаря. Відповіді на питання побудовані за типом шкали та ранжовані від 0 до 3 балів. Результати проведеного анкетування представлені у вигляді оцінок по 4 шкалам, складених таким чином, що більш високий сумарний бал відповідає більш високому рівню ЯЖ респондента.

Дослідження проводилось анонімно і конфіденційно серед громадян України у 2014-2015 рр. Дослідну групу склали 40 ВІЛ-інфікованих СІН, що перебували на обліку у Сумському обласному наркологічному диспансері, серед яких 30 (75,0 %) чоловіків і 10 (25,0 %) жінок, середній вік склав $(33,03 \pm 0,81)$ років, мешканці міст – 38 (95,0 %) осіб. Антиретровірусну терапію отримували 20 (50,0 %) хворих, знаходилися на замісній підтримувальній терапії 35 (87,5 %) осіб. До групи порівняння увійшли 44 практично здорових донорів крові: 36 (81,8 %) чоловіків і 8 (18,2 %) жінок, середній вік $(30,68 \pm 1,21)$ років, 38 (86,4 %) міських жителів.

Результати. За результатами анкетування сумарний показник ЯЖ ВІЛ-інфікованих СІН мав середній бал $(61,32 \pm 0,53)$, що відповідає задовільному рівню ЯЖ; у практично здорових донорів цей показник становив $(71,5 \pm 0,19)$, що свідчить про його високий рівень ($p < 0,001$). Показники соціального і духовного компонентів здоров'я серед наркозалежних були нижчими ніж серед донорів крові, та склали відповідно $(15,48 \pm 0,39)$ і $(14,83 \pm 0,57)$ балів проти $(17,88 \pm 0,12)$ і $(17,86 \pm 0,09)$

групи порівняння ($p < 0,001$). Середній рівень фізичної складової серед СІН з ВІЛ становив ($15,15 \pm 0,66$) балів, проте не досяг достовірної різниці з групою порівняння ($p > 0,05$).

При аналізі блоку анкети, який стосувався суб'єктивних критеріїв ЯЖ респондентів, встановлено, що стан власного здоров'я задовольняє 85,0 % СІН і 90,9 % донорів крові ($p > 0,05$). Однак серед осіб, що живуть з ВІЛ, достовірно частіше прослідковувалося обмеження фізичної активності (67,5 % осіб) та виражений вплив перебігу хвороби на життєздатність, який відмітив кожен 2-й опитаний ($p < 0,001$). 9 з 10 анкетованих дослідної групи вказали на залежність від медичних препаратів; серед групи порівняння необхідність отримувати лікарські засоби зазначили лише 3 (6,82 %) особи ($p < 0,001$).

Ознаки ізоляції та дискримінації не мали вираженої розбіжності між групами. Так, 97,5 % ВІЛ-позитивних СІН і 90,9 % донорів крові відмітили підтримку з боку оточуючих; відірваними від суспільного життя вважали себе 10,0 % наркозалежних і 6,82 здорових осіб; відчували негативне ставлення 10,0 % СІН і 4,55 % донорів. Зниження психологічної адаптації внаслідок зміни планів на майбутнє значною мірою притаманна ВІЛ-позитивним СІН (27, 5 % опитаних), та спостерігалось у 3 рази частіше, ніж серед практично здорових осіб (9,09 %) ($p < 0,05$). Зафіксовано високий рівень внутрішньої стигми та наявність думок про смерть серед СІН, що живуть з ВІЛ (77,5 % і 22,5 % відповідно) ($p < 0,01$), що дає підстави для формування специфічної для даного контингенту хворих поведінки.

При оцінці об'єктивних критеріїв ЯЖ пацієнта з позиції лікаря серед ВІЛ-інфікованих наркозалежних відмічено суттєве зниження працездатності (45 % респондентів) та фізичної активності (32,5 %), виразний вплив хронічної патології на загальний стан хворого (37,7 %) ($p < 0,001$). Сумарний об'єктивний показник ЯЖ СІН склав ($15,55 \pm 0,51$) балів проти ($19,36 \pm 0,17$) у групі донорів крові ($p < 0,001$).

Висновки. Якість життя ВІЛ-інфікованих СІН є нижчою, ніж у загальній популяції, проте відповідає задовільному рівню, що пов'язане з застосуванням противірусної та замісної підтримувальної терапії. Зниження ЯЖ СІН, що живуть з ВІЛ, відбувається більшою мірою за рахунок соціального і духовного компонентів, що зумовлює необхідність підсилення сфери психосоціальної підтримки при наданні медичної допомоги даному контингенту пацієнтів.

Плахута Валентина Анатоліївна
**СТАН МІСЦЕВОГО ТА СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ
КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами
пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. І. Сміян
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Plakhuta Valentina Anatoliivna
**THE STATE OF LOCAL AND SYSTEMIC IMMUNITY IN CASE
OF COMORBID PATHOLOGY**

*Department of Pediatrics Postgraduation Education with courses
Propaedeutic Pediatrics and Children's Infections,
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. I. Smiyana
Sumy State University, Sumy, Ukraine
E-mail: mrsIaffjoy@gmail.com; Plakhuta V. A.*

Актуальність. Гострий обструктивний бронхіт (ГОб) у дітей раннього віку залишається актуальною проблемою в педіатричній практиці у зв'язку з широким розповсюдженням і стабільним збільшенням кількості хворих в останні роки. Одним з основних компонентів патогенезу бронхолегеневих захворювань є імунна системи, через яку опосередковується дія інфекційного агенту, саме тому в 70-80 % дітей з частими ГОб,

спостерігаються зміни імунного статусу. За даними літератури, наявність імунодефіциту в дітей з ГОБ, в певних випадках, пов'язане з дисфункцією тимуса – центрального органу імуноталімфоцитопоеза, що проявляється тимомегалією (ТМ).

Метою роботи було вивчення фагоцитарної, клітинної та гуморальної ланок імунітету в сироватці крові дітей раннього віку з гострим обструктивним бронхітом у залежності від наявності супутньої тимомегалії.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 108 дітей раннього віку, що перебували на лікуванні в інфекційному відділенні № 1 КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди» у 2012-2014 рр. У ході роботи діти були поділені на 2 групи залежно від наявності тимомегалії: I група – хворі на ГОБ без ТМ (57 дитини); II група – пацієнти з ГОБ із ТМ (51 дітей).

З метою вивчення імунного статусу пацієнтів було проведено визначення вмісту фагоцитарного числа, фагоцитарного індексу, лімфоцитів, CD3 + (Т-лімфоцитів), CD4 + (Т-хелперів), CD8 + (Т-супресорів), CD16 + (NK- клітин), CD21 + (В-лімфоцитів) методом імунофлюорисценції з моноклональними антитілами, а імуноглобуліну G (Ig G), імуноглобуліну M (Ig M) та імуноглобуліну A (Ig A) методом радіальної імунодифузії в агарі по Mancini G. в сироватці крові в динаміці лікування ГОБ: на 1-2 добу після госпіталізації і в період стабільного поліпшення загального стану (12-14 день).

Результати дослідження. При дослідженні фагоцитарної ланки імунітету в пацієнтів обох груп було встановлено більш значне порушення функції фагоцитів у хворих з ТМ, що проявлялося вірогідним зниженням фагоцитарного числа та індексу в гострому періоді хвороби проти результатів дітей I групи ($p < 0,01$). На тлі стандартного лікування жоден досліджуваний показник I та II груп не досяг рівня практично здорових дітей ($p < 0,001$).

При визначенні стану клітинної ланки в гострому періоді захворювання у дітей з ГОБ виявлено достовірну різницю даних між I та II групами. Так, встановлено, що у дітей з ТМ достовірно знижувалася загальна концентрація лімфоцитів, Т-лімфоцитів, Т-хелперів, Т-супресорів, а також підвищувався вміст популяції натуральних кілерів та В-лімфоцитів ($p < 0,1$). У динаміці хвороби жоден з досліджуваних показників клітинного імунітету в хворих I та II груп не досяг рівня практично здорових дітей ($p < 0,05$).

При детальному аналізі гуморальної ланки імунної відповіді у пацієнтів з ТМ вміст Ig A та Ig G достовірно менший за відповідні показники I групи ($p < 0,01$), тоді як концентрація Ig M майже в 2 рази нижча за дані хворих II групи ($p < 0,01$). У ході традиційного лікування у дітей з ГОБ спостерігалася нормалізація вмісту IgM і паралельно зменшення кількості Ig G та Ig A ($p < 0,05$). У той же час, у хворих II групи рівень IgG і IgA підвищувався, а IgM знижувався, проте не достовірно в порівнянні з відповідними показниками до початку лікування ($p > 0,05$).

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що у дітей з ГОБ, що протікає на тлі ТМ відбуваються більш суттєві порушення показників як клітинної так і гуморальної ланок імунітету, які, скоріш за все, обумовлені пригніченням функції тимусзалежних імунокомпетентних клітин. Проведення стандартного лікування не призводить до нормалізації досліджуваних показників, що потребує пошуку нових диференційованих методів терапії, особливо у випадку коморбідної патології.

Попова Дар'я Михайлівна, Панієва Дар'я Сергіївна,
Максимцева Наталя Валеріївна

**ВПЛИВ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ НА
КОАГУЛОПАТІЮ У ХВОРИХ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. М. Домашенко
Донецький національний медичний університет
імені М. Горького, м. Донецьк, Україна

*Popova Daria Mihailovna, Panieva Daria Sergeyeвна,
Maksymtseva Natalia Valerieivna*

**THE IMPACT OF INFECTIOUS COMPLICATIONS ON
COAGULOPATHY IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. N. Domashenko
Donetsk National Medical University named by M. Gorky,
Donetsk, Ukraine*

E-mail: darinochka_8@mail.ru; Popova D. M.

Актуальність. Діагностичні тести зазвичай дозволяють виявити порушення коагуляції у хворих з цирозом печінки (ЦП). При ЦП з інфекційними ускладненнями в крові виявляються ендogenousні низькомолекулярні гепариноїди, які здатні посилювати коагулопатію, сприяти розвитку кровотечі та зникають при вирішенні інфекції. Однак роль бактеріальної транслокації у розвитку прозапальної відповіді з активацією тучних клітин і виходом в кровоток низькомолекулярних ендogenousних гепариноїдів не з'ясована. Крім того, у даної групи хворих виникає ризик розвитку тромбозів судин печінки внаслідок портальної гіпертензії та уповільнення кровотоку в системі нижньої порожнистої вени. Водночас роль інфекційних ускладнень в прогресуванні портальної гіпертензії продовжує вивчатись.

Мета: довести взаємозв'язок між інфекційними ускладненнями, спричиненими бактеріальною транслокацією, і коагулопатією у хворих з ЦП.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 10 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні ЦМКЛ №1 м. Донецька з діагнозом ЦП класу В або С за шкалою Чайлд-Пью. Діагноз ЦП був встановлений на основі даних об'єктивного огляду та результатів ультразвукового дослідження. У хворих були визначені рівні міжнародного нормалізованого відношення (МНО), активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ), розчинний фібрин-мономерний комплекс (РФМК), протромбіновий індекс (ПТІ), анти-тромбін 3 (АТ3), тромбіновий час (ТЧ), фібриноген, протромбіновий час (ПТЧ), відсоток протромбіну за Квіком для доказу коагулопатії, доплер-дослідження венозних судин печінки - для виявлення тромбозів. При статистичній обробці даних використовувалися методи описової статистики, кореляційний аналіз. Відмінності у величині середніх двох вибірок визначали за допомогою t-критерію, використовували кластерний аналіз для розділення пацієнтів на кілька груп.

Результати дослідження. В результаті проведеного обстеження були отримані наступні дані. При порівнянні показників коагулограми в 2 групах (1-а група - хворі без явних ознак інфекції, 2-а група - хворі з інфекцією), було виявлено достовірний взаємозв'язок між інфекційними ускладненнями і коагулопатією. МНВ (норма 0,85 - 1,15, середнє значення у хворих 2-ї групи - 2,13; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$; p_1 - показник достовірності по відношенню до показників у здорових осіб, p_2 - показник достовірності по відношенню до попередньої групи), АЧТЧ (норма 19,7-27,6 сек., середнє значення у хворих другої групи - 35,5 сек.; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$), РФМК (норма 3-4 мг/100мл, середнє значення у хворих 2-ї групи - 5,5 мг/100мл; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$), ПТЧ (норма 11,8-15,1 сек., середнє значення у хворих 2-ї групи - 25,7 сек.; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$), ТЧ (норма 11-17,8 сек.,

середнє значення у хворих 2-ї групи - 19,6 сек.; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$) - вище в 2-ій групі, ПТІ (норма 90-105 %, середнє значення у хворих 2-ї групи – 51 %; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$), відсоток протромбіну за Квіком (норма 70-130 %, середнє значення у хворих 2-ї групи - 34,85 %; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$) - вище у хворих 1-ої групи, що свідчить на користь явного зв'язку між інфекційними ускладненнями і ризиком розвитку кровотечі. АТЗ (норма 80-120 %, середнє значення у хворих 2-ї групи – 22,8 %; $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,05$) нижче в групі з інфекцією, що говорить про те, що хворі цієї групи більш схильні до розвитку тромбозів. Найбільш достовірний взаємозв'язок було виявлено при порівнянні таких показників, як АЧТЧ, ПТІ, АТЗ, ПТВ і відсоток протромбіну за Квіком. Також хворим було виконано доплер-дослідження венозних судин печінки. Були виявлені наступні зміни: діаметр портальної вени був збільшений у 3 хворих, у всіх хворих портальна вена була підвищеної ехогенності, внутрішній контур у всіх хворих був рівний, просвіт був гомогенним у 9 і негомогенним у 1, монофазний кровоток у 2, лінійна швидкість була знижена у 6. Тромбоз портальної вени був виявлений у 1 хворого і ще у 1 хворого був виявлений частковий тромбоз. Лінійна швидкість в правій печінковій вені була підвищена у 3, знижена у 2, монофазний кровотік у 1. Лінійна швидкість у середній печінковій вені знижена у 4 хворих, монофазний у 1, трифазний у 1. Лінійна швидкість в лівій печінковій вені знижена у трьох, монофазний у 1, чотирифазний - у . Хворі з тромбозами були з 2-ї групи хворих (з явною інфекцією). Також у даних хворих були значно знижені показники АТЗ.

Висновки. Незважаючи на відсутність у більшості пацієнтів з ЦП явних клінічних ознак інфекційного процесу, лабораторно визначаються істотні порушення коагулограми. Можна зробити висновок про наявність взаємозв'язку між інфекцією, коагулопатією і ризиком розвитку тромбозу, однак виявлення більш чітких закономірностей вимагає подальшого дослідження.

Своєчасне обстеження хворих та виявлення ознак коагулопатії і порушення венозного кровотоку може дозволити попереджати розвиток кровотеч і тромбозів і збільшити показники виживаності.

Пришляк Олександра Ярославівна¹,
Винник Елеонора Юріївна¹, Бойчук Олександр Петрович¹,
Мізюк Руслан Михайлович¹, Джус Тетяна Богданівна²,
Мурзова Лідія Іванівна¹

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ШИГЕЛЬОЗ НА ПРИКАРПАТТІ

¹Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Івано-Франківський національний медичний університет,
²ДУ «Івано-Франківській лабораторний центр
Держсанепідслужби України», м. Івано-Франківськ, Україна

*Pryshlyak Olexandra Yaroslavivna¹, Vynnyk Eleonora Yuriivna¹,
Boichuk Olexandr Petrovych¹, Miziuk Ruslan Mykhaylovych¹,
Dzhus Tatiana Bogdanivna², Murzova Lidia Ivanivna¹*

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF SHIGELLOSIS MORBIDITY IN THE CARPATHIAN REGION

*¹Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Ivano-Frankivsk National Medical University,
²GA "Ivano-Frankivsk laboratory center of State Sanitary and
Epidemiological Service of Ukraine", Ivano-Frankivsk, Ukraine
E-mail: infection@ifnmu.edu.ua; Pryshlyak O. Y.*

Актуальність. З 1990-х років епідемічна ситуація в області істотно змінилась у бік зменшення захворюваності на шигельоз. Перебіг захворювання характеризувався переважно легкою та середньотяжкою формами. Певну роль у цьому зіграли зміна виду збудника з переважною циркуляцією шигел Зонне. Недостатня діагностична розшифровка діарейних інфекцій і, як

наслідок, висока частка інфекцій невстановленої етіології в загальній структурі ГКІ, перешкоджають вивченню епідемічного процесу шигельозу та формуванню комплексу адекватних профілактичних заходів. Вищевикладене визначає необхідність вивчення особливостей епідемічного процесу шигельозу в сучасних умовах з метою оптимізації профілактичних і протиепідемічних заходів.

Метою дослідження було виявити закономірності епідемічного процесу шигельозу в Івано-Франківській області за період 1991-2014 роки.

Матеріали і методи. Динаміка показників захворюваності на шигельоз вивчалася за матеріалами офіційної статистики за період 1991-2014 рр, наданими відділенням організації епідеміологічних досліджень ДУ «Івано-Франківського обласного лабораторного центру Держсанепідслужби України». Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою прикладного пакету комп'ютерних програм «Microsoft Exel».

Результати дослідження. Встановлено, що середній рівень інцидентності шигельозу в Івано-Франківській області за період 1991-2014 рр. склав $(17,57 \pm 3,65) \text{‰}_{0000}$ при максимальному значенні $67,98 \text{‰}_{0000}$ у 1994 р. і мінімальному $0,95 \text{‰}_{0000}$ у 2012 р. Аналізуючи захворюваність, ми спостерігали тенденцію до зменшення багаторічного середнього рівня інцидентності (Тзн.ср.= - 9,78 %) та наявність циклічності підйомів рівня захворюваності через 5-9 років. Найвищі рівні інцидентності реєструвались у 1994, 1999, 2008 роках. Останнє значне зростання захворюваності на шигельоз було зумовлене повінню, яка відбулася на Прикарпатті у липні 2008 року.

У досліджуваному періоді часу нами були виділені два періоди захворюваності, які суттєво відрізнялися за інтенсивністю проявів епідемічного процесу. Перший період з 1991 по 2001 роки характеризувався високою захворюваністю (середня інцидентність за цей період склала – $(30,16 \pm 5,05) \text{‰}_{0000}$) з двома інтенсивними підйомами у 1994 і 1999 роках. Другий

період з 2002 по 2014 роки відрізнявся стабілізацією епідемічного процесу і значно нижчим середнім рівнем інцидентності ($6,92 \pm 2,94$) ‰. Багаторічна динаміка захворюваності на ГКІ та шигельоз були тісно взаємопов'язані. Відзначимо, що частка шигельозу в загальній структурі ГКІ протягом 2002-2014 рр. зменшилась у 4 рази порівняно з періодом 1991-2001 рр. Окрім того, впродовж 2011-2012 рр. цей показник по області був майже в 3 рази меншим, ніж по Україні. Виражене зниження середнього рівня захворюваності на шигельоз впродовж 2009-2014 рр. (Тзн.ср.= - 29,08 %) супроводжувалось зростанням ГЕК, як встановленої (Тпр.ср.= + 1,93), так і невстановленої етіології (Тпр.ср.= + 8,52). Проте у 2014 р. було відмічено тенденцію до зростання захворюваності у 4 рази порівняно з 2013 р. (показник інцидентності у 2014 р. склав $5,64$ ‰ проти $1,38$ ‰ у 2013 р.), тоді як по Україні продовжувала спостерігатись тенденція до зменшення захворюваності. Такий значний ріст інцидентності шигельозу в області у 2014 р. ймовірно пов'язаний з одного боку з покращенням лабораторної ідентифікації збудника, а з іншого – недостатньою клініко-лабораторною діагностикою впродовж 2010-2012 рр., що призвело до неадекватних заходів профілактики шигельозу та сприяло поширенню збудника в області. За період 2009-2014 рр. захворюваність була зумовлена переважно *Shigella Sonne* з превалюючим аліментарним шляхом передачі. Питома вага бактеріологічно підтверджених шигельозів по області становила в середньому 93,46 %, тоді як по Україні – 79,47 %, що свідчило про недостаю клінічну діагностику шигельозів.

Висновки. Впродовж 1991-2014 рр. в Івано-Франківській області спостерігалось зменшення середнього рівня інцидентності шигельозу (Тзн.ср.= - 9,78 %). Була відмічена тенденція до циклічного перебігу з найвищим рівнем у 1994, 1999, 2008 рр. Останній пік захворюваності був зумовлений повинню у 2008 році. Виявлено заміщення частки шигельозу в

загальній структурі ГКІ гострими гастроентероколітами іншої етіології. Ріст захворюваності у 2014 р. ймовірно пов'язаний з недостатньою клініко – лабораторною діагностикою впродовж 2010-2012 рр., що призвело до неадекватних заходів профілактики шигельозу та сприяло поширенню збудника в регіоні.

Пришляк Олександра Ярославівна,
Процик Андрій Любомирович, Бойчук Олександр Петрович,
Мазурок Уляна Яремівна

**ЛЯМБЛІОЗ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ ТА ЛІКУВАЛЬНА КОРЕКЦІЯ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

*Pryshlyak Alexandra Yaroslavivna, Protsyk Andrii Lubomyrovych,
Boichuk Oleksandr Petrovych, Mazurok Uliana Yaremivna*
**GIARDIASIS: CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES
AND TREATMENT CORRECTION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

E-mail: infection@ifnmu.edu.ua; Pryshlyak O. Y.

Актуальність. Лямбліоз входить в число найбільш поширених паразитарних захворювань в світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, десята частина населення земної кулі інвазована лямбліями. Розрізняють три основні шляхи передачі лямбліозу: водний, контактнo-побутовий і харчовий. Паразит викликає не тільки механічне подразнення стінки тонкого кишечника, але і може призвести до патологічних рефлексорних реакцій з боку органів травлення.

Етіотропне лікування лямбліозу передбачає застосування антипротозойних засобів, проте необхідно відзначити, що останнім часом з'являється все більше даних про розвиток резистентності лямблій до раніше широко застосовуваних препаратів. У зв'язку з цим продовжуються пошук і розробка нових способів лікування хворих з цим захворюванням.

Мета роботи. Вивчити клініко-лабораторну ефективність лікування хворих на лямбліоз із використанням орнідазолу в порівнянні із застосуванням метронідазолу з фуразолідомом.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 32 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській обласній клінічній інфекційній лікарні в період з жовтня 2013 р. по вересень 2014 р. Серед обстежених було 15 (46,9 %) чоловіків та 17 (53,1 %) жінок. Середній вік пацієнтів становив $(29,2 \pm 0,8)$ років.

Пацієнти були розділені на 2 групи. Хворі 1-ї групи на тлі базисної терапії отримували в якості протипаразитарного лікування метронідазол (0,75 г на добу протягом 5 днів) і фуразолідон (0,4 г на добу протягом 5 днів), а хворі 2-ї групи - орнідазол (1,5 г на добу протягом 2 днів). Базисна терапія включала ентеросорбенти, жовчогінні засоби, пробіотики, антигістамінні препарати, вітаміни. Методом діагностики лямбліозу було виявлення збудника в калі за допомогою паразитоскопії.

Результати дослідження. За даними медичних карт стаціонарних хворих, встановлено, що у пацієнтів на лямбліоз спостерігались прояви наступних клінічних синдромів: диспептичний (82 %), алергічний (72 %), астено-невротичний (65 %) та інтоксикаційний (47 %).

Аналізуючі епідеміологічні дані щодо потенційних шляхів інфікування, визначено, що у 21 хворого зараження відбулось водним шляхом – (65,5 %), рідше відмічався харчовий шлях – у 9 пацієнтів (28,1 %), і лише у 2 пацієнтів – контактно-побутовий (6,3 %).

Після проведеного лікування тривалість основних синдромів у пацієнтів 2-ї групи, в порівнянні з хворими 1-ої групи, скорочувалась у середньому на 2-3 дні. За результатами лабораторних та інструментальних методів дослідження виявлено, що в загальному аналізі крові хворих, які отримували орнідазол, до закінчення лікування повністю нормалізувалась кількість еозинофілів у периферичній крові. В гемограмі пацієнтів, що приймали метронідазол з фуразолідомом, тільки у 12 (37,5 %) хворих відзначалася нормалізація відносного вмісту еозинофілів, а у 4 (12,5 %) хворих спостерігалось лише зниження еозинофілії. У 10 (32 %) хворих обидвох груп зниження рівня гемоглобіну та ознаки анемії після проведеного лікування утримувалися до моменту виписки зі стаціонару. Результати ультразвукової діагностики свідчать, що дискінезія жовчовивідних шляхів після проведеної терапії спостерігалася у хворих 2-ої групи в 1,5 рази рідше. Повторне виявлення лямблій у калі за допомогою методу паразитоскопії після лікування з використанням препарату орнідазол зареєстровано у 2 (5,9 %) обстежуваних, у той час, як при терапії метронідазолом і фуразолідомом - у 6 (18,1 %) ($p < 0,05$).

Висновки.

1 У пацієнтів з лямбліозом найчастіше спостерігались прояви наступних синдромів: диспепсичний (82 %), алергічний (72 %), астено-невротичний (65 %) та інтоксикаційний (47 %), що відповідає загальній тенденції для даного захворювання.

2 Основними шляхами передачі лямбліозу були водний (65,5 %) та харчовий (28,1 %), рідше контактнo-побутовий (6,3%).

3 При вивченні ефективності лікування у хворих на лямбліоз виявлено більш виражену клініко-лабораторну ефективність препарату орнідазол у порівнянні із застосуванням комбінації метронідазолу з фуразолідомом, що підтверджено скороченням тривалості основних клінічних синдромів захворювання в середньому на 2-4 дні, покращенням показників гемограми,

зменшення частоти повторного виявлення лямблій у 3 рази ($p < 0,05$).

Пришляк Олександра Ярославівна,
Пюрик Валентина Федорівна, Дикий Богдан Миколайович,
Кобрин Тарас Зіновійович, Бойчук Олександр Петрович
**КЛІНІКО - ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ЛЕПТОСПРОЗУ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

*Pryshlyak Alexandra Yaroslavivna, Pyuryk Valentyna Fedorivna,
Dykyj Bogdan Mykolayovych, Kobryn Taras Zinoviovych,
Boichuk Oleksandr Petrovych*

**CLINICAL - EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF
LEPTOSPIROSIS IN IVANO-FRANKIVSK REGION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

E-mail: infection@ifnmu.edu.ua; Pryshlyak O. Y.

Актуальність. У сучасних умовах лептоспіроз як природно-осередкове захворювання займає одне з провідних місць серед інфекційних хвороб. Захворюваність у 2013 р. по Україні становила 1,04 в Івано-Франківській області – 2,27 на 100 тис. населення. Відсутність вираженої тенденції до зниження захворюваності в останні роки зумовлює необхідність постійного вивчення та нагадування про дану інфекційну хворобу.

Метою нашої роботи було вивчення поширеності захворювання в районах Івано-Франківської області, сезонності,

етиологічної структури лептоспир та клінічних особливостей сучасного перебігу лептоспірозу.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 38 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходились на лікуванні в Івано-Франківській ОКІЛ у 2014 році.

Результати дослідження. Враховуючи те, що область розташована в трьох природних зонах – рівнинне Прикарпаття, передгірське Передкарпаття та гірські Карпати ми вивчили зв'язок даної хвороби з природними умовами регіону. Кількість захворілих у гірській зоні становила 2 (4,2 %), передгірський – 10 (20,8 %), рівнинній – 26 (75,0 %). Тобто, найбільший відсоток припадає на зону із зниженим рельєфом місцевості, великою кількістю природних та штучних водоймищ.

Незважаючи на деяке зростання даної інфекції серед міських жителів, перевага захворюваності зберігається за жителями сільської місцевості, які хворіли частіше у 2,4 рази. В основному хворіло доросле населення – 37 (97,4 %), частіше хворіли чоловіки – 29 (76,3 %), а більшу частину склали хворі у віці 31 – 64 роки – 26 (68,4 %). Хворі поступали в ОКІЛ, в основному, в літньо - осінній період з червня по листопад, але траплялись поодинокі випадки у міжсезонний період – у квітні (1 хворий, *L. grippotyphosa*) і у грудні-січні (1 хворий – *L. autumnalis*, 2 – *L. grippotyphosa*).

Якщо до 2010 року циркулювали, в основному, *L. icterohaemorrhagiae*, *L. grippotyphosa*, *L. hebdomadis*, то за останні роки з'явилися випадки лептоспірозу, які викликані не типовими для нашої області лептоспірами – *L. australis*, *L. autumnalis* та *L. cynopteri*. Серологічну діагностику лептоспірозу проводили за допомогою реакції мікроаглютинації із сироваткою хворих та живими еталонними штамми лептоспир різних серогруп у динаміці. З виявлених сероварів на території області за 2014 р. фіксувались наступні: *L. grippotyphosa* – 22,92 %, *L. pomona* – 22,92 %, *L. icterohaemorrhagiae* – 16,6 %, *L. autumnalis* – 10,42 %, *L. cynopteri* – 1,82 %.

L. canicola – 10,42 % , *L. australis* – 6,25 % , *L. cynopteri* – 6,25 % , *L. bataviae* – 4,16 % .

Вивчаючи захворюваність на лептоспіроз в Івано – Франківській області, відмітили нерівномірний розподіл випадків серед районів. Найвища захворюваність утримується в Коломийському (6,59), Галицькому (4,59), Долинському (2,92), Тисменицькому (2,27) районах на 100 тис. населення. У загальному по Івано-Франківській області – 5,9 на 100 тис. населення.

В усіх пацієнтів захворювання починалось гостро з ознобу, підвищення температури тіла, головного болю, виражених міалгій та симптомів загальної інтоксикації. У більшості хворих температура тіла була в межах – 39-40 °С, а у 8 (18,4 %) хворих – 38,2-38,4 °С. Болі в м'язах не спостерігали в пацієнтів, у яких хвороба була викликана сероварами *L. australis*, *L. bataviae*. У цих же хворих була слабо виражена ниркова недостатність (олігурії не було у 4 з 5 пацієнтів, поліурія була найнижчою – в середньому 2300 мл). Жовтяницю відмічено в усіх пацієнтів, окрім хворих на серовар – *L. romona*. Геморагічний синдром найбільш виражений при *L. grippotyphosa*, *L. icterohaemorrhagiae*, менш виражений при *L. bataviae*, *L. cynopteri*. Виражену гепатомегалію спостерігали у хворих з сероваром *L. autumnalis* (17,5см±0,8).

Висновки. Отже, захворюваність на лептоспіроз в Івано-Франківській області у 2014 р. зросла у 2,6 рази у порівнянні з 2013 р. Чітко виражена літньо – осіння сезонність. Найвища захворюваність зареєстрована в Коломийському, Галицькому, Долинському, Тисменицькому районах. Основною епідеміологічною особливістю є активізація природних осередків лептоспірозу серогруп *L. grippotyphosa*, *L. romona* та поява нових серогруп *L. autumnalis*, *L. cynopteri*, *L. australis*, *L. bataviae*, які в сумі склали 27 % обстежених хворих. Клінічні спостереження показали, що лептоспіроз перебігав у більшості хворих 22 (57,9 %) у середньотяжкій формі, тяжкий

ступінь зафіксовано у 11 (28,9 %) пацієнтів. *L. autumnalis*, *L. canicola* та *L. romona* відрізнялися високою вірулентністю і за тяжкістю перебігу хвороби не поступалися традиційно тяжким формам серогруп *L. grippotyphosa* і *L. icterohaemorrhagiae*.

Руденко Антоніна Олексіївна,
Муравська Любомира Василівна, Луценко Вікторія Юріївна,
Дьяченко Павло Анатолійович,
Пархомець Богдан Анатолійович, Сидорова Жанетта Петрівна
**ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ
ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРСИСТЕНЦІЄЮ ТА
РЕАКТИВАЦІЄЮ ГЕРПЕСВІРУСІВ ПРИ
ЗАСТОСУВАННІ ПОЛІОКСИДОНІУ**

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

*Rudenko Antonina Oleksiivna, Muravska Lubomira Vasilivna,
Lutsenko Viktoria Youriivna, Diachenko Pavlo Anatoliyovich,
Parhomets Bogdan Anatliyovich, Sidorova Zhanetta Petrivna*
**CLINICAL FEATURES OF LYME DISEASE IN PATIENTS
WITH PERSISTENT AND REACTIVATION OF HERPESVIRUS
AND APPLYING POLYOXIDONIUM**

*Department of Neuroinfections SI "L. V. Gromashevsky`s Institute of
Epidemiology and Infectious Diseases of NAMS of Ukraine",
Kyiv, Ukraine.*

E-mail: neuro10@bk.ru; Rudenko A. O.

Мета: вивчити клінічні особливості перебігу Лайм-борреліозу (ЛБ) у хворих із персистенцією та активацією герпесвірусів при застосуванні в комплексній терапії препарату поліоксидонію.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 72 хворих на Лайм-бореліоз, з них жінок – 52, чоловіків – 20. Середній вік хворих складав $(37,5 \pm 2,5)$ роки. Проводилась оцінка неврологічного статусу, магнітно-резонансна томографія головного та спинного мозку, офтальмоскопія, електронейроміографія, комплексна імунограма. Серологічна діагностика ЛБ та герпесвірусів була основана на дослідженні сироватки крові на антитіла Ig M та Ig G до борелій і герпесвірусів за допомогою імуноферментного аналізу і/або імуноблоту.

Результати дослідження. Встановлені наступні клінічні діагнози: ураження шкіри у вигляді кільцеподібної еритеми було у 18 хворих, опорно-рухового апарату – у 4, нервової системи у 50 хворих, у яких виявлено герпесвірусну інфекцію, з них у 24 хворих вона знаходилась у стадії активації (1-а група), у 26 – персистенції (2-а група). В обох групах переважали жінки, хворіли особи працездатного віку, в групі хворих на Лайм-бореліоз з реактивацією вірусів захворювання перебігало тяжче, ніж з персистенцією – переважно в формі середньої тяжкості. Виявлялись всі віруси родини герпесу, частіше в асоціаціях один з одним, рідше в монокультурі.

Встановлено, що ураження нервової системи, вірогідно, можна пов'язати з *Borrelia garini*, яку було виявлено у 80 % пацієнтів з Лайм-бореліозом, що супроводжувався неврологічними проявами. Основні клінічні прояви ураження нервової системи у хворих на Лайм-бореліоз з герпесвірусною інфекцією спостерігались у вигляді арахноенцефаліту у 23 хворих, у 16 із них Лайм-бореліоз перебігав на фоні реактивації асоціації герпесвірусної інфекції. У 9 пацієнтів захворювання перебігало у вигляді розсіяного енцефаломієліту, з них у 5 хворих на фоні персистенції та у 4 хворих з реактивацією. Був 1 хворий з лімфоцитарним менінгітом та 2 хворих з менінгоенцефалітом на фоні персистенції. Ураження периферичної ланки нервової системи спостерігалось в 16

хворих і було представлено різними варіантами полірадікулонейропатії, з них у 4 осіб була нейропатія лицевого нерва (VII пара) на фоні реактивації герпесвірусної інфекції у 4 осіб – трійчастого (V пара) з персистенцією герпесвірусів. У 6 випадках ЛБ протікав з ураженням зорового нерву та в 2 випадках у вигляді ретробульборного невриту, що протікали на фоні асоціації персистуючої герпесвірусної інфекції

Всі хворі з ураженням нервової системи були розподілені на 2 дослідних групи.

1-ша група хворих (основна) отримувала етіотропну (ацикловір, ганцикловір у середньотерапевтичних дозах, цефтриаксон, метронідазол), патогенетичну (нейропротекція, протизапальні, протинабрякові препарати etc.) терапію та поліоксидоній внутрішньом'язево по 6 мг 1 раз у 48 годин 10 днів. Пацієнтів 2-ої групи лікували комбінацією цефтриаксоном внутрішньовенно в середньо терапевтичних дозах.

Дослідження імунного статусу виявили характерні для цієї патології зміни в обох групах пацієнтів, які проявлялись у деякому зниженні рівня лімфоцитів у крові та дисбалансом у складі окремих їх субпопуляцій.

В обох групах хворих було виявлено підвищення рівня показників аутоімунних реакцій (ЦІК, сенсibiliзації NSE, рівня антитіл до загального білку мієліну (ЗБМ) та зниження імунорегуляторного індексу, спонтанної фагоцитарної активності нейтрофілів). Але у хворих з ураженням нервової системи на фоні активації герпесвірусів імунний статус був гіршим у порівнянні у хворих з персистенцією. У зв'язку з чим імунотропна терапія у вигляді препарату поліоксидонію була призначена першій групі хворих. Пацієнти другої групи поліоксидоній не отримували.

При дослідженні імунного статусу хворих на тлі лікування препаратом поліоксидонію, були відмічені наступні позитивні зміни: підвищення фагоцитарного індексу, фагоцитарного числа, РБТЛ з ФГА, зниження ЦІК.

Висновки. Подібність до інших проявів ураження нервової системи обумовлює широкий спектр необхідних досліджень, які потрібно провести для встановлення достовірного діагнозу. Поліморфізм клінічних проявів Лайм-бореліозу обумовлює необхідність застосування комплексної терапії для лікування цього захворювання. Основним методом лікування хронічного Лайм-бореліозу є застосування високих доз антибіотиків на протязі 21-28 днів або проведення терапії цефтриаксоном 4 дні по 4 грама на добу, 3 дні перерви і так протягом місяця, при хронічних формах – довше та іншої патогенетичної терапії. На тлі використання поліоксидонію у якості імунотропного препарату при лікуванні Лайм-бореліозу у хворих із активацією герпесвірусів виявлено збільшення функціональної активності ефекторних клітин імунної системи, стимуляцію фагоцитарної активності та зниження вираженості аутоімунних реакцій, що свідчить про нормалізацію функціональних взаємозв'язків імунної відповіді.

Сміян-Горбунова Катерина Олександрівна
**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА
РОТАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ**

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами
пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В. Г. Майданник
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Smiian-Horbunova Kateryna Olexandrivna
**CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH
ROTAVIRUS INFECTION**

*Department of Pediatrics Postgraduation Education with courses
Propaedeutic Pediatrics and Children's Infections,
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. V. H. Maydannik
Sumy State University, Sumy, Ukraine
E-mail: md.smiyan@gmail.com; Smiian-Horbunova K. O.*

Актуальність. Ротавірусна інфекція (РВІ) посідає важливе місце в структурі інфекційної патології та займає провідну позицію серед захворюваності та смертності дітей раннього віку. За даними експертів ВООЗ, майже кожна дитина впродовж перших п'яти років життя хворіє на ротавірусний гастроентерит, незалежно від соціально-економічного статусу та місця проживання. На сьогоднішній день це наймасовіша кишкова інфекція у світі, захворюваність у різних країнах коливається в межах від 250 до 3000 на 100000 дітей. У країнах, що розвиваються кількість летальних випадків перевищує 850000 щороку.

Мета нашого дослідження – вивчення клінічної характеристики дітей, хворих на мікст-варіант ротавірусної інфекції.

Матеріали і методи. Дослідження проводились на базі Сумської міської дитячої клінічної лікарні Святої Зінаїди. Під спостереженням знаходилось 108 дітей віком від 1 місяця до 5

років, що перебували на стаціонарному лікуванні. Діагноз ротавірусної інфекції був підтверджений імунохроматографічним тестом «СІТО TEST ROTA» ТОВ «Фармаско».

Результати дослідження. У всіх дітей, що знаходились під спостереженням, захворювання розпочиналось гостро з інтоксикаційного синдрому: слабкість, зниження апетиту виявляли у 48 (44,4 %) або його відсутність – у 11 (10,2 %) пацієнтів, в'ялість – у 104 (96,3 %).

Нормальна температура тіла спостерігалась у 41 (37,9 %) дитини, субфебрильна виявлялась у 30 (27,8 %) хворих та фебрильна була характерна для 37 (34,3 %) пацієнтів при госпіталізації до лікарні.

Блювання як один із провідних симптомів РВІ було характерно для 81 (75,0 %) дитини. Кратність блювання: одноразове визначалось у 31,5 % дітей, повторне було характерно для 13,9 % та багаторазове – для 29,6 %. У перший день захворювання блювання виникало в 65 (60,2 %), на другий день – у 3 (2,8 %), на 3-й та пізніше – у 13 (12,0 %) пацієнтів. Тривалість блювання впродовж одного дня спостерігалась у 53,1 % дітей, два дні – у 39,5 % та три дні – у 7,4 % хворих на ротавірусний гастроентерит.

Одним із основних клінічних симптомів ротавірусної інфекції була діарея, що мала водянистий характер та жовтий колір, зазвичай без патологічних домішок. Кратність діареї до 7 разів була характерна для 83,3 % дітей, 8 – 12 разів спостерігалось у 16,7 % пацієнтів. При ротавірусному гастроентериті діарея виникала впродовж 1-го дня у 50 (46,3 %) хворих, на 2-й день – у 18 (16,7 %), на 3-й день та пізніше – у 40 (37,0 %). Тривалість діареї у дітей впродовж 1 дня була характерна для 12,1 % , 2 дні – у 14,8 %, 3 дні – у 24,0 %, 4 дні – у 20,4 %, та 5 днів у 28,7 % дітей з ротавірусною інфекцією.

Висновки. Таким чином, клінічна картина РВІ у дітей характеризувалась інтоксикаційним синдромом (слабкістю,

гіпертермічним синдромом, зниженням апетиту або його відсутністю та в'ялістю), болями в животі, блюванням та діареєю.

Суременко Микола Степанович¹,
Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна¹,
Савченко Ольга Анатоліївна², Гавриленко Лілія Олександрівна²,
Білий Микола Іванович³, Діброва Ірина Василівна³
**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ НА
ДНІПРОПЕТРОВЩИНИ**

¹Кафедра інфекційних хвороб
Дніпропетровська медична академія,
²Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 імені проф.
Є. Г. Попкової, м. Дніпропетровськ, Україна
³Новомосковська центральна міська лікарня,
м. Новомосковськ, Україна

*Suremenko Nikolai Stepanovych¹,
Shevchenko-Makarenko Olga Petrivna¹,
Savchenko Olga Anatoliyivna², Gavrilenko Lily Oleksandrivna²,
Biliy Nikolai Ivanovich³, Dibrova Iryna Vasylivna³*
**THE INCIDENCE OF ACUTE VIRAL HEPATITIS IN
DNIPROPETROVS'K REGION**

¹*Department of Infectious Diseases,
Dnipropetrovsk Medical Academy,
²Dnipropetrovsk Clinical Hospital № 21 named after
prof. E. G. Popkova, Dnipropetrovsk, Ukraine,
³Novomoskovsk central hospital, Novomoskovsk, Ukraine
E-mail: dsmainfect@ukr.net; Suremenko N. S.*

Актуальність. Захворюваність на гострі вірусні гепатити у практиці інфекціоніста не втрачає своєї актуальності. Хоч здавалось, що вірусні гепатити А та В давно є керованими

інфекціями, бо проти них застосовується специфічна профілактика, а саме вакцинація. Але ж, що стосується України – вакцинація проти вірусного гепатиту А (ВГА) входить до складу рекомендованих вакцин та не є обов'язковою для широкого кола населення. Вакцинація проти гепатиту В (ВГВ), також введена в Календар щеплень нещодавно та більш чітко прищеплюються тільки деякі групи ризику. Проблемою остається відсутність вакцини проти вірусного гепатиту С (ВГС), який дуже рідко реєструється в гострий період захворювання та виявляється вже на стадії хронічного перебігу гепатиту С.

Тому за останні десятиліття значно змінилася етіологічна структура вірусних гепатитів, з 2009 року розпочата реєстрація гепатиту С, а гепатит А не здає своїх позицій та ми знову спостерігаємо підйом захворюваності серед населення. Так, захворюваність на ВГА у Дніпропетровському регіоні у міжепідемічні роки реєструвалась на рівні 18-80 випадків на 100 тис. населення, під час спалахів інфекції – в окремі роки становила 232 та 362, 5 на 100 тис. населення. Останній спалах ВГА спостерігався у 1994-1996 роках.

Мета. Вивчити рівень захворюваності на гострі вірусні гепатити на Дніпропетровщині.

Матеріали і методи. Нами було досліджено захворюваність на гострі вірусні гепатити А, В та С у Дніпропетровському регіоні. У тому числі, які знаходились на лікуванні в КЗ „Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової” ДОР” (інфекційна лікарня) за 2013-2014 рр. Діагноз встановлювався на підставі сукупності клінічних та епідеміологічних даних, результатів лабораторних досліджень.

Результати дослідження. До 2013 р. захворюваність на ВГА у Дніпропетровському регіоні, як і в Україні в цілому, мала спорадичний характер, однак відзначається черговий підйом рівня захворюваності. У 2014 р. порівняно з 2013 р. вона зросла в 6,1 рази і становить 27,53 на 100 тис. населення порівняно з

показником минулого року (4,52), чому також сприяє те, що за останні роки накопичилась значна кількість населення, яка немає післяінфекційного імунітету. Так, у 2014 році мало місце два спалахи ВГА у м. Дніпропетровську (АНД район) та м. Кривий Ріг (Довгінцевський район), пов'язані з вживанням сирої питної води. Питома вага з усіх захворівши, задіяних у цьому спалаху, становила 40 % та 30 % з останніх становили сімейні осередки. Безжовтяничні форми були зареєстровані лише в осередках інфекції і спостерігались у 6,2 % хворих.

Щодо захворюваності на гострі ВГВ та ВГС, як і в попередні роки реєструвалась на тому ж рівні. Для ВГВ цей рівень становив 3,24 випадків у 2014 році проти 3,39 у 2013 році на 100 тис. населення. Захворюваність на ВГС спостерігалась на рівні 1,74 у 2014 році та 1,89 у 2013 році. За даним епід. Анамнезу, для парентеральних гепатитів перше місце (87,3 %) продовжує займати внутрішньовенне введення наркотичних речовин, з інших причин – хворі не виключають проведення татуажу, відвідування перукарень. У цій групі спостерігається найбільший відсоток захворюваності серед чоловіків (у 2,2 рази вище) порівняно з жінками.

Висновки. Захворюваність на гострі вірусні гепатити залишається однією з важливих проблем інфектології. Зараз ми спостерігаємо черговий циклічний підйом захворюваності на ВГА у Дніпропетровському регіоні, який, можливо, ще набирає обертів. Для припинення росту захворюваності на ВГА слід більш активно застосовувати активну профілактику та неспецифічні заходи щодо розповсюдження інфекції. Для попередження захворюваності на ВГВ та ВГС слід більш активно впроваджувати у засобах масової інформації матеріали про шляхи передавання гепатитів та запроваджувати здоровий засіб життя.

Сухарев Анатолій Борисович
**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБНОГО
ПЕЙЗАЖУ ПІХВИ І РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ЖІНОК У
ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ**

Кафедра акушерства та гінекології,
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Sukharev Anatoly Borisovich
**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE MICROBIAL
LANDSCAPE OF THE VAGINA AND ORAL CAVITY IN
WOMEN IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY**

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Sumy State University, Sumy, Ukraine
E-mail: sukharev1960@yandex.ru; Sukharev A. B.*

Метою роботи було анкетування жінок на предмет особистої гігієни, а також вивчення і порівняння структури мікробіоти органів репродуктивної системи (заднього склепіння піхви) і ротової порожнини (кореня язика) жінок в третьому триместрі вагітності.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь жінки в терміні вагітності від 30-40 тижнів, які відвідали жіночу консультацію в рамках диспансерного спостереження. Ідентифікація мікробного пейзажу проводилася за стандартними бактеріологічними методиками. Всього було досліджено 40 жінок. Середній вік склав (27±3,5) років. У зареєстрованому шлюбі виявилось 25 (62,5 %) вагітних, у цивільному – 15 (37,5 %). Вищу освіту мають 29 (72,5 %) досліджуваних жінок, середньо-спеціальна – 11 (27,5 %). Також стало відомо, що для 32 (80,0 %) досліджуваних жінок вагітність стала планована.

Результати дослідження. Більшість вагітних намагаються ретельно стежити за гігієною ротової порожнини: 33 (82,5 %) чистять зуби більше 2-3 разів на день. Зубною ниткою користуються 33 (82,5 %) вагітних, ополіскувачем для

порожнини рота - 38 (95,0 %) жінок. Один раз на місяць зубну щітку змінюють - 15 (37,5 %) жінок; раз на три місяці - 22 (55,0 %), решта просто не пам'ятають цей факт. Останній візит до стоматолога напередодні вагітності здійснили 13 (32,5 %) жінок, півроку тому - 11 (27,5 %) досліджуваних, за рік до настання вагітності - 10 (25,0 %) і більше 2 років - 6 (15,0 %) жінок. При оцінці акушерського статусу було виявлено, що викидні були зареєстровані в 7 (17,5 %) випадках, медичні аборти - у 15 (37,5 %), завмерлі вагітності - у 3 (7,5 %), позаматкові вагітності - у 4 (10,0 %) жінок. Серед запальних захворювань репродуктивної системи мали місце: цервіцит - у 18 (45 %) досліджуваних, вагінальний кандидоз - у 17 (42,5 %), неспецифічний вагініт - 12 (30 %) вагітних, ерозія шийки матки - 14 (35,0 %), запалення придатків матки - 5 (12,5%) жінок. З грамнегативної мікрофлори в мазках з піхви і кореня язика превалювала *E. coli* - у 10 (25 %) жінок. З грампозитивної мікрофлори найчастіше виділялися: *Staphylococcus epidermidis* - у 8 (20 %) жінок, *Staphylococcus aureus* - 12 (30 %) пацієнток. *Enterococcus faecalis* був виявлений у 18 (45 %) жінок і *Enterococcus faecium* - у 13 (32,5 %). З представників грибів роду *Candida* найбільш часто зустрічалися *C. albicans* у 13 (32,5 %) жінок і *C. non albicans* (*C. kruzei* і *C. tropicalis*) - у 6 (15,0 %) вагітних. В ході проведених досліджень були отримані наступні результати: повний збіг результатів посіву матеріалу з ротової порожнини і заднього склепіння піхви склали у 38 (95 %), а розбіжність зареєстровано - у 2 (5,0 %) жінок.

Висновки. Виявлення мікроорганізмів нормальної флори кишечника людини у невідповідних їм біотопах порожнини рота і вагіни може свідчити про недостатній рівень особистої гігієни вагітною. Тому необхідно включати проведення з жінками додаткових занять в рамках програми «Школи майбутніх матерів». Одночасне виділення у досліджуваних з біотопів порожнини рота і вагіни схожих в 95 % видів бактерій може слугувати підставою для мікробіологічного дослідження

порожнини рота вагітних для непрямих висновків про стан мікробіоти вагіни.

Терьшин Вадим Олександрович¹, Круглова Оксана Вікторівна²,
Граділь Григорій Іванович¹

**КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ
ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ
ГЕПАТИТ В**

¹Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

²ДЗ “Луганський державний медичний університет”,
м. Рубіжне, Україна

*Teryshin Vadim Oleksandrovich¹, Kruglova Oksana Viktorivna¹,
Gradil Grigorii Ivanovich²*

**CLINICAL-IMMUNOLOGICAL CRITERIA OF EFFECTIVITY
OF ENTEROSORPTION AT TREATMENT OF VIRAL
HEPATITIS B**

¹*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

²*GS «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine
E-mail: V.Teryshin@mail.ru; Teryshin V. O.*

Актуальність. Відомо, що епідеміологічна ситуація стосовно захворюваності на хронічний вірусний гепатит В (ХВГВ) залишається важливою та поки що невирішеною проблемою сучасної медицини. Хронічні вірусні гепатити посідають істотне місце серед передумов захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, первинної інвалідності й смертності в усьому світі. Усе викладене диктує необхідність удосконалювання базисних методик терапії й створення нових методів лікування хворих на ХВГВ. При розробці патогенетично обґрунтованих підходів до лікування хворих з даною патологією нашу увагу привернула можливість застосування сучасного кремнезёмного

ентеросорбенту «Біле вугілля» з врахуванням його детоксикаційних можливостей, що має важливий вплив на перебіг імунопатологічних реакцій. Відомо, що в патогенетичному плані застосування ентеросорбента «Біле вугілля» сприяє зниженню токсичного навантаження на фагоцитуючі та імукомпетентні клітини, що обумовлює збереження імунологічної реактивності на субкомпенсованому рівні.

Мета роботи. Вивчення впливу сучасного кременезьомного ентеросорбенту «Біле вугілля» на показники цитокинового профілю крові у хворих на ХВГВ.

Матеріали і методи. Під наглядом було 68 хворих на ХВГВ у віці від 25 до 55 років, в тому числі 29 чоловіків (42,6 %) та 39 жінок (57,4 %). Обстежені хворі на ХВГВ були розподілені на 2 групи – основну (35 осіб) та зіставлення (33 особи), рандомізовані за віком, статтю та тяжкістю перебігу і частотою загострень хвороби. Обстеження усіх хворих, які перебували під нашим спостереженням, містило клінічні (скарги, анамнез, об'єктивні дані), лабораторні й інструментальні методи дослідження. Враховуючи імунну опосередкованість запального процесу у печінці, паралельно до дослідження біохімічних проб, запроваджувалося спостереження за динамікою імунологічних показників. Пацієнти обох груп отримували загальноприйнятту терапію. Хворі основної групи отримували додатково ентеросорбент «Біле вугілля» по 3-4 таблетки 2-3 рази на добу; загальний курс ентеросорбції складав 10-2 діб поспіль. Статистичний аналіз даних, що були отримані, проводили методом варіаційної статистики, при цьому розраховували середню арифметичну величину ряду (M), помилку середньої арифметичної величини (m), середнє квадратичне відхилення σ . Вірогідність розходжень між середніми величинами визначали за допомогою критерію Ст'юдента.

Результати дослідження. При проведенні імунологічних досліджень було встановлено, що вміст прозапальних цитокінів

(ЦК) у сироватці крові в обох групах хворих до початку лікування був суттєво підвищеним. При нормі концентрації ФНПа (39,6±2,1) пг/мл в цей період обстеження вміст цього ЦК у сироватці складав у хворих на ХВГВ основної групи (216,5±9,4) пг/мл, тобто був підвищений у середньому у 5,47 рази стосовно відповідного показника норми ($p < 0,001$) та в групі зіставлення – (208,6±8,6) пг/мл, що в 5,27 рази перевищує норму ($p < 0,001$). Рівень ІЛ-1 β у сироватці крові при нормі (18,8±1,3) пг/мл був підвищений в основній групі хворих на ХВГВ в середньому в 4,6 рази стосовно нормальних значень та складав при цьому (86,5±3,6) пг/мл ($p < 0,001$), в групі зіставлення концентрація ІЛ-1 β була підвищена в середньому в 44,4 рази стосовно норми та досягала при цьому (82,7±3,5) пг/мл ($p < 0,001$). При проведенні імунологічного дослідження після завершення лікування було встановлено, що в основній групі хворих, яка отримувала в курсі лікування кремнеземний ентеросорбент «Біле вугілля», відмічено зниження вмісту ФНПа та ІЛ-1 β до верхньої межі норми ($p > 0,05$). В групі зіставлення на момент завершення лікування концентрація ФНПа у сироватці крові була в 3,7 рази нижче вихідного показника, але водночас в 1,42 рази вище відповідного показника норми, вміст ІЛ-1 β знижувався в ході лікування в 2,0 рази ($p < 0,01$), однак залишився вище норми в 2,2 рази ($p < 0,01$), та в 1,68 рази вище, ніж у хворих основної групи. В клінічному плані ефективність ентеросорбенту «Біле вугілля» підтверджується більш швидкою ліквідацією клінічних проявів захворювання порівняно до групи зіставлення, значно раніше досягалася вірогідна позитивна динаміка біохімічних показників, які характеризують цитолітичний, холестатичний, мезенхімально-запальний синдроми. У хворих основної групи також спостерігалася значне поліпшення показників синтетичної функції печінки (за даними протромбінового індексу й альбумінів сироватки крові), скорочувалися прояви гепаторенального синдрому.

Висновки. Отримані дані свідчать, що застосування сучасного кремнезёмного ентеросорбенту «Біле вугілля» в комплексі лікування хворих на ХВГВ патогенетично обгрунтоване та клінічно доцільне.

Терьошин Вадим Олександрович¹, Круглова Оксана Вікторівна²,
Могиленець Олена Іванівна¹

ВПЛИВ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ «БІЛЕ ВУГІЛЛЯ» НА АКТИВНІСТЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ А

¹Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

²ДЗ «Луганський державний медичний університет»,
м. Рубіжне, Україна

*Teryshin Vadim Oleksandrovich¹, Kruglova Oksana Viktorivna¹,
Mogilinetz Olena Ivanivna*

INFLUENCE OF ENTEROSORBENT «WHITE COAL» ON ACTIVITY OF LIPOPEROXIDATION AT ADULTS WITH VIRAL HEPATITIS A

¹*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*
²*GS «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine*
E-mail: V.Teryshin@mail.ru; Teryshin V. O.

Актуальність. Відомо, що дезінтоксикаційна терапія хворих на вірусний гепатит А (ВГА) відіграє важливу роль у лікуванні даного захворювання. При розробці патогенетично обгрунтованих підходів до терапії хворих на ВГА нашу увагу привернула можливість застосування сучасного кремнезёмного ентеросорбенту «Біле вугілля», в тому числі дослідження можливого впливу цього препарату на окремі показники метаболічного гомеостазу, а саме на показники ліпопероксидації. Біле вугілля» – ентеросорбент на основі

оксиду кремнію, що має значну сорбційну ємність відносно мікроорганізмів та бактеріальних токсинів. «Біле вугілля» не викликає закріпів, характеризується нетоксичністю та селективною дією, за рахунок чого в процесі ентеросорбції досягається мінімізація врат корисних мікронутрієнтів.

Мета дослідження – вивчення впливу ентеросорбенту «Біле вугілля» на активність перекисного окислення ліпідів у дорослих хворих на ВГА.

Матеріали і методи. Під спостереженням було дві групи – основна (32 особи) та група зіставлення (30 хворих) у віці від 18 до 45 років, що були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу ВГА. Діагноз ВГА верифіковували на основі клініко-епідеміологічних даних, результатів лабораторних та інструментальних досліджень. Хворі основної групи в комплексі лікування отримували сучасний ентеросорбент «Біле вугілля» по 3-4 таблетки 2-3 рази на добу; загальний курс ентеросорбції складав 6-8 діб поспіль, пацієнти групи зіставлення лікувалися лише за допомогою загальноприйнятої терапії. Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження у всіх хворих, які були під наглядом, додатково проводили біохімічне обстеження, яке включало вивчення активності процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), що оцінювали за вмістом у крові проміжних продуктів пероксидації ліпідів – дієнових кон'югат (ДК) та кінцевого продукту – малонового діальдегіду (МДА) спектрофотометрично. Статистичний аналіз даних, що були отримані, проводили методом варіаційної статистики: розраховували середню арифметичну величину ряду (M), помилку середньої арифметичної величини (m), середнє квадратичне відхилення σ . Вірогідність розходжень між середніми величинами визначали за допомогою критерію Ст'юдента.

Результати дослідження. При спеціальному біохімічному обстеженні було встановлено, що у всіх хворих з діагнозом ВГА до початку проведення лікування мало місце підвищення

активності процесів ліпопероксидації, яке документувалося збільшенням вмісту у сироватці крові рівня як проміжних, так і кінцевих продуктів ПОЛ - МДА та ДК. Так, вміст МДА у сироватці крові в основній групі хворих підвищувався в середньому до $(8,4 \pm 0,1)$ ммоль/л, що було в 2,3 рази вище відповідного показника норми ($P < 0,01$), в групі зіставлення – у середньому до $(8,0 \pm 0,2)$ ммоль/л, що було в 2,2 рази вище за норму ($p < 0,01$). До початку проведення лікувальних заходів концентрація ДК у сироватці крові пацієнтів, що склали основну групу, дорівнювала в середньому $(18,6 \pm 0,2)$ ммоль/л, у пацієнтів групи зіставлення – в середньому $(18,3 \pm 0,3)$ ммоль/л, що в перевищувало норму відповідно у 1,94 ($p < 0,001$) та 1,9 рази ($p < 0,001$). Повторне вивчення стану процесів ліпопероксидації було проведено після завершення курсу лікування: в групі зіставлення – загальноприйнятого, в основній групі – із застосуванням сучасного кремнезьомного ентеросорбенту «Біле вугілля». При цьому було встановлено позитивний вплив ентеросорбенту «Біле вугілля» на показники метаболічного гомеостазу, що заключалося у зниженні активності процесів ліпопероксидації, яке підтверджувалося нормалізацією вмісту МДА та ДК у сироватці крові пацієнтів, що склали основну групу. У групі зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку, рівень МДА залишався вище норми в середньому в 1,52 рази ($p < 0,05$) і складав $(5,46 \pm 0,2)$ ммоль/л; концентрація ДК понизилася лише до $(13,8 \pm 0,18)$ ммоль/л, що було нижче вихідного значення цього показника в середньому в 1,33 рази, але все ж таки залишалося вірогідно вище норми в 1,44 рази ($p < 0,05$). У клінічному плані у хворих основної групи ліквідація клінічних проявів захворювання відбувалася в більш ранні терміни, ніж у пацієнтів групи зіставлення. Слід зазначити, що у 2 хворих групи зіставлення, що спостерігалися нами, ВГА мав затяжний перебіг. У цих осіб на фоні збереження клінічних проявів спостерігалася також збереження біохімічних

порушень у крові, таких як збільшення АлАт, АсАт, тимолової проби.

Висновки. Виходячи з отриманих даних, можна вважати, що застосування сучасного кремнезьомного ентеросорбенту «Біле вугілля» в комплексній терапії хворих на ВГА є патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним.

Токарчук Надія Іванівна, Одарчук Ірина Володимирівна

**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ
ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти,
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Tokarchuk Nadiya Ivanivna, Odarchuk Iryna Volodymyrivna
**MODERN CONCEPTS DIAGNOSIS OF PYELONEPHRITIS IN
INFANTS**

*Department of Pediatrics Faculty of Postgraduate Studies,
Vinnitsa National Medical University named after N. I. Pirogov,
Vinnitsa, Ukraine*

E-mail: ira-vlad@ukr.net; Odarchuk I. V.

Актуальність. У повсякденній практиці педіатри досить часто зустрічаються з мікробно-запальними захворюваннями сечової системи - однією з найчастіших патологій дитячого віку [Лероуєтс. 2013; Борисова, 2012]. Дана нозологічна група в структурі захворювань органів сечової системи у дітей займає провідне місце (50–75,6 %) [Добрик, 2013].

Запальні захворювання органів сечової системи впродовж останніх років складають 77-89 % всіх випадків госпіталізації дітей до нефрологічних стаціонарів [Дашченко і ін, 2009]. Дослідження вказують, що у клінічному плані найбільш значущим є пієлонефрит, оскільки його поширення, як в

країнах Європи, так і в Україні також збільшується [Мигаль і ін, 2007, Кривоносова, 2010]. Актуальність проблеми ПН обумовлена як його високою поширеністю серед дітей раннього віку, так і значною варіабельністю клінічної картини захворювання, що обґрунтовує необхідність ранньої діагностики патології. У дітей раннього віку діагностика ПН утруднена [Мигаль, 2010].

Мета. Вивчення особливостей та діагностики пієлонефриту у дітей раннього віку на основі показників активності запального процесу, рівня прокальцитоніну.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 120 дітей раннього віку з гострим пієлонефритом. Контрольну групу склали 50 дітей раннього віку. Дослідження виконано на базі обласних дитячих лікарень м. Вінниці та м. Хмельницький. Всі діти перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні дітей раннього віку та нефрологічному відділенні.

Основна група дітей раннього віку, хворих на гострий пієлонефрит була розподілена на 2 підгрупи. Так, першу підгрупу склали 56 дітей, хворих на первинний гострий пієлонефрит (ГППН), та другу підгрупу – 64 дитини хворих на вторинний гострий пієлонефрит (ВГППН). Всі діти, які були залучені до дослідження, пройшли ретельне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. Діагноз пієлонефриту встановлювався на основі клінічних даних, результатів біохімічного, бактеріологічного, ультразвукового, рентгенологічного досліджень. Також були враховані фонові хвороби.

Результати дослідження. Під час проведення роботи ми визначали основні показники активності запального процесу у обстежених діток. Так, рівень лейкоцитозу був практично однаковим у дітей обох підгруп (при ГППН – $12,9 \pm 1,99 \times 10^9/\text{л}$ та при ВГППН – $13,35 \pm 0,92 \times 10^9/\text{л}$). Швидкість осідання еритроцитів у діток із ГППН була ($18,2 \pm 0,98$) мм/год, та із ВГППН ($20,03 \pm 1,21$) мм/год. Показники С-реактивного протеїну також

мали практично однаковий рівень і в середньому становили $(12,1 \pm 2,04)$ мг/л у першій підгрупі обстежуваних та $(14,7 \pm 2,01)$ мг/л у другій підгрупі. Також у ході дослідження нами проведено аналіз рівня ПКТ тесту в залежності від групи обстеження. Показник ПКТ тесту був підвищеним у обстежених дітей обох підгруп. Проте слід відмітити, що у малюків із ВПН рівень ПКТ ($(2,26 \pm 0,37)$ нг/мл) був достовірно вищим, ніж при ППН ($(0,97 \pm 0,19)$ нг/мл) ($p \leq 0,05$).

У ході роботи ми також проводили мікробіологічне дослідження сечі на мікрофлору. Так, встановлено, що у більшості дітей, як при ГППН (92,85 %) так і при ГВПН (87,5 %) висівались патогенні мікроорганізми. Найчастіше збудниками запального процесу у дітей із ГППН були *Esherichia coli* (35,7 %), *Proteus mirabilis* (19,63 %) та *Klebsiella pneumoniae* (12,5 %). *Enterobacter cloacae* та *Streptococcus aureus* висівались у однакової кількості малюків (по 7,13 % відповідно). У незначної частки дітей етіологічним чинником були встановлені *Staphylococcus epidermidis* (5,34 %), *Enterococcus faecium* (3,56 %) та *Morganella morganii* (1,78 %).

Аналізуючи етіологічну структуру ГВПН, ми виявили, що найчастішою причиною захворювання у дітей даної підгрупи є *Proteus mirabilis* (31,24 %), *Esherichia coli* (15,62 %), *Staphylococcus epidermidis* (10,92 %) та *Klebsiella pneumoniae* (9,36 %). Рідше у обстежених дітей висівали *Streptococcus aureus* (7,8 %), *Enterobacter cloacae* (6,24 %), *Enterococcus faecium* та *Morganella morganii* (по 3,12 %).

Висновки. У 72,5 % обстежених дітей відмічалось достовірне підвищення рівня прокальцитоніну в сироватці крові. Медіана рівня ПКТ (2,26 нг/мл) була вищою у дітей з вторинним гострим пієлонефритом, що доводить необхідність визначення рівня ПКТ в якості достовірного маркера активності запального процесу при гострому пієлонефриті.

Найчастішими збудниками запального процесу в нирковій паренхімі у дітей раннього віку є *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumonia* та *Staphylococcus epidermidis*.

Токарчук Надія Іванівна, Чигір Ірина Вікторівна
**АГВАНТАР У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БІЛКОВО-
ЕНЕРГЕТИЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО
РОКУ ЖИТТЯ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ
УШКОДЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**
Кафедра педіатрії №1,
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Tokarchuk Nadiya Ivanivna, Chygir Iryna Victorivna
**AGVANTAR IN COMPLEX TREATMENT PROTEIN-ENERGY
DEFICIENCY IN TODDLERS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC
DAMAGE OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM**
Department of Pediatrics №1
Vinnitsa National Medical University named after N. I. Pirogov,
Vinnitsa, Ukraine
E-mail: nadia_tokarchuk@mail.ru; Tokarchuk N. I.

Актуальність Білково-енергетична недостатність (БЕН) є складним багатофакторним захворюванням. Незважаючи на постійне зростання кількості та палітри метаболічних засобів, проблема удосконалення терапії БЕН залишається актуальною. Обов'язковою умовою терапії БЕН є метаболічна корекція, що дозволяє попередити прогресування захворювання.

Мета: оцінка ефективності метаболічної корекції білково-енергетичної недостатності у дітей першого року життя, яка виникла на тлі гіпоксично-ішемічного ушкодження центральної нервової системи.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 80 дітей першого року життя із БЕН на тлі гіпоксично-ішемічного ушкодження центральної нервової системи (ГІУ ЦНС). Для вивчення ефективності метаболічної терапії БЕН у дітей на тлі ГІУ ЦНС використовувався лікарський препарат L-карнітин «Агвантар» (ООО «Ерсель Фарма Україна»). Методом випадкової вибірки хворі були розподілені на дві групи в залежності від характеру терапевтичних заходів. I група хворих (40) – дітей, що отримували протокольне лікування згідно Наказу МОЗ №9 від 10.01.2005 р.; II (40) – діти що отримували протокольне лікування в поєднанні Агвантаром у дозі 0,5-1,0 мл перорально 2 р/добу за 30 хв. до вживання їжі протягом 25 днів.

Результати дослідження. Отримані дані засвідчують, що показник маси тіла є досить чутливим по відношенню до метаболічної терапії. Так, використання Агвантару при БЕН у дітей із наслідками ГІУ ЦНС достовірно сприяло збільшенню маси тіла. Зокрема, у дітей II групи застосування Агвантару підвищило показник маса тіла на $(38,8 \pm 1,30)$ %, у той час як у дітей I групи при традиційній терапії маса тіла збільшилась на $(30,2 \pm 1,42)$ % порівняно з таким до лікування ($p < 0,05$). Крім того, у 7,5 % дітей I групи крива маси тіла продовжувала бути сплющеною протягом усього терміну перебування на стаціонарному лікуванні.

Також у дітей II групи, які отримували метаболічну терапію, показник збільшення маси тіла був більш динамічним та становив $(0,6 \pm 0,1)$ кг), тоді як у дітей I групи – $(0,45 \pm 0,1)$ кг), ($p < 0,05$). Крім того, нами було зафіксовано достовірні відмінності в динаміці інших клінічних проявів БЕН. Зокрема, проведена метаболічна терапія сприяла покращенню апетиту на $(9,9 \pm 0,2)$ день, відновленню толерантності до їжі та зменшенню шкірних трофічних порушень – на $(10,8 \pm 0,3)$ та $(10,6 \pm 0,2)$ день відповідно, ($p < 0,05$).

Лабораторне дослідження, яке було проведене на 25 добу, підтвердило ефективність комплексного лікування БЕН.

Призначена метаболічна корекція БЕН Агвантаром, сприяла достовірній зміні короткоживучих показників білкового обміну порівняно з початковими рівнями. Так, у дітей II групи комплексне лікування призвело до зниження α -1-антитрипсину сироватки крові ($1,40 \pm 0,03$), що достовірно відрізнялося від такого у дітей I групи, у яких вміст α -1-антитрипсину достовірно не змінювався та був сталим ($(1,46 \pm 0,03)$ г/л), ($p < 0,05$).

Показник ІФР-1 у хворих виявився також чутливим у залежності від призначеного лікування. Під впливом метаболічної корекції у дітей II групи по закінченню лікування спостерігалось достовірне підвищення рівня ІФР-1 ($(79,41 \pm 2,85)$ нг/мл) ($p < 0,05$), хоча його рівень залишався зниженими порівняно з показником контрольної групи ($p < 0,05$). Тоді як у дітей I групи після традиційної терапії показник ІФР-1 вірогідно не змінився ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що не виразним був вплив лікування на вміст загального білку в сироватці крові для всіх пацієнтів в залежності від групи обстеження дітей, як і різниця між цим показником від проведеної терапії.

Провдений аналіз показників ліпідограми у дітей із БЕН, яка виникла на тлі ГГУ ЦНС показав, що при використанні Агвантару виявлено достовірне підвищення холестерину, тригліцеридів та ЛПВЩ, що перевищувало дані показники в групі порівняння, де їх вміст достовірно не підвищувався ($p < 0,05$). Проте, відмічалась тенденція до їх підвищення ($p > 0,05$).

Клінічній ефективності метаболічного препарату Агвантар відповідали вірогідні зміни параметрів вуглеводного обміну, у порівнянні з групою хворих, які отримували лише базисну терапію. У групі пацієнтів, які отримували комплексну терапію БЕН у поєднанні з Агвантаром, перед випискою відмічалось збільшення рівня інсуліну у крові у порівнянні з показником дітей групи порівняння ($p < 0,05$). У даній групі дітей відмічено

підвищення рівня глюкози, у порівнянні з вихідним рівнем ($3,8 \pm 0,05$ проти $3,56 \pm 0,05$) ($p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, наведені дані демонструють свідчать про позитивний вплив метаболічної корекції на динаміку клінічних ознак та спроможність Агвантару сприяти нормалізації метаболічних показників у дітей першого року життя із БЕН, яка виникла на тлі ГІУ ЦНС.

Трихліб Володимир Іванович¹, Ткачук Степан Іванович²,
Гайда Іван Михайлович², Майданюк Володимир Павлович³,
Сморгунова Вікторія Федорівна⁴,
Рихальська Катерина Сергіївна⁴, Антоненко Людмила Петрівна⁴,
Кійченко Юрій Олексійович⁴

**ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ
ПОРАНЕННЯХ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС АТО**

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Військово-медичний клінічний центр Західного Регіону,
м. Львів, Україна

³Військово-медичний клінічний центр Південного Регіону,
м. Одеса, Україна

⁴Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»,
м. Київ, Україна

*Trykhlіb Volodymyr Ivanovych¹, Tkachuk Stepan Ivanovych²,
Hayda Ivan Mykhaylovych², Maydanyuk Volodymyr Pavlovych³,
Smorhunova Viktoriya Fedorivna⁴, Rykhalska Kateryna Serhiyivna⁴,
Antonenko Lyudmyla Petrivna⁴, Kiychenko Yuriy Oleksiyovych⁴*

**CHANGES OF THE BIOCHEMICAL INDEXES OF WOUNDS
AMONG**

MILITARY PERSONNEL DURING ATO

¹Ukrainian Military-Medical Academy, Kyiv, Ukraine

²Military-Medical Clinical Center of the Western Region,
Lviv, Ukraine

³Military-Medical Clinical Center of the Southern Region,
Odessa, Ukraine

⁴Main Military-Medical Clinical Center «ММЧ», Kyiv, Ukraine
E-mail: tryhleb_2005@voliacable.com; Trykhlіb V. I.

Актуальність. Своєрідність мінно-вибухової патології - в тяжкості поразок кінцівок, при одночасному ураженні органів і систем іншої локалізації.

Найчастіше при осколкових, мінно-вибухових та вибухових ураженнях вражається голова (у 72 %), причому у кожного третього уражається головний мозок. У 49 % поранених уражаються груди. Крім забиття легень, серця, у половини поранених виявляються переломи ребер, у 40 % випадків ураження грудей супроводжується гемо- або пневмотораксом.

Поранення живота при мінно-вибуховій травмі зустрічаються у 10 % поранених (закриті ураження – 42 %) та супроводжуються переважним ураженням паренхіматозних органів (печінка, селезінка, нирки), при осколкових пораненнях частіше уражаються порожнисті органи.

За даними Adesanya AA. зі співав., 1998 р., ураження тонкої кишки були у 56,1 % поранених, поранення печінки – у 22,8 %, шлунку – у 19,3 %. За іншими даними (Celen O1 зі співав., 2001р.), при пораненні в живіт у 40,9 % осіб було відмічено ураження тонкої кишки, у 38,4 % – товстої кишки, у 29,9 % – ураження печінки.

Як вказують Navsaria PH, 2009 р., середня тяжкість вогнепальної травми печінки була 19,6 (діапазон 4-34). Прості поранення печінки (класи I і II) були у 26 (41,3 %) поранених; складні ушкодження печінки (класи III, IV, і V) – у 37 (58,7 %).

Крім прямого впливу травматичного агента, захворювання органів травлення у поранених можуть бути обумовлені як рановим процесом, так і загостренням хронічних захворювань, які є у хворого, що розвивається досить часто. Гепатит розвивається внаслідок розвитку гнійно-септичних ускладнень, токсичного впливу різних речовин, в тому числі і лікарських препаратів, а також завдяки різноманітним вірусам.

Мета: встановити частоту відхилень від норми біохімічних показників у поранених військовослужбовців під час АТО.

Матеріали і методи. Були оброблені дані історій хвороб поранених, які лікувались вугоспітальях МО України. Для обробки отриманого матеріалу застосовувалась комп'ютерна статистична програма – STATISTICA 7,0.

Результати дослідження. При обстеженні 201 пораненого, переважно за рахунок осколків, у залежності від кількості уражених анатомічних ділянок, рівень загального білірубину був наступним (табл. 1):

Таблиця 1.

Кількість уражених анатомічних ділянок	Кількість поранених	Рівень загального білірубину, мкмоль/л	Частка поранених з підвищеним рівнем загального білірубину
1	91	12,87 (від 7 до 20)	0
2	52	13,08 (від 6 до 33,2)	51,1
3	27	12,1 (від 9 до 20)	0
4 і більше	31	11,68 (від 8 до 20)	0

Таблиця 2.

Кількість уражених анатомічних ділянок	Кількість поранених	Рівень АЛАТ, од/л	Частка поранених з підвищеним рівнем АЛАТ
1	91	41,5 (від 17 до 123)	67,7
2	52	34,96 (від 15 до 94)	51,1
3	27	53,4 (від 19 до 205)	73,9
4 і більше	31	33,3 (від 21 до 45)	42

Частіше підвищений рівень білірубіну зустрічався протягом місяця після травми та протягом четвертого місяця.

Рівень АлАТ у поранених, в залежності від кількості уражених анатомічних ділянок, був наступним (табл. 2):

Підвищений рівень АлАТ у деяких поранених зберігався в термін більш тривалий, ніж білірубіну. Коливання показників до більш високих цифр спостерігались протягом перших 10 діб після травми та на 3-4-у місяцях.

Рівень АсАТ у поранених, в залежності від кількості уражених анатомічних ділянок, був наступним (табл. 3):

Таблиця 3.

Кількість уражених анатомічних ділянок	Кількість поранених	Рівень АсАТ, од/л	Частка поранених з підвищеним рівнем АсАТ
1	91	35,9 (від 19 до 97)	58,1
2	52	33,3 (від 11 до 125)	51,1
3	27	42,57 (від 19 до 83)	65,2
4 і більше	31	52,1 (від 19 до 72)	68,1

Також і підвищений рівень АсАТ часто зберігався протягом тривалого періоду після поранення. Коливання показників до більш високих цифр спостерігались протягом перших 10 діб після травми та на 3-4-у місяцях.

Висновки. Підвищення рівня білірубіну та трансаміназ залежало більше від масиву поранених тканин, ніж від кількості уражених анатомічних ділянок.

Як правило, більш значне підвищення рівня білірубіну та трансаміназ спостерігається протягом перших 10 діб після травми (це в значній мірі пов'язане з отриманою травмою) та

протягом 3-4 місяців після травми (це може бути пов'язане як з розвитком вірусних гепатитів, так і з вживанням алкоголю, різних медикаментів).

В подальшій роботі слід звернути увагу на обстеження реконвалесцентів після поранень з підвищеним рівнем трансаміназ на маркери вірусних гепатитів.

Троцька Ірина Олександрівна¹, Тищенко Валентина Вікторівна²,
Демеха Наталія Миколаївна², Дем'яненко Наталія Вікторівна¹
**ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ВПЛИВ ІМУНІЗАЦІЇ НА СТАН
ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДЕЯКИМИ КЕРОВАНИМИ
ІНФЕКЦІЯМИ**

¹Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня
імені З. Й. Красовицького,

²Головне управління Держсанепідслужби у Сумській області,
м. Суми, Україна

*Trotska Irina Oleksandrivna¹, Tishchenko Valentina Viktorivna²,
Demeha Natalya Mykolayivna², Demyanenko Natalya Viktorivna¹*
***PROFEFFECT OF IMMUNIZATION TO CERTAIN
MANAGEABLE DISEASE INCIDENCE OF INFECTION***

*¹Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after
Z. Y. Krasovitskiy,*

*²Central Management of State Sanitary Epiemic
Service in Sumy region, Sumy, Ukraine
E-mail: sokib@list.ru; Trotska I. O.*

Мета дослідження - вивчити залежність захворюваності керованими інфекціями на Сумщині від рівня охоплення щепленнями.

Матеріали і методи. Статистичні дані про захворюваність дітей різного віку на кашлюк, паротитну інфекцію, кір, краснуху

та обсяг імунізації на території Сумської області за період 2000-2014 рр.

Результати дослідження. Протягом останнього десятиріччя питома вага інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, у структурі інфекційної захворюваності складала 0,94-1,4 %, що нижче рівня інших крапельних інфекцій у 30 і більше разів. Ретроспективний аналіз інцидентності на дані інфекції свідчить про чітку тенденцію до зниження при збереженні закономірностей періодичних підйомів та спадів захворюваності.

У 2011 р. встановлено зростання інцидентності на кашлюк. Питома вага недуги у структурі інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, становила близько 80 %. Підйом захворюваності співпадав з періодичним, проте його рівень був у 1,4 раза вищим за традиційний максимальний багаторічний. Однією з найімовірніших причин цього стало зниження імунного прошарку серед дітей від 0 до 5 років до 54 %. У 2014 р. захворюваність на кашлюк знизилася до 0,87 на 100 тис. нас. і не перевищувала середньобагаторічні та середньодержавні показники. Водночас, слід зазначити, що в останні 2 роки рівень охоплення дітей щепленнями проти кашлюку був нижчим 75 %, що, на нашу думку, створює передумови для подальшого ускладнення епідеміологічної ситуації.

На межі 2005-2006 рр. відбулося останнє значне зростання захворюваності на кір. Кількість захворілих у 2006 р. склала 942 (інтенсивний показник 79,8 на 100 тис. нас.). Після цього захворюваність знизилася у 88 разів і набула рівня, характерного для міжепідемічного періоду з його традиційними коливаннями. Середній показник захворюваності у 2007-2013 рр. склав 0,9 на 100 тис. нас. Показник охоплення вакцинації дітей у 2013 р. склав 97,3 %. У 2014 р. відбулося чергове підвищення захворюваності на кір. Серед захворілих 61,6 % склали особи віком 20-45 років, які не мали даних про щеплення або були

імунізовані понад 15 років тому. Дітей, хворих на кір, виявлено 8. З них 5 не були щепленими, 3 – неревакциновані.

Інші інфекції, керовані засобами специфічної профілактики, не спричиняли виражених епідускладнень.

Слід зазначити, що застосування комбінованої вакцини проти кору, паротиту і краснухи (КПК) мало більш позитивний вплив на рівні захворюваності на краснуху і паротитну інфекцію навіть при одноразовому введенні вакцини, ніж вплив на стан інцидентності на кір. Вищезазначене, на нашу думку, свідчило про більш стійкий рівень поствакцинального імунітету проти краснухи та паротиту.

Висновки. Показники захворюваності на кашлюк, краснуху, паротит та кір мають прямопропорційну залежність від рівня імунізації, хоча тривалість поствакцинального імунітету проти кору, ймовірно, є нижчою. Разом з тим, рівень імунного прошарку серед населення з більшості інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, починаючи з 2009 р., знижується, що може спричинити додаткові ризики їх поширення, а відтак сприяти ускладненню епідемічної ситуації в області.

Відсутність в Україні імунізації проти інших крапельних інфекцій, зокрема проти вітряної віспи та менінгококової інфекції, має негативний вплив на структуру захворюваності та смертності від інфекційних хвороб. Питома вага некерованих інфекцій більше, ніж у 30 разів перевищує рівень захворюваності інфекціями, керованими засобами специфічної профілактики, а показники летальності від менінгококової інфекції становлять 25-50 %.

Чемич Оксана Миколаївна, Чемич Микола Дмитрович
**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ
КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ УМОВНО-
ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ, ВІРУСАМИ ТА
САЛЬМОНЕЛЬОЗІВ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,
Сумський державний університет, Суми, Україна

Chemych Oksana Mykolaivna, Chemych Mykola Dmytrovych
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ACUTE
INTESTINAL INFECTIONS CAUSED BY OPPORTUNISTIC
MICROORGANISMS, VIRUSES AND SALMONELLOSIS**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Sumy State University, Sumy, Ukraine*

E-mail: chemych_oksana@mail.ru; Chemych O. M.

Актуальність. В Україні, як і в багатьох країнах третього світу, існують екологічні та соціально-економічні передумови для існування гострих кишкових інфекцій, вони посідають друге місце в інфекційній патології. Поряд з цим, у результаті широкого застосування антибактеріальних препаратів, постала проблема зростання чисельності полірезистентних штамів, пригнічення нормальної мікрофлори.

Мета – дослідити клінічні та епідеміологічні особливості гострих кишкових інфекцій, спричинених умовно-патогенними мікроорганізмами, вірусами та сальмонельозів.

Матеріали і методи. Обстежено 70 хворих з ГКІ, викликаними УПМ і вірусами, та 140 хворих на сальмонельоз, госпіталізованих у СОІКЛ ім. З. Й. Красовицького, середній вік яких склав $(41,14 \pm 1,20)$ року. Було 119 чоловіків і 91 жінка. Пацієнти ушпиталізовані на $(1,86 \pm 0,07)$ день від початку захворювання.

Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання. За даними анамнезу життя та об'єктивного огляду, супровідна

патологія шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної системи у всіх хворих на момент обстеження була відсутня. Крім загальноклінічних обстежень, у всіх пацієнтів було проведене бактеріологічне/ вірусологічне дослідження калу, серологічне та ІФА дослідження крові з метою з'ясування етіології ГКІ. В залежності від етіології всі обстежені були розподілені простим випадковим методом на дві групи ГКІ – де причиною захворювання були умовно-патогенні мікроорганізми (УПМ) та С – де захворювання спричинили сальмонели. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів.

Результати дослідження. Захворювання на гострі кишкові інфекції були спричинені *Klebsiella pneumoniae* (31,4 %), вірусами (15,7 %), ЕПКП (11,4 %), *Pseudomonas aeruginosae* (10,0 %) ($p < 0,01$). Сальмонельоз спричинювали домінантні штами – *Salmonella enteritidis* (69,0 %), *Salmonella typhimurium* (31,0 %) ($p < 0,01$).

Серед ймовірних факторів передавання хворі на ГКІ, спричинені УПМ і вірусами, найчастіше вказували на молочні продукти у (22,6 %), овочі та фрукти (21,0 %), м'ясо (15,1 %). У більшості випадків хворі на сальмонельоз пов'язували своє захворювання з декількома факторами передавання, найбільш поширені - це яйця птиці (40,8%), м'ясо- і рибопродукти (40,8 %), молокопродукти (36,8 %).

При дослідженні клінічної картини перебігу захворювання можна відмітити скарги, які зустрічалися практично у всіх хворих різних груп: слабкість, підвищення температури тіла та діарея. На другому місці серед скарг були нудота та блювання у (60 % - 80 %) пацієнтів групи ГКІ. У групі сальмонельозу нудота відмічалась у 82,9 % людей, блювання – у 69,3 % ($p < 0,01$). Головний біль анамнестично відмічали переважно пацієнти групи С (56,4 %) порівняно з ГКІ (7,1%) ($p < 0,01$).

Під час об'єктивного обстеження найпоширенішим симптомом був біль у животі при пальпації серед ГКІ у 91,4 % пацієнтів, у хворих на сальмонельоз у 97,9 %. У значної

кількості хворих біль при пальпації локалізувався в декількох ділянках одночасно, але найчастіше в мезогастральній ділянці (ГКІ – 60 %, С – 76,4 %) та в епігастрії (ГКІ – 65,1 %, С – 70,7 %). У групах обстежених переважала гастроентеритна форма/варіант (ГКІ – 55,7 %; С – 45,7 %), при ГКІ на другому місці був ентероколіт (21,4 %), при сальмонельозі – гастроентероколіт (36,4 %).

Прояви зневоднення 1-го ступеня відмічались у більшості хворих групи ГКІ (75,7 %) та на сальмонельоз (79,3 %).

Хворі на сальмонельоз слиз у калі виявляли у 2,6 разу частіше (44,3 %), ніж при ГКІ (17,1 %) ($p < 0.01$). Кров у калі була у 18,6 % пацієнтів серед групи С, тоді як при ГКІ це явище не спостерігалось у жодного обстеженого.

У більшості хворих (ГКІ – 100 %, С – 96,4 %) перебіг був з підвищенням температури тіла. Об'єктивно більш виразніша температурна реакція спостерігалася при сальмонельозах ($38,0 \pm 0,10$) °С, при ГКІ температура була нижчою і сягала в середньому ($37,48 \pm 0,09$) °С ($p < 0,05$).

Збільшення розмірів печінки відбувалося у 27,3 % пацієнтів з ГКІ і 32,9 % осіб з сальмонельозом, в основному до 2 см.

Спазм сигмоподібної кишки частіше спостерігався у хворих з групи С (9,3 %) порівняно з ГКІ (2,9 %).

Повне зникнення симптомів у хворих спостерігається на 6-8 добу. Такі симптоми, як слиз у калі (ГКІ – $2,64 \pm 0,23$; С – $3,24 \pm 0,19$), слабкість (ГКІ – $2,42 \pm 0,13$; С – $4,39 \pm 0,21$), пронос (ГКІ – $3,88 \pm 0,21$; С – $4,83 \pm 0,16$) довше зберігаються при сальмонельозі ($p < 0,05$).

Висновки. В етіологічній структурі гострих кишкових інфекцій переважають *Klebsiella pneumoniae*, віруси, ЕПКП, *Pseudomonas aeruginosae*. Сальмонельоз спричиняють домінантні штами *Salmonella enteritidis*, *Salmonella typhimurium*. Факторами передавання при ГКІ найчастіше є молокопродукти, овочі та фрукти, а при сальмонельозі – яйця птиці, м'ясо- і рибопродукти. Інтегральних маркери інтоксикації першого рівня

(температура тіла, нудота, блювання, слабкість, головний біль, біль у животі будь-якої локалізації тощо) дозволили нам констатувати, що в гострому періоді ендогенна інтоксикація зростає у всіх хворих, однак її рівень є виразнішим при сальмонельозі. Повне зникнення симптомів довше спостерігається у хворих на сальмонельоз.

Шандиба Ірина Олександрівна, Ільїна Ніна Іванівна
**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПЕРЕБІГУ БЕШИХИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**
Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Shandyba Iryna Olexandrivna, Il'yina Nina Ivanivna
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF
ERYSIPELAS AT THE PRESENT STAGE**
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
Sumy State University, Sumy, Ukraine*
E-mail: irenalex90@mail.ru; Shandyba I. O.

Актуальність. В останні роки значна поширеність бешихи, її схильність до рецидивного перебігу, розвиток ускладнень, які призводять до тривалої непрацездатності та інвалідизації, знову привертають увагу дослідників та практичних лікарів. Частіше на дану патологію хворіють жінки. Стаття є одним з найважливіших факторів, який впливає на імунну реактивність організму. Згідно сучасним уявленням, гіпофізарно-надниркова система є важливим фактором, що визначає неспецифічну реактивність організму. Остання багато в чому визначає результат захворювання, у тому числі формування рецидивних форм. У зв'язку з цим, вивчення клінічного перебігу бешихи, пошук можливостей прогнозування і попередження ускладнень та рецидивів є актуальним.

Мета. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу бешихи на сучасному етапі. Провести аналіз вікової структури, клінічних форм, супутньої патології та ускладнень захворювання. З'ясувати предиктори розвитку ускладнень.

Матеріали і методи. Карти стаціонарних хворих на бешиху, які перебували на лікуванні у СОКІЛ ім. З. Й. Красовицького протягом 2012-2014 рр. Опрацьовано 132 історії хвороб. Використані загальноприйняті клінічні та лабораторні методи дослідження. Результати досліджень були піддані статистичній обробці за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати дослідження. Переважну більшість хворих склали жінки – 80 (60,6 %) осіб, чоловіки – 52 (39,4 %). Вік пацієнтів коливався у межах від 23 до 87 років. Первинну бешиху було діагностовано у 87 (65,9 %) осіб, рецидивну – у 45 (34,1 %). Патологічний процес у більшості хворих локалізувався на нижніх кінцівках – 109 (82,5 %). При первинній бешисі ураження обличчя спостерігалось у 13 (9,8 %) осіб, верхньої кінцівки – у 4 (3 %), вушної мушлі – у 2 (1,5 %), черевної стінки – у 1 (0,75 %) . Рецидиви хвороби частіше виявлялися на нижніх кінцівках – 43 (32,5 %) випадки, на обличчі та передпліччі – з однаковою частотою (1 особа).

Серед клінічних форм переважала еритематозна – 88 (67 %). У половини хворих вона розвивалася при локалізації на нижніх кінцівках, а на обличчі – у 9,8 %. Інші клінічні форми – бульозно-геморагічна, виразково-некротична, еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна діагностовано у 12 (9 %), 1 (0,75 %), 21 (15,9 %), 10 (7,5 %) пацієнтів відповідно. Вони розвивались переважно при ураженні нижніх кінцівок.

Хвороба починалася гостро з підвищення температури тіла до 38-40°C (78,7 %). При первинній бешисі поява гіперемії у першу добу спостерігалась у 67,8 % хворих, при рецидивній – у 75,5 %. Провокуючими факторами розвитку бешихи були ушкодження шкіри (подряпини, мікротравми, розчухи тощо) у 22 (16,6 %), переохолодження – у 9 (6,8%) та нервово-емоційні стреси. У

більшості хворих була виявлена супутня патологія, а саме: гіпертонічна хвороба – у 65 (49,2 %), ожиріння – у 17 (12,8 %), цукровий діабет – у 12 (9 %), мікози стоп – у 3 (2,3%), алергічний дерматит – у 2 (1,5 %), екзема та псоріаз – по 1 (0,75 %) хворому. Серед ускладнень на першому місці хронічна лімфо-венозна недостатність у 20 (15,2 %), лейкомоїдна реакція за мієлоїдним типом – у 3 (2,3 %), флегмона – у 1 випадку. Предикторами розвитку ускладнень були рання поява місцевих проявів хвороби, більш тривала гарячка, виражений больовий синдром, значний лейкоцитоз і наявність супровідної патології.

Висновки. На бешиху частіше хворіють жінки. У більшості випадків реєструється первинна бешиха. Патологічний процес локалізується переважно на нижніх кінцівках та обличчі. Серед клінічних форм переважає еритематозна та еритематозно-бульозна. Хронічна лімфо-венозна недостатність є найбільш поширеним ускладненням бешихи. Супутня патологія (гіпертонічна хвороба, ожиріння, цукровий діабет) більш виражена у жінок, що пов'язано зі змінами імунологічної реактивності організму.

Шостакович-Корецька Людмила Романівна,
Будаєва Ірина Василівна, Ревенко Георгій Олександрович
**КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕНЬ СЕРЦЯ
ПРИ ХВОРОБІ ЛАЙМА**

Кафедра інфекційних хвороб,
Дніпропетровська медична академія,
м. Дніпропетровськ, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Lyudmyla Romanivna,
Budaeva Irina Vasilivna, Revenko Georgiy Oleksandrovich*
**CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA FOR HEART
DAMAGE AT LYME DISEASE**

*Department of Infectious Diseases,
Dnipropetrovsk Medical Academy, Dnipropetrovsk, Ukraine*
E-mail: Georev@5mail.ru; Revenko G. O.

Актуальність. Хвороба Лайма (ХЛ) – найбільш поширена природно-осередкова трансмісивна інфекція в Україні і являє собою серйозну медичну проблему внаслідок поліморфізму ураження органів і систем. Хвороба має декілька клінічних стадій, від первинних проявів до віддалених часом хронічних форм. Особливе занепокоєння викликають пізні ураження різних систем і органів через несвоєчасну діагностику, що призводить до хронічних проявів (3,5-10,6 % випадків), довготривалої непрацездатності, інвалідизації, а інколи, і до летальних випадків. Встановлено, що збудник *Borrelia burgdorferi* уражає серцево-судинну систему у 15-20 % хворих.

Мета. Визначення діагностичного значення змін на ЕКГ та визначення КФК-МВ для діагностики «мінорних» форм міокардиту, з метою оптимізації схем антибактеріальної терапії.

Матеріали і методи. Під наглядом перебували 136 хворих на ХЛ, які спостерігались в 2011-2013 роках в КЗ „ДМКЛ № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової „ДОР” м. Дніпропетровська. Для

визначення «мінорних» форм ураження серця проводилось ЕКГ та рівень КФК-МВ в сироватці крові.

Результати дослідження. Як відомо, ураження серця при ХЛ супроводжується порушенням серцевого ритму, насамперед, виникненням А-V блокад. Саме цей вид аритмії з'явився у 2 наших хворих, це були діти 9 і 11 років із сільської місцевості. Укус кліщем трапився у них на початку літа (травень-червень), згодом виникла типова мігруюча еритема, яку лікарі розцінили, як алергійну реакцію на укуси комах, через 2-3 тижня у обох дітей еритема зникла. У однієї дитини з'явилася вторинна еритема. У серпні – вересні (через 2,5-3 місяці) у обох дітей з'явилися синкопе, з приводу чого їм обом було проведено електрокардіографічне обстеження; результат - А-V блокада II – III ступеня. Обом дітям планувалося проведення операції по вживленню штучного водію ритму. Перед операцією діти були оглянуті дитячим інфекціоністом, по рекомендації якого проведено дослідження дітей на наявність специфічних антитіл до *B.burgdorferi* класу IgM та IgG. Діагноз ХЛ був підтверджений, проведено відповідне лікування із застосуванням цефтриаксону тривалістю 21 діб. Динаміка захворювання була позитивною, спостерігалось повне одужання дітей. Оперативне втручання не проводилося. А-V блокади – це характерне ураження серця при ХЛ, але в наших дослідженнях ми виявили «мінорні» ознаки міокардиту, який рееструвався по збільшенню КФК-МВ у 2-4 рази відповідно норми і наявності порушень ритму (тахікардія – збільшення ЧСС у 1,8-2,5 разів у зрівнянні з нормою), екстрасистолії, які виявлялися аускультативно і на ЕКГ без будь-яких скарг хворого. Такий варіант ураження серця спостерігався у 18 дітей у віці від 2 до 13 років: порушення на ЕКГ – 5 дітей, збільшення КФК-МВ – 9 дітей, зміни на ЕКГ + збільшення КФК-МВ - 4 дитини. Ці порушення були виявлені у ранню дисеміновану стадію хвороби. Виявлення наведених лабораторно-інструментальних симптомів міокардиту дозволило переглянути

антибіотикотерапію: терапія проводилася цефалоспоринами 3 покоління впродовж 21 доби.

Висновки. Таким чином, можна стверджувати, що для ураження серця при ХЛ у ранній дисемінованій стадії хвороби характерним є не тільки порушення ритму у вигляді А-V блокад, але і симптоми міокардиту у вигляді збільшення в сироватці крові КФК-МВ і «легких» симптомів порушення ритму (тахікардія, екстрасистолія). На підставі проведених досліджень можна рекомендувати поглиблене обстеження хворих (обов'язкове проведення ЕКГ, дослідження рівня КФК-МВ в сироватці крові) у ранню дисеміновану стадію ХЛ для активного виявлення «мінорних» форм ураження серця і вибору раціональної терапії.

Шостакович-Корецька Людмила Романівна¹,
Будаєва Ірина Василівна¹, Ревенко Георгій Олександрович¹,
Гамота Ірина Олександрівна²

ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ

¹Кафедра інфекційних хвороб,
Дніпропетровська медична академія,
²Дніпропетровський обласний лабораторний центр,
м. Дніпропетровськ, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Lyudmyla Romanivna¹,
Budaeva Irina Vasilivna¹, Revenko Georgiy Oleksandrovich¹,
Gamota Irina Oleksandrivna²*

SOME CLINICAL ASPECTS OF CHICKENPOX COURSE

*¹Department of Infectious Diseases,
Dnipropetrovsk Medical Academy,
²Dnipropetrovsk Regional Laboratory Center,
Dnipropetrovsk, Ukraine*

E-mail: Georev@5mail.ru; Revenko G. O.

Актуальність. Вітряна віспа – це гостре інфекційне захворювання, яке спричинюється антропопатогеним вірусом герпесу III типу – Varicella Zoster Virus, з практично універсальним механізмом передачі – повітряно-краплинним, що забезпечує безперервну циркуляцію вірусу в біосфері Землі. Висока контагіозність, майже 100 % сприйнятливість до цієї інфекції, а також відсутність планової вакцинації не сприяє зменшенню захворюваності. Відносно нетяжкий перебіг, низька летальність були причиною «спокійного» ставлення до цієї хвороби. Але сучасні клінічні спостереження дозволяють стверджувати про появу деяких особливостей перебігу.

Мета. На підставі клінічного аналізу випадків вітряної віспи у хворих виявити особливості перебігу хвороби на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом перебували 210 пацієнтів з діагнозом вітряна віспа, які спостерігались у 2013 – 2014 роках в КЗ „ДМКЛ № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової” ДОР” м. Дніпропетровська. Був проведений аналіз перебігу вітряної віспи за спектром клінічних ознак та ускладнень.

Результати дослідження. Типова везикульозна форма вітряної віспи спостерігалася у більшості хворих – у 93,8 % (n=197), атипова, пустульозна – у 5,7 % (n=12), бульозна – у 0,5 % (n=1). Відмічалась характерна зимово-весняна сезонність захворюваності. У більшості випадків (94,3 %) був певний контакт з хворими на вітряну віспу. По тяжкості захворювання пацієнти були розподілені на 3 групи: легка ступінь становила 37,1 % (n=78), середньо-тяжка ступінь тяжкості у 51,4 % (n=108), тяжка ступінь у 11,4 % (n=24). Таким чином, переважали легка та середньо-важка форми захворювання. Віковий аналіз виявив перевагу дорослих пацієнтів – 60 % (n=126), дітей було 40 % (n=84). Вікова медіана серед дорослих становила 24,5 років. Вікова медіана у дітей становила 11,4 років. Гендерний аналіз показав перевагу осіб чоловічої статі 60,3 % (n=76) серед дорослих і в меншій мірі серед дітей 51,5 % (n=44). Таку статеву особливість серед дорослого населення можна пояснити спалахами вітряної віспи серед солдат строкової служби, які проживають у казармах.

Епідеміологічною особливістю виявилися повторні випадки вітряної віспи, що спостерігались у 2,4 % хворих (n=5). Інтервал між епізодами вітряної віспи становив від 3 до 10 років. Тільки у одного хворого повторний випадок вітряної віспи трапився після повторного контакту з хворих на «вітрянку». На момент повторного захворювання на вітряну віспу у жодного хворого не спостерігалось вродженого або набутого імунодефіциту, що свідчить про можливу епідемічну причину захворювання, а не дисеміновану реактивацію VZV.

Наступною особливістю вітряної віспи було приєднання скарлатиноподібної висипки у 9 % дітей: яскрава,

дрібнопапульозна екзантема на гіперемійованому фоні шкіри. Термін появи такої екзантеми був різним: за 1-2 доби до появи поліморфної везикульозної висипки, характерної для VZV-інфекції або через 1-3 доби після її появи. У двох хворих спостерігалася помірна кількість пустул. Скарлатиноподібна висипка регресувала раніше герпетичної, через 1-3 діб, без лущення та пігментації. Поява додаткової екзантеми не сприяло посиленню тяжкості вітряної віспи, ніхто з хворих не мав будь-яких ускладнень після перенесеної хвороби. Таким хворим обов'язково призначали антибіотики.

Ускладнення спостерігались у 12,4 % (n=26). Серед вірусоспецифічних ускладнень спостерігались вітряночний енцефаліт 0,95 % (n=2) і церебеліт 0,95 % (n=2). Бактеріальна суперінфекція визначалась у 10,5 % (n=22): пустульозна форма вітряної віспи – у 5,7 % (n=12), позагоспітальні вогнищеві пневмонії – у 0,95 % (n=2), целюліт – 0,95 % (n=2), піодермія – 0,95 % (n=2), ларинготрахеїт – 0,5 % (n=1), синусит – 0,5 % (n=1), баланопостит – 0,5 % (n=1), орхіт – 0,5 % (n=1).

У всіх випадках, незалежно від типу хвороби або наявності ускладнень, перебіг вітряної віспи закінчився повним одужанням.

Висновки. Відбувається збільшення захворюваності на вітряну віспу серед дорослих, що має певне соціальне значення, оскільки хворіють декретовані групи, військовослужбовці. Саме ця особливість ставить питання про необхідність вакцинації військовослужбовців проти вітряної віспи. Спостерігається реєстрація повторних випадків вітряної віспи. У більшості випадків вітряна віспа зберігає свої «традиційні» клінічні ознаки, проте в окремих випадках можна виділити деякі особливості перебігу, а саме: приєднання скарлатиноподібної висипки, що змушує переглядати етіотропну терапію в плані додаткового призначення антибіотиків.

Шостакович-Корецька Людмила Романівна¹,
Чикаренко Зоя Олександрівна¹, Будаєва Ірина Василівна¹,
Ревенко Георгій Олександрович¹, Чемерис Ольга Леонідівна²
**ЛІГАНД CCL3L1 ЯК ФАКТОР ПРОГНОЗУВАННЯ
РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ**

¹Кафедра інфекційних хвороб,
Дніпропетровська медична академія,
²Дніпропетровська клінічна міська лікарня № 21 імені проф.
Є. Г. Попкової, м. Дніпропетровськ, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Lyudmyla Romanivna¹,
Chykarenko Zoya Oleksandrivna¹, Budaeva Irina Vasilivna¹,
Revenko Georgiy Oleksandrovich¹, Chemeris Olga Leonidivna²*
**LIGAND CCL3L1 AS A FACTOR IN PREDICTING THE
RISK OF PERINATAL HIV TRANSMISSION**

¹*Department of Infectious Diseases,
Dnipropetrovsk Medical Academy,*
²*Dnipropetrovsk Clinical Hospital № 21 named after
prof. E. G. Popkova, Dnipropetrovsk, Ukraine*
E-mail: Georev@5mail.ru; Revenko G. O.

Актуальність. Поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок підвищує ризик інфікування найбільш уразливого контингенту – дітей. Серед ВІЛ-інфікованих дітей близько 20 % ризикують розвитком швидкого прогресування ВІЛ. Провідну роль в імунопатогенезі ВІЛ-інфекції на ранніх етапах грають генетичні фактори, в той час на більш пізніх етапах хвороби все більша роль належить впливу вірусу. Ліганд CCL3L1 – один з лігандів CC хемокіну рецептору 5 (CCR5), головного ко-рецептору для М-штамів ВІЛ-1 інфекції. Доведено, що він має супресивний вплив на ризик ВІЛ-інфікування у дорослих людей при умові збільшення числа копій у порівнянні з домінантним популяційним показником.

Мета. Удосконалення профілактики та прогнозування перинатального інфікування ВІЛ шляхом визначення числа копій гену CCL3L1 у дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів.

Матеріали і методи. Дослідження проводили у 120 матерів і 307 дітей (n=186 (60,6 %) ВІЛ-інфікованих та n=121 (39,4 %) не інфікованих).

Результати дослідження. У популяції дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів, домінантним показником варіації копій гену CCL3L1 є подвоєне число, що співпадає з європейською когортою. Домінантний популяційний показник числа копій гену CCL3L1 (а саме подвійне число копій гену CCL3L1) не впливає на ризик перинатального інфікування дітей на ВІЛ і однаково часто спостерігався в обох групах дітей: ВІЛ-позитивних і ВІЛ-негативних. На резистентність проти ВІЛ впливає не домінантна варіація числа копій гену CCL3L1, а відхилення від цього показника. Ризик перинатального інфікування на ВІЛ у дітей, народжених від ВІЛ-позитивних матерів, має найбільшу частоту при наявності числа копій гену CCL3L1 – 0, 1, 5; і найменшу частоту у дітей з числом копій даного гену – 3,4.

Висновки. Вагітним ВІЛ-інфікованим жінкам показано дослідження числа копій гену ліганду CCL3L1; при наявності числа копій менш 2 (менше медіани в популяції) рекомендовано раннє призначення ВААРТ з метою

Отже, визначення числа копій гену CCL3L1 у дитини дозволить прогнозувати на ранніх строках вірогідність перинатального ВІЛ-інфікування, оптимізувати схеми раціональної антиретровірусної профілактики перинатальної ВІЛ- трансмісії. Розуміння факторів природної резистентності дозволить оптимізувати профілактику трансмісії ВІЛ, спостереження та лікування ВІЛ-інфікованих дітей та в подальшому створить умови для розробки ефективних вакцин.

Шостакович-Корецька Людмила Романівна¹,
Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна¹,
Ревенко Георгій Олександрович¹,
Галущенко Світлана Андріївна¹, Ляхова Олена Юріївна²,
Чемерис Ольга Леонідівна², Скуднова Надія Олександрівна³
**ПАТОГЕННА ФЛОРА В ЕТІОЛОГІЧНІЙ СТРУКТУРІ
ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ**

¹Кафедра інфекційних хвороб,
Дніпропетровська медична академія,
²Дніпропетровська клінічна міська лікарня № 21 імені проф.
Є. Г. Попкової,
³Дніпропетровська міська клінічна лікарня №6,
м. Дніпропетровськ, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Liudmyla Romanivna¹,
Shevchenko-Makarenko Olga Petrivna¹,
Revenko Georgiy Oleksandrovych¹,
Haluschenko Svetlana Andriyivna¹,
Lyakhova Elena Yuriyivna², Chemeris Olga Leonydivna²,
Skudnova Nadiya Oleksandrivna³*
**PATHOGENIC FLORA IN THE ETIOLOGICAL STRUCTURE
OF ACUTE INTESTINAL INFECTION IN
DNIPROPETROVS'K REGION**

*¹Department of Infectious Diseases,
Dnipropetrovsk Medical Academy,
²Dnipropetrovsk Clinical Hospital № 21 named after
prof. E. G. Popkova,
³Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital № 6,
Dnipropetrovsk, Ukraine*

E-mail: dsmainfect@ukr.net; Shostakovych-Koretskaya L. R.

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) залишаються досить актуальною проблемою охорони здоров'я ХХІ століття,

що пов'язано з високою захворюваністю серед населення у всіх вікових групах. На сьогодні в структурі інфекційних захворювань вони поступаються гострим респіраторним вірусним інфекціям. Виявлення збудника та визначення його ролі в етіологічному тлумаченні інфекційного захворювання має велике епідеміологічне значення, дозволяє простежити шляхи розповсюдження інфекцій, оптимізувати терапію та заходи їх профілактики. На сучасному етапі в Україні встановити етіологічний фактор ГКІ вдається не завжди (у 56-80 % хворих). При інфекційних діареях достовірний діагноз неможливий без лабораторного підтвердження у зв'язку з поліетіологічністю ГКІ на фоні аналогічних клінічних проявів.

Мета. Вивчити мікробний пейзаж патогенної флори у хворих на гострі кишкові інфекції на Дніпропетровщині.

Матеріали і методи. Нами було досліджено мікробний пейзаж у хворих на ГКІ, які знаходились на лікуванні в в КЗ „Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової” ДОР” (інфекційна лікарня) в 2013-2014 роках. Діагноз встановлювався на підставі сукупності клінічних та епідеміологічних даних, результатів бактеріологічного дослідження, серологічних реакцій (РНГА), імуно-ферментного аналізу та імунохроматографії.

Результати дослідження. Із 2929 ГКІ випадків збудника захворювання було ідентифіковано у 2117 (72,3 %). У 318 було ідентифіковано патогенну мікрофлору родини ентеробактерій. Лише у 6 (0,2 %) випадках збудниками ГКІ були віруси (ротавіруси, ентеровіруси). А саме: у 288 (13,6 %) пацієнтів діагностовано сальмонельоз, у 16 (0,8 %) – шигельоз та у 14 (0,7 %) - ешерихіоз. Тобто питома вага патогенної мікрофлори в структурі ГКІ складає близько 15 %. Найчастіше виділялися сальмонели групи D. З загальної кількості сальмонели виявлялись – *Salmonella enteritidis* – 240 (83,3 %) та *Salmonella typhimurium* – 17 (6 %). Поодинокі випадки – *Salmonella derby*, *Salmonella reading*, *Salmonella dublin*, *Salmonella saint-paul*,

Salmonella potsdam. Серед шигельозу етіологічним чинником у всіх випадках була *Shigella flexneri*. Усі випадки ешерихіозів були пов'язані з патогенною *Escherichia coli* 01, яка викликає дизентерієподібну форму кишкової інфекції. Лише у 6 (0,2 %) випадках збудниками ГКІ були віруси (ротавіруси, ентеровіруси). У 27,7 % випадків етіологію ГКІ встановлено не було.

Висновки. Результати лабораторних досліджень є важливими для призначення адекватної терапії, епідеміологічного нагляду та прогнозування поширення кишкових інфекцій. ГКІ не втрачають своєї актуальності. При бактеріологічному дослідженні біологічного матеріалу серед етіологічних чинників гастроінтестинального синдрому спостерігається широкий спектр патогеної флори, але вагому частину (91 %) складає *Salmonella*, а саме *Salmonella enteritidis* – 240 (83,3 %).

Шостакович-Корецька Людмила Романівна¹,
Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна¹,
Ревенко Георгій Олександрович¹,
Галущенко Світлана Андріївна¹,
Турчин Микола Олександрович², Гамота Ірина Олександрівна³

**ВИДОВИЙ СКЛАД УМОВНО-ПАТОГЕННІЙ
МІКРОФЛОРИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ
ІНФЕКЦІЇ НА ДНІПРОПЕТРОВЩИНІ**

¹Кафедра інфекційних хвороб,
Дніпропетровська медична академія,
²Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 імені проф.
Є. Г. Попкової,

³Управління організації держсанепіднагляду Головного
управління Держсанепідслужби у Дніпропетровській області,
м. Дніпропетровськ, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Liudmyla Romanivna¹,
Shevchenko-Makarenko Olga Petrivna¹,
Revenko Georgiy Oleksandrovich¹,
Haluschenko Svetlana Andriyivna¹,
Turchin Nikolai Oleksandrovych², Gamota Irina Oleksandrivna³*
**SPECIES COMPOSITION PATHOGENIC MICROFLORA IN
PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN
DNIPROPETROVS'K REGION**

*¹Department of Infectious Diseases,
Dnipropetrovsk Medical Academy,
²Dnipropetrovsk Clinical Hospital № named after
prof. E. G. Popkova,
³Organization Department of the Chief state sanitary control in
Dnipropetrovsk region, Dnipropetrovsk, Ukraine
E-mail: dsmainfect@ukr.net; Shostakovych-Koretskaya L. R.*

Актуальність. Однією з найважливіших проблем у практиці інфекціоніста, що не втрачає і натеper своєї актуальності, є

проблема гострих кишкових інфекцій (ГКІ). За останні десятиліття значно змінилася етіологічна структура ГКІ у всьому світі, у тому числі, й в Україні. Етіологічна палітра гострих кишкових інфекцій надзвичайно різноманітна. Так, якщо в першій половині ХХ століття провідна роль належала патогенним бактерійним збудникам, то протягом останніх десятиріч відзначається домінування умовно-патогенної флори і вірусів.

Незадовільні санітарно-гігієнічні умови, зниження рівня життя та процеси міграції населення створюють передумови для зростання рівня захворюваності на ГКІ. Етіологічне тлумання діагнозу є важливою складовою для правильного діагнозу та, відповідно, адекватної терапії.

Мета. Вивчити видовий склад умовно-патогенної флори у хворих на гострі кишкові інфекції на Дніпропетровщині.

Матеріали і методи. Нами було досліджено мікробний пейзаж у хворих на ГКІ, які знаходились на лікуванні в КЗ „Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової” ДОР” (інфекційна лікарня) у 2014 р. Діагноз встановлювався на підставі сукупності клінічних та епідеміологічних даних, результатів бактеріологічного дослідження, імуноферментного аналізу та імунохроматографії.

Результати дослідження. Із 2929 випадків гострих кишкових інфекцій збудника захворювання було ідентифіковано в 2117 (72,3 %). З них, умовно-патогенна мікрофлора становила 1806 (61,7 %) випадків. Серед захворівших чоловіків було 62,7 %, жінок – 37,3 %. Зокрема, з біологічного матеріалу 631 (21,5 %) хворих виділяли *Klebsiella pneumoniae* та *Klebsiella oxytoca*, 588 (20%) – *Enterobacter cloacae* та *Enterobacter aerogenes*, 279 (9,5%) – *Citrobacter freundii*, 132 (4,5 %) – *Proteus vulgaris* та *proteus mirabilis*, 84 (2,9 %) – *Staphylococcus spp.* та *staphylococcus aureus*, у 18 (0,6 %) – *Enterococcus faecalis*, у 11 (0,4 %) – *Pseudomonas aeruginosa*, у 9 (0,3 %) – *Morganella morganii*, у 5 (0,17 %) – *Providencia*. Причому, виділені культури

мали вміст мікроорганізмів $> 10^6$ КУО/г. У 49 (1,7 %) пацієнтів з імунodefіцитом, збудником захворювання були гриби роду *Candida*. Лише у 6 (0,2 %) випадках збудниками ГКІ були віруси (ротавіруси та ентеровіруси). У 27,7 % випадків етіологію ГКІ визначити не виявилось можливим.

Слід зауважити, що достовірної різниці клінічних проявів залежно від видового складу умовно-патогеної флори визначено не було, що збігається з літературними даними.

Висновки. ГКІ залишаються однією з важливих проблем інфектології. Провідну роль у виникненні ГКІ відіграє умовно-патогенна мікрофлора – 1806 (61,7 %) випадків, помітно відтіснивши на другий план патогенну флору як етіологічний чинник ГКІ.

Шостакович-Корецька Людмила Романівна¹,
Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна¹,
Литвин Катерина Юріївна¹, Шевельова Олена Володимирівна¹,
Лісніча Олена Орестівна², Маштак Олена Іванівна²,
Карімов Мухііддин Талдонович²
ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ
У М. ДНІПРОПЕТРОВСЬК
¹Кафедра інфекційних хвороб,
Дніпропетровська медична академія,
²Дніпропетровський міський Центр з профілактики та боротьби
зі СНІДом, м. Дніпропетровськ, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Liudmyla Romanivna,
Shevchenko-Makarenko Olga Petrivna,
Lytvyn Catherine Yuriyivna, Sheveleva Elena Volodymyrivna,
Lisnicha Elena Orestivna, Mashtak Elena Ivanivna,
Karimov Muhiyiddyn Talidonovich*
HIV PREVALENCE IN DNIPROPETROVSK
*¹Department of Infectious Diseases,
Dnipropetrovsk Medical Academy,
²Dnipropetrovsk City Center for Prevention and Control of AIDS,
Dnipropetrovsk, Ukraine*
E-mail: dsmainfect@ukr.net; Shostakovych-Koretskaya L. R.

Актуальність. ВІЛ-інфекція продовжує обіймати ключове місце серед проблем охорони здоров'я багатьох країн світу. Домінантні відмінності цієї хвороби є неабиякою складністю структури епідемічного процесу і багатофакторністю його розвитку. Епідемія ВІЛ/СНІД у місті Дніпропетровськ не має тенденції зникнення серед дорослого та дитячого населення, але відмічається зниження рівня захворюваності порівняно з попередніми роками. Також, за останні три роки спостерігається тенденція щодо зростання кількості осіб, інфікованих ВІЛ статевим шляхом. Це сприяє поширенню ВІЛ-інфекції серед

загального населення, яке не відноситься до жодної з груп ризику.

Мета. Вивчити епідемічну ситуацію з ВІЛ/СНІДу у 2014 році у м. Дніпропетровськ та порівняти основні показники захворюваності за три роки.

Матеріали і методи. Нами було проаналізовано епідемічну ситуацію з ВІЛ/СНІДу за 2014 р. у м. Дніпропетровськ.

Результати дослідження. У місті відзначається зменшення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2014 р. на 15,8 % у порівнянні з 2013 роком та на 3,5 % у порівнянні з 2012 р. Зареєстровано 777 нових випадків ВІЛ-інфекції (інтенсивний показник – 78,9 на 100 тисяч населення) проти 934 випадків у 2013 р. (інт.пок. 93,7 на 100 тисяч населення) та 819 випадків у 2012 р. (інт.пок. 81,8 на 100 тис. нас.). У місті зареєстровано зменшення показника захворюваності на СНІД на 7,7 % у порівнянні з 2013 р. та збільшення на 17,0 % у порівнянні з 2012 роком.

Так, за 2014 р. у місті зареєстровано 507 випадків СНІДу (інт. пок. 51,5) проти 556 випадків (інт.пок. 55,8 на 100 тисяч населення) у 2013 р. та проти 441 випадка (інт.пок. 44,0 на 100 тис. нас.) у 2012 р. Станом на 01.01.2015 р. під диспансерним наглядом у міському центрі СНІДу знаходилось 6352 ВІЛ-інфікованих (інт.пок. 644,6 на 100 тис. нас.), у тому числі з діагнозом СНІД 2388 хворих (інт.пок. 242,3 на 100 тис. нас.). Серед вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції 55,5 % припадає на чоловіків (431 випадок) та 44,5 % на осіб жіночої статі (346). За 2014 р. статевий шлях інфікування склав 52,6 % (409); парентеральний – 32,8 % (255); вертикальний – 14,5 % (113).

За 2014 р. померло 274 ВІЛ-інфікованих особи (інтенс.пок. 27,8 на 100 тис.нас.) проти 317 осіб за 2013 рік (інтенс.пок. 31,8 на 100 тис.нас.). Спостерігається зменшення показника смертності на 12,6 % у порівнянні з аналогічним показником за

2013 р. та зменшення на 9,2 % проти показнику 2012 р. (30,6 на 100 тис.нас.).

У 2014 р., як і в минулі роки, основним СНІД-індикаторним захворюванням є туберкульоз, який становить 39,6 % (201 особа) від усіх хворих на СНІД, що є однією з несприятливих тенденцій розвитку епідемії. При цьому, питома вага позалегенового туберкульозу складає 28,9 % (58 випадків) від загальної кількості хворих з поєднаною патологією, 143 – з легеневою формою (71,1 %). З усіх хворих, взятих на облік у поточному році, у 119 випадках (59,2 %) діагноз ВІЛ/СНІД, обумовлений приєднанням туберкульозної інфекції, встановлено вперше в житті. У 82 (40,8 %) випадках діагноз ВІЛ-інфекція, встановлений раніше, змінено на СНІД за рахунок виявлення у хворих туберкульозу.

Висновки. За 2014 р. у порівнянні з минулим роком у місті Дніпропетровськ відмічається зменшення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 15,8 %, показника захворюваності на СНІД – на 7,7 %. Показник смертності від хвороб, зумовлених СНІД, зменшився на 10,5 % у порівнянні з аналогічним періодом 2013 р. Серед шляхів інфікування у осіб, зареєстрованих у 2014 р., превалює статевий (52,6 % усіх зареєстрованих випадків). Основною причиною смерті серед хворих на СНІД залишається туберкульоз. Серед померлих від СНІДу 50,7% померли від ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

Шуль Уляна Андріївна¹, Чудінова Ольга Веніаміновна²
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІРУСНОГО
ГЕПАТИТУ В У М. ЛЬВОВІ ЗА 2012-2014 РОКИ**

¹Кафедра епідеміології, Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького,

²Львівський міський відділ Державної установи «Обласний
лабораторний центр Держсанепідслужби України»
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н. О. Виноград,
м. Львів, Україна

Shul Ulyana Andriivna¹, Chudinova Olga Veniaminovna²
**EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF VIRAL HEPATITIS B IN
LVIV DURING 2012-2014**

¹*Department of Epidemiology, Lviv National Medical University
named after Danylo Galitsky,*

²*Lviv city department of State Establishment «Lviv Regional
Laboratory Center of State Sanitary and Epidemiological Service of
Ukraine»*

*Scientific supervisor: d. med. sc., prof. N. O. Vynograd,
Lviv, Ukraine*

E-mail: pylichka83@gmail.com; Shul U. A.

Актуальність. Вірусні гепатити з контактним механізмом передачі в Україні за ступенем негативного впливу на здоров'я населення займають домінуюче місце у структурі інфекційної патології. Актуальність вірусного гепатиту В (ВГВ) зумовлена високим рівнем захворюваності, складністю патогенезу, недостатньою ефективністю лікування, важкими ускладненнями та наслідками хвороби. Хронізація ВГВ спостерігається в середньому у 5-15 % випадків, у частини хворих можливий подальший розвиток цирозу та раку печінки. За даними ВООЗ, у світі на хронічний ВГВ страждає понад 350 мільйонів осіб.

Мета. Вивчити епідеміологічну ситуацію щодо ВГВ у м. Львові за 2012-2014 рр. для вдосконалення системи профілактичних і протиепідемічних заходів.

Матеріали і методи. Для вирішення поставлених завдань у розрізі вищезазначеної мети застосовано прийоми комплексного епідеміологічного методу: описово-оціночний, аналітичний та статистичний. При проведенні ретроспективного епідеміологічного аналізу захворюваності на ВГВ використано обліково-звітну документацію міського відділу ДУ «ОЛЦ ДСЕСУ».

Результати дослідження. Встановлено, що за роки аналізу середній рівень захворюваності на ВГВ по м. Львову становив 8,3 випадки на 100 тис. населення, що перевищувало у 6 разів аналогічний показник у Львівській області (1,4 випадків на 100 тис. населення), у 5 разів по Україні (1,6 випадків на 100 тис. населення) та у 1,6 разів середній багаторічний показник у м. Львові (5 випадків на 100 тис. населення). Протягом досліджуваних років спостерігалась тенденція до підвищення захворюваності на ВГВ у м. Львові.

У структурі інфекційної захворюваності з контактним механізмом передачі ВГВ посідав друге рангове місце і становив (25,4±2,8) % після ВІЛ-інфекції – (66,6±3,0) %. Сезонність для ВГВ була відсутня, що характерно для цього захворювання у цілому.

При аналізі розподілу захворюваності на ВГВ серед різних вікових груп встановлено, що найвищий рівень захворюваності припадав на категорію осіб віком 20-29 років (інтенсивний показник в середньому 14,6 випадків на 100 тис. населення), що становило (44,2±6,2) % від усіх хворих. Можливо, що це зумовлено дією низки чинників ризику, з яких найбільш значимими були активне полігамне статеве життя, вживанням ін'єкційних наркотичних середників, популярністю пірсингу, татуювання та інших косметологічних маніпуляцій серед цієї вікової категорії. Щодо вивчення груп ризику за професійно-

побутовими ознаками виявлено, що найчастіше на ВГВ хворіли медичні працівники, а також особи, які часто отримували послуги в косметологічних салонах і студенти (72,0; 32,4 та 8,6 випадків на 100 тис. населення, відповідно). У структурі звернень по медичну допомогу за досліджувані роки переважали особи жіночої статі (65,7±6,0) %, тоді як частка чоловіків склала (34,3±6,0) %.

При вивченні осередків ВГВ із врахуванням місця і обставин зараження встановлено, що найбільшу частку становили осередки з особами, які інфікувались при отриманні стоматологічних чи косметологічних послуг ((72,8±5,6) %), осередки, де хворі інфікувались при перебуванні в лікувально-профілактичних установах (ЛПУ) ((14,2±4,4) %) та третє місце посідали квартирні осередки ((13±4,2) %).

Джерело інфекції було встановлено лише у (14,3±4,4) % випадків, з числа встановлених, на контакт з хворими припадало (66,7±5,9) %, а з носіями – (33,3±5,9) %. За даними епідеміологічного анамнезу, у (49,0±6,3) % випадків чинником передачі збудника ймовірно були косметологічний інструментарій, у (31,0±5,8) % – медичний (хірургічний та стоматологічний) інструментарій та у (20,0±5,0) % випадків інфікування відбулось при реалізації статевого шляху. У середньому за 2012-2014 рр. показник звернення за медичною допомогою у період початкових проявів становив лише (8,4±3,5) %, у жовтничний період – (91,6±3,5) %. Ці дані свідчать про проблему щодо вчасної діагностики пацієнтів з ВГВ. Госпіталізованими були всі виявлені хворі. Протиепідемічні заходи проведені в осередках в повному обсязі, у (46,4±6,3) % випадків - на першу добу та у (53,6±6,3) % – на другу добу.

Висновки. Отже, ВГВ у досліджуваний період був актуальною медико-соціальною проблемою у м. Львові, де віковою групою ризику встановлені особи вікової групи 20-29 років. Профілактичні та протиепідемічні заходи мають включати посилення специфічної імунопрофілактики, санітарно-

освітню роботу, дотримання стандартів інфекційного контролю в ЛПУ та санітарно-гігієнічних регламентів роботи в комунальних закладах міста.

Юрко Катерина Володимирівна, Адейемі Александр
**АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У
ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ХГС**

Кафедра інфекційних хвороб
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В. М. Козько
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Iurko Kateryna Volodymyrovna, Adeyemi Alexander
**ANALYSIS OF VIOLATIONS OF CARBOHYDRATE
METABOLISM IN PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV/HCV**

Department of Infectious Diseases
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. V. M. Kozko
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
E-mail: Kateryna_2008@mail.ru; Iurko K. V.

Актуальність. Хронічний гепатит С (ХГС) і ВІЛ-інфекція/СНІД є суттєвими проблемами інфекційної патології як в Україні, так і у світі. Актуальність цих парентеральних захворювань пов'язана з їх поширенням, високою захворюваністю, несприятливими наслідками. Поєднана інфекція, викликана вірусом гепатиту С (HCV) і вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), складає від 24,3 % до 91,2 % залежно від шляху інфікування ВІЛ і від 41,0 % до 92,6 % залежно від регіону дослідження. За даними останніх досліджень, до факторів прогресування ко-інфекції ВІЛ/ХГС відносять метаболічні порушення, а саме інсулінорезистентність (ІР).

Мета. Дослідити стан показників вуглеводного обміну у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС.

Матеріали і методи. Дослідження за темою роботи проводилися на кафедрі інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету, розташованій на базі Обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова, та Харківському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Обстежено 107 хворих, з них: хворих на ХГС – 36, ВІЛ-інфекцію – 35 і ко-інфекцію ВІЛ/ХГС – 36. Вік хворих становив 20-63 років. Групу порівняння склали 32 практично здорові особи. Зразки сироватки крові для досліджень були взяті з інформованої згоди пацієнтів. Дослідження проводилися згідно з протоколом № 5 засідання комісії з питань етики та біоетики ХНМУ від 06.06.12.

Дослідження вмісту інсуліну в сироватці крові проведено імунофлюоресцентним методом з використанням набору реагентів фірми «Tosoh Bioscience» (Японія), визначення глікозильованого гемоглобіну (HbA1C) було проведено методом іонообмінної хроматографії з використанням набору реагентів фірми «Human» (Німеччина) на біохімічному аналізаторі «BTS» (Іспанія). Визначення вмісту глюкози в сироватці крові проводили колориметричним методом із використанням набору реагентів фірми «СпайнЛаб» (Іспанія) на фотоколориметрі КФК2 УХЛ42. Наявність ІР визначали за індексом НОМА, який розраховували за формулою: [(глюкоза натще)х(інсулін натще)] ммоль/л/22,5. Статистична обробка даних проводилася з використанням пакета прикладних програм «Statistica for Windows», 8.0.

Результати дослідження. При дослідженні вуглеводного обміну у ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС і ко-інфекцію ВІЛ/ХГС, виявлено, що вміст глюкози у хворих всіх груп був достеменно вище, ніж в осіб контрольної групи. Так, у ВІЛ-інфікованих осіб він дорівнював $(5,16 \pm 0,11)$ ммоль/л, у хворих

на ХГС – (5,35±0,15) ммоль/л, а у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС – (5,95±0,15) ммоль/л. Вміст інсуліну також був підвищений у хворих всіх груп. Рівень НbA1С дорівнював у ВІЛ-інфікованих осіб (6,18±0,14) %, у хворих на ХГС – (6,36±0,13) %, а у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС – (7,05±0,15) % і був достеменно вище показників контрольної групи (5,74±0,17 %).

Індекс НОМА-ІР у досліджених пацієнтів збільшувався порівняно з показниками осіб контрольної групи, і становив у ВІЛ-інфікованих осіб (2,51±0,21), у хворих на ХГС – (2,45±0,17) і ко-інфекцію ВІЛ/ХГС – ЦЗ,16±0,24) відповідно. Самі виражені прояви порушень вуглеводного обміну визначено у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС ($t=27,4$; $p<0,001$), які перевищують указані зміни у хворих на ХГС у 1,53 рази ($t=17,9$; $p<0,001$) і ВІЛ-інфікованих осіб ($t=12,8$; $p<0,001$) в 2,14 рази.

Висновки.

1 У ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на ХГС і ко-інфекцію ВІЛ/ХГС, спостерігається достеменно збільшення в сироватці крові вмісту глюкози, інсуліну, глікозильованого гемоглобіну, а також значення індексу ІР, що свідчить про порушення вуглеводного обміну в досліджених хворих.

2 Найзначніші прояви порушень вуглеводного обміну спостерігалися у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС ($t=27,4$; $p<0,001$), які перевищують указані зміни у хворих на ХГС у 1,53 рази ($t=17,9$; $p<0,001$) і ВІЛ-інфікованих хворих ($t=12,8$; $p<0,001$) в 2,14 рази.

Богадельников Игорь Владимирович,
Вяльцева Юлия Владимировна, Мужецкая Нина Игоревна
**УРОВЕНЬ И МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ
ПОКАЗАТЕЛЯМИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА
У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ДЕТЕЙ**

Кафедра педиатрии с курсом детских инфекционных болезней,
Крымский медицинский университет, г. Симферополь, АР Крым

*Bogadelnikov Igor Vladimirovich, Vyaltseva Yuliya Vladimirovna,
Muzhetskaya Nina Igorevna*

**THE LEVEL AND MECHANISMS OF INTERACTION
BETWEEN INDICATORS OF CELLULAR IMMUNITY IN HIV
POSITIVE CHILDREN**

*Department of Pediatrics with course of
Pediatric Infectious Diseases
Crimean Medical University, Simferopol, AR Crimea
E-mail: bogadelnikov@mail.ru; Bogadelnikov I. V.*

Цель - оценить состояние клеточного звена иммунитета детей и провести корреляционный анализ для выявления возможных связей между субпопуляциями лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных детей с разными степенями иммуносупрессии.

Материалы и методы. Показатели клеточного звена иммунитета изучены у 49 детей в возрасте от 1 года до 14 лет. Из числа обследованных у 15 детей иммуносупрессия отсутствовала, у 14 детей отмечалась умеренная и у 18 тяжелая степени иммуносупрессии. Критерием иммуносупрессии ВИЧ-инфекции у детей является абсолютное и относительное количество CD4+ лимфоцитов (Классификация ВОЗ, 2006г.).

В контрольную группу вошли 42 условно здоровых ребенка в возрасте от 1 до 14 лет.

Для выявления CD8+, CD22+, CD16+, CD56+, CD95+ в сыворотке крови использовался метод РИФ с набором моноклональных антител «Сорбент».

Результаты. Общим для всех обследованных ВИЧ-позитивных детей было снижение, относительно нормы, показателей CD4+ лимфоцитов с максимальной регрессией при тяжелой степени иммуносупрессии.

При исследовании показателей Т-супрессоров (CD8+) отмечалась тенденция к достоверному снижению содержания клеток, но не столь выраженная, как в популяции Т-хелперов.

Относительное содержание В-лимфоцитов (CD22+) в группах детей без и с умеренной иммуносупрессией сохранялось в пределах возрастных норм, тогда как у детей с тяжелой степенью иммуносупрессии уменьшалось, составляя в среднем $14,7 \pm 0,78$ % ($p < 0,05$). При этом отмечалась прямая корреляция с CD4+ ($r = 0,831$, $p < 0,001$), и обратная с CD8+ ($r = -0,841$, $p < 0,001$). Т.к. у ВИЧ-инфицированных детей уровень Т-лимфоцитов снижен, следовательно, В-систему иммунитета следует расценивать как несостоятельную даже при незначительных её изменениях.

CD16+ и CD56+лимфоциты являются субпопуляциями НК-клеток. В группах детей без иммуносупрессии и с умеренной иммуносупрессией уровень клеток, экспрессирующих CD16+, был сопоставимым с показателями у здоровых детей, снижаясь у больных с тяжелой иммуносупрессией до $(8,01 \pm 0,49)$ ($p < 0,05$).

Как показали результаты исследований, у ВИЧ-позитивных детей без наличия иммуносупрессии и с умеренной иммуносупрессией количество CD56+ натуральных киллеров умеренно увеличивалось в сравнении с группой здоровых детей, в то время как у больных с тяжелой иммуносупрессией возрастало, до $(23,14 \pm 1,67)$ % ($p < 0,05$). Данный феномен, однако, не следует рассматривать как позитивный, т.к. чрезмерная стимуляция НК у детей может способствовать развитию аутоиммунных реакций.

Маркер активации клеточного иммунитета CD25+ достоверно повышался у детей со всеми степенями иммуносупрессии, достигая наибольшего содержания при тяжелой степени

иммуносупрессии. Это может привести к двум взаимоисключающим исходам: с одной стороны – дифференцировки и пролиферации, с другой стороны – «смерти клетки, спровоцированной активацией».

Изучение субпопуляций лимфоцитов, экспрессирующих CD95, выявило достоверное повышение количества клеток в среднем до $(36,38 \pm 1,05) \%$ ($p < 0,05$) в группе детей без иммуносупрессии, до $(41,08 \pm 1,05) \%$ – при умеренной иммуносупрессии и до $(46,6 \pm 1,4) \%$ при тяжелой иммуносупрессии ($p < 0,05$).

В группе детей без иммуносупрессии отмечались однонаправленные обратные связи между CD4+ лимфоцитами и CD56+ ($r = -0,780$, $p < 0,001$), а также CD95+ ($r = -0,455$, $p < 0,05$), что свидетельствует о преимущественном включении перфорининдуцированного механизма гибели CD4+ клеток.

У пациентов с умеренной степенью иммуносупрессии отмечалось усиление обратной зависимости между CD4+ и CD95+, что можно объяснить участием Fas-опосредованного апоптоза.

При коррелятивном анализе клеточного иммунитета у пациентов с тяжелой иммуносупрессией отмечается обратная зависимость между CD4+ и CD95 ($r = -0,606$, $p < 0,05$), CD4 и CD56 ($r = -0,768$, $p < 0,001$), а также прямая зависимость CD95+ с CD25+ ($r = 0,836$, $p < 0,05$).

Следовательно, у этих больных можно предполагать вовлечение в патологический процесс гибели Т-лимфоцитов следующих механизмов: перфорин-гранзимового, клеточной гибели индуцированной активацией, и Fas-опосредованного апоптоза, вызванного, вероятно, белками ВИЧ.

Выводы. У ВИЧ-инфицированных детей отмечались не только количественные и функциональные сдвиги в показателях клеточного иммунитета, а также установление новых, изменение силы и направленности ранее имевшихся коррелятивных связей.

ЗМІСТ

Інфекційні хвороби в практиці лікаря - інтерніста: сучасні аспекти

<i>Бинда Т. П.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕРОРАЛЬНОГО ЦЕФАЛОСПОРИНУ III ПОКОЛІННЯ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ.....	3
<i>Возна Х. І.</i> СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ.....	6
<i>Гладченко О. І.</i> КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРИХ СТЕНОЗУВАЛЬНИХ ЛАРИНГОТРАХЕЇТІВ У ДІТЕЙ, УШПИТАЛЕНИХ ДО ДІАГНОСТИЧОГО ВІДДІЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ВПРОДОВЖ 2013 РОКУ.....	9
<i>Голяр О. І.</i> РІВЕНЬ АДАПТАЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ ТА КЛІТИННА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ.....	12
<i>Грищенко С. О.</i> КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПАЛАХУ КОРУ В М. СУМИ У 2014 РОЦІ.....	14
<i>Дикий Б. М., Пришляк О. Я., Грижак І. Г., Дьоміна Н. М.</i> ЗАЛЕЖНІСТЬ ПРОЯВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ВІД СТУПЕНЯ ІМУНОДЕФЦИТУ У ВІЛ- ІНФІКОВАНИХ ОСІБ.....	16

*Дикий Б. М., Пришляк О. Я., Грижак І. Г.,
Перекліта М. Я., Дьоміна Н. М.*

**РОЗПОВСЮДЖЕННЯ МАРКЕРІВ
ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У
ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ ТА
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ.....** 19

*Дикий Б. М., Пришляк О. Я., Кондрин О.Є.,
Пюрик В. Ф., Бойчук О. П., Процик А. Л.*

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСОКАРОЗУ
ТА ЙОГО ДІАГНОСТИКА.....** 22

Дмітрова Є. В.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГРВІ У
ДІТЕЙ У ПОСДНАННІ З АДЕНОЇДНИМИ
ВЕГЕТАЦІЯМИ.....** 25

Домашенко О. М., Черкасова Т. І.

**ХІРУРГІЧНІ СИНДРОМИ В ІНФЕКЦІЙНОМУ
СТАЦІОНАРІ.....** 28

*Дубинська Г. М., Сизова Л. М., Коваль Т. І.,
Свириденко Н. П., Волошина Л. Г., Полтавець Н. О.*

**ВПЛИВ СТУПЕНЯ ФІБРОТИЧНИХ ЗМІН
ПЕЧІНКИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ
ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С
З 1 ГЕНОТИПОМ (ПОПЕРЕДНІ ДАНІ).....** 31

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

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ
АДЕМЕТІОНІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ
ГЕРПЕСВІРУСНИХ НЕЙРОІНФЕКЦІЙ.....** 34

Ільїна В. В.

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
ЕПШТЕЙН-БАРР – ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА
СУМЩИНІ.....** 37

<i>Ільїна В. В., Кулеш Л. П., Ільїна Н. І.</i>	
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПЕЧІНЦІ ПРИ ХРОНІЧНІЙ НСV-ІНФЕКЦІЇ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ.....	39
<i>Ільїна Н. І., Клименко Н. В., Ільїна В. В.</i>	
ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ БАКТЕРІАЛЬНИХ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ.....	42
<i>Кірсанова Т. О., Кузнецов С. В.</i>	
ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ВІРУСУ VARICELLA-ZOSTER СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	45
<i>Козько В. М., Сохань А. В., Гаврилов А. В., Калюжний В. О., Христенко Н. О.</i>	
ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА НЕЙРОІНФЕКЦІЙ У ВІЛ-НЕГАТИВНИХ ТА ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ.....	48
<i>Козько В. М., Терьошин В. О., Меркулова Н. Ф.</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ «БІЛЕ ВУГІЛЛЯ» У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ, ЩО ВИКЛИКАНІ УМОВНО-ПАТОГЕНИМИ БАКТЕРІЯМИ.....	51
<i>Кононова О. І.</i>	
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ S. ENTERITIDIS, K. PNEUMONIAE, E. CLOACAE – ПАТОГЕНІВ ГОСТРИХ ДІАРЕЙНИХ ІНФЕКЦІЙ.....	54
<i>Кузнецов С. В., Жаркова Т. С., Ольховська О. М.</i>	
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-4 У ФОРМУВАННІ ВАРІАНТУ ПЕРЕБІГУ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ.....	56

<i>Лисиця Ю. М., Мургіна М. М.</i>	
ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	58
<i>Малиш Н. Г.</i>	
АСПЕКТИ ПЕРЕДЕПІДЕМІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ.....	62
<i>Меленко С. Р.</i>	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	65
<i>Меленко С. Р., Андрущак М. О., Кривецька С. С.</i>	
ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ: КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ.....	67
<i>Москаленко Ю. О., Мозгова Ю. А.</i>	
ВИБІР АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГРВІ, НА ТЛІ СТАФІЛОКОКОНОСІЙСТВА РОТОГЛОТКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	70
<i>Мургіна М. М., Лисиця Ю. М.</i>	
СУЧАСНІ ІМУНОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ СЕПТИЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ.....	72
<i>Осадча Т. І.</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ «СЕКНІДОКС» У ЛІКУВАННІ БЕЗСИМТОМНОГО ЛЯМБЛІОЗУ.....	74
<i>Печінка А. М., Заплотна Г. О., Глей А. І., Артёмов О. Є.</i>	
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ.....	76

<i>Пипа Л. В., Свістільник Р. В., Лисиця Ю. М., Бавровський В. В.</i>	
НЕЙРОНСЕНТИТИЧНА ЕНОЛАЗА – МАРКЕР НЕЙРОДЕСТРУКЦІЇ ПРИ МЕНІНГІТАХ У ДІТЕЙ...	79
<i>Піддубна А. І., Денисенко О. В., Злиденний Т. В., Корнєєв С. М.</i>	
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ, В УКРАЇНІ.....	82
<i>Плахута В. А.</i>	
СТАН МІСЦЕВОГО ТА СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ.....	85
<i>Попова Д. М., Панієва Д. С., Максимцева Н. В.</i>	
ВПЛИВ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ НА КОАГУЛОПАТІЮ У ХВОРИХ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ.....	88
<i>Пришляк О. Я., Винник Е. Ю., Бойчук О. П., Мізюк Р. М., Джус Т. Б., Мурзова Л. І.</i>	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ШИГЕЛЬОЗ НА ПРИКАРПАТТІ.....	91
<i>Пришляк О. Я., Процик А. Л., Бойчук О. П., Мазурок У. Я.</i>	
ЛЯМБЛІОЗ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЛІКУВАЛЬНА КОРЕКЦІЯ.....	94
<i>Пришляк О. Я., Пюрик В. Ф., Дикий Б. М., Кобрин Т. З., Бойчук О. П.</i>	
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕПТОСПИРОЗУ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	97

*Руденко А. О., Муравська Л. В., Луценко В. Ю.,
Дьяченко П. А., Пархоμεць Б. А., Сидорова Ж. П.*

**ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ
ПЕРЕБІГУ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ У ХВОРИХ ІЗ
ПЕРСИСТЕНЦІЄЮ ТА РЕАКТИВАЦІЄЮ
ГЕРПЕСВІРУСІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ
ПОЛІОКСИДОНІУ.....** 100

Сміян-Горбунова К. О.

**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ, ХВОРИХ
НА РОТАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ.....** 104

*Суремко М. С., Шевченко-Макаренко О. П.,
Савченко О. А., Гавриленко Л. О., Білий М. І., Діброва І. В.*

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ ВІРУСНІ
ГЕПАТИТИ НА ДНІПРОПЕТРОВЩИНІ.....** 106

Сухарєв А. Б.

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ПІХВИ І РОТОВОЇ
ПОРОЖНИНИ У ЖІНОК У ТРЕТЬОМУ
ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ.....** 109

Терьошин В. О., Круглова О. В., Граділь Г. І.

**КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ
ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В.....** 111

Терьошин В. О., Круглова О. В., Могиленець О. І.

**ВПЛИВ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ «БІЛЕ ВУГІЛЛЯ»
НА АКТИВНІСТЬ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ
ЛІПІДІВ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ
ГЕПАТИТ А.....** 114

Токарчук Н. І., Одарчук І. В.

**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ
ПІСЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.....** 117

Токарчук Н. І., Чигір І. В.

**АГВАНТАР У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ
БІЛКОВО-ЕНЕРГЕТИЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У
ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ІЗ ГІПОКСИЧНО-
ШЕМИЧНИМ УШКОДЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ
НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....** 120

*Трихліб В. І., Ткачук С. І., Гайда І. М., Майданюк В. П.,
Сморгунова В. Ф., Рихальська К. С., Антоненко Л. П.,
Кійченко Ю. О.*

**ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ
ПОРАНЕННЯХ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД
ЧАС АТО.....** 124

*Троцька І. О., Тищенко В. В., Демеха Н. М.,
Дем'яненко Н. В.*

**ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ВПЛИВ ІМУНІЗАЦІЇ НА
СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДЕЯКИМИ
КЕРОВАНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ.....** 128

Чемич О. М., Чемич М. Д.

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ,
СПРИЧИНЕНИХ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ
МІКРООРГАНІЗМАМИ, ВІРУСАМИ ТА
САЛЬМОНЕЛЬОЗІВ.....** 131

Шандиба І. О., Ільїна Н. І.

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПЕРЕБІГУ БЕШИХИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....** 134

*Шостакович-Корецька Л. Р., Будаєва І. В.,
Ревенко Г. О.*

**КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕНЬ
СЕРЦЯ ПРИ ХВОРОБІ ЛАЙМА.....** 137

<i>Шостакович-Корецька Л. Р., Будаєва І. В., Ревенко Г. О., Гамота І. О.</i>	
ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБИГУ ВІТРИЯНОЇ ВІСПИ.....	140
<i>Шостакович-Корецька Л. Р., Чикаренко З. О., Будаєва І. В., Ревенко Г. О., Чемерис О. Л.</i>	
ЛІГАНД CCL3L1 ЯК ФАКТОР ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ.....	143
<i>Шостакович-Корецька Л. Р., Шевченко-Макаренко О. П., Ревенко Г. О., Галущенко С. А., Ляхова О. Ю., Чемерис О. Л., Скуднова Н. О.</i>	
ПАТОГЕННА ФЛОРА В ЕТІОЛОГІЧНІЙ СТРУКТУРІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ.....	145
<i>Шостакович-Корецька Л. Р., Шевченко-Макаренко О. П., Ревенко Г. О., Галущенко С. А., Турчин М. О., Гамота І. О.</i>	
ВИДОВИЙ СКЛАД УМОВНО-ПАТОГЕННОЇ МІКРОФЛОРИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ НА ДНІПРОПЕТРОВЩИНІ.....	148
<i>Шостакович-Корецька Л. Р., Шевченко-Макаренко О. П., Литвин К. Ю., Шевельова О. В., Лісніча О. О., Машиак О. І., Карімов М. Т.</i>	
ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЙ У М. ДНІПРОПЕТРОВСЬК.....	151
<i>Шуль У. А., Чудінова О. В.</i>	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В У М. ЛЬВОВІ ЗА 2012-2014 РОКИ.....	154

Юрко К. В., Адеймі А.

**АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ
У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ХГС.....** 157

Богадельников И. В., Вяльцева Ю. В., Мужеякая Н. И.

**УРОВЕНЬ И МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА
ИММУНИТЕТА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ДЕТЕЙ.....** 160

Наукове видання

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції
та пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини**

(Суми, 27–28 травня 2015 року)

Відповідальний за випуск А. І. Піддубна
Комп'ютерне верстання А. І. Піддубної

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 10,0. Обл.-вид. арк. 11,15. Тираж пр. Зам. №

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