



# **ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНІСТА: СУЧАСНІ АСПЕКТИ**

*Infectious diseases in practice of physician-internist: modern aspects*

*Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції*

*(Суми, 15-16 червня 2016 року)*

Суми  
Сумський державний університет  
2016

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ СУМЩИНИ**

**Інфекційні хвороби в практиці  
лікаря-інтерніста: сучасні аспекти**

*Infectious diseases in practice of physician-internist:  
modern aspects*

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції**

(Суми, 15–16 червня 2016 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2016

УДК 616.9:614.253.3(063)

ББК 55.14я431

I-74

*Рекомендовано до видання вченою радою  
Сумського державного університету  
(протокол № 8 від 12 травня 2016 року)*

Редакційна колегія:

відповідальний редактор – доктор медичних наук, професор *М. Д. Чемич*; відповідальний секретар – кандидат медичних наук *А. І. Піддубна*; доктор медичних наук, професор *В. Д. Москалюк*; доктор медичних наук, професор *Л. Р. Шостакович-Корецька*; доктор медичних наук, професор *В. І. Трихліб*; доктор медичних наук, професор *О. Я. Пришляк*; кандидат медичних наук, доцент *Н. І. Ільїна*; кандидат медичних наук, доцент *В. В. Ільїна*

**I-74** **Інфекційні** хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 15–16 червня 2016 року / редкол.: М. Д. Чемич, А. І. Піддубна, В. Д. Москалюк та ін. – Суми : Сумський державний університет, 2016. – 255 с.

*Infectious diseases in practice of physician-internist: modern aspects : the materials of All-Ukrainian scientific and practical conference, Sumy, 15–16 June 2016 / editors: M. D. Chemych, A. I. Pidubna, V. D. Moskaliuk et al. – Sumy : Sumy State University, 2016. – 255 p.*

УДК 616.9:614.253.3(063)

ББК 55.14я431

© Чемич М. Д., Піддубна А. І.,  
Москалюк В. Д. та ін., 2016

Андрущак Маргарита Олександрівна,  
Баланюк Ірина Володимирівна, Островська Наталія Іванівна  
**ОСОБЛИВОСТІ ВІТРИАНОЇ ВІСПИ СЕРЕД ІНОЗЕМНИХ  
СТУДЕНТІВ НА БУКОВИНІ**

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

*Andrushchak Margarita Oleksandrivna,  
Balaniuk Irina Volodymyrivna, Ostrovska Nataliya Ivanivna*  
**FEATURES OF THE CHICKENPOX AMONG FOREIGN  
STUDENTS IN BUKOVINA**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. V. D. Moskaliuk  
Higher state educational establishment of Ukraine “Bukovinian State  
Medical University”, Chernivtsi, Ukraine  
E-mail: [r\\_andrushak@mail.ru](mailto:r_andrushak@mail.ru); Andrushchak M. O.*

**Актуальність.** Щорічно в Україні на інфекційні хвороби хворіють понад 10 млн осіб, що становить майже чверть населення країни. За даними епідеміологічних досліджень, вітряна віспа уражає мільйони людей у світі, а сприйнятливість становить біля 95-100 %.

На сьогодні спостерігається зростання захворюваності на вітряну віспу як в Україні, так і у Чернівецькій області.

Вітряна віспа – гостре інфекційне захворювання вірусної етіології, антропоноз із повітряно-краплинним механізмом передавання. Особливу зацікавленість науковців та практичних лікарів викликає вивчення клініко-епідеміологічних особливостей вітряної віспи у різних куточках країни, зокрема на Буковині.

Впродовж останніх років спостерігається збільшення кількості хворих на вітряну віспу у віковій категорії 18-27 років і старше у Чернівецькій області.

**Мета роботи.** Дослідити динаміку та особливості клінічного перебігу вітряної віспи серед іноземних громадян.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 30 медичних карток хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні ОКЛ м. Чернівці з листопада 2015 року по березень 2016 року, що включало в себе з'ясування скарг та даних епідеміологічного анамнезу пацієнтів, об'єктивне дослідження та дані лабораторних аналізів.

**Результати дослідження.** За цей період було зареєстровано 30 клінічних випадків вітряної віспи серед іноземних громадян. Основну частку (83,3 %) становила вітряна віспа із середньотяжким перебігом, з легким – 16,7 %. Інтоксикаційний синдром спостерігався у 100 % обстежених хворих. Серед них на кашель скаржилися 13,3 %, біль у горлі – 36,7 %, підвищення температури тіла до субфебрильної – 16,7 % і фебрильної – 83,3 %. У процесі об'єктивного обстеження виявлено наявність папульозно-везикулярної висипки із свербіжем по всьому тілі у 100 % пацієнтів. У 7,8 % хворих висипка була дуже рясною, вона покривала усі шкірні покриви, а у 6,0 % – елементи висипки поширювались на долоні і підошви. У 4,2 % хворих висипка з'являлась на слизових оболонках ротової порожнини і призводила до тяжкого афтозного стоматиту, наявність везикул на м'якому піднебінні – 16,7 %, гіперемія мигдаликів – 62,5 % та задньої стінки ротоглотки – 51,7 %, без гіперемії слизової ротоглотки – 26,7 %, обкладання білим нашаруванням язика – 36,7 %, тахікардія у 32 % хворих.

У 17 з 30 хворих розвинулись ускладнення: катаральний отит – у 3, гострий пієлонефрит – у 2, афтозний стоматит – у 12. У 13 хворих на вітряну віспу виявлені супровідні хвороби, такі як ентеробіоз, хронічний тонзиліт, залізодефіцитна анемія.

**Висновки.** Таким чином, вітряна віспа серед іноземних студентів відзначається середньо-тяжким перебігом хвороби, поширеною рясною висипкою, великою кількістю різноманітних ускладнень. Зважаючи на зростання захворюваності на вітряну віспу загалом, дана проблема потребує подальшого вивчення.

Антушева Тетяна Іванівна

## **БАКТЕРІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ПОШИРЕНOSTІ ЗБУДНИКІВ ДИФТЕРІЇ**

Лабораторія специфічної профілактики крапельних інфекцій  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Є. М. Бабич  
ДУ «Інститут мікробіології та імунології імені І. І. Мечникова  
НАМН України», м. Харків, Україна

*Antusheva Tetyana Ivanivna*

## ***BACTERIOLOGICAL MONITORING OF THE CAUSATIVE AGENTS OF DIPHTHERIA***

*The laboratory of respiratory infections prevention  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. E. M. Babych  
Mechnikov institute of microbiology and immunology,  
Kharkiv, Ukraine*

*E-mail: [29ati1963@gmail.com](mailto:29ati1963@gmail.com); Antusheva T. I.*

**Актуальність.** У сучасному світі реалізація епідемічного процесу інфекцій, що керуються засобами вакцинопрофілактики (керовані інфекції), відбувається у вигляді безсимптомного бактеріоносійства. Проблема зазначеного явища полягає у тому, що інтенсивна циркуляція збудників серед різних верств населення є неконтрольованим стихійним процесом. На сучасному етапі епідемічного благополуччя стратегія боротьби з зазначеними інфекціями, зокрема дифтерійною інфекцією,

спрямована на профілактику персистенції збудників та зниження рівня бактеріоносійства. Таким чином, епідеміологічний контроль повинен ґрунтуватись не тільки на даних щодо рівня захворюваності та носійства у осередках захворювань, але й враховувати динаміку циркуляції цих збудників серед здорового населення. Саме тому наразі набуває надзвичайної актуальності впровадження цілеспрямованих моніторингових досліджень на носійство збудників дифтерії серед найбільш уражених верств населення, зокрема дітей, яке спостерігається на тлі вакцинопрофілактики.

**Мета роботи.** Обґрунтування бактеріологічного моніторингу фонових показників поширеності коринебактерій дифтерії серед різних вікових груп здорових дітей, як однієї з важливих складових у системі епіднагляду за керованими інфекціями на прикладі Харківського регіону.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводились на базі бактеріологічної лабораторії відділу дослідження біологічних факторів Державної установи “Харківський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України”.

Вивчення фонових показників поширеності коринебактерій дифтерії у період післяепідемічного благополуччя (2003-2014 рр.) проводилось шляхом ретроспективного аналізу за даними обласної бактеріологічної лабораторії, за 2015 рік проведені власні дослідження шляхом обстеження певних груп здорового населення.

Матеріалом для дослідження був слиз із зів та носа клінічно здорових дітей різних вікових груп – від 6 до 18 років, що перебувають у закритих колективах (спеціалізовані загальноосвітні школи та школи-інтернати). Впродовж 2015 року було обстежено 800 осіб. Виділення та ідентифікацію збудників проводили стандартними методами згідно з наказом МОЗ України від 03.08.1999 р. № 192 «Про заходи щодо покращання бактеріологічної діагностики дифтерії в Україні».

**Результати дослідження.** Результати ретроспективного аналізу вказують на те, що захворюваність на дифтерію по Харківському регіону, починаючи з 2003 року, мала тенденцію до зниження. Відповідно кількість проведених досліджень на дифтерію також щороку знижувалась. За десять років (з 2003 по 2012 рр.) відбулося зменшення обстежень населення на 82 %. Відсоток вилучення патогенів мав позитивну кореляційну залежність від кількості проведених досліджень – за цей період спостерігається зниження висіваєності патогенних коринебактерій практично у 10 разів.

Питома вага висіваєності токсигенних штамів від загальної кількості всіх виділених патогенних коринебактерій впродовж десяти років склала у середньому ( $11,7 \pm 3,5$ ) %, всі токсигенні штами відносились до біовару *C. diphtheriae gravis*. У період 2010-2014 рр. коринебактерії з токсигенними властивостями не висівались. Показник висіваєності патогенних коринебактерій по Харківській області серед проведених цілеспрямованих профілактичних досліджень у 2015 році склав 0,28 %, що є доволі високим показником на сучасному етапі епідеміологічного благополуччя на дифтерію. Виділені збудники дифтерії *C. diphtheriae v.mitis* були нетоксигенними. Але виділення збудників при обстеженні здорових на дифтерію осіб викликає стурбованість щодо стабільності епідситуації. Особливо небезпечним це явище стає при зниженні рівня популяційного імунітету, що спостерігається в останні роки. Значне зниження рівня популяційного імунітету відбулось в останні 3 роки і це є загрозливим фактором при високому рівні бактеріоносійства. Крім того, вважається несприятливою прогностичною ознакою відсутність позитивних знахідок токсигенних штамів, тому що історично завжди перед початком епідемії передувало збільшення циркулюючих нетоксигенних штамів.

**Висновки.** Таким чином, аналіз проведених досліджень дає об'єктивну інформацію про циркуляцію збудників, циклічність біоварів та питому вагу токсигенних штамів у структурі всіх виділених коринебактерій, що є важливим для оцінки епідеміологічної ситуації, своєчасного виявлення та санації бактеріоносіїв.

Результати таких досліджень можуть бути корисними для удосконалення та оптимізації системи спостереження за циркуляцією збудників дифтерії серед здорового населення України.

Басенко Євген Володимирович, Крючков Юрій Юрійович,  
Ничипорчук Олександра Федорівна,  
Зюлковський Андрій Русланович  
**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГРИПУ  
СЕЗОНУ ЛИСТОПАД – ГРУДЕНЬ 2009 РОКУ ТА СІЧЕНЬ  
– ЛЮТИЙ 2016 РОКУ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. В. Виговська  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

*Basenko Yevgen Volodymyrovych, Kryuchkov Yuriy Yuriyovych,  
Nychporchuk Oleksandra Fedorivna,  
Zyulkovskyj Andriy Ruslanovych*  
**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CLINIC PICTURE OF  
INFLUENZA OF THE SEASON NOVEMBER - DECEMBER  
2009 AND JANUARY - FEBRUARY 2016 IN CHILDREN**

*Department of Children Infectious Diseases  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. V. Vigovska  
Bogomolets national medical university, Kyiv, Ukraine  
E-mail: [basenko.e@ukr.net](mailto:basenko.e@ukr.net); Basenko Y. V.*

**Мета роботи.** Дослідити особливості клінічної картини грипу сезону січень-лютий 2016 року серед дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні у Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КМДКІЛ) та порівняти їх з особливостями клінічної картини грипу сезону листопад-грудень 2009 року.

**Матеріали та методи.** За період січень – лютий 2016 – під спостереженням перебувало 47 дітей хворих на грип А Н1N1 pd Каліфорнія 2009. У період листопад-грудень 2009 року під спостереженням перебувало 135 хворих на грип, які проходили стаціонарне лікування у КМДКІЛ. Діагноз грипу встановлювався на підставі клініко-епідеміологічних даних та

лабораторних методів дослідження: імунохроматографічного аналізу (IXA) та PCR дослідження носогорлового змиву.

**Результати дослідження.** Переважаючими симптомами хворих на грип А/Н1N1 сезону січень-лютий 2016 року були: лихоманка - 100 %, гіперемія слизової рото глотки - 95,7 %, кашель - 76,7 %, загальна слабкість - 74,5 %, закладеність носу - 40,4 %, ринорея - 31,9 %, головний біль - 29,8 %. При аускультатії у більшості хворих (87,2 %) вислуховувалось везикулярне дихання, у 57,4 % - жорстке дихання. Клінічна симптоматика дітей, хворих на грип А/Н1N1 California 2009 сезону листопад – грудень 2009 року представлена такими симптомами: лихоманка, гіперемія слизової ротоглотки – 100 %, кашель – 73,1 %, загальна слабкість, кволість – у 69,2 %, головний біль – 44,2 %, закладеність носу – 40,4 %, біль у горлі – 38,4 %, міальгії – 25,0 %. При аускультатії у більшості хворих (90,4 %) вислуховувалось жорстке дихання, у 5,8 % - везикулярне дихання. У 90 % хворих стан було розцінено як середньотяжкий, у 10 % - важкий.

**Висновки.** Згідно опублікованих даних щодо грипу А/Н1N1 California 2009, клінічні характеристики захворюваності грипу сезону січень-лютий 2016 року суттєво не відрізняються від даних щодо грипу А/Н1N1 California 2009 сезону листопад-грудень 2009 року.

Беклеміщева Анастасія Олександрівна, Вега Альона Рікардівна  
**КРАСНУХА У ВАГІТНИХ**  
Кафедра інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. К. Дуда  
Національна медична академія післядипломної освіти імені  
П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

*Beklemishcheva Anastasiia Oleksandrivna, Vega Alona Rikardivna*  
**RUBELLA IN PREGNANT WOMEN**  
*Department of Infectious Diseases*  
*Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. K. Duda*  
*P. L. Shupik National Medical Academy of Post-Graduate Education,*  
*Kiev, Ukraine*  
*E-mail: [beklemishcheva\\_ao@bigmir.net](mailto:beklemishcheva_ao@bigmir.net); Beklemishcheva A. O.*

**Актуальність.** Останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з уродженими вадами, що пов'язане, у першу чергу, з краснухою. За даними ВООЗ, щорічно у світі народжується до 110 тис. дітей із синдромом вродженої краснухи (СВК). Найвищі показники СВК спостерігаються в Африканському регіоні та країнах Південно-Східної Азії, де відзначається найнижчий рівень охоплення вакцинацією.

Через те, що в Україні не налагоджена система епідагляду за синдромом вродженої краснухи, існує думка про відсутність цієї проблеми у країні. Частота випадків синдрому вродженої краснухи, що спостерігається під час спалаху, становить 0,6-2,2 випадки на 1000 живонароджених. Щороку на краснуху в Україні хворіє від 2 тис. до 16,2 тис. осіб.

**Мета роботи.** Визначити, які заходи (специфічна профілактика, серологічне обстеження жінок, що планують вагітність, своєчасна діагностика вад розвитку плоду) сприяють

зниженню показників перинатальної захворюваності та попереджують розвиток СВК.

**Результати дослідження.** У структурі причин дитячої смертності СВК стабільно посідає друге місце - 28 %.

Діти з уродженою краснухою помирають у постнеонатальний період не тільки від вад розвитку, а й від інкурентних захворювань, що у цієї категорії хворих характеризуються надзвичайно тяжким перебігом.

Рівень ембріональної інфекції досягає 81 % при захворюванні вагітної жінки краснухою у перші 12 тижнів вагітності, 54 % - при захворюванні вагітної з 13-го по 16-й тиждень вагітності, 36 % - з 17-го по 22-й тиждень, 30 % - з 23-го по 30-й тиждень, 100 % - з 31-го по 36-й тиждень і пізніше. Найсерйознішого ураження зазнають ті органи, що перебувають у стадії формування. Таким критичним періодом для мозку є 3-11-й тижні вагітності, для серця - 4-7-й тижні, для вуха - 7-12-й тижні, для ока - 4-7-й тижні, для піднебіння - 10-12-й тижні вагітності. Вади серця, катаракта, глаукома розвиваються при захворюванні матері у перші 8 тижнів вагітності, ураження органу слуху - на 12-му тижні вагітності. Після народження дитини зберігається персистенція вірусу в організмі. При цьому створюються умови для розвитку імунопатологічних процесів, результатом яких є розвиток у дитини з СВК глухоти, ретинопатії, тиреоїдиту, цукрового діабету, енцефаліту тощо.

Специфічна профілактика краснухи здійснюється переважно живими вакцинами. Добре себе зарекомендували вакцини, отримані з використанням атенуйованого штаму вірусу краснухи Wister RA 27/3, які стимулюють не лише гуморальну, але й секреторну імунну відповідь. Антитіла з'являються через два-три тижні після вакцинації, імунітет формується у 95 % щеплених осіб і зберігається напруженим упродовж 15-20 років.

Живі вакцини не можна застосовувати під час вагітності, оскільки при їх уведенні виникає короткотривала вірусемія, а це

може призвести до ураження плода та народження дитини з СВК. Вагітність можна планувати не раніше як через три місяці після проведеного щеплення.

Специфічна профілактика краснухи здійснюється живою вакциною у віці 12–15 місяців із подальшою ревакцинацією у 6 років, а дівчатам - ще і у 15 років.

Д. Клоерті та Е. Старк (2002) рекомендують серонегативних жінок, які не інфікувалися під час вагітності, імунізувати проти краснухи відразу після пологів.

Жінкам, які отримали вакцинацію проти краснухи, не рекомендується грудне вигодовування новонародженого.

Щодо них необхідно застосовувати відповідні протиепідемічні заходи. Із метою своєчасної діагностики СВК та запобігання поширенню краснухи серед населення доцільно всіх новонароджених з уродженими вадами обстежувати на маркери захворювання. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, діти з підозрою на СВК чи клінічним проявом СВК повинні госпіталізуватися у спеціально організовані в регіонах медичні установи, створені на базі стаціонарів, у яких надається допомога дітям з уродженими вадами (серцево-судинна хірургія, офтальмологія, неврологія, інтенсивна терапія новонароджених).

**Висновки.** Отже, боротьба з краснухою, запобігання розвитку СВК є важливими ланками у поліпшенні показників перинатальної захворюваності та смертності. Особливо гостро стоїть питання про необхідність проведення масової вакцинації проти краснухи серед дівчаток-підлітків і молодих жінок.

Березіна Марія Глібівна  
**УСКЛАДНЕННЯ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ НА  
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. В. Виговська  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна

*Berezina Mariia Glibivna*  
**COMPLICATIONS OF CHICKENPOX IN CHILDREN AT THE  
PRESENT STAGE**

*Department of Children Infectious Diseases  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. V. Vigovska  
Bogomolets national medical university, Kyiv, Ukraine  
E-mail: [berezka9393@gmail.com](mailto:berezka9393@gmail.com); Berezina M. G.*

**Актуальність.** У багатьох дослідженнях повідомлялося про неврологічні ускладнення у дітей, постраждалих від вітряної віспи, від 3,9 % до 61,3 %. Хоча неврологічні ускладнення при вітрянці не часто призводять до стійких змін, вони становлять значну складність у постановці діагнозу. Отримані результати можуть бути корисні для оцінки сучасного перебігу вітряної віспи та її наслідків.

**Мета роботи.** Оцінити перебіг вітряної віспи у дітей, госпіталізованих до КМДКІЛ у 2015 році та проаналізувати історії хвороби дітей із ускладненим перебігом захворювання.

**Матеріали та методи.** Ми ретроспективно проаналізували історії хвороби 66 пацієнтів у віці від 1 до 18 років життя, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О. О. Богомольця - КМДКІЛ у 2015 році.

**Результати дослідження.** Ми визначили неврологічне ускладнення для цілей даного дослідження в якості

несприятливого фактору, що стався у межах 14 днів від початку вітряної віспи. Ми розглянули 66 випадків вітряної віспи, госпіталізованих у КМДКІЛ №1 з 01.01.2015 року по 31.12.2015.

Аналіз показав, що вітряна віспа у більшості дітей (97,2 %) перебігає у типовій, середньотяжкій (76,9 %) формі, у 2,8 % пацієнтів – в атиповій, серед якої реєструється пустульозна, геморагічна та бульозна форма захворювання. У 45,2 % випадків розвиваються ускладнення. У дітей перших трьох років життя захворювання перебігає, в основному, у типовій (94,9 %), середньотяжкій формі (83,8 %), у кожній другій дитини (45,3 %) реєструються ускладнення. Серед ускладнень реєструвалися приєднання вторинної бактеріальної інфекції, неврологічні ускладнення, тромбоцитопенія та інші. Судомний синдром відзначався у 3 пацієнтів (у 21,4 % серед дітей із мозочковим енцефалітом та у 4,5 % серед усіх ускладнень). У всіх цих випадках діагноз енцефаліту був встановлений клінічно.

**Висновки.** Наше дослідження вказує, що у кожній другій дитини (45,2 % випадків) розвивається ускладнений перебіг вітряної віспи. У випадку ускладнень з боку ЦНС переважає мозочковий енцефаліт, який реєструвався у 21,2 % осіб, що призводить до тяжких проявів, але з сприятливим довгостроковим клінічним перебігом у більшості випадків. Хоча неврологічні ускладнення вітрянки не часто призводять до стійких наслідків, вони представляють значні затрати на госпіталізацію й інші непрямі витрати. Отримані результати можуть бути корисні для оцінки картини сучасного стану ускладнень вітряної віспи.

Бинда Тетяна Парфеніївна, Абдуллаєва Наргіз Фархад кизи  
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО  
МОНОНУКЛЕОЗУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В ДІТЕЙ  
РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП**

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

*Bynda Tetyana Parfenyivna, Nargiz Abdullayeva Farhad kizi*  
**FEATURES OF COURSE OF INFECTIOUS  
MONONUCLEOSIS AT THE PRESENT STAGE IN CHILDREN  
OF DIFFERENT AGE GROUPS**

*Department of Pediatrics postgraduate education with courses of  
propaedeutic Pediatrics and children's infections,  
Sumy State University, Sumy, Ukraine  
E-mail: [ped@med.sumdu.edu.ua](mailto:ped@med.sumdu.edu.ua); Bynda T. P.*

**Актуальність.** Серед інфекційної патології дитячого віку інфекційний мононуклеоз (ІМ) займає значне місце. Останніми роками відмічається зростання захворюваності. Крім того, для цього захворювання характерна велика варіабельність клінічного перебігу хвороби, поліорганність ураження. Здатність вірусу вражати імунну систему призводить до хронічного перебігу захворювання, імунодефіцитного стану з довічною персистенцією збудника в організмі людини.

**Мета роботи.** Вивчити особливості перебігу гострого інфекційного мононуклеозу Епштейн-Барр вірусної етіології у дітей різного віку на підставі вивчення динаміки клініко-лабораторних показників.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 106 дітей (64 хлопчики і 42 дівчинки) віком від 1 міс. до 18 років, хворих на гостру ЕБВ-інфекцію, що перебували

на лікуванні в інфекційному відділенні №1 і №3 КУ «СМДКЛ Св. Зінаїди» впродовж 2014–2016 років.

Верифікацію діагнозу здійснювали на підставі даних анамнезу, типової клінічної картини захворювання, лабораторного обстеження (клінічного аналізу крові, біохімічного аналізу крові на печінкові проби), результатів ПЛР (визначення ДНК вірусу в крові та слині) і серологічного дослідження (виявлення специфічних антитіл – IgM до капсидного антигену, IgG – до ядерного антигену Епштейн-Барр вірусу методом імуоферментного аналізу).

Отримані цифрові показники обробляли методом варіаційної статистики.

**Результати дослідження.** Хлопчики хворіли на ІМ у 1,5 рази частіше, ніж дівчатка (60,4 % і 39,6 %,  $p < 0,01$ ). У дітей у віці від 1 року до 6 років життя захворювання виявлялося частіше – 70 (63,6±2,36 %,  $p < 0,001$ ), а серед цієї вікової категорії чисельно переважали діти у віці від 1 до 3 років (41,51± 4,81%;  $p < 0,05$ ). На другому місці за частотою захворювання знаходились діти у віці від 3 років до 6 років і з 6 до 14 років ( $p < 0,05$ ). У грудному (1,89±1,3 %) і підлітковому віці (6,60±2,4 %) діти хворіли рідко ( $p < 0,001$ ). Проте при аналізі захворюваності у віковому аспекті залежно від статі достовірної різниці встановлено не було ( $p > 0,05$ ). Пік захворювання припадав на осінь (35,9±4,7 %,  $p < 0,05$ ). При аналізі сезонності захворювання у віковому аспекті встановлено, що діти раннього віку восени хворіли частіше, ніж зимою, а діти у віці від 6 до 14 років – восени частіше, ніж весною. В інші сезони року захворюваність дітей на ІМ була однаковою.

Середньотяжка форма захворювання діагностувалась у 94,3 % дітей і тільки у 6 (5,7 %) хворих - тяжка ( $p < 0,001$ ). Захворювання у переважної більшості дітей мало гострий початок (92,5±2,6 %,  $p < 0,001$ ). Опірними клінічними ознаками ІМ є гарячка (93,4±2,4 %), системна лімфаденопатія (52,8±

4,9 %), ураження носоглотки, а саме аденоїдит (80,2 %), закладеність носа, утруднення носового дихання (77,4 %), виділення з носа (51,9 %), храп під час сну (35,8 %); ураження ротоглотки у вигляді болю в горлі при ковтанні (64,2 %), гіперемії слизової оболонки ротоглотки (74,5 %), інфільтрації та зернистості м'якого піднебіння, дужок, зернистості задньої стінки глотки (65,1 %), гнійного тонзиліту (86,8 %); гепатомегалія (100 %) з підвищенням рівня АсАТ (35,9 %), АлАТ (32,1 %) і білірубину (2,8 %); спленомегалія (40,6 %) і рідше екзантема (21,7±4,0 %). У клінічному аналізі крові при даному захворюванні виявлялись лейкоцитоз (72,6±4,4 %), зрушення вліво (83,03,7 %), моноцитоз (10,4±3,0 %), атипові мононуклеари (100 %), підвищення ШОЕ (100 %).

Встановлено, що розвиток ІМ має вікові особливості. Для дітей першого року життя характерна субфебрильна температура тіла, відсутність ураження лімфоїдної тканини і запалення носоглоткового мигдалика, наявність виділення з носа (100 %), у клінічному аналізі крові - зрушення вліво (100 %) та відсутність моноцитозу. У дітей віком від 1 до 3-х років частіше виявлялися температура тіла у межах від 38,1–39,0<sup>0</sup>С (43,2 %, р<0,05), ураження підщелепних лімфатичних вузлів (90,9±4,4 %), у клінічному аналізі крові – лейкоцитоз (90,9±4,4 %, р<0,01), зрушення вліво (93,2 %). Для дітей у віці 3 до 6 років була характерна температура тіла у межах від 38,1–39,0<sup>0</sup>С (53,9 %, р<0,01), збільшення підщелепних і задньошийних лімфатичних вузлів (76,9±8,4 23,1±8,4 % відповідно), храп під час сну (61,5±9,7 %, р <0,05), спленомегалія (65,4 %). У дітей у віці від 6 до 14 років виявлялося підвищення температури тілі від 38,1–39<sup>0</sup>С (59,3 %, р<0,01), збільшення підщелепних і задньошийних лімфатичних вузлів (70,4±9,0 % і 33,3±9,3 % відповідно). Характерними клінічними ознаками ІМ у підлітків була субфебрильна і фебрильна температура тіла, у клінічному

аналізі крові – лімфоцитоз (100 %), наявність атипових мононуклеарів більше 10 % (100 %).

Наявність і спектр типових клінічних симптомів та гематологічних змін при ІМ не залежали від статі пацієнтів.

**Висновки.** Поліморфізм клінічних проявів інфекційного мононуклеозу викликає певні труднощі у своєчасній діагностиці захворювання і призводить до діагностичних помилок на догоспітальному етапі, особливо у дітей раннього віку. Вирішальне значення у підтвердженні діагнозу в таких випадках відводиться лабораторній діагностиці. Типовими гематологічними змінами, важливими для діагностики ІМ, є підвищення мононуклеарних клітин (абсолютного і відносного числа лімфоцитів і моноцитів), поява атипових мононуклеарів.

Болезька Тетяна Олександрівна

## **ГЕМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Науковий керівник: д-р. мед. наук, проф. М. Д. Чемич

Сумський держаний університет, м. Суми, Україна

*Boletska Tetyana Oleksandrivna*

## **HEMATOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH LYME-BORRELIOSIS DEPENDING ON GENDER**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology*

*Scientific supervisor: d. med. sc., prof. M. D. Chemych*

*Sumy State University, Sumy, Ukraine*

*E-mail: [delikatna@i.ua](mailto:delikatna@i.ua); Boletska T. O.*

**Актуальність.** Лайм-бореліоз (ЛБ) - це природно-осередкове, найпоширеніше трансмісивне полісистемне захворювання у країнах північною півкулі, зі складним патогенезом, яке являє

собою важливу медичну проблему. Багато питань, як і раніше, залишаються невирішеними. Механізми імунного ухилення боррелій, відсутність ефективної вакцинації та необхідність у довготривалому лікуванні роблять проблему ЛБ актуальною.

**Мета роботи.** Вивчити гематологічні та імунологічні особливості у хворих на Лайм-бореліоз.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз 221 медичної карти стаціонарного хворого (ф. 003/о), які знаходились на лікуванні в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні протягом 1999-2015 рр., з них жінки 133 (60,18 %), чоловіки - 88 (39,82 %). У групу дослідження увійшли хворі на еритемну форму та середнього ступеня тяжкості хвороби, n=207, з них чоловіків 80 (38,68 %), жінок - 127 (61,32 %). Зразки крові 100 практично здорових осіб.

За формулами розраховувалися індекси інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), індекси неспецифічної реактивності - лімфоцитарний індекс (Ілімф), індекс адаптації (СПНР), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індекс імунореактивності, індекс алергізації (ІА), індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ) індекси активності запалення - лимфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ІЛГ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛШОЕ), індекс співвідношення лімфоцитів та еозинофілів (ІСЛЕ). Статистично значимі відмінності для середніх величин порівнювалися з використанням t-критерію Стьюдента.

**Результати дослідження.** При вивченні показників загального аналізу крові було встановлено, що у чоловіків і жінок спостерігалось зниження рівня сегментоядерних нейтрофілів відносно групи контролю ( $56,19 \pm 1,13$ ) %, ( $56,35 \pm 0,95$ ) % та ( $59,94 \pm 0,75$ ) % ( $p \leq 0,05$ ), підвищення рівня моноцитів ( $6,11 \pm 0,25$ ) %, ( $5,55 \pm 0,29$ ) % та ( $3,04 \pm 0,21$ ) % ( $p \leq 0,05$ ) відповідно. У

чоловіків спостерігався підвищений вміст еозинофілів ( $2,79 \pm 0,28$ ) %, ( $1,80 \pm 0,20$ ) % та ( $1,63 \pm 0,08$ ) % ( $p \leq 0,05$ ), еритроцитів ( $4,89 \pm 0,05$ )  $\times 10^{12}/\text{л}$ , ( $4,38 \pm 0,03$ )  $\times 10^{12}/\text{л}$  ( $4,15 \pm 0,03$ )  $\times 10^{12}/\text{л}$  ( $p \leq 0,001$ ), гемоглобіну ( $141,91 \pm 1,50$ ) г/л, ( $127,58 \pm 1,25$ ) г/л та ( $131,63 \pm 1,06$ ) г/л ( $p \leq 0,001$ ) відповідно.

При аналізі гематологічних показників інтоксикації встановлено, що у жінок спостерігається підвищення ЛП, ніж у чоловіків і групи контролю ( $1,24 \pm 0,11$ ), ( $0,88 \pm 0,11$ ) та ( $0,92 \pm 0,04$ ) ( $p \leq 0,05$ ), Лімф ( $0,59 \pm 0,03$ ), ( $0,57 \pm 0,03$ ) та ( $0,50 \pm 0,02$ ) ( $p \leq 0,05$ ), СПНР ( $0,63 \pm 0,03$ ), ( $0,61 \pm 0,04$ ) та ( $0,54 \pm 0,02$ ) ( $p \leq 0,05$ ), ПРО ( $183,85 \pm 24,55$ ), ( $175,65 \pm 34,34$ ) та ( $128,39 \pm 6,51$ ) ( $p \leq 0,05$ ) відповідно. Як у чоловіків так і у жінок спостерігалось зниження ПР ( $6,62 \pm 0,48$ ), ( $8,56 \pm 0,66$ ) та ( $16,03 \pm 1,11$ ) ( $p \leq 0,05$ ), ІСНМ ( $11,52 \pm 0,68$ ), ( $15,73 \pm 1,15$ ) та ( $31,55 \pm 2,07$ ) ( $p \leq 0,05$ ), ІСЛМ ( $15,21 \pm 1,07$ ), ( $6,08 \pm 0,45$ ) та ( $8,15 \pm 0,64$ ) ( $p \leq 0,05$ ), та підвищення ІЛШОЕ ( $1,91 \pm 0,20$ ), ( $3,41 \pm 0,20$ ) та ( $0,58 \pm 0,04$ ) ( $p \leq 0,05$ ), ІСЛЕ ( $17,68 \pm 1,40$ ), ( $23,06 \pm 1,20$ ) та ( $4,81 \pm 0,38$ ) ( $p \leq 0,001$ ).

**Висновки.** Таким чином, наведені дані свідчать, що явища ендогенної інтоксикації та зниження неспецифічної реактивності організму більш виражені у жінок з ЛБ. У всіх хворих спостерігається порушення у макро-мікрофагальній системі, зниження імунологічної реактивності організму та тенденція до активації аутоімунних процесів.

Бондаренко Андрій Володимирович, Могиленец Олена Іванівна,  
Кацапов Дмитро Володимирович  
**ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ІКСОДОВОГО  
КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ**  
Кафедра інфекційних хвороб  
Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна

*Bondarenko Andriy Volodymyrovich, Mohylenets Olena Ivanivna,  
Katsapov Dmytro Volodymyrovich*  
**LABORATORY DIAGNOSTIC OF IXODES TICK-BORNE  
BORRELIOSIS**  
*Department of Infectious Diseases,  
Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine*  
*E-mail: [avbond@ukr.net](mailto:avbond@ukr.net); Bondarenko A. V.*

**Актуальність.** За рівнем захворюваності серед усіх кліщових інфекцій іксодовий кліщовий бореліоз (ІКБ) займає провідне місце. Хвороба характеризується поліморфізмом клінічних проявів, має схильність до рецидивуючого перебігу та переходу в хронічну форму, так що його називають "великим імітатором". До процесу діагностики й лікування залучаються лікарі багатьох спеціальностей: інфекціоністи, терапевти, ревматологи, неврологи, дерматологи, кардіологи, окулісти та ін. Провідну роль у встановленні діагнозу грає лабораторна діагностика.

**Мета роботи.** Вдосконалення лабораторної діагностики ІКБ за рахунок впровадження сучасних імунологічних і молекулярно-генетичних методів дослідження.

**Матеріали та методи.** Бактеріоскопія мазка гемолімфи кліща; імуноферментний аналіз (ІФА) та метод імунного блотингу (ІБ); полімеразно-ланцюгова реакція (ПЛР).

**Результати дослідження.** Розроблені діагностичні підходи, що ґрунтуються на результатах наших досліджень у співпраці з

Лабораторією нових і мало вивчених інфекцій Інституту мікробіології і імунології імені І. І. Мечникова НАМН України. Найбільш прийнятним методом для оперативного вирішення питання про наявність борелій у переноснику є бактеріоскопія мазка гемолімфи живого кліща. Перспективними методами є ІФА для прямого виявлення антигенів у кліщі, а також ПЛР, яка надає можливість досліджувати кліщів, що наситилися, сухих, їх фрагменти та дозволяє генотипувати збудників.

За наявності в анамнезі укусу кліща та розвитку класичної мігруючої еритеми (не більше 15-30 % хворих) лабораторну діагностику проводити не доцільно – встановлюється клінічний діагноз, що не потребує підтвердження.

В інших випадках рекомендується двоступінчастий підхід для серологічної діагностики. І етап: тестування крові високочутливим методом ІФА (не раніше 3-го тиж. з моменту інфікування); у разі негативного результату для виключення відстроченої імунної відповіді у ранній стадії ІКБ проводиться повторне дослідження через 3-4 тиж.

Проте, у 20-30 % пацієнтів, у зв'язку з пригніченням бореліями імунної системи, ранній період може залишатися серонегативним. Використання ПЛР може дозволити уникнути помилкових результатів й істотно доповнити діагностику ІКБ на ранній стадії до сероконверсії за умови наявності системної симптоматики. Але оскільки негативний результат ПЛР не може вважатися показником відсутності борелій, виняткове використання цього методу не рекомендується для рутинної практики.

У зв'язку з можливістю псевдопозитивних результатів, спостережуваних при деяких спірохетозах (лептоспіроз, сифіліс та ін.), хелікобактеріозі, а також при автоімунних захворюваннях (ревматоїдний артрит, розсіяний склероз та ін.) і персистенції EBV (за рахунок поліклональної стимуляції В-клітин), вимагається підтвердження ІФА діагнозу та виконання

II етапу. При позитивному або сумнівному ІФА проводиться тестування крові високоспецифічним методом ІБ; у разі сумнівного результату повторно проводять ІБ через 3-4 тиж. При тривалості захворювання більше 4-6 тиж. і негативному ІБ на IgG мало вірогідна наявність ІКБ, навіть при позитивному ІБ на IgM (псевдопозитивний тест).

Спектр антитіл нарастає з тривалістю хвороби, а частота виявлення антитіл значно збільшується при системних проявах хвороби. За результатами ІБ, аналізуючи спектр специфічних антитіл до конкретних білків борелій, можна судити про стадію захворювання, а також про реінфекцію або рецидив. CDC рекомендує єдині позитивні критерії тестування на IgM (значущі тільки у перші 4 тиж. ІКБ): наявність принаймні 2 з 3 діагностичних смуг специфічних антитіл до певних білків борелій (24 kDa - OspC, 39 kDa - VmpA і 41 kDa - Fla); на IgG: 5 з 10 (18 kDa, 21 kDa - OspC, 28 kDa, 30 kDa, 39 kDa - VmpA, 41 kDa - Fla, 45 kDa, 58 kDa, 66 kDa і 93 kDa). Проте в Євразії використання цих критеріїв не завжди виправдане. Основна причина полягає у штамовій гетерогенності збудника, циркулюючого в Євразії (*B. afzelii*, *B. burgdorferi* s.s. і *B. garinii*), що вимагає індивідуального підходу в кожному конкретному випадку.

**Висновки.** Не існує одного оптимального методу діагностики ІКБ. Тести, що використовуються, слід логічно комбінувати для досягнення максимально можливої діагностичної ефективності, виходячи з часу сероконверсії, імунного статусу пацієнта, стадії захворювання й особливостей клінічної картини.

Буйко Олена Олександрівна  
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ ЗА ДАНИМИ  
ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією  
Одеський Національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна

*Boyko Olena Oleksandrivna*  
**FEATURES OF FLU ACCORDING TO THE ODESSA CITY  
HOSPITAL OF INFECTIOUS DISEASES**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

*E-mail: [romazenko1@rambler.ru](mailto:romazenko1@rambler.ru); Boyko O. O.*

**Актуальність.** Незважаючи на значні успіхи медичних наук, грип залишається практично неконтрольованою глобальною інфекцією, яка сприяє значним соціально-економічним втратам.

**Мета роботи.** Встановити особливості перебігу грипу у епідсезоні 2015-2016 рр. за матеріалами Одеської міської клінічної лікарні.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано клінічні прояви та результати лабораторно-інструментальних досліджень (загальний аналіз крові, ПЛР, серологічні тести) у хворих, які перебували на лікуванні у стаціонарі. Під стаціонарним спостереженням у епідсезоні 2015-2016 рр. знаходилося 280 осіб віком від 16 до 77 років хворих на грип, у тому числі 86 (30,7 %) з ускладненням пневмонією. Чоловіків 186 (66,4 %), жінок 94 (33,7 %). Лабораторно діагноз був підтверджений дослідженням змивів із ротоглотки, взятих при госпіталізації, за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) і методу флуоресцюючих антитіл (МФА). Серед пацентів переважали особи до 40 років – 153 (54,6 %) хворих, від 40 до 50 - 42 (15 %), від 50 до 60 – 48 (17 %), старше 60 років були 37 осіб (13,2 %).

**Результати дослідження.** Слід відзначити, що лише 48 (17,1 %) хворих були госпіталізовані на 1-2-гу добу хвороби, інші звертались до лікаря пізніше – 98 (35 %) осіб з 5-го по 9-й день хвороби.

Більшість пацієнтів мала типові прояви грипу. Синдром інтоксикації проявлявся загальною слабкістю, підвищенням температури тіла, ломотою у суглобах, головним болем. Гіперпіректична гарячка спостерігалась у 83 (28,6 %) осіб.

Катаральний синдром характеризувався проявами трахеїту у 234 (83,5 %), нежить була присутня тільки у 18 (6,4 %), першіння у горлі було у 157 (56 %) хворих. Приєднання пневмонії у більшості випадків характеризувалось посиленням кашлю, кровохарканням, задишкою. Фізикальні дані для діагностики пневмонії були досить обмежені: вологі хрипи вислуховувались у 15 % хворих, крепітація у 17 %, вкорочення перкуторного звуку було встановлено у 37,8 % осіб. Для діагностики пневмонії зміни у загальному аналізі крові були мало інформативні.

У двох випадках хвороба закінчилась летально. В обох випадках тяжкий перебіг грипу та розвиток ускладнень був зумовлений несвоєчасною госпіталізацією та відсутністю адекватної терапії на догоспітальному етапі.

**Висновки.** У більшості хворих клінічні прояви хвороби були типовими, у разі розвитку пневмонії фізикальні дані були малоінформативними. Значна кількість пацієнтів була госпіталізована з запізненням, що обумовило розвиток ускладнень та летальних випадків.

Бутенко Данііл Анатолійович  
**ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ У ХВОРИХ НА  
ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією  
Науковий керівник: Чемич О. М.  
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Butenko Daniil Anatolievich  
**HEPATIC ENCEPHALOPATHY IN PATIENTS WITH  
CHRONIC HEPATITIS C**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology*  
*Scientific supervisor: O. M. Chemych*  
*Sumy State University, Sumy, Ukraine*  
*Email: [timecraft73@gmail.com](mailto:timecraft73@gmail.com); Butenko D. A.*

**Актуальність.** У всьому світі на хронічний гепатит С страждають 130-150 мільйонів чоловік. Від пов'язаних з гепатитом С хвороб печінки помирає приблизно 500 000 осіб на рік. У зв'язку з цими цифрами дослідження проблеми гепатиту С є актуальним та необхідним.

**Мета роботи.** Дослідити наявність у пацієнтів, хворих на хронічний вірусний гепатит С печінкової енцефалопатії та змін у їх психоневрологічному стані під час проведення противірусної терапії.

**Матеріали та методи.** Обстежено 30 пацієнтів з діагнозом хронічний вірусний гепатит С у віці (45,77±2,77) року, які знаходяться на противірусній терапії в даний час або проходили її в минулому безрезультатно. До групи увійшли 21 чоловіків (70,0 %) та 9 жінок (30,0 %). Для визначення енцефалопатії та оцінки психоневрологічного статусу використовували 3 нейропсихологічні тести: тест зв'язку чисел, тест малювання годинника, шкала депресії Бека та опитувальник Mini-Mental State Examination. Контрольну

групу склали 30 клініко-анамнестично здорових осіб віком (47,95±2,65) року.

**Результати дослідження.** При аналізуванні тесту зв'язку чисел виявлено, що у 13,0 % хворих печінкова енцефалопатія відсутня; у 33,0 % встановлена латента печінкова енцефалопатія; у 37,0 % - 1-а стадія; у 7,0 % - 2-а; у 7,0 % - 3-а; у 3,0 % - 4-а.

Заповнюючи опитувальник Mini-Mental State Examination встановили переддементі когнітивні порушення у 47,0 % пацієнтів, 43,0 % мали деменцію легкого ступеню.

Серед показників цього опитувальника найбільші порушення були виявлені з боку пам'яті (80,0 %), конструктивного праксису (56,7 %), концентрації уваги (50,0 %).

Тест малювання годинника продемонстрував, що лише у 13,0 % пацієнтів наявні когнітивні порушення.

За шкалою депресії Бека у 36,7 % пацієнтів депресія відсутня; у 30,0 % - легка; у 16,7 % - помірна; у 13,3 % - середньої тяжкості; у 3,3 % - тяжка. За цією шкалою найбільш вираженими були такі симптоми, як порушення сну і настрою, стомлюваність, дратівливість.

Виявлений прямий кореляційний зв'язок результатів дослідження за шкалою депресії Бека із проходженням пацієнтами противірусної терапії.

**Висновки.** Виходячи з отриманих даних, більшість хворих на хронічний вірусний гепатит С мають печінкову енцефалопатію та переддементі когнітивні порушення - порушення пам'яті, конструктивного праксису та концентрації уваги. Ці результати вказують на необхідність постійного та динамічного спостереження за пацієнтами задля корекції наявних в них когнітивних та психоемоційних порушень.

Вега Альона Рікардівна, Беклеміщева Анастасія Олександрівна  
**АСПЕКТИ РАНЬОЇ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ  
ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра інфекційних хвороб  
Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент В. О. Бойко  
Національна медична академія післядипломної освіти імені  
П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

*Vega Alona Rikardivna, Beklemishcheva Anastasiya Olexandrivna*  
**CLINICAL ASPECTS OF EARLY DIAGNOSIS OF  
HIV INFECTION**

*Department of Infectious Diseases*  
*Scientific supervisor: PhD, associate professor V. O. Boyko*  
*P. L. Shupik National Medical Academy of Post-Graduate*  
*Education, Kiev, Ukraine*  
*E-mail: [vega\\_21@ukr.net](mailto:vega_21@ukr.net); Vega A. R.*

**Актуальність.** Згідно даних ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», за період 1987-2015 (6 міс.) рр. серед громадян України зареєстровано 271 942 ВІЛ-інфіковані особи, у тому числі 79 569 випадків захворювання на СНІД та 36 922 випадки смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Станом на 01.07.2015 р. у закладах охорони здоров'я служби профілактики та боротьби зі СНІДом під медичним наглядом перебувало 124 279 ВІЛ-позитивних громадян України, з них 31 509 хворих з діагнозом СНІДу. Показник поширеності СНІДу становив 73,8 на 100 тис. населення та зріс проти показника відповідного періоду минулого року на 1,5 %. Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції реєструвались в Одеській (791,7 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (751,8), Миколаївській (658,6), Херсонській (369,9) областях та у м. Києві (395,7).

Невиявлені ВІЛ-інфіковані особи є суттєвою проблемою з точки зору поширення захворювання. Вони швидше розповсюджують ВІЛ-інфекцію, ніж ті, хто знає про своє інфікування.

**Мета роботи.** Вивчення питання раннього виявлення та реєстрації ВІЛ-позитивних осіб для ефективного клініко-імунологічного і вірусологічного моніторингу та своєчасного призначення лікування, що дозволить суттєво збільшити тривалість життя і зберегти пацієнта соціально активним для суспільства.

**Результати дослідження.** Згідно даних статистики ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», охоплення дослідженням на рівень CD4 клітин вперше виявлених та тих, що взяті на облік осіб віком від 18 років і старше у 2014 р., дорівнювало 92,3 % (N = 14 453). Частка осіб, які мали рівень CD4-лімфоцитів нижче 350 кл/мкл на момент взяття на облік у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, становила 49,7 %, з них хворі на СНІД з рівнем CD4-лімфоцитів менше 200 кл/мкл склали 27,7 %.

У 2014 р. відсоток вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у віці 15 років і старше, які за клінічними показаннями відповідали I клінічній стадії, становив 34,4 %, II стадії – 12,1 %, III стадії – 20,2 %, IV стадії – 33,3 %.

Загалом, люди з рівнем CD4-лімфоцитів більше 500 кл/мкл не схильні до розвитку опортуністичних інфекцій. Однак, добові коливання рівня CD4 клітин можуть стати причиною таких захворювань, як кандидозний вагініт або інших грибкових інфекцій.

При рівні CD4 500-300 у 1 мкл існує підвищений ризик деяких інфекцій, таких як оперізувальний лишай, кандидоз, інфекції шкіри, бактеріальні синусити та інфекції нижніх дихальних шляхів, а також туберкульоз.

Кандидозний стоматит і волосиста лейкоплакія ротової порожнини виникають, коли кількість лімфоцитів CD4 становить 300 у 1 мкл.

Саркома Капоші й неврологічні порушення також можуть виникнути на ранніх стадіях (I-II стадії) захворювання до розвитку вираженого імунодефіциту. Подібно до інших лентивірусів, ВІЛ спричинює запальні процеси у ЦНС, демієлінізацію та дегенерацію нервових волокон. Патологічні зміни ЦНС можуть бути зумовлені ураженням гліальних клітин чи дією нейротоксичних речовин і цитокінів, іншими факторами.

Пацієнти з такими захворюваннями у першу чергу будуть звертатися до вузьких спеціалістів (отоларингологів, фтизіатрів, терапевтів, сімейних лікарів, дерматологів, неврологів) і важливо, щоб останні обстежували хворих на наявність антитіл до ВІЛ, згідно положень ДКТ (наказ МОЗ №415 від 14.02.2012 р.), не впускаючи можливості ранньої діагностики.

**Висновки.** Сучасний стан розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні характеризується високою активністю прихованого компоненту епідемічного процесу, котрий формується за рахунок недіагностованих хворих на ВІЛ-інфекцію. Можна відмітити важливість широкої обізнаності вузьких спеціалістів (отоларингологів, фтизіатрів, терапевтів, сімейних лікарів, дерматологів, неврологів) у клініко-діагностичних особливостях ВІЛ-інфекції, оскільки саме до них можуть першочергово звернутися пацієнти і саме від їх настороженості буде залежати рання діагностика захворювання.

Сучасна стратегія призупинення поширення ВІЛ передбачає концентрацію зусиль усіх відповідальних та зацікавлених сторін на програмах первинної профілактики – інформування, консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію як базового компоненту подолання епідемії та підвищення якості життя ВІЛ-позитивних осіб.

Вега Альона Рікардівна, Беклеміщева Анастасія Олександрівна  
**СУЧАСНІ АСПЕКТИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ  
ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ ЛАЙМА**

Кафедра інфекційних хвороб

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент В. О. Бойко  
Національна медична академія післядипломної освіти імені  
П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

*Vega Alona Rikardivna, Beklemishcheva Anastasiya Olexandrivna*  
**MODERN ASPECTS OF CLINICAL AND LABORATORY  
DIAGNOSIS OF LYME DISEASE**

*Department of Infectious Diseases*

*Scientific supervisor: PhD, associate professor V. O. Boyko  
P. L. Shupik National Medical Academy of Post-Graduate  
Education, Kiev, Ukraine*

*E-mail: [vega\\_21@ukr.net](mailto:vega_21@ukr.net); Vega A. R.*

**Актуальність.** Хвороба Лайма (ХЛ) – інфекційне трансмісивне природно-осередкове захворювання, збудниками якого є спірохети комплексу *Borrelia burgdorferi sensulato*, а переносниками – іксодові кліщі. Захворювання характеризується поліморфізмом клінічних проявів, серед яких найбільш характерними є ураження шкіри, нервової системи, опорно-рухового апарату, серця, перебігає як у маніфестній, так і в латентній формах, має схильність до рецидивів і хронічного перебігу.

Широка поширеність захворювання, особливості патогенезу, відмінності клінічного перебігу, труднощі діагностики, відсутність специфічних заходів профілактики, необізнаність щодо клінічних проявів хвороби Лайма серед лікарів інших спеціальностей визначають актуальність проблеми.

**Мета роботи.** Ознайомити лікарів різних спеціальностей з особливостями клініко-лабораторної діагностики хвороби Лайма.

**Результати дослідження.** За клінічною класифікацією розрізняють наступні форми:

- ✓ За формою: латентна; маніфестна.
- ✓ За стадією: локалізована (стадія первинного ефекту); дисемінована (генералізована); персистуюча (хронічна); резидуальна (післялаймський синдром).
- ✓ За варіантом переважного ураження: шкіри; нервової системи; суглобів; серця; змішаний.
- ✓ За перебігом: гострий; підгострий; хронічний (безперервний; рецидивуючий).
- ✓ За тяжкістю перебігу: легкий; середньої тяжкості; тяжкий.
- ✓ За ознакою інфікованості: серопозитивний, серонегативний.
- ✓ За наявністю ускладнень: ускладнена, неускладнена.

Інкубаційний період триває від 2 до 30 днів, у середньому 7–14 днів. Першим клінічним проявом інфекції є локальне шкірне запалення у місці присмокування кліща після інкубаційного періоду (від декількох днів до місяця).

Патогномонічним симптомом гострого періоду хвороби є кільцева еритема на місці укусу кліща, що спостерігається у більшості хворих на ХЛ (до 70 %). Спочатку на шкірі з'являється невелика пляма (у більшості випадків її поява не супроводжується виникненням свербіжу й печіння), що протягом декількох днів збільшується у розмірах, досягаючи 15–20 см і більше у діаметрі — мігруюча еритема. Краї плями стають чіткими, яскравими, трохи піднятими над рівнем здорової шкіри. У частини хворих у центрі плями еритема поступово блідне, перетворюється на кільцеподібну, набуваючи ціанотичного відтінку. Без проведення етіотропного лікування

еритема зберігається 2–4 тижні, після чого спостерігається її зворотний розвиток із можливим формуванням на місці еритеми невеликої пігментації, лущення. За наявності мігруючої еритеми лікар має право ставити діагноз без подальшого лабораторного підтвердження.

У більш пізні терміни хвороби спостерігаються ознаки ураження різних органів та систем: нервової (серозний менінгіт, краніальна невропатія, множинна больова полірадикулопатія), серцево-судинної (міокардит з атріовентрикулярною блокадою, аритмія), опорно-рухової (артралгія, тендиніти, синовііти, тендовагініт, міозит), шкіри (лімфоцитома).

Специфічна лабораторна діагностика хвороби Лайма здійснюється за допомогою мікроскопічних, бактеріологічних, серологічних (нРІФ, ІФА, ХЛІА, ВБ) та молекулярно-генетичних (ПЛР) методів.

За її допомогою *непрямої реакції імуофлуоресценції (нРІФ)* можна визначати як загальну кількість специфічних антитіл, так і антитіл певних класів (IgM, IgG). Перевагою ІФА перед нРІФ є вищий рівень чутливості, особливо на другому – третьому тижні захворювання.

Особливістю *хемілюмінесцентного імуоаналізу (ХЛІА)* є достатньо висока чутливість та специфічність методу.

*Метод вестернблоту (ВБ)* базується на взаємодії специфічних антитіл з електрофоретично розділеними фракціями антигенів. ВБ має вищу чутливість та специфічність, ніж ІФА. Перевага методу полягає у виявленні специфічних антитіл до певних антигенів збудника, тобто можливо одержати точну відповідь про участь окремих антигенів у формуванні імунної відповіді на певній стадії інфекційного процесу.

За допомогою *методу ПЛР* можна виявити специфічні ділянки ДНК борелій у шкірному біоптаті, крові, сечі, цереброспінальній і суглобовій рідині та кліщах.

**Висновки.** Особливе занепокоєння викликає високий відсоток пізніх уражень різних систем і органів через несвоєчасну діагностику ХЛ, що призводить до хронічних проявів (3,5-10,6 % випадків), довготривалої непрацездатності, інвалідизації, а подекуди – і до летальних випадків. Таким чином, для запобігання хронізації процесу, призначення своєчасної адекватної терапії, лікарям різних спеціальностей (терапевтів, неврологів, ревматологів, кардіологів, дерматологів) необхідно підтримувати високий рівень обізнаності щодо клініки та сучасних методів діагностики хвороби Лайма.

Винник Елеонора Юріївна<sup>1</sup>, Кондрин Оксана Євгеніївна<sup>1</sup>,  
Бойко Марія Андріївна<sup>2</sup>

## **ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
<sup>2</sup>Департамент охорони здоров'я ОДА,  
м. Івано-Франківськ, Україна

*Vynnyk Eleonora Yuriivna<sup>1</sup>, Kondryn Oksana Yevgenivna<sup>1</sup>,  
Boiko Maria Andriivna<sup>2</sup>*

## ***DYNAMIC OF MORBIDITY OF ACUTE INTESTINAL INFECTION IN THE IVANO-FRANKIVSK REGION***

<sup>1</sup>*Department of infectious diseases and epidemiology,  
Ivano-Frankivsk National Medical University,*  
<sup>2</sup>*Department of Health of Regional State Administration,  
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

*E-mail: [eleonoravy@yahoo.com](mailto:eleonoravy@yahoo.com); Vynnyk E. Y.*

**Актуальність.** Гострі кишкові інфекції (ГКІ) займають одне з провідних місць серед інфекційних захворювань, поступаючись за частотою лише гострим респіраторним захворюванням. Зростанню рівня ГКІ різної етіології сприяють істотні зміни умов життя, технологій виробництва і реалізації харчових продуктів, стереотипів водоспоживання, харчової поведінки, а також посилення міграційних процесів, що робить актуальним вивчення закономірностей поширення ГКІ.

**Мета роботи.** Виявлення закономірностей епідеміологічного процесу захворюваності на ГКІ на території Івано-Франківської області.

**Матеріали та методи.** Особливості та закономірності епідемічного процесу ГКІ вивчалися в рамках ретроспективного

епідеміологічного аналізу захворюваності на ГКІ в Івано-Франківській області за період з 2004 по 2015 рр.

**Результати дослідження.** В результаті дослідження виявлено, що в Івано-Франківській області показники середньої багаторічної захворюваності (СБЗ) на ГКІ, як встановленої так і невстановленої етіології, були меншими, ніж по Україні ( $187,29 \pm 13,55$  о/оооо і  $218,73 \pm 9,43$  о/оооо, відповідно). Тенденції захворюваності на ГКІ по області (Тпр.ср.=+5,99 %) та Україні (Тпр.ср.=+3,97 %) мали однаковий характер з помірним приростом. Інтенсивний підйом захворюваності був зареєстрований у 2008 р., і в подальшому, відмічався постійний ріст інцидентності з максимальним показником 244,30 о/оооо у 2015 р.

Захворюваність на сальмонельоз характеризувалась циклічним перебігом з помірним приростом (Тпр.ср.=+1,93 %). Інтенсивному підйому захворюваності у 2012 р., передував період 2007-2011 рр., коли інцидентність була значно меншою за середньодержавні показники. В етіологічній структурі захворювань на сальмонельоз провідна роль до 2008 року належала *S. typhimurium* (62,6 %). З 2009 р. відмічено зростання частки сальмонел серогрупи D (*S. enteritidis*), яка склала 87,6 % у 2015 р. В області є умови для циркуляції збудників сальмонельозу, так як періодично реєструються групові спалахи захворювання. Протягом досліджуваного періоду ми спостерігали зменшення захворюваності на шигельоз, як по області так і по Україні з інтенсивними підйомами інцидентності в області у 2004, 2008 та 2014 рр. відповідно - 10,57 о/оооо, 41,17 о/оооо і 5,64 о/оооо та значним середнім темпом зниження (Тзн.ср.= -13,99 %). Найвищий рівень інцидентності шигельозу у 2008 р. співпав з повинню на Прикарпатті. Підйому захворюваності у 2014 р. передував період з найменшим рівнем інцидентності 1,38-0,95 о/оооо у 2011-2013 рр. Це може свідчити про недостатню діагностику

шигеліозів у цей період, так як одночасно зросла питома вага ГКІ невстановленої етіології. В етіологічній структурі переважно реєструвались шигеліози, викликані *Shigella Sonnei* у 61,9 %, *Shigella Flexneri* у 38,1 % випадків. Частка бактеріологічно підтверджених шигеліозів коливалась від 61,3 % у 2005 р. до 100,0 % у 2011, 2012, 2014 рр. Такі високі частки бактеріологічно підтверджених шигеліозів свідчать, з одного боку, про покращення лабораторної діагностики, а з іншого - про недостатню клінічну діагностику шигеліозу, особливо легких форм. Сумарна захворюваність на ГКІ, як встановленої так і невстановленої етіології, має стійку тенденцію до зростання. Інтенсивний показник захворюваності збільшувався з 92,02 о/оооо у 2004 р. до 219,48 о/оооо у 2015 р. (Тпр.ср.=+6,68 %). Динаміка показників захворюваності на ГКІ з невизначеним збудником по області і Україні мали однаковий характер, проте темпи приросту по області (Тпр.ср.=+10,25 %), були значно вищими за показники по Україні (Тпр.ср.=+3,96 %). Окрім того, частка ГКІ з невизначеним збудником у структурі сумарної захворюваності ГКІ становила в середньому  $48,92 \pm 2,30$  %, що значно вище, ніж по Україні ( $34,67 \pm 0,95$  %). Тенденції багаторічної захворюваності на ГКІ встановленої етіології (переважно за рахунок умовнопатогенної флори) по області та Україні мали однакову тенденцію до зростання, проте СБЗ по області ( $79,34 \pm 5,11$  о/оооо) була значно меншою за показники по Україні ( $105,32 \pm 4,55$  о/оооо). Захворюваність на ГКІ ротавірусної етіології неухильно зростала від 0,1 о/оооо у 2004 р. до  $10,25$  о/оооо у 2015 р., проте СБЗ по області ( $3,15 \pm 1,07$  о/оооо) залишається значно меншою, ніж по Україні ( $15,4 \pm 2,68$  о/оооо).

**Висновки.** Епідемічна ситуація щодо захворюваності на ГКІ в області залишається нестійкою. Спостерігалась стійка тенденція до зростання захворюваності на ГКІ за рахунок

збільшення інцидентності сальмонельозу, ГЕКів, ротавірусної інфекції. Захворюваність на шигельоз має циклічний характер з тенденцією до зниження. Недостатня діагностична розшифровка ГКІ і, як наслідок, висока частка ГКІ невстановленої етіології у загальній структурі ГКІ може призводити до формуванню недостатньо ефективних протиепідемічних та профілактичних заходів у вогнищах інфекції.

Возна Христина Ігорівна  
**ОЦІНКА ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ РИТМУ СЕРЦЯ У  
ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ**

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

*Vozna Khrystyna Igorivna*  
***EVALUATION OF AUTONOMIC REGULATION OF HEART  
RATE IN HIV-INFECTED PATIENTS***  
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology*  
*Scientific supervisor: d. med. sc., prof. V. D. Moskaliuk*  
*Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State  
Medical University", Chernivtsi, Ukraine*  
*E-mail: [tina\\_ua88@mail.ru](mailto:tina_ua88@mail.ru); Vozna K. I.*

**Актуальність.** Тісний симбіоз симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи і гуморальних впливів забезпечує досягнення оптимальних результатів у плані адаптації до мінливих умов внутрішнього й зовнішнього середовищ. Дисбаланс вегетативної іннервації зумовлює різноманітність клінічної картини, зниження чи напруження адаптаційно-приспосувальних можливостей

організму людини, підвищене сприйняття серцевим ритмом шкідливих чинників. Існують експериментальні підтвердження зв'язку між ризиком розвитку летальних аритмій та ознаками підвищеної симпатичної чи зниженої вагусної активності стимулювали розвиток досліджень кількісних показників вегетативної активності. Варіабельність серцевого ритму (BCR) є одним з найбільш розроблених та інформативних методів, параметри якого розглядаються як інтегральні показники функціонального стану серцево-судинної системи та організму в цілому.

**Мета роботи.** Вивчити стан вегетативного забезпечення серцевої діяльності у хворих на ВІЛ-інфекцію.

**Матеріали та методи.** Обстежено 136 хворих на ВІЛ-інфекцію, які перебували на амбулаторному спостереженні протягом 2013-2015 рр. в ОЦПБ зі СНІДом м. Чернівці. Усі пацієнти були розділені на дві групи: I – 92 особи (45 чоловіків і 47 жінок) віком від 19 до 42 років, які не отримували ВААРТ; II – 44 хворих (21 чоловік і 23 жінки) віком від 21 до 42 років, яким призначали ВААРТ першого ряду. Зазначені пацієнти перебували на ВААРТ не менше 3 міс. 44 (47,8 %) представники I групи перебували у I клінічній стадії ВІЛ-інфекції, 48 (52,2 %) – у II, 23 (52,3 %) представники II групи перебували у III клінічній стадії ВІЛ-інфекції, 21 (47,7 %) – у IV. Групу порівняння склали 30 практично здорових осіб, які за статтю й віком були цілком зіставні з обстеженими ВІЛ-інфікованими хворими.

Стан вегетативної регуляції серцевого ритму визначався за допомогою комп'ютерної кардіоінтервалометрії із застосуванням монітору артеріального тиску та електрокардіосигналів добового SDM23. Дослідження варіабельності серцевого ритму проводили протягом 5 хвилин в ранкові години, натще, після 15-хвилинного перебування пацієнта у кліностазі. Дані ЕКГ автоматично оброблялися з

визначенням часових та спектральних показників ВСР, що дозволило здійснити їх детальний аналіз відповідно до протоколу робочої групи Європейського товариства кардіології й Північноамериканського товариства кардіостимуляції та електрофізіології.

**Результати дослідження.** Часовий аналіз ВСР у ВІЛ-інфікованих пацієнтів показав статистично достовірне зниження середніх величин усіх досліджуваних показників ( $p < 0,05$ ). Варто зазначити, що поглиблення імунодефіциту супроводжувалося більш вираженими функціональними змінами вегетативної регуляції. Всі досліджувані часові параметри ВСР II групи пацієнтів статистично достовірно відрізнялись від відповідних показників здорових людей ( $p < 0,01-0,05$ ) та I групи хворих ( $p < 0,05$ ). Аналіз спектральних показників ВСР у хворих на ВІЛ-інфекцію засвідчив вірогідне зниження, порівняно зі здоровими людьми, показників загальної потужності вегетативної регуляції (TP), потужності як низькочастотних коливань (LF), так і високочастотних хвиль (HF). Водночас зафіксовано вегетативний дисбаланс у бік розвитку симпатикотонії за рахунок підвищення частки симпатичних (LFnorm) та зниження параметру частки вагусних впливів (HFnorm) у загальному спектрі вегетативної регуляції і, відповідно, значного підвищення індексу симпато-парасимпатичного балансу (LF/HF) ( $p < 0,05$ ). Що ж до параметру потужності гуморальних впливів (VLF), то також спостерігається його зниження серед ВІЛ-позитивних осіб порівняно з групою контролю ( $p < 0,05$ ). VLF складова спектру є чутливим індикатором управління метаболічними процесами та вказує на енергодефіцитний стан. Порівняльний аналіз спектральних показників ВСР у хворих I та II груп показав, що збільшення ступеня імунодепресії супроводжується більш вираженими змінами функціонального стану вегетативної нервової системи за рахунок подальшої

депресії потужності усіх спектральних параметрів та значного зростання індексу вегетативного балансу (LF/HF) ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Отже, загальна картина чітко вказує на зменшення варіабельності серцевого ритму, головним чином за рахунок зниження вагусної модуляції серцевого ритму, меншою мірою – симпатичної, яка стає домінуючою. Так, баланс активності симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи зрушений у бік низькочастотного компоненту спектру, тобто в обстеженої когорти хворих спостерігається симпатикотонія. Зазначені зміни виникають вже на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції, хоча вони виразніші у III-IV стадії захворювання. Вочевидь, зниження часових та спектральних показників свідчить про виснаженість регуляторних механізмів і нестачу адаптаційно-захисного впливу *n. vagus* на серце, а ризик розвитку загрозливих для життя шлуночкових аритмій (шлуночкової тахікардії та фібриляції шлуночків), з огляду на вищесказане, зростає за наявності більшого ступеня імунодепресії.

Волобуєва Ольга Вікторівна<sup>1</sup>, Лядова Тетяна Іванівна<sup>1</sup>,  
Шустваль Микола Федорович<sup>2</sup>

**ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО  
МІОКАРДИТУ У ХВОРИХ НА ГРИП У ПЕРІОД ЕПІДЕМІЇ  
2016 РОКУ**

<sup>1</sup>Кафедра загальної та клінічної імунології та алергології,  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,

<sup>2</sup>Кафедра кардіології та функціональної діагностики,  
Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна

*Volobueva Olga Victorivna<sup>1</sup>, Liadova Tetyana Ivanivna<sup>1</sup>,  
Shustval Mykola Fedorovych<sup>2</sup>*

**DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ACUTE MYOCARDITIS  
IN PATIENTS WITH INFLUENZA DURING  
THE 2016 EPIDEMIC**

<sup>1</sup>*Department of General and Clinical Immunology and Allergology,  
V. N. Karazin Kharkiv National University,*

<sup>2</sup>*Department of Cardiology and Functional Diagnostics,  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,  
Kharkiv, Ukraine*

*E-mail: [ovolobueva@gmail.com](mailto:ovolobueva@gmail.com); Volobueva O. V.*

**Мета роботи.** Вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування гострого міокардиту у хворих на грип у період епідемії 2016 року.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилось 320 хворих на грип (180 чоловіків та 140 жінок) віком від 17 до 75 років з середньотяжким (170) і тяжким (150) перебігом хвороби. Усі хворі були госпіталізовані в Харківську обласну клінічну інфекційну лікарню. До комплексного дослідження хворих входили загальноклінічні та біохімічні показники (клінічний аналіз крові, сечі, мокротиння, вміст у

крові АлАТ, АсАТ, МВ-фракції КФК, СРП, тропонін-1), реєстрація ЕКГ, Ехо-КГ, рентгенографія органів грудної клітки, ідентифікація вірусу грипу за допомогою серологічного, імунофлюоресцентного, молекулярно-генетичного методів.

**Результати дослідження.** При обстеженні 320 хворих на грип гострий міокардит було діагностовано у 46 (14,3%) хворих, серед яких середньотяжкий міокардит був виявлений у 32 хворих, тяжкий – у 14. У 40 осіб гострий міокардит розвинувся в перші три дні хвороби, у 6 – на 10-14-й день захворювання. У всіх хворих на грип виявляли ураження бронхолегеневої системи (бронхіти, пневмонії), інтоксикаційний синдром, гіпоксемію. Пневмонія значно знижувала діагностичну інформативність симптомів міокардиту (тахікардія, задишка) та основних діагностичних методів (ЕКГ, Ехо-КГ, рентгенографія органів грудної клітки), а також клінічних аналізів крові, СРП, сіалових кислот. Правильна оцінка співвідношення кардіальних і вентиляційних порушень у генезі задишки значно впливає на діагностику гострого міокардиту.

Для середньотяжкого перебігу міокардиту були характерними кардіалгії, посилення задишки при фізичному навантаженні, тахікардія, збільшення розмірів серця, послаблення I тону, систолічний шум на верхівці, зниження вольтажу комплексу QRS, атриовентрикулярна блокада I ступеня, шлуночкові екстрасистоли, негативний зубець T і депресія сегменту ST.

Для тяжкого перебігу міокардиту окрім перелічених симптомів були характерними уповільнення атриовентрикулярної або внутрішньошлуночкової провідності, екстрасистоли шлуночкові та надшлуночкові, а у 4 хворих були пароксизми миготливої аритмії, набряки стоп. Маркерами міокардіального ураження стало збільшення в крові активності МВ-фракції КФК, АсАТ, тропоніна-1. Ехо-КГ дозволило на ранніх стадіях захворювання виявити порушення міокардіальної дисфункції (порушення кінетики стінок, збільшення порожнин

серця, дисфункцію лівого шлуночка, наявність тромбів у порожнинах серця).

Лікування міокардиту проводили комплексно з включенням противірусних, антибактерійних, нестероїдних протизапальних препаратів, за необхідності призначали антиаритмічні, сечогінні, метаболічні препарати.

Гайворонська Ілона Євгеніївна, Зайченко Тетяна Владиславівна,  
Бутко Віталій Анатолійович  
**ОСОБОЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІРУСНИХ ПНЕВМОНІЙ В  
ЕПІДЕМІЧНОМУ СЕЗОНІ 2016 РОКУ**  
Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня  
імені З. Й. Красовицького

*Gayvoronska Ilona Yevgenivna, Zaichenko Tetyana Vladislavivna,  
Butko Vitaliy Anotoliyovich*  
**PECULIARITIES OF VIRAL PNEUMONIAS DURING THE  
2016 EPIDEMIC SEASON**  
*Sumy Regional Clinical Infectious Hospital  
named after Z. Y. Krasovitskiy  
E-mail: [vetmd@ukr.net](mailto:vetmd@ukr.net); Butko V. A.*

**Актуальність** грипу та ГРВІ обумовлена їх широким поширенням, ураженням будь-якого віку, професійних груп, наявністю тяжких ускладнень, труднощами лікування і великим соціально-економічним збитком. Ця група інфекцій відноситься до категорії висококонтагіозних хвороб з легко реалізованим повітряно-краплинним шляхом передавання. Щорічно в світі хворіє на грип до 15 % всього населення, а помирає до 2 млн. чоловік.

Остання пандемія грипу, яка відома як «свинячий грип», була викликана у 2009 році вірусом А/Н1N1. Саме цей вірус і сьогодні є причиною майже всіх тяжких випадків грипу у країні.

За даними МОЗ, в Україні в епідемічний сезон 2015-2016 рр. зареєстровано біля 3.2 млн хворих на ГРВІ і грип, з них госпіталізовано 132 тис (3,9 %), тобто захворюваність на 41,4 % перевищувала минулий епідсезон. Переважна більшість захворювань в Україні була зумовлена пандемічним штамом вірусу А (Н1N1).

В області за 3 місяці епідсезону 2016 року (січень-березень) перехворіло на грип та ГРВІ 144254 особи, з них на грип 2845. Померло від грипу 26 (0,9 %) хворих, з них у 50 % виявлено в секційному матеріалі вірус грипу А(Н1N1).

**Мета роботи.** Вивчити особливості клінічного перебігу грипу, ускладненого пневмонією, за період епідемії 2016 року у Сумській області.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були 94 хворих на грип, ускладнений пневмонією, що перебували на стаціонарному лікуванні в ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З. І. Красовицького» у січні-лютому 2016 року (57,4 % чоловіків та 42,6 % жінки).

Для верифікації діагнозу використовувалися методи ІФА та ПЛР, досліджувалися змиви з ротоглотки хворих. Також хворі були обстежені згідно стандартів якості та локальних протоколів (клінічний аналіз крові, сечі, рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини).

**Результати дослідження.** Рентгенологічне підтвердження однобічної пневмонії отримано у 35 (37,2 %) пацієнтів, двобічної пневмонії у 20 (21,3 %) хворих. Діагноз однобічної пневмонії було встановлено клінічно без рентгенологічного підтвердження у 30 (31,9 %) пацієнтів, двобічної – у 9 (9,6 %); найчастіше рентгенологічно був опис посиленого судинного малюнка або, взагалі, без вогнищево-інфільтративних змін (при

наявності чітких фізикальних даних за пневмонію). Також були випадки, коли при первинному рентгенологічному дослідженні – без патологічних змін, а через деякий час (2-3 дні) інфільтративні зміни, або при контрольному рентгендослідженні (після лікування пневмонії, встановленої клінічно) описана позитивна динаміка на рахунок розсмоктування вогнищ інфільтрації.

Середній вік хворих склав (45,0±0,6) років. Переважали хворі віком від 35 до 60 років (62,4 %). Противірусну терапію препаратом «Таміфлю» отримали 41 (43,6 %) хворий, препаратом «Реленза» - 11 (11,7 %), інші хворі противірусну терапію не отримували за протипоказаннями та у зв'язку з недоцільністю. Антибактеріальна терапія проводилась препаратами цефалоспоринового ряду в комбінації з фторхінолонами або макролідами. В тяжких випадках при виникненні двобічних полісегментарних пневмоній препаратами вибору були меропенемі, аміноглікозиди (тобраміцин, амікацин) та лінезолід. При відсутності ефекту від антибактеріальної терапії на 4-5 добу проводилася заміна антибактеріальних препаратів. Подвійну терапію отримав 71 (75,5 %) хворий, потрійну – 16 (17 %) хворих, 7 (7,4 %) хворих отримали 4 антибактеріальних препарати. При проведенні контрольного рентгенологічного дослідження у 41 (43,6 %) хворого спостерігалась позитивна динаміка. У 29 (30,9 %) пацієнтів контрольне рентгенологічне дослідження на 10 добу не проводилось. У 24 (25,5 %) хворих при проведенні рентгенконтролю (на 9-10-й день з початку лікування) відмічалася негативна динаміка, що потребувало корекції лікування та заміни антибактеріальних препаратів.

**Висновок.** Таким чином, нерідко основним та небезпечним ускладненням перебігу ГРВІ та грипу є розвиток вірусно-бактеріальної пневмонії. Несвоєчасне звернення за медичною допомогою, наявність супутніх захворювань, надлишкової ваги

ускладнює перебіг захворювання. Пневмонії вірусно-бактеріального генезу потребують більш інтенсивного та подовженого лікування (як противірусними, антибактеріальними препаратами та дезінтоксикації); позитивна рентгенологічна динаміка спостерігається значно пізніше (як правило, на 3-му тижні хвороби; при двобічному ураженні легень на 5-6-му тиж.) ніж при бактеріальних пневмоніях.

Гнатюк Віра Василівна, Надрага Олександр Богданович,  
Покровська Тетяна Валеріївна  
**ЕНТЕРОВІРУСНІ МЕНІНГІТИ У ДІТЕЙ**  
Кафедра дитячих інфекційних хвороб,  
Львівський національний медичний університет імені  
Д. Галицького, м. Львів, Україна

*Hnatyuk Vira Vasylivna, Nadraga Alexander Bogdanovich,  
Pokrovska Tetyana Valeriyivna*  
**ENTEROVIRAL MENINGITIS IN CHILDREN**  
*Department of the Pediatric Infectious Diseases,  
Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky, Lviv,  
Ukraine*  
E-mail: [virahnatukms@ukr.net](mailto:virahnatukms@ukr.net); Hnatyuk V. V.

**Актуальність.** Ентеровірусна інфекція (ЕВІ) займає одне з провідних місць серед інфекційних хвороб, що перебігають з ураженням центральної нервової системи у дітей та залишається мало контрольованою в практиці охорони здоров'я.

**Мета роботи.** Вивчити та проаналізувати епідеміологічні та клініко-лабораторні особливості ентеровірусних менінгітів (ЕВМ) у дітей.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано перебіг ЕВМ у 18 дітей, що перебували на стацлікуванні у Львівській обласній

інфекційній клінічній лікарні протягом 2015 року. Дітям проводилося комплексне клініко-лабораторне обстеження, яке включало вивчення епідеміологічного анамнезу, характерних клінічних симптомів, змін периферичної крові, ліквору. Для верифікації діагнозу ЕВІ використовували вірусологічне дослідження ліквору на культурах клітин Нер-2 та RD, а також метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), які проводили на базі вірусологічної лабораторії обласної санепідстанції.

**Результати дослідження.** Проаналізовано перебіг ЕВМ у 18 дітей, з них хлопців – 10 (55,6 %), дівчат – 8 (44,6 %). Хворіли на ЕВМ переважно діти віком 6 - 8 рр. (8 осіб; 42,1 %) та віком 15-16 рр. (9 осіб; 47,4 %), що не співпадає з даними Shaker O.G Abdthamid та Hu Ytt all, які вказують на вищу захворюваність у дітей від 1,5 місяців до 6 років.

При аналізі даних епідеміологічного анамнезу з'ясовано, що контакт з хворим на ГРВІ спостерігався у 10 дітей (55,26 %), з них у 3 (30,0 %) мали місце сімейні осередки, в тому числі 2 дітей у сім'ї хворіли на ЕВМ одночасно; у 5 (50,0 %) дітей – в організованих колективах. Найбільша захворюваність зареєстрована у серпні-жовтні (16 випадків, 88,9 %), що є типовим для ЕВІ.

14 (73,7 %) пацієнтів були госпіталізовані в перші 2 доби захворювання, 4 (22,2 %) хворих – на 5-6-у добу хвороби.

Ентеровірусні менінгіти перебігали в основному в ізольованій формі (15 випадків, 83,3%). У 2 пацієнтів (20,0 %) з ЕВМ спостерігався ентерит, у 1 (10,0 %) хворого – екзантема.

У всіх хворих початок хвороби гострий з підвищенням температури тіла від 38,3° до 39,2° С. Домінуючими скаргами був інтенсивний біль голови дифузного характеру (10 хворих, 55,6 %), біль з ізольованою локалізацією в лобно-скроневій ділянці (6 дітей, 33,3 %), у потиличній ділянці голови (2 хворих, 11,1 %). Біль голови супроводжувався нудотою, блюванням, тактильною гіперестезією, звуко- та фотобією.

Інтоксикаційний синдром був помірним у 15 (83,3 %) хворих, значно вираженим – у 3 (16,7 %) дітей. Менінгеальний симптомокомплекс розцінювався як помірний у 13 (72,2 %) хворих, а в 6 (33,3 %) – був сумнівним.

У периферичній крові хворих з ентеровірусним менінгітом відзначали лейкоцитоз у межах  $9,0 - 14,0 \times 10^9$  у 12 (66,7 %) дітей, у 3 (16,7 %) хворих –  $14,0 - 20,1 \times 10^9$ . У 3 (16,7 %) пацієнтів реєструвалася нормальна кількість лейкоцитів. Відносний нейтрофіліоз був у 13 (72,2 %) дітей у межах 14-37 % паличкоядерних гранулоцитів. У 10 (55,6 %) дітей ШОЕ у межах норми, у 5 (27,8 %) хворих значно підвищена – 20-60 мм за год.

При дослідженні ліквору в усіх хворих був збільшений плеоцитоз: 11-50 клітин в мкл був у 6 (38,9 %) хворих, 51-150 клітин – у 3 (16,7 %) пацієнтів, 151 – 300 клітин – у 5 (27,8 %) дітей, 301—500 клітин – у 3 (16,7 %), максимальне значення плеоцитозу – 560 клітин в мкл – у 1 (5,6 %) особи. Лімфоцитарний плеоцитоз був у 12 (66,7 %) хворих, змішаний – 4 (22,2 %). У 2 хворих віком 15 та 16 років плеоцитоз мав нейтрофільний характер. Взаємозв'язку між рівнем і характером плеоцитозу та змін в гемограмі не встановлено. Підвищена кількість білка в лікворі до 0,66-0,99 г/л відмічена у 3 (16,7 %) хворих. Рівень глюкози в лікворі у всіх хворих в межах норми.

У 6 (75,0 %) з 8 хворих, яким проводилася повторна люмбальна пункція на 10-14-й день хвороби, утримувалися зміни в лікворі. У 2 (25,0 %) хворих при позитивній клініці та дотриманні ліжкового режиму відзначали наростання плеоцитозу з 160-180 клітин до 300-320 клітин в мкл за рахунок лімфоцитів.

РНК ентеровірусів медодом ПЛР виявлено в ЦСР 18 хворих, у 3 (16,7 %) з них при вірусологічному дослідженні ліквору виділили штами Коксакі В1 та Коксакі В6.

**Висновки.** Найбільше число хворих з ЕВМ становили діти молодшого шкільного (8 осіб, 42,1 %) та підліткового (9 осіб, 47,4 %) віку. Підйом захворюваності на ЕВМ відмічений з серпня до жовтня. Лімфоцитарний плеоцитоз визначили у 12 (66,7 %), змішаний – у 4 (22,2 %) пацієнтів. У всіх хворих, яким проводилася повторна люмбальна пункція, утримувалися зміни в лікворі на 10-14-у добу. У 83,4 % хворих з ЕВМ на початку захворювання виявлено лейкоцитоз, у 61,1 % – нейтрофільного характеру. Не встановлено зв'язку між цитологічними показниками ліквору, змінами в гемограмі та тяжкістю перебігу хвороби.

Говардовська Ольга Олександрівна  
**ПЕРВИННА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПРИ  
ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра фтизіатрії та пульмонології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. С. Шевченко  
Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна

*Govardovska Olga Olexandrivna*  
**PRIMARY DRUG RESISTANCE IN PULMONARY  
TUBERCULOSIS**

*Department of Phthysiology and Pulmonology  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. S. Schevchenko  
Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine  
E-mail: [olgasencheva@yandex.ru](mailto:olgasencheva@yandex.ru); Govardovska O. O.*

**Актуальність.** За останнє двадцятиріччя резистентність мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів стала глобальною проблемою. В Україні тягар хіміорезистентного туберкульозу є значним, реєстрація таких хворих збільшується з кожним роком. Україна належить до 18 країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз у Європейському регіоні ВООЗ. Первинна хіміорезистентність – стійкість до антимікобактеріальних препаратів, виявлена у хворих що раніше не отримували протитуберкульозне лікування, тобто серед нових хворих. Вважається, що найбільш імовірним шляхом розвитку первинної хіміорезистентності є зараження нового хворого вже резистентними штамми мікобактерій. Лікування хіміорезистентного туберкульозу відзначається більшими складнощами, порівняно з «чутливим» туберкульозом, оскільки основний курс хіміотерапії є довготривалішим, токсичнішим, коштовнішим. Водночас хіміорезистентний туберкульоз супроводжується нижчими

результатами лікування та вищими показниками смертності. Показник поширення первинної резистентності має значення в розумінні епідеміологічної ситуації з туберкульозу та визначенні долі резистентних форм, що циркулюють на певній території. Аналіз даних про первинну резистентність дає можливість розробляти алгоритми виявлення, діагностики та обстеження хворих на туберкульоз, формувати стандартні схеми хіміотерапії у хворих без бактеріовиділення та в період до отримання результатів тестів медикаментозної чутливості, планувати фінансові витрати регіонів на протитуберкульозні програми. В Україні частота первинної резистентності становить 22-25 % (2011 рік), цей показник більш ніж в два рази перевищує глобальний показник ВООЗ – 10,4 %.

**Мета роботи.** Вивчити частоту та профілі хіміорезистентності мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів (ППП) у хворих з вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) легень та встановити вплив хіміорезистентності на ефективність лікування.

**Матеріали та методи.** Обстежено 259 хворих з діагнозом ВДТБ легень, що були зареєстровані у 2013-2014 роках у Харківській області. Всі пацієнти отримували стандартне обстеження та лікування за I категорією. Тест медикаментозної чутливості (ТМЧ) був проведений на щільних та твердих середовищах зі зразка мокротиння зібраного перед початком лікування.

**Результати дослідження.** Пацієнти були розподілені на групи порівняння, згідно результатам ефективності терапії. До 1-ої групи включено 90 пацієнтів, яким на кінець інтенсивної фази лікування була встановлена невдача лікування (НЛ) за позитивним мазком та/або культурою чи за клініко-рентгенологічними симптомами. До 2-ої групи включено 169 пацієнтів, які були вилікувані. Серед усіх хворих з ВДТБ резистентні форми мали 35,9 % (90), більше серед групи з НЛ-

40 % (36 осіб). У цій групі за результатами ТМЧ було встановлено такі профілі стійкості: монорезистентність у 20 %, мультирезистентність – у 13,3 %, полірезистентність – у 5,5 %, розширена резистентність до ПТП – у 1,1 %. У групі пацієнтів, що отримали ефективне лікування, стійкі до ПТП мікобактерії виявлені в 32,1% випадків (54 особи), за ТМЧ встановлені наступні профілі: монорезистентність – у 17,6 %, полірезистентність – у 12,5 %, мультирезистентність – 0,56 %. Серед усіх випадків найпоширеніша стійкість МБТ виявлена до стрептоміцину та ізоніазиду - 72,2 % та 57,7 % відповідно. Стійкість до рифампіцину виявлено у 18,8 %, цей показник значно відрізняється у групах. У групі з НЛ становить 44 % (з них 36,1 % випадки з комбінацією рифампіцину з ізоніазидом та 22,2 % самостійно або з іншими ПТП), у групі з ефективним лікуванням - 0,56 %. До етамбутолу стійкість визначено у 14,4 %, до піразинаміду – у 11,1 %. До ПТП II ряду стійкість виявлено: до аміноглікозидів – 10 %, до фторхінолонів - 4,44 %. Ефективність лікування ВДТБ з встановленою резистентністю становить 60 %, а ВДТБ зі збереженою чутливістю за ТМЧ – 65,2 %.

### **Висновки.**

1 Первинна хіміорезистентність значно поширена серед хворих на ВДТБ легень та становить 35,9 %.

2 Ефективність лікування хворих на ВДТБ легень зі збереженою чутливістю становить 65,2 %, а хворих зі встановленою резистентністю нижча – 60 %.

3 В обох групах порівняння виявлені високі показники стійкості МБТ до препарату вибору для лікування туберкульозу ізоніазиду – 57,7 %, також високий показник стійкості до стрептоміцину – 72,2 %.

4 Виявлення резистентності до рифампіцину як в комбінації з ізоніазидом (мультирезистентність-МРТБ), так і

самостійно або в інших профілях впливає на результати лікування.

5 Негативною тенденцією розвитку хіміорезистентності є виявлення стійкості до ПТП II ряду серед хворих на ВДТБ.

Голубнича Вікторія Миколаївна<sup>1</sup>, Чемич Микола Дмитрович<sup>2</sup>,  
Грищенко Світлана Олексіївна<sup>3</sup>

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ  
ГРВІ, УСКЛАДНЕНОЇ ПНЕВМОНІЄЮ**

<sup>1</sup>Кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології  
та імунології,

<sup>2</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,

<sup>3</sup>Сумська міська клінічна лікарня №4,  
м. Суми, Україна

*Holubnycha Viktoriia Mykolaivna, Chemych Mykola Dmytrovych,  
Grishenko Svitlana Oleksiivna*

**COMPARATIVE EVALUATION OF THERAPY OF ARVI  
COMPLICATED WITH PNEUMONIA**

<sup>1</sup>*Department of Hygiene and Ecology with Microbiology, Virology  
and Immunology Course,*

<sup>2</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University,*

*Municipal establishment "Sumy city clinical hospital №4",  
Sumy, Ukraine*

*E-mail: [golubnichiy@ukr.net](mailto:golubnichiy@ukr.net); Holubnycha V. M.*

**Актуальність.** За даними більшості епідеміологічних досліджень, гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) займають перше місце у світі серед інфекційних захворювань і становлять 95 % від усіх інфекцій. Це етіологічно різноманітна

група інфекційних хвороб респіраторного тракту, які мають подібні механізми розвитку, епідеміологічні та клінічні характеристики та в багатьох випадках ускладнюються різними патологічними станами (респіраторний дистрес-синдром, пневмонія, набряк легень). Через складність лабораторної верифікації інфекційного агенту вибір стартової терапії ГРВІ у більшості випадків залишається емпіричним. З огляду на можливість різних бактеріальних ускладнень лікарі часто превентивно призначають цим пацієнтам антибактеріальні препарати, які, як відомо, не діють на віруси та можуть спричиняти різні побічні впливи на організм хворого. З огляду на вищесказане нами було вирішено дослідити особливості клінічного перебігу ГРВІ у пацієнтів з різним типом лікування.

**Мета роботи.** Провести порівняльний аналіз ефективності лікування ГРВІ у пацієнтів залежно від проведеної терапії.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 32 хворих, госпіталізованих у Сумську обласну клінічну інфекційну лікарню ім. З. Й. Красовицького та Сумську міську клінічну лікарню №4 у січні – лютому 2016 р. із діагнозом ГРВІ, тяжкий перебіг, ускладнений пневмонією. Усі обстежені були поділені на три групи: перша – пацієнти отримували антибіотик (n=10), друга – пацієнти отримували протівірусний препарат та антибіотик (n=10), третя група – пацієнти отримували антибіотик та пробіотик (n=12).

**Результати дослідження.** У всіх групах переважали чоловіки (58,3 % - 70,0 %). Середній вік обстежених становив (52,0±0,6) років. Усі пацієнти видужали, однак тривалість перебування у стаціонарі в різних групах відрізнялася: середній ліжко-день у першій групі становив (11,2±0,23), в другій – (10,8±0,4), а в третій групі був найкоротшим – (8,5±0,2), що було значно менше ніж у першій та другій групах (p<0,05). При аналізі клінічного перебігу встановлено, що тривалість кашлю у першій групі склала (9,6±0,24) днів і була довшою (p<0,05) порівняно із

другою –  $(8,6 \pm 0,22)$  та третьою групами –  $(8,5 \pm 0,18)$ . Тривалість виділення харкотиння також була довшою у першій групі –  $(8,4 \pm 0,24)$  днів ( $p < 0,05$ ) порівняно із другою –  $(6,3 \pm 0,2)$  та третьою групами –  $(7,5 \pm 0,16)$ . Тривалість гіпертермії у всіх трьох групах мало відрізнялась та становила в середньому  $(5,0 \pm 0,37)$  днів у першій групі та  $(4,0 \pm 0,23)$  у другій та третій групах. Відновлення активності хворого та апетиту у першій групі відбувалося найпізніше  $(5,7 \pm 0,16)$  та  $(6,0 \pm 0,23)$  днів відповідно. У другій групі активність хворого відновлювалась на  $(5,0 \pm 0,05)$ , а апетит – на  $(5,5 \pm 0,06)$  день. У третій групі ці показники становили відповідно  $(4,5 \pm 0,16)$  та  $(4,5 \pm 0,12)$  дня, що було статистично достовірно найменше ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Ефективність лікування пацієнтів із ГРВІ, ускладненою пневмонією, залежить від характеру обраної терапії. Застосування антибіотиків у поєднанні із пробіотиками дозволяє прискорити одужання пацієнтів та є найбільш прийнятним варіантом терапії у цих хворих.

Голяр Оксана Іванівна, Брей Антоніна Ігорівна  
**АНАЛІЗ ЗАХВОРИЮВАНОСТІ НА МАЛЯРІЮ ЗА 2010 –  
2016 рр. У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Holyar Oksana Ivanivna, Brey Antonina Ihorivna*  
**ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF MALARIA BY 2010 – 2016  
IN CHERNIVTSI REGION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State  
Medical University", Chernivtsi, Ukraine  
E-mail:[golyar@mail.ua](mailto:golyar@mail.ua); Holyar O. I.*

**Актуальність.** Малярія - найпоширеніша в світі трансмісивна протозойна хвороба, спричинювана найпростішими, яка уражає велику кількість людей («Інфекційні хвороби» за редакцією О.А. Голубовської 2012 р.). За оцінками в 2012 році малярія призвела до 627000 випадків смерті переважно серед африканських дітей. За даними 2012 року, 52 країни знаходяться на шляху зниження рівня захворюваності на малярію на 75 % у відповідності з цілями, поставленими Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я на 2015 рік.

Дане захворювання продовжує залишатись дуже великою проблемою сучасної медицини. Загальна частка захворюваності на малярію становить 2,6 % від усіх захворювань у світі. Всесвітня організація охорони здоров'я прогнозує щорічне підвищення захворюваності на малярію в середньому на 16 %. Смертність від малярії коливається від 1,5 мільйона людей щорічно, причому 85 % від цього показника становить смертність від малярії в Африці. У відсотковому відношенні

смертність від малярії сягає 4–5 % від загальної смертності у світі.

**Мета роботи.** Проведення структурно-прогностичного аналізу епідеміологічних даних щодо основних групи ризику, які сприяють завезенню малярії в Україну

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз медичної документації (історії хвороб) хворих на малярію, які знаходились на лікуванні у інфекційному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні у 2010 – 2015 рр.

**Результати дослідження.** Аналізуючи медичну документацію хворих за досліджуваний період у інфекційному відділенні ЧОКЛ було встановлено у 2010 р. госпіталізовано 1 хворого студента з Африки з триденною малярією, яка проявлялась: ініціальною лихоманкою, приступами, які тривали від 6 до 10 годин і виникали через день, вираженою анемією та збільшенням селезінки. У 2012 – зафіксовано 2 випадки тропічної малярії, що характеризувалась ініціальною лихоманкою, з приступами, які тривали від 24-36 годин, та були майже безперервними, збільшенням селезінки та яскраво вираженою анемією - на неї нездужали 2 студентів з Африки. У 2014 також був зафіксований один випадок триденної малярії у студентки з Африки, який характеризувався таким клінічним перебігом: приступи тривали до 3 годин, селезінка збільшена на 1 см, незначна анемія. У 2015 – пацієнтка заробітчани, що хворіла тропічною малярією, з такою клінікою: приступи до 24 годин, виникали через добу, селезінка збільшена, анемія присутня. У 2016 році не було зафіксовано випадків малярії.

**Висновки.** Внаслідок проведеного аналізу нами було встановлено, що основною групою ризику стосовно завезення малярії в Чернівецьку область є студенти з країн Африки та заробітчани. Окрім того, ми визначаємо, що в останні роки зменшилась кількість громадян України, які хворіли малярією.

Раннє встановлення діагнозу сприяє швидшому одужанню хворих на малярію та знижує ризик летальних випадків.

Епідемічна ситуація у світі з кожним роком ускладнюється. За даними ВООЗ, існуюча система епіднагляду за малярією дозволяє виявити лише 14 % випадків даної хвороби від можливої загальної кількості.

Голяр Оксана Іванівна, Мельник Дмитро Сергійович  
**МОНІТОРИНГ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ  
ОСНОВНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ПАТОГЕНІВ ЗА 2013-2015  
РОКИ У МЕЖАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ  
КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Holyar Oksana Ivanivna, Melnyk Dmytro Serhiyovych*  
**MONITORING OF ANTIBIOTIC MAJOR COMMUNICABLE  
PATHOGENS FOR 2013-2015 WITHIN CHERNIVTSI  
REGIONAL CLINICAL HOSPITAL**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State  
Medical University", Chernivtsi, Ukraine  
E-mail: [golyar@mail.ua](mailto:golyar@mail.ua); Holyar O. I.*

**Актуальність.** На сьогоднішній день у повсякденній клінічній практиці все гострішою стає проблема нечутливості збудників інфекційних захворювань до етіотропної терапії.

Особливо це стосується тих нозологічних одиниць, що викликаються патогенною бактерійною флорою.

Як правило, в комплексній терапії використовуються лікарські препарати однієї (або кількох) групи антибіотиків. Але

повсюдне використання цих медикаментів без чітко визначених для цього показів та недотримання догм раціональної антибіотикотерапії призводить до еволюції геному мікроорганізмів. Вони стають з кожним роком все більш резистентними до дії антибактеріальних препаратів.

**Мета роботи.** Моніторинг антибіотикорезистентності в межах Чернівецької ОКЛ за період останніх трьох років (2013-2015 рр).

**Матеріали та методи.** Із загальної кількості зафіксованих випадків інфекційних захворювань у інфекційному відділенні ЧОКЛ (3056) на бактерійні інфекції (в комплексному лікуванні яких використовуються антибактеріальні препарати) припадає:

- сальмонельоз - 145 випадків;
- шигельоз – 14;
- лептоспіроз – 19;
- скарлатина – 1;
- бешиха – 167;
- ангіни – 611;
- хвороба Лайма – 11;
- гострий менінгоенцефаліт – 3 випадки.

Окрім вищевказаного, був проведений аналіз чутливості збудників бактерійних ускладнень до антибактеріальних препаратів у хірургічному, урологічному, гінекологічному та відділенні анестезіології та інтенсивної терапії.

**Результати дослідження.** Для боротьби з вищенаведеними інфекційними патологіями, що викликаються збудниками (*Staphylococcus* spp. – у 25 % випадків, *Streptococcus* spp. – у 23 %, *Enterococcus* spp. – у 19 %, *Enterobacter* spp. – у 13 %, *E.coli* – у 8 %, *P.aeruginosa* 5 %, іншими – 5 % всіх інфекційних захворювань), найчастіше в клінічній практиці використовуються антибіотики широкого спектру дії.

І виключно після бактеріологічної ідентифікації збудника та визначення чутливості призначають антибіотик вибору.

## **Висновки.**

- Необхідно обирати найбільш ефективний, і в той самий час найменш токсичний препарат. Крім того, вищевказані критерії у комбінації з етіотропністю гарантуватимуть бажаний протимікробний ефект при патологіях, що викликаються збудниками, чутливими до обраного антибактеріального препарату.

- Слід визначати резистентність мікроорганізму до антибактеріальних препаратів.

- Те, наскільки своєчасно ми призначили антибактеріальний препарат, чи обрали його оптимальну дозу, режим та найоптимальніший спосіб введення забезпечуватимуть його необхідну постійну терапевтичну концентрацію в органах і тканинах.

- Особливості фармакокінетики та фармакодинаміки антибіотиків. Переносимість і можливість виникнення побічних ефектів: безпечність антибіотикотерапії. Контроль за виліковуванням. Вирішення питання доцільності комбінованої антибіотикотерапії.

Пропозиції щодо зниження рівня антибіотикорезистентності:

- Використання антибактеріальних препаратів тільки за чіткими показами;

- Неухильне дотримання рекомендацій МОЗ України у обсязі наказів №167 та №236;

- Дотримання правил раціональної антибіотикотерапії;

- Санітарно-просвітницька робота серед населення;

- Поглиблене вивчення фізіологічних і біохімічних властивостей мікроорганізмів з метою знайти їх «Ахілесову п'яту»;

- Синтез протимікробних препаратів нових хімічних груп, які суттєво відрізняються від відомих антибіотиків.

Голяр Оксана Іванівна, Панчошак Аліна Володимирівна  
**ПРОБЛЕМА ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ПОЛІОМІЄЛІТУ В  
УКРАЇНІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Holyar Oksana Ivanivna, Panchoshak Alina Volodymyrivna*  
**THE PROBLEM OF POLIO IMMUNIZATION IN UKRAINE**  
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State  
Medical University", Chernivtsi, Ukraine*  
*E-mail: [golyar@mail.ua](mailto:golyar@mail.ua); Holyar O. I.*

**Актуальність.** Поліомієліт – гостре інфекційне захворювання, яке зумовлене поліовірусом та здатне перебігати з ураженням центральної нервової системи, з виникненням парезів і паралічів, закінчуючись смертю хворого. Збудник поліомієліту належить до групи пікорнавірусів родини ентеровірусів та існує у вигляді 3-х незалежних типів (I, II і III). Більшість людей, інфікованих поліовірусом, не мають ознак хвороби і не знають, що вони були заражені. Ці люди несуть вірус у кишечнику і можуть безсимптомно поширювати інфекцію, до того часу коли виникає перший випадок поліомієліту з ознаками паралічу. З цієї причини Всесвітня організація охорони здоров'я стверджує, що один підтверджений вірусологічно випадок паралітичної форми поліомієліту вже може свідчити про спалах. Більшість заражених (90 %) не мають жодних проявів захворювання або незначні симптоми, які зазвичай залишаються непоміченими. В сучасних умовах, як правило, виявляють поліомієліт, клінічним проявом якого є гострий в'ялий параліч. В одному з 200 випадків інфікування розвивається незворотній параліч (зазвичай ніг). 5-10 % з числа

таких паралізованих людей помирають через параліч дихальних м'язів.

**Мета роботи.** Провести аналіз епідеміологічних даних та з'ясувати доцільність вакцинації проти поліомієліту.

**Матеріали та методи.** Було проведено огляд наукової літератури щодо поширеності та здійснення профілактичних заходів проти поліомієліту на території України.

**Результати дослідження.** Профілактика поліомієліту, згідно статистичних даних, за останні роки знаходиться на досить низькому рівні. В Україні ця тенденція має місце з 2008 року, у 2014 році лише 40 % дітей були імунізовані проти поліомієліту. На початку 2015 року рівень охоплення вакцинацією проти поліомієліту серед дітей у віці до року складав лише 14 %. Враховуючи особливості цієї інфекції, велику кількість нещеплених, має місце тривала передача вірусу в популяції з виникненням значної кількості заражених. Підтвердженням цього є зареєстровані влітку 2015 року 2 випадки поліомієліту в Закарпатській області. Вірус був виділений від двох дітей з різних районів Закарпатської області, хворих на гострий в'ялий параліч, на момент початку паралічу одній дитині було 4 роки, другій – 10 місяців, обидві дитини не були вакциновані проти поліомієліту.

В Україні, як і в усьому світі, застосовують два види вакцин проти поліомієліту: живі та інактивовані. Жива оральна вакцина проти поліомієліту (ОПВ) складається з суміші живих ослаблених штамів поліовірусу. Внаслідок введення ОПВ організм виробляє антитіла в крові проти всіх типів вірусу поліомієліту. ОПВ також забезпечує виникнення локальної (місцевої) імунної реакції в слизовій оболонці кишечника. У разі інфекції антитіла слизової оболонки обмежують розмноження поліовірусу всередині кишечника. Інактивована вакцина проти поліомієліту (ІПВ) складається з інактивованих (убитих) штамів поліовірусу. Вводиться ІПВ шляхом внутрішньом'язевої ін'єкції.

Дана вакцина також забезпечує продукцію антитіл в крові проти всіх типів вірусу поліомієліту і може захистити від паралічу. Однак імунітет всередині кишечника після введення даної вакцини не виникає.

ОПВ і ППВ належать до найбільш безпечних вакцин. Єдиним серйозним ускладненням ОПВ є так званий вакцино-асоційований поліомієліт (ВАП). Вакцина жива, тому у деяких дітей, яким не зроблено щеплення (в середньому у 1 з 3 мільйонів), можливий розвиток хвороби після вакцинації. Для того, щоб уникнути ВАП, вакцинацію починають з ППВ, яка створює імунітет, достатній для запобігання розвитку ВАП.

Станом на квітень 2016 року в Україні проведено три тури імунізації проти поліомієліту. За результатами 1-го туру вакциновано – 51,7 %, 2-го – 75 %, 3-го – 81,7 % дітей. Рівень вакцинації в Україні є недостатнім, адже щоб подолати спалах поліомієліту, вакцинацією необхідно охопити не менше 95 % дітей.

**Висновки.** До того часу поки в світі залишається хоча б одна інфікована дитина, ризику зараження поліомієлітом піддаються діти всіх країн. Беручи до уваги серйозні наслідки захворювання, а також відсутність етіотропного лікування, доцільність проведення вакцинації не залишає сумнівів. Вакцинація – це єдиний ефективний метод боротьби з поліомієлітом.

Голяр Оксана Іванівна, Сішчук Іванна Василівна  
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В  
ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Holyar Oksana Ivanivna, Sishchuk Ivanna Vasylivna*  
**EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF HIV INFECTION IN  
CHERNIVTSI REGION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State  
Medical University", Chernivtsi, Ukraine  
E-mail:[golyar@mail.ua](mailto:golyar@mail.ua); Holyar O. I.*

**Актуальність.** Останнім часом ВІЛ-інфекція поширюється серед населення світу надзвичайно високими темпами. Кордони не є перепонами для «чуми ХХ століття». Україна займає одне з перших місць в Європі за кількістю ВІЛ- інфікованих: майже 90 % з них особи від 15 до 49 років.

**Мета роботи.** Проаналізувати динаміку поширення ВІЛ-інфекції у Чернівецькій області за 2014 – 2015 рр.

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано дані Інформаційного бюлетня Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України та статистичні дані Чернівецького обласного центру з профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією за 2014-2015 рр.

**Результати дослідження.** Динаміка реєстрації ВІЛ-інфекції станом на 01.07.15р. по Україні: під наглядом перебувало 124 279 ВІЛ-позитивних громадян України, включаючи 31509 хворих на термінальну стадію ВІЛ-інфекції. Смерть від СНІДу по Україні 36 748, діти народжені ВІЛ-інфікованими матерями 45547.

В результаті дослідження виявлено, що кількість нових випадків захворюваності на ВІЛ у Чернівецькій області станом на 01.07.15 р. (56 осіб, що становить 0,75 % від загальної кількості по Україні (7453)) зменшилася на 7 випадків у порівнянні з відповідним періодом 2014 р. (63 особи – 0,6 % (10387)). Захворюваність на термінальну стадію ВІЛ-інфекції зросла на 17 випадків за відповідні періоди часу: станом на 01.07.15 – 31 випадок (0,77 % від загальної кількості по Україні (3992)) та станом на 01.07.14 – 14 випадків (0,26 % - 5306). Кількість зареєстрованих смертей від термінальної стадії ВІЛ-інфекції у Чернівецькій області за I півріччя 2014-2015 рр. становило по 8 осіб в рік, що складає 0,53 % (1497) від загальної кількості померлих від термінальної стадії ВІЛ-інфекції по Україні станом на 01.07.2015 р. та 0,49 % (1629) за I півріччя 2014р.

На обліку у Чернівецькій обл. за I півріччя 2014-2015 рр. знаходилося відповідно 223 і 325 дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих жінок, що становило 0,52 % (42655) і 0,71 % (45527) від загальної кількості по Україні. Кількість осіб, які отримують високоактивну антиретровірусну терапію (ВААРТ) у Чернівецькій обл. становить відповідно 346 (0,56 % - 61713) і 404 (0,65 % - 62590).

В області і надалі залишається проблема Ко-інфекції ВІЛ/ТБ. Обидві хвороби негативно впливають на стан імунної системи та уражуючи клітини лімфатичної системи, підсилюють одна одну, створюючи смертельний тандем. На сьогодні, в регіоні туберкульоз став найпоширенішою опортуністичною хворобою при ВІЛ-інфекції та основною причиною розвитку СНІДу й смерті від СНІДу. Про це, свідчать дані, що з 31 нових випадків СНІД 28 – туберкульоз, з них 18 - це ВДТБ. 20 людей з Ко-інфекцією є бактеріовидільовачами.

Найвищий показник поширеності на ВІЛ-інфекцію в Герцаївському районі 272,6 на 100 тисяч населення, м. Чернівці

(128,9), м. Новодністровськ (155,6), Сокирянському районі (70,7). Слід відмітити, що у Герцаївському районі у Святовознесенському монастирі перебувають 82 ВІЛ-інфікованих дітей під опікою владики Михайла Лонгіна та всі крім однієї дитини отримують антиретровірусну терапію.

В Сокирянському районі є виправна колонія, де на сьогодні перебуває 13 ВІЛ-інфікованих засуджених осіб, 4 з яких приймають антиретровірусну терапію. Майже всі вони прибули з інших регіонів України.

В першому півріччі 2015 року в місцях позбавлення волі за кодом 112 було виявлено 4 ВІЛ-позитивних людей, проте на облік жодного не поставлено. Крім того, під час звірки з'ясовано, що кількість ВІЛ-інфікованих в Сокирянській виправній колонії різняться з даними обласного центру.

Станом на 01.07.15р. ВААРТ отримує 404 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, з них 313 - дорослі та 91 - діти. Смертність серед людей, які приймають ВААРТ значно нижча, ніж серед пацієнтів, що її не отримують. З усіх 13 померлих: 9 осіб приймали ВААРТ, з них 3 людей отримували таку терапію більше одного року, інші шестеро – терапію відчаю, 4 - потребували ВААРТ, але не отримували. 7 ВІЛ-інфікованих осіб, що померли, були з Ко-інфекцією ВІЛ/ТБ.

**Висновки.** За перше півріччя 2014-2015рр. у Чернівецькій області спостерігається тенденція до зниження рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію, але все-таки відображається негативна динаміка, щодо захворюваності на термінальну стадію ВІЛ-інфекції. З огляду на вирішення проблеми ВІЛ/СНІДУ, як медико-соціальної проблеми – Чернівецькій області вдалося домогтися суттєвого успіху в стабілізації епідемії.

Голяр Оксана Іванівна, Хруник Лілія Мирославівна  
**ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ЖІНОК З  
ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Holyar Oksana Ivanivna, Khrunyk Liliia Myroslavivna*  
**COURSE OF CHRONIC TOXOPLASMOSIS IN WOMEN WITH  
REPRODUCTIVE DISORDERS**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State  
Medical University", Chernivtsi, Ukraine  
E-mail:[golyar@mail.ua](mailto:golyar@mail.ua); Holyar O. I.*

**Актуальність.** Токсоплазмоз є серйозною медико-соціальною проблемою внаслідок його широкого поширення і вкрай несприятливого впливу на здоров'я та репродуктивну функцію жінок. За результатами аналізу вітчизняних та іноземних літературних джерел, інфікованість дорослого населення земної кулі токсоплазмозом становить від 30 % до 80 %, у деяких регіонах близько 90 %. Захворюваність на токсоплазмоз пов'язана з кліматичними, соціальними, релігійними особливостями населення. На даний час, ця тема є дуже актуальною у зв'язку з соціальною нестабільністю та екологічною ситуацією довкілля. В Україні залишається несприятлива епідемічна ситуація щодо токсоплазмозу, що проявляється великою кількістю інвазованих людей, а також хронізацією процесу.

Згідно з даними сучасної зарубіжної та вітчизняної літератури, токсоплазмоз входить до переліку найчастіших причин невиношування вагітності та вад розвитку плода різного ступеня важкості внаслідок внутрішньоутробного інфікування.

Це створює не тільки медичні, а і соціальні проблеми у зв'язку з тим, що у багатьох випадках ці діти вимагають допомоги протягом життя.

**Мета роботи.** Розробити алгоритм прогнозу вірогідності розвитку порушення репродуктивної функції у жінок, хворих на хронічний токсоплазмоз, на основі комплексної оцінки клінічних проявів захворювання. Особливість перебігу токсоплазмозу у жінок.

**Матеріали та методи.** Були проаналізовані дані амбулаторних карт і карт динамічного спостереження 58 пацієнтів з кінцевим основним діагнозом «період загострення маніфестної форми хронічної стадії токсоплазмозу». Виділено 2 групи хворих: першу групу склали 40 жінок з нормальною репродуктивною функцією, друга група – 18 пацієток з порушенням репродуктивної функції (невиношування вагітності) в результаті загострення хронічного токсоплазмозу.

**Результати дослідження.** В результаті порівняльного аналізу клінічних, лабораторних та даних об'єктивного обстеження пацієнтів виявлено, що найбільш характерними для періоду загострення захворювання є загальна інфекційна інтоксикація, порушення з боку серцево-судинної системи, гепатолієнальний синдром і порушення функції вегетативного відділу нервової системи. Порівняння частоти поєднання синдромів виявило, що в 1 групі найчастіше зустрічаються полісиндромні ураження (від 3 до 5 синдромів в 80 % випадків в порівнянні з 20 % у пацієнтів із порушенням репродуктивної функції,  $p > 0,05$ ). І, навпаки, у 2 групі значно частіше зустрічаються прояви одного-двох синдромів (23,1 % порівняно з 2,2%,  $p > 0,05$ ).

**Висновки.** На відміну від періоду розпалу гострого токсоплазмозу, у період загострення хронічного токсоплазмозу домінують ознаки ураження серцево-судинної системи, травного каналу та порушення функції ЦНС. Ці дані не дозволяють розцінювати загострення хронічного процесу як

повторення гострої стадії. Встановлено, що клінічна картина періоду загострення хронічного токсоплазмозу з порушенням репродуктивної функції характеризується стертою клінічною симптоматикою, що має діагностичне і прогностичне значення для подальшого ведення пацієнток з наявними вищеописаними синдромами і симптомами, які знаходяться на етапі планування вагітності.

Голяр Оксана Іванівна, Чорней Катерина Костянтинівна  
**МІОКАРДИТ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ФЕЛІНОЗУ**  
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Holyar Oksana Ivanivna, Chornei Kateryna Kostyantynivna*  
**MYOCARDITIS AS A COMPLICATION OF FELLINOSIS**  
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,*  
*Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State*  
*Medical University", Chernivtsi, Ukraine*  
*E-mail: [golyar@mail.ua](mailto:golyar@mail.ua); Holyar O. I.*

**Актуальність.** Феліноз – це захворювання яке поширене практично всюди, де є домашні та бродячі коти, які можуть обмінюватися збудниками з дикими котячими. В США кожного року через неї звертаються амбулаторно по лікарську допомогу 25 тисяч хворих, а 2-2,5 тисячі потребують стаціонарного лікування.

**Мета роботи.** Аналіз статистичних даних щодо поширеності фелінозу у світі; тенденції його поширеності та можливості виникнення фелінозного міокардиту.

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано дані вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, офіційних даних

Санітарно-епідеміологічної служби України, стосовно епідеміологічної ситуації, щодо захворюваності, поширеності та профілактики фелінозу в Україні.

**Результати дослідження.** Хворобу котячих подряпин вперше було описано в 1931 році. У 1950 році Дебре, Молларе і співавтори виділили це захворювання під назвою «доброякісний інокуляційний лімфоретикульоз». В.І.Червонський, І.І.Терських, А.Ю.Веклишова (1963) виділили збудника і класифікували його як мікроорганізм групи ОЛТ (орнітоз, лімфогранульома, трахома). На початку 90-х років отримані дані щодо виділення збудника *Bartonella henselae* в зоні ураження (лімфатичні вузли, шкіра, кон'юнктива), а ДНК цього збудника виявляли в крові хворих людей та кішок.

Частота бактеріємії в домашніх котів складає до 69 %, особливо серед тварин (до 90 %) з тих сімей, в яких власники котів перенесли хворобу котячої подряпини. Більшість з тих котів несуть в собі збудників роками. Бартонели у великій кількості накопичуються у котячих слинних залозах .

Запалення подряпини починається тоді, коли вона вже майже загоїлась. Спочатку місце просто набухає і червоніє, через 10-20 днів починає боліти і свербіти. Бактерія переноситься з током крові в лімфовузли, де активно розмножується. Набухання лімфовузлів триває до 3 тижнів. Лімфовузли досягають 3-5 см в діаметрі. При сприятливому перебігу вони повертаються в норму за 2-4 місяці. У більшості хворих дане захворювання проходить без ускладнень.

Основним ускладненням фелінозу є фелінозний міокардит. Клініка фелінозного міокардита: температура тіла 37,5 і вище. Місце подряпини набрякле, вкрите кірочками переважно коричневого кольору, по боках від неї можливі виразки 1 - 2 см, вкриті сухими кірками.

У пахвинній ділянці можливе збільшення лімфатичних вузлів, розміром до 3 см, помірно щільні і болючі. Тони серця

ослаблені. Характерні зміни АТ і ЧСС. У загальному аналізі крові можливий лейкоцитоз, еозинofilія та підвищення швидкості зсідання еритроцитів, в імунограмі – зниження вмісту Т-хелперів та Т-супресорів, у ревмопробах – підвищений рівень С-реактивного білка.

Необхідним є консультація кардіолога-ревматолога, невропатолога, який може виявити явища судинної дистонії, судинної енцефалопатії; імунологом – вторинний імунодефіцитний стан; інфекціоніста – інтоксикаційний синдром. Феліноз може супроводжуватися розвитком міокардиту та ендокардиту, що потребує адекватного терапевтичного, а за необхідності і кардіохірургічного лікування. Основним атиповим проявом хвороби є синдром Парино, представлений однічною преаурикулярною лімфаденопатією і кон'юнктивітом. На кон'юнктиві повік виникають червоно-жовті вузлики розміром 2-3 мм, які можуть зникати самостійно без терапії. Неврологічні прояви інфекції включають зірчастий нейроретиніт Лебера, при якому може бути втрата зору на одне око. При ретиноскопії в макулярній ділянці виявляється «фігура зірки». Таким чином, фелінозний міокардит є рідкісним ускладненням хвороби.

**Висновки.** Хвороба котячих подряпин не є частим захворюванням. Його частота складає 1:10000 від усього населення. Вона не залежить від клімату та географії. Найчастіше нею хворіють діти та підлітки до 20 років, саме в цьому віці людина найчастіше отримує подряпини після ігор з домашнім улюбленцем. 90% випадків захворювання – це інфікування від кошенят.

Голяр Оксана Іванівна, Шкрібляк Уляна Василівна  
**АНАЛІЗ ЕПІДЕМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ  
ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГРИП У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ  
ОБЛАСТІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Holyar Oksana Ivanivna, Shkriblyak Ulyana Vasylivna*  
**ANALYSIS OF EPIDEMIC MORBIDITY OF INFLUENZA  
IN CHERNIVTSI REGION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State  
Medical University", Chernivtsi, Ukraine  
E-mail: [golyar@mail.ua](mailto:golyar@mail.ua); Holyar O. I.*

**Актуальність.** Грип та гострі респіраторні вірусні захворювання залишаються актуальною проблемою охорони здоров'я як в Україні, так і у всьому світі. Важливим залишається контроль за їх розповсюдженням серед населення, профілактика та прогнозування епідемій та пандемій. Смертність від грипу та його ускладнень займає перше місце серед усіх інфекційних захворювань. У структурі смертності провідне місце займають пацієнти старше 65 років – 80 – 90 %. Значна розповсюдженість, матеріальні збитки, соціальні та медичні наслідки переконливо підтверджують необхідність боротьби з ними. У зв'язку з надзвичайною мінливістю збудника грип і на даний час залишається некерованою інфекцією, що обумовлює необхідність подальшого його дослідження для вирішення даної проблеми у глобальному масштабі.

**Мета роботи.** Проаналізувати вікову, статеву структуру захворюваності на грип та характер ускладнень після

перенесеного захворювання у Чернівецькій області на період епідемії грипу 2009 – 2010 рр.

**Матеріали та методи.** Нами було проаналізовано 40 медичних карт стаціонарних хворих на грип, що знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Обласної клінічної лікарні м. Чернівців в період епідемії 2009-2010 рр..

**Результати дослідження.** Було виявлено, що у 2009 – 2010 роках у статевій структурі захворюваності переважали особи жіночої статі (65,4 %) проти осіб чоловічої статі (34,6 %). Розподіл захворюваності за віковими групами: особи від 18 до 35 років – 29 % (12 осіб), від 36 до 60 – 44,4 % (18), більше 60 років – 26 % (10 осіб). Характерними ускладненнями в осіб середнього і літнього віку були пневмонії (64, 5 %) та фарингіти (22,5), отити (7 %), синусити (6 %). Важкість даних захворювань корелювала із важкістю перебігу грипу.

**Висновки.** Отже, у віковій структурі захворюваності Чернівецької області на грип у 2009 – 2010 роках переважали особи жіночої статі та середнього віку. Захворюваність переважала в осіб середнього віку порівняно з особами молодого і літнього віку. Найчастішими ускладненнями грипу були пневмонія та фарингіт.

Голяр Оксана Іванівна, Шпарик Дмитро Миколайович  
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПИРОЗУ В  
УКРАЇНІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Golyar Oksana Ivanivna, Shparyk Dmytro Mykolaiovych*  
**EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF LEPTOSPIROSIS  
IN UKRAINE**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian State  
Medical University", Chernivtsi, Ukraine  
E-mail:[golyar@mail.ua](mailto:golyar@mail.ua); Golyar O. I.*

**Актуальність.** Лептоспіроз – це поширене захворювання у всіх країнах світу, окрім Арктики. В Україні лептоспіроз реєструється в усіх регіонах. Більше половини випадків протікає у тяжкій формі та потребує реанімаційних заходів.

**Мета роботи.** Визначити епідеміологічні особливості лептоспірозу в Україні з метою підвищення об'єктивності оцінки ризиків в сучасних умовах, обґрунтування комплексу профілактичних та протиепідемічних заходів.

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано дані Центру з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України та статистичних даних Санітарно-епідеміологічної служби Чернівецької області.

**Результати дослідження.** За останніми даними Центру з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України, за червень цього року в Україні зафіксовано 22 таких випадки, із них найбільше в Хмельницькій, Сумській області та м.Києві. Спалахи лептоспірозу на території України виникали нечасто. Здебільшого реєструвалася захворюваність з характерною

літньо-осінньою сезонністю. Частка жителів сіл впродовж 1994 – 2014 рр. у загальній захворюваності щороку переважає міське населення і складає від 69,5 до 59 %. У той же час, спостерігається кореляція між показниками захворюваності сільського та міського населення з певною стабілізацією впродовж 2 років. З 2000 р., в Україні спостерігається нестійка тенденція до захворюваності на лептоспіроз серед людей з несуттєвим підвищенням рівня в 2000, 2003, 2006, 2009 та 2014 рр. Етіологічну структуру лептоспірозу за останні 12 років представлено 14 серогрупами. Загалом за період 2004-2015 рр. серед етіологічних агентів лептоспірозу переважали лептоспіри серогруп *Icterohaemorrhagiae*, *Habdomadis*, *Grippotyphosa*, *Romona*. Частка викликаних ними випадків дещо змінювалася протягом 2004-2015 рр. Так, за останні роки зменшилася частка захворювань, обумовлених серогрупою *Romona*. Відбувається зростання етіологічної ролі *Canicola* – з 7,07 у 2004 р. до 14,29 % у 2014 р. (у 2015 – 9,55 %). Основу етіологічного спектру в Україні, як і раніше, становлять збудники серогрупи *Icterohaemorrhagiae*, що зумовлює тяжкість перебігу (до 70 % серед госпіталізованих хворих) і високу смертність внаслідок лептоспірозу (до 20 %). Разом з тим, етіологічна структура лептоспірозу має достатньо виражені відмінності в різних регіонах країни. За результатами лабораторного дослідження зразків з об'єктів довкілля, у тому числі зразків дрібних ссавців (2003-2014 рр.), також найчастіше визначали лептоспіри серогрупи *Icterohaemorrhagiae*. При лабораторному дослідженні зразків дрібних ссавців, що проводилися внаслідок епідеміологічних розслідувань випадків лептоспірозу у людей, частка позитивних знахідок дорівнювала 70-100 %. Однак заселеність гризунами відмічено 20 лише в 35,6-45,2 % вогнищ. Частина сільськогосподарських та свійських тварин, як лабораторно підтвердженого джерела збудника інфекції, щороку є несуттєвою і коливалася в межах 1,8-6,2 %. За останні роки

зросла частка випадків, пов'язаних з відкритими водоймами (рибна ловля, купання, водний туризм) і складає в окремі роки 25-38 %. Лише за 8міс. 2015 р. із 88 випадків (0,20 на 100 тис. населення), що зареєстровані в Україні, з купанням у водоймах пов'язано 34 (44,4 %), протягом такого же часу 2013 р. – із 124 (0,29 на 100 тис. населення) – 67 (54,2 %).

**Висновки.** Отже, дератизація, а також діагностика лептоспірозу у сільськогосподарських та свійських тварин з проведенням комплексу протиепізootичних та протиепідемічних заходів дасть можливість попереджувати забруднення джерел водопостачання, об'єктів довкілля та відкритих водойм, які можуть використовуватися в рекреаційних цілях. Систематичне інформування населення підтримуватиме достатню обізнаність щодо заходів профілактики та насторогу задля своєчасної діагностики та ефективного лікування.

Грижак Ігор Гнатович<sup>1</sup>, Дьоміна Наталія Миколаївна<sup>2</sup>,  
Прокоф'єва Ольга Олексіївна<sup>2</sup>

**ЗНАЧЕННЯ СЕРОЛОГІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА  
ТОКСОПЛАЗМОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ У ВІЛ-  
ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
<sup>2</sup>Обласний Івано-Франківський центр профілактики і боротьби зі  
СНІДом, м. Івано-Франківськ, Україна

*Hryzhak Igor Hnatovich<sup>1</sup>, Diomina Natalia Mykolayivna<sup>2</sup>,  
Prokofieva Olha Olexiiivna<sup>2</sup>*

**IMPORTANCE OF SEROLOGIC OBSERVATION OF  
TOXOPLASMOSIS INFECTION IN PATIENTS WITH HIV-  
INFECTION**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Ivano-Frankivsk National Medical University,*  
<sup>2</sup>*Regional Center of fight and preventing of AIDS of Ivano-  
Frankivsk, Ivano-Frankivsk, Ukraine*  
E-mail: [ihryzhak@ukr.net](mailto:ihryzhak@ukr.net); Hryzhak I. H.

**Актуальність.** Токсоплазмозна інвазія є найбільш поширеною протозойною хворобою. Значна частина населення виявляється інфікованою токсоплазмами. Відомо, що серопозитивні пацієнти, стосовно антитіл до токсоплазм, мають ризик реактивації хронічного токсоплазмозу в разі зниження рівня CD4+Т-лімфоцитів < 100 в 1 мкл крові. Реактивація токсоплазм чи первинне інфікування мають свої серологічні критерії. Проте, на тлі імунодефіцитного стану, який зумовлений ВІЛ-інфекцією, поява антитіл різних класів та їх динаміка можуть відрізнятися від осіб імунологічно не скомпрометованих. Найчастішою формою опортуністичного токсоплазмозу є токсоплазмозний енцефаліт (ТЕ). На сьогодні

залишається недостатньо зрозумілим значення серологічних маркерів та їх динаміки для прогнозу розвитку хвороби чи підтвердження діагнозу токсоплазмозу.

**Мета роботи.** Вивчити особливості серологічного профілю протитоксоплазмозних антитіл у ВІЛ-інфікованих осіб і оцінити їх значення для прогнозу розвитку важких форм токсоплазмозу.

**Матеріали та методи.** Під трирічним спостереженням знаходилися 924 ВІЛ-інфікованих осіб (чоловіків 58,55 %, жінок 41,45 %). За наявності серологічних маркерів хронічної токсоплазмозної інфекції (анти токс-IgG) хворих розподілили на дві когорти - серопозитивних та серонегативних. Антитіла до токсоплазм IgM, IgG виявляли методом ІФА (тест система Diaprof-med anti-toxo IgM, Diaprof-med anti-toxo IgG, виробник - Україна). Вміст субпопуляції CD<sub>4</sub> визначали цитофлуориметричним методом. Для оцінки ризику появи токсоплазмозного енцефаліту розраховували шанс (Ш) розвитку захворювання на токсоплазмоз, а також відношення шансів (ВШ) у різних когортах та групах пацієнтів для уточнення наявного ризику токсоплазмозу.

**Результати дослідження.** Розподіл пацієнтів на когорту 529 осіб серопозитивних, що становило 57,29 % та 395 осіб серонегативних - 42,75 % відобразив значну поширеність токсоплазмозної інфекції в середовищі людей з ВІЛ, тобто, 57,29 %.

У когорті серопозитивних за три роки спостереження виявлено 22 випадки захворювання токсоплазмозним енцефалітом (4,16 %, шанс 0,043), що було безперечно пов'язано із реактивацією ендогенної хронічної токсоплазмозної інфекції. Проте 3 випадки захворювання на токсоплазмозний енцефаліт діагностовано в групі серонегативних, що пояснювалося первинним інфікуванням токсоплазмами осіб (0,76 %, при чому Ш=0,0077). Співвідношення шансів розвитку захворювання було в користь серопозитивних осіб (ВШ=5,58), що переконливо

свідчило про шестиразово вищий ризик появи тяжкого токсоплазмозу у цій когорті.

У когорті серопозитивних були виділені групи пацієнтів із серореверсією, високим рівнем антитіл більш, ніж 100 ОД/мл, низьким рівнем антитіл меншим, ніж 100 ОД/мл та переформатована група зі значними коливаннями рівня антитіл більш, ніж у двічі. Так, група із серореверсією (зникненням попередньо існуючих IgG) становила 13 осіб (2,46 % від когорти серопозитивних), серед яких захворіли на токсоплазмоз 2 особи (15,38 %). Шанс виникнення хвороби становив 0,18, що учетверо вище від ризику у всій когорті серопозитивних (ВШ=3,83). Так, зникнення анти-токсо IgG відобразило глибоку депресію імунітету і створило сприятливі умови до реактивації персистивних токсоплазм. У групі із титром антитіл >100 (243 особи) захворіло 12 (4,94 %) осіб, а в групі з титром <100 ОД/мл - 9 (3,64 %), що достовірно не відрізнялося між собою. У групі зі значними коливаннями титру антитіл захворіли на ТЕ 2 із 52 особи (3,84 %, шанс=0,040), що не відрізнялося від всієї когорти серопозитивних.

У когорті серонегативних виділено групу із сероконверсією (появою специфічних IgG на тлі попередніх негативних тестів) – 14 (3,54 % ) осіб від всієї когорти. У цій групі на токсоплазмоз захворіла 1 особа, або 7,14 %. Шанс виникнення токсоплазмозу у групі становив 0,077, що в десять разів вище, ніж у когорті загалом (ВШ=10).

### **Висновки.**

1 Хронічна токсоплазмозна інфекція у ВІЛ-інфікованих осіб становить шестиразово більшу загрозу розвитку тяжкого токсоплазмозового енцефаліту унаслідок реактивації персистивних токсоплазм (ВШ=5,58), ніж у результаті первинного інфікування ними серонегативних осіб. Група пацієнтів із серореверсією антитіл до токсоплазм має найвищий ризик захворювання (Ш=0,18), що учетверо вище порівняно зі

всією когортою серопозитивних. Сероконверсія у когорті серонегативних також супроводжувалася десятикратним підвищенням ризику розвитку токсоплазмозного енцефаліту (ВШ=10).

2 Не мали суттєвого прогностичного значення рівень специфічних антитіл (більший чи менший 100 ОД/мл) та значне коливання титрів впродовж спостереження.

Дикий Богдан Миколайович, Пюрик Валентина Федорівна,  
Бойчук Олександр Петрович, Гуровська Наталя Петрівна,  
Мазурок Уляна Яремівна, Процик Андрій Любомирович

**ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИБАКТЕРІЙНИХ  
ПРЕПАРАТІВ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ  
ТЯЖКИХ ФОРМАХ ТОНЗИЛІТІВ**

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

*Dykyi Bohdan Mykolaiovych, Pyuryk Valentyna Fedorivna,  
Boichuk Oleksandr Petrovych, Hurovska Natalia Petrivna,  
Mazurok Uliana Yaremivna, Protsyk Andrii Lyubomyrovych*

**COMPARATIVE EFFICIENCY OF ANTIBACTERIAL DRUGS  
AND MEDICAL TACTICS FOR SEVERE TONSILLITIS**

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

*E-mail: [infection@ifnmu.edu.ua](mailto:infection@ifnmu.edu.ua); Dykyi B. M.*

**Актуальність.** Ефективність лікування хворих на тонзиліти має велике значення з огляду на їх широке поширення, можливі тяжкі ускладнення, такі як ревматизм, нефрит, паратонзиллярний абсцес та інші. Чим довше триває запалення мигдаликів, чим

частіше виникають повторні захворювання, тим більша можливість виникнення різних ускладнень з боку органів і систем. За останні роки суттєво збільшилася кількість хворих із тяжким перебігом тонзилітів, що пов'язано із порушенням імунного гомеостазу, формуванням вторинних імунодефіцитів із зниженням природної антиінфекційної резистентності внаслідок забруднення довкілля екологічно шкідливими речовинами.

**Мета роботи.** Проведення порівняльної оцінки деяких антибактерійних препаратів для підвищення ефективності лікування хворих на тяжкі форми тонзилітів.

**Матеріали та методи.** Обстежено 142 хворих на гострі тонзиліти з тяжким перебігом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ м. Івано-Франківська. Проведено порівняльну ефективність антибактерійних препаратів (пеніциліну, еритроміцину, ампіциліну, офлоксацину, ципрофлоксацину, цефазоліну, цефтріаксону) у хворих на тонзиліти. Антибіотики призначали впродовж 7-10 днів. В періоді реконвалесценції призначали імуномодулятори рослинного походження. Серед обстежених чоловіків було 64 (45,1 %), жінок 78 (54,9 %), середній вік хворих – 28,3±3,1 р. Діагноз встановлювали на підставі клініко-лабораторних і бактеріологічних даних. Усім хворим досліджували в динаміці загальноклінічні, біохімічні, бактеріологічні та імунологічні показники.

**Результати дослідження.** Антибактерійні препарати призначали 142 хворим на гострі тонзиліти. У всіх хворих перебіг захворювання розцінювався як тяжкий. Критеріями оцінки ефективності лікування хворих були терміни нормалізації температури тіла, очищення мигдаликів від гнійних нальотів, зникнення болю при ковтанні.

Найкращі результати лікування спостерігалися у хворих, які отримували ципрофлоксацин і офлоксацин: тривалість гарячкового періоду зменшувалась на 1,34±0,22 дні, очищення

мигдаликів від гнійних нашарувань відбувалося на  $1,47 \pm 0,27$  днів швидше ( $p < 0,05$ ). Під впливом проведеного лікування суттєво поліпшилися показники імунітету і природної протиінфекційної резистентності, зникли Т-лімпопенія, зменшилась кількість циркулюючих імунних комплексів, підвищилась фагоцитарна активність нейтрофілів і макрофагів. Деякі гірші результати були отримані при застосуванні пеніциліну. Призначення цефазоліну та цефтріаксону не мало переваг перед пеніциліном, а з огляду на їх більшу вартість, лікування ними хворих на тонзиліти є недоцільним.

Тому, для антибактерійної терапії тяжких форм тонзилітів бажано включати сучасні препарати з групи фторхінолонів (ципрофлоксацин, офлоксацин) внутрішньовенно, а потім після досягнення клінічного ефекту, перорально та проводити комплексну детоксикаційну терапію шляхом введення інфузійно реосорбілакту, перорального і місцевого застосування ентеросорбентів (ентеросгель, полісорб). Крім того, обов'язково призначають нестероїдні протизапальні препарати – ібупрофен, амізон та інші, які сприяють прискоренню ліквідації синдрому інфекційного токсикозу і місцевих запальних явищ в ротоглотці. Така комплексна терапія сприяє зниженню температури тіла, усуненню головного болю, болю в горлі, ломоти в усьому тілі, дифузних міалгій і артралгій, зниженню гіперемії та набряку слизової оболонки ротоглотки, усуненню запальних процесів у піднебінних мигдаликах.

У клінічному плані проведення комплексної терапії сприяло зменшенню кількості паратонзилітів, паратонзиллярних абсцесів та також частоти виникнення постінфекційного астеничного синдрому. У періоді реконвалесценції у хворих, які перенесли тяжку форму тонзиліту, відзначалися залишкові явища, астеничний синдром. Для медичної реабілітації таким пацієнтам призначали препарати рослинного походження: екстракти ехінацеї пурпурової (імунал), корінь солодки та інші.

## **Висновки.**

1 Отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу лікування і медичної реабілітації хворих на тяжкі форми тонзилітів та перспективність їх використання у клінічній практиці.

2 Встановлено позитивний вплив вказаних препаратів на перебіг періоду реконвалесценції, зокрема, ліквідацію астеничного синдрому та нормалізації імунного гомеостазу.

Домашенко Ольга Миколаївна, Черкасова Тамара Ігорівна,  
Панієва Дар'я Сергіївна, Демкович Ольга Олегівна,  
Давидова Олександра Володимирівна

## **ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Національний медичний університет імені М. Горького,  
Лабораторний центр санітарно-епідеміологічної служби,  
м. Донецьк, Україна

*Domashenko Olga Mykolayivna, Cherkasova Tamara Igorivna,  
Paniyeva Daria Sergiyivna, Demkovych Olga Olegivna,  
Davydova Oleksandra Volodymyrivna*

## ***THE DIAGNOSTICS OF ACUTE VIRAL HEPATITIS C***

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology  
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,  
Laboratory Center of the Sanitary Epidemiological Service,  
Donetsk, Ukraine*

*E-mail: [o\\_domashenko@mail.ru](mailto:odomashenko@mail.ru); Domashenko O. M.*

**Актуальність.** Інфікованих хворих вірусом гепатиту С частіше виявляють на стадії хронічного перебігу захворювання. Маніфестні форми гострого вірусного гепатиту С (ГВГС) спостерігаються у 10-20 % хворих, при цьому симптоми хвороби

зазвичай стерті, слабо виражені, нерідко розцінюються лікарями загальної практики як ознаки холециститу, гастродуоденіту, загострення панкреатиту, астено-невротичного синдрому. Діагностика такої форми ГВГС ускладнюється тим, що специфічний скринінговий маркер захворювання IgM-HCV може з'являтися досить пізно (через 6-8 тижнів після інфікування), що не дає змоги вчасно верифікувати захворювання. Жовтяничний варіант ГВГС реєструється у 8 % хворих, при цьому, як правило, спостерігаються легкі і середньотяжкі форми захворювання.

**Мета роботи.** Аналіз клініко-епідеміологічних ознак ГВГС у період локального військового конфлікту на Донбасі.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням у 2014-2015 рр. знаходилися 19 хворих на ГВГС (чоловіків –11, жінок – 8). Переважали особи середнього віку (42,1 %), 26,3 % були у віці 18-30 років, 21,1 % – 51-70 років, 10,5 % – понад 70 років. Лабораторна діагностика ГВГС ґрунтувалася на загальноприйнятих рекомендаціях. При госпіталізації і у деяких хворих на ГВГС у динаміці досліджувалися маркери ВГА (IgM), ВГВ (HBsAg, IgM-HBcAg), ВГD (IgM), ВГC (IgM, RNA). Більшість хворих були мешканцями міста (84,2 %). Серед пацієнтів робітники підприємств склали 42,1 %, непрацюючі особи, у т.ч. пенсіонери, – 31,6 %, службовці – 26,3 %.

**Результати дослідження.** Захворюваність на ГВГС у 2014-2015 р.р. у регіоні зросла з 0,76 до 1,87 на 100000 населення. В епідеміології ГВГС звертала увагу частота медичних факторів інфікування (84,2 %): стоматологічні маніпуляції (31,3 %), лікування в стаціонарах (25 %), забір крові амбулаторно (18,7 %), гінекологічні обстеження (6,25 %), біопсія лімфовузла (12,5 %), оперативне втручання (6,25 %). В 1 випадку проводилося татуювання, у 2 хворих епіданамнез був відсутній. Серед обстежених були відсутні пацієнти з групи ризику (ВІЛ, наркоманія). Серед супутніх захворювань відзначені цукровий

діабет 2 типу, вагітність з терміном гестації 25 тижнів з загрозою передчасних пологів, лімфома Ходжкіна, β-клітинна лімфома, жовчокам'яна хвороба, панкреатит, хронічний ентероколіт, на зловживання алкоголем вказували 2 хворих. Тривалість інкубаційного періоду коливалася від 3 до 16 тижнів, у середньому –  $10,0 \pm 0,86$  тижнів. Безжовтянична форма ГВГС спостерігалася у 21,1 % хворих, приводом для госпіталізації були скарги на виражену слабкість і пітливість, зниження або відсутність апетиту, помірний біль в епігастрії, нудоту, а головне – підвищення сироваткових ферментів до рівня 10 і більше норм. У 78,9 % пацієнтів діагностовано жовтяничну форму захворювання. Тривалість переджовтяничного періоду в середньому склала  $7,7 \pm 0,82$  днів. У 36,8 % хворих відзначено диспептичний варіант переджовтяничного періоду, у 21,1 % – грипоподібний, у 10,5 % – алергічний, у 31,6 % - цей період був відсутній, і захворювання маніфестувалося головною ознакою – жовтяницею. У більшості хворих спостерігався середньотяжкий перебіг захворювання (78,9 %), у 21,1 % – тяжкий, легка форма захворювання - нами не виявлена. У 4 (15,8 %) хворих пацієнтів сформувався затяжний перебіг. Тривалість жовтяничного періоду була від 15 до 50 днів, у середньому склала  $27,4 \pm 0,32$  днів. Основні клінічні симптоми ГВГС у цей період хвороби були типовими. У двох літніх пацієнтів з обтяженим соматичним анамнезом (цукровий діабет) ГВГС ускладнився гострою печінковою енцефалопатією, стадія I-II, при цьому виявлено білірубінемію до 483-550 мкмоль/л, зниження протромбінового індексу до 62-64 %, рівня тромбоцитів до  $126-134 \times 10^9$ /л, фібриногену, альбуміну, у 1 хворого в черевній порожнині транзиторно визначалася невелика кількість рідини. Лише у 3 (15,8 %) хворих на ГВГС у крові було виявлено АТ-IgM HCV, у 2 (10,5 %) – сумарні антитіла HCV, у решти (73,7 %) - у розпалі захворювання антитіла до HCV у крові були відсутні. Разом з тим, у всіх хворих виявлено RNA HCV, що і

дозволило, з урахуванням клініко-епідеміологічних даних, вважати діагноз ГВГС підтвердженим. Генотипування HCV здійснено 16 пацієнтам (84,2 %). В 1 випадку виявлено 2, у 2 хворих – 3а, у 13 (81,3 %) – 1в генотип. 2 хворим на ГВГС з супутніми лімфопроліферативними захворюваннями, переривчастими курсами, відповідно до загальноприйнятої методики, призначено ПВТ пегельованими інтерферонами і рибавирином, на тлі якої отримано швидку вірусологічну відповідь. Решта пацієнтів отримувала патогенетичну терапію. З нормальними клініко-біохімічними показниками виписані з відділення 5 (26,3 %) пацієнтів, у решти зберігалася помірна гіперферментемія (1,26-1,64 ммоль/л). 3 пацієнти з 1в генотипом після виписки зі стаціонару при збереженні біохімічної активності процесу приступили до ПВТ софосбувіром (400 мг/добу) у поєднанні з даклатасвіром (60 мг/добу) протягом 12 тижнів, що сприяло повному одужанню. В ході диспансерного спостереження у 4-х пацієнтів (21,1 %) відзначено спонтанну елімінацію вірусу з крові, однак остаточно питання про одужання у них може бути вирішене при тривалому обстеженні.

**Висновки.** Таким чином, у Донецькому регіоні в останні два роки відзначено збільшення захворюваності на ГВГС, що обумовлене переважно ятрогенними факторами. Серед захворілих переважали особи середнього віку з середньотяжким перебігом хвороби. Разом з тим, у 10,5 % хворих відзначено ускладнений перебіг ГВГС. Найбільш інформативним методом діагностики ГВГС є виявлення РНК HCV методом ПЛР. Отримано перші результати успішного лікування хворих на ГВГС нуклеотидними аналогами. Летальність в обстежених пацієнтів не спостерігалася. Зниженню захворюваності на ГВГС буде сприяти комплекс протиепідемічних заходів у всіх ланках медичного обслуговування населення.

Дубініна Наталія Владиславівна  
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ І КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ  
ОПІСТОРХОЗУ В УКРАЇНІ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології  
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

*Dubinina Natalia Vladislavovna*  
**EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF  
OPISTHORCHIASIS IN UKRAINE**

*Department of Microbiology, Virology and Immunology  
National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine  
E-mail: [dubinina\\_nata13@mail.ru](mailto:dubinina_nata13@mail.ru); Dubinina N. V.*

**Актуальність.** Проблема опісторхозу на сьогодні не тільки не втратила свого значення, але набула ще більшої гостроти та залишається актуальною. Серед біогельмінтозів, які є в Україні, опісторхоз є найпоширенішим і виявляється практично в усіх областях України.

Опісторхоз - гельмінтоз, що вражає жовчний міхур, печінку і протоки підшлункової залози. Захворювання відрізняється тривалим перебігом, часто може протікати із загостреннями. При хронічному опісторхозі спостерігаються зміни з боку шлунково-кишкового тракту, а також внутрішніх органів, нервової системи. Якщо немає своєчасного лікування, захворювання призводить до виникнення раку печінки і підшлункової залози.

**Мета роботи.** Проаналізувати захворюваність на опісторхоз і визначити параметри епідемічного процесу в Україні, встановити особливості його перебігу у природному осередку.

**Результати дослідження.** Опісторхоз - природно-осередковий зооантропоноз. Проблема опісторхозу є соціально значущою для країн Європи, особливо Росії, де інфіковано до 70% населення. В Україні знаходиться другий за величиною в

світі ендемічний осередок опісторхозу в басейні Дніпра і його приток (Псел, Сула, Сейм, Ворскла і ін.). Осередки спостерігаються також у басейні і притоках річок Південного Бугу, Сіверського Донця, Дністра. Захворювання реєструється у всіх регіонах країни. Рівень ураженості населення в окремих районах Полтавської та Чернігівської областей коливається в межах 10-15%, у Сумській самий найбільший – 71-82%. Щорічно реєструються десятки тисяч випадків цієї інвазії з відсутністю тенденції до зниження захворюваності. Це обумовлено поєднанням природних і соціальних факторів: існуванням численних біотопів проміжного господаря паразита, розвитком аматорського рибальства, вживанням в їжу недостатньо знезараженої риби, рибних відходів і сирої риби м'ясоїдними тваринами. Групу ризику становлять рибалки та члени їх сімей (72,3 %). Основним фактором передавання є солоні і в'ялена риба. Зараження опісторхозом нерідко відбувається в дитячому віці (приблизно 11 %). Переважання жіночої статі простежується у всіх вікових групах (62,5 %), що, очевидно, пов'язано з їх участю у приготуванні їжі або з роботою в харчовій галузі. Проте, є деякі позитивні результати. Так, комплексна програма заходів по боротьбі з опісторхозом, яка реалізується на Сумщині більше двох десятків років, привела до зниження інвазивності населення в 4-5 разів.

Цикл розвитку гельмінта складний, протікає зі зміною господарів: молюсків, риб сімейства корошових, людини і деяких тварин (кішки, собаки, лисиці). В організмі людини і тварин опісторхіси можуть жити до 25 років. Особливістю перебігу захворювання є те, що справжній рівень ураженості населення трематодозами печінки визначити складно, оскільки рання стадія інвазії часто протікає без клінічних проявів (латентно), а в хронічній стадії клінічна симптоматика неспецифічна. У зв'язку з цим, для раннього виявлення змін в органах, де локалізується збудник, крім клініко-лабораторного

обстеження, необхідним є вживання додаткових методів дослідження, зокрема, інструментальних методів. Численними дослідженнями встановлено, що опісторхіси можуть паразитувати в організмі людини впродовж всього життя і самовилікування практично не відбувається. Клініцистами виявлено ряд синдромів, які зустрічаються однаково часто: холангіохолестит, дискінезії жовчовивідних шляхів, гастроінтестинальні прояви, алергічний синдром, панкреатопатія, вегето-судинні реакції.

Для Харківської області - захворювання, що виникло відносно недавно, стало великою проблемою. Раніше в селах реєструвалися поодинокі випадки захворювання серед рибалок, які самі їли цю рибу. На сьогоднішній день ситуація змінилася. За даними головного позаштатного паразитолога МОЗ України К.І. Бодні, у Зміївському районі зареєстрований спалах захворювання. Причина, очевидно, у тому, що там налагоджено приватне виробництво солоної риби, яку купує місцеве населення. Підтримується інвазія ще й тим, що на неї хворіють домашні тварини. Дослідження показали, що риба, яка мешкає в Сіверському Донці, уражена личинковою формою захворювання, а кішки, що хворіють на опісторхоз, заражені дорослою особою паразита (якою заражається людина).

**Висновки.** У зв'язку з виникненням в Україні нових осередків захворювання на опісторхоз, необхідно проводити епідемічний і гельмінтологічний нагляд, посилити санітарно-просвітницьку роботу серед населення, при цьому використовувати можливості засобів масової інформації. В практичній діяльності лікарів-інфекціоністів, гастроентерологів, терапевтів та сімейних лікарів слід урахувувати, що під час профілактичних оглядів, для оптимізації діагностики уражень органів травлення при хронічному опісторхозі, необхідно застосовувати комплекс поетапного обстеження хворих. Також необхідне проведення оздоровлення осередків опісторхозу за

рахунок охорони водойм від забруднення незнезараженими стічними водами та оздоровлення популяції молюсків шляхом використання церкаріцидних препаратів.

Ільїна Ніна Іванівна<sup>1</sup>, Ільїна Вікторія Валеріївна<sup>1</sup>,  
Гайворонська Ілона Євгеніївна<sup>2</sup>,  
Зайченко Тетяна Владиславівна<sup>2</sup>, Бутко Віталій Анатолійович<sup>2</sup>,  
Пономаренко Оксана Миколаївна<sup>1</sup>

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ ЕПІДЕМІЧНОГО СЕЗОНУ 2016 РОКУ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,  
<sup>2</sup>ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня  
імені З. Й. Красовицького»

*Il'yina Nina Ivanivna<sup>1</sup>, Il'yina Viktoria Valeriivna<sup>1</sup>, Gayvoronska  
Ilona Yevgenivna<sup>2</sup>, Zaichenko Tetyana Vladislavivna<sup>2</sup>, Butko Vitaliy  
Anotoliyovich<sup>2</sup>, Ponomarenko Oksana Mykolaivna<sup>1</sup>*

## **PECULIARITIES OF THE FLU EPIDEMIC SEASON 2016**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University,*  
<sup>2</sup>*Sumy Regional Clinical Infectious Hospital after Z. Y. Krasovitskiy,  
Sumy, Ukraine*

*E-mail: [viktoriyazahlebaeva@mail.ru](mailto:viktoriyazahlebaeva@mail.ru); Il'yina V. V.*

**Актуальність.** Грип є проблемою світового значення у зв'язку зі здатністю збудника до унікальної мінливості. У період епідемії на грип хворіє від 5 до 20 % населення, при пандемія - до 40 %. Епідемії і пандемії істотно впливають на показники загальної смертності населення, які збільшуються на 13-40 %.

Остання пандемія грипу 2009 року була спричинена вірусом грипу А(Н1N1) Каліфорнія, який щорічно реєструвався в

наступні епідсезони при сезонному підйомі захворюваності на ГРВІ та грип. З урахуванням здатності вірусу грипу до регулярної мінливості поверхневих антигенів (нейрамінідази і гемаглютиніну), не виключено, що епідсезон 2016 року спричинений вірусом з оновленими антигенними властивостями, а це могло вплинути на клінічний перебіг хвороби.

За даними МОЗ, в Україні в епідемічний сезон 2015-2016 рр. зареєстровано біля 3,2 млн. хворих на ГРВІ і грип, з них госпіталізовано 132 тис (3,9 %), тобто захворюваність на 41,4 % перевищувала минулий епідсезон (2014-2015рр.). Переважна більшість захворювань в Україні була зумовлена пандемічним штамом вірусу грипу А(Н1N1) Каліфорнія.

У Сумській області за 3 місяці 2016 року (січень - березень) перехворіло на ГРВІ 144 254 особи, з них на грип 2845. Померло від грипу 26 (0,9 %) хворих, з них у 50 % виявлено в секційному матеріалі вірус грипу А(Н1N1) Каліфорнія.

**Мета роботи.** Вивчити особливості клінічного перебігу та ускладнень грипу за період епідемії 2016 року у Сумській області.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були 193 хворих на грип, що перебували на стаціонарному лікуванні в ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З. Й. Красовицького» (СОКІЛ) у січні - лютому 2016 року, з них 106 (54,9 %) чоловіків та 87 (45,1 %) жінок.

Для верифікації діагнозу досліджувалися змиви з ротоглотки хворих імунофлуоресцентним методом, а також ІФА та ПЛР. Застосовані інші загальноприйняті методи обстеження: клінічний аналіз крові, сечі, рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини.

**Результати дослідження.** Вірусологічне підтвердження грипу методом ІФА отримано у 19 (10,1 %) пацієнтів, ПЛР - у 16 (8,3 %), з них у 12 (6,4 %) підтверджений грип А (Н1N1)

Каліфорнія. Решті хворих діагноз виставлений на підставі клініко-епідеміологічних даних. Середній вік хворих склав  $(43 \pm 1,6)$  років, переважали особи у віці 35-60 років (60,6 %). У 87 (45,1 %) хворих захворювання мало середньотяжкий, у 82 (45,2 %) тяжкий перебіг. Ускладнення були у 116 (61 %) осіб: у 101 (52,3 %) пневмонії, загострення хронічного бронхіту - у 14 (7,4 %), токсична нефропатія - у 9 (4,8 %), інтоксикація ЦНС - у 5 (2,6 %), гайморит - у 1.

Отже, у порівнянні з епідемією грипу 2009-2010 рр. збільшився відсоток тяжкого перебігу захворювання (21,3 % - у 2009 році, 42,5 % - у 2016 році), а також розвиток пневмонії (40,5 % та 52,3 % відповідно). Супутню патологію мали 37 (42,5 %) пацієнтів, в їх числі ожиріння - у 5, цукровий діабет - у 3, гіпертонічна хвороба - у 16.

Клінічна картина грипу 2016 року майже не відрізнялась від пандемічного 2009 році. У переважної більшості хворих захворювання мало гострий початок з підвищення температури тіла до  $38,5^{\circ}\text{C}$  і вище. Основними скаргами хворих були: першіння та біль у горлі (56,7 %), сухий кашель (83,6 %). Кожний другий хворий скаржився на загальну слабкість, головний біль, загальне нездужання, біль у м'язах. Нежить був у 5,4 % пацієнтів. Деякі хворі вказували на нудоту, блювання, діарею. Об'єктивними клінічними проявами хвороби були фебрильна температура (74,2 %), ін'єкція кон'юнктиви (62,8 %), гіперемія слизової ротоглотки (92,3 %). В легенях у більшості хворих з неускладненим грипом виявлялось жорстке дихання. У клінічному аналізі крові загальна кількість лейкоцитів складала  $(5,1 \pm 0,16) \times 10^9/\text{л}$ , паличкоядерних  $(9,42 \pm 0,76) \%$ , ШОЕ  $(12,4 \pm 2,3)$  мм/год.

Серед ускладнень грипу у половини хворих реєструвалась пневмонія, з них у 82 % - позагоспітальна. Локалізація процесу у 39,6 % - нижня частка правої легені, у 17,8 % - у нижній частці лівої легені, у 35,6 % - двобічна субтотальна пневмонія.

З клінічних ознак пневмонії у половини хворих спостерігалось ослаблене дихання, у 73,2 % - крепітація, у 22,1 % - вологі хрипи, у 42,1 % - задишка. Рентгенологічно діагноз пневмонії підтверджений у 68,3 % пацієнтів.

Хворі з тяжким перебігом грипу, з розвитком пневмонії та дихальної недостатності знаходилися на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ). Показаннями до госпіталізації у ВІТ були розвиток дихальної недостатності, двобічне ураження легень, низький рівень сатурації кисню на момент госпіталізації (<90 %).

Летальних наслідків хвороби у СОКІЛ було 11 (5,7 %), а в цілому по Сумській області – 26 (0,9 %). Прогностично-несприятливими факторами ризику грипу, ускладненого пневмонією, були: пізня госпіталізація (5,0±1,2) доба, двобічне ураження легень, сатурація <90 %, вік (>40 років - 80,7 %), наявність супутньої патології. Серед померлих у 15 (57,7 %) було ожиріння, у 3 (11,5 %) – цукровий діабет, гіпертонічна хвороба – у 5 (19,2 %), перенесений туберкульоз легень – у 1 (3,8 %), тривале вживання НПЗЗ з приводу ревматоїдного артриту – у 1 (3,8 %).

**Висновки.** Незважаючи на низький відсоток лабораторного підтвердження діагнозу, клінічна картина грипу епідсезону 2016 року суттєво не відрізнялась від пандемічного грипу 2009-2010 рр. Особливістю сучасного грипу є ураження старших вікових груп населення, переважання тяжкого перебігу хвороби та високий відсоток розвитку ускладнень.

Клименко Наталія Василівна, Немцова Ольга Михайлівна  
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИСТЕМНОГО КЛІЩОВОГО  
БОРЕЛІОЗУ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**  
ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені  
З. Й. Красовицького», м. Суми, Україна

*Klimenko Natalia Vasilivna, Nemtsova Olga Mykhalivna*  
**A CASE OF SYSTEMIC TICK-BORNE BORRELIOSIS WITH  
AFFECTION OF THE NERVOUS SYSTEM**  
*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine*  
*E-mail: [klimenko111@mail.ru](mailto:klimenko111@mail.ru); Klimenko N. V.*

**Актуальність.** Серед природно-осередкових хвороб на Сумщині системний кліщовий бореліоз (СКБ) займає одне з провідних місць. До Сумської обласної інфекційної клінічної лікарні (СОІКЛ) за 2014-2015 рр. звернулося 209 чоловік з приводу присмокування кліщів (2014 р. – 54 та 2015 р. – 155), превентивна антибіотикотерапія проведена 147 особам, 9 звернулися після 2 тижнів з моменту присмокування кліща, їм було рекомендоване спостереження, а 4 був встановлений діагноз СКБ.

У 2014-2015 рр. у СОІКЛ проліковано 101 хворих на СКБ (2014 р. – 17 та 2015 р. – 84). Таке підвищення рівня захворюваності на СКБ можна пояснити більшою обізнаністю населення Сумщини з клінічним перебігом хвороби та необхідністю звертатися за медичною допомогою в лікувально – профілактичні заклади міста.

**Мета роботи.** Ознайомити лікарів з випадком СКБ, що супроводжувався ураженням нервової системи.

**Результати дослідження.** Хвора К., 1977 р.н., заходилася на лікуванні в СОІКЛ з 29.12.2015 по 20.01.2016 року із діагнозом

СКБ (ІФА Іg G + 21.12.2015 р.), з ураженням нервової системи у вигляді гострого серозного менінгіту та парезу лицьового нерву.

Анамнез захворювання: з кінця жовтня 2015 року, з'явився біль у шиї, наприкінці листопада - головний біль, на початку грудня з'явилась асиметрія носогубної складки. Хвора К. з 19.12.2015 по 29.12.15 року знаходилася на лікуванні в неврологічному відділенні з діагнозом – Гострий серозний менінгіт неуточної етіології. Нейропатія лицьового нерву з помірним парезом мимічної мускулатури з двох сторін.

Епіданамнез – укусу кліща на початку жовтня 2015 року.

Під час знаходження в закладі хворій К. був проведений комплекс обстежень: аналіз спинномозкової рідини – прозора, реакція Панді ++++, білок 0,91 г/л, глюкоза 2,9 ммоль/л, цитоз  $160 \times 10^6$ /л (лімфоцити 100%); ІФА на *Borrelia burgdorferi* – Іg G 3,16, Іg M – 0,64, проведено МРТ головного мозку – вогнищевих змін речовини головного мозку та об'ємні утворення - не візуалізуються. Під час знаходження у відділенні хвора отримала курс нейропротективної, протизапальної та антибіотикотерапії - цефтріаксоном по 2,0 x 2 р/д в/в.

На момент госпіталізації в СОІКЛ загальний стан хворої К. середньої тяжкості, шкірні покриви та слизові звичайного кольору, чисті. М'яке піднебіння рухоме. Мигдалики не збільшені. Дихання через ніс вільне. Периферичні лімфовузли не збільшені.

Тони серця ритмічні, ЧСС 72 за хв., АТ 120/90 мм рт. ст., ЧД 17 за хв. При перкусії ясний легеневий звук. При аускультатії везикулярне дихання в нижніх відділах незначно ослаблене.

Язик підсушений з білим нашаруванням. Живіт м'який, бере участь в акті дихання, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені.

Нервово-психічний статус: хвора в свідомості, орієнтована у часі та просторі. Зіниці D=S, неповне змикання повік зліва. Обличчя асиметричне, згладжена ліва носогубна складка.

Девіація язика вправо. Сухожилкові рефлексии на руках D=S, на ногах D=S. Патологічних знаків не має. Менінгеальні симптоми негативні.

Під час перебування в лікарні хворій К. була повторно виконана люмбальна пункція (прозора, реакція Панді +, цитоз  $106,7 \times 10^6/\text{л}$  (100 % лімфоцити), спинно-мозкова рідина обстежена Gen Xpert MTB/RIF – негативний, бактеріоскопічне обстеження ліквору на КСП – негативний, вірусологічне обстеження ліквору на ентеровіруси – негативний. ПЛР віруси герпесу 1 і 2 типу, цитомегаловірус, Епштейна – Барр, віруси герпесу 6 типу – не виявлені. Проконсультована кардіологом, отоларингологом – патології не виявлено.

Хворій в СОІКЛ була продовжена антибіотикотерапія цефтріаксоном по 4,0 г на добу протягом 7 днів, а потім цефтріаксон/сульбактам 1000 мг/500 мг 2 рази на добу протягом 14 днів. Проведена дезінтоксикаційна, протизапальна терапія, вітамінотерапія.

На 22-у добу перебування в стаціонарі хвора К. виписана з поліпшенням під спостереження інфекціоніста і невролога за місцем проживання.

**Висновки.** Збільшення кількості звернень до ЛПЗ з приводу укусу кліщів та збільшення рівня захворюваності на СКБ доводить актуальність даної теми.

Ковальова Ганна Олександрівна  
**ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ З ВІЛ/СНІДУ В ХАРКІВСЬКІЙ  
ОБЛАСТІ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології,  
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

*Kovalyova Ganna Olexandrivna*  
***EPIDEMIC STATE HIV/AIDS IN KHARKIV REGION***  
*Department of Microbiology, Virology and Immunology,*  
*National university of pharmacy, Kharkiv, Ukraine*  
*E-mail: [annakovalyova13@gmail.com](mailto:annakovalyova13@gmail.com); Kovalyova G. O.*

**Актуальність.** Протидія ВІЛ-інфекції/СНІДУ залишається одним з пріоритетних завдань держави. Головним лікувально-профілактичним закладом з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Харківській області є КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом», який має амбулаторно-поліклінічне відділення, денний стаціонар на 5 ліжок, відділ лабораторної діагностики, в структурі якого функціонують відділення діагностики ВІЛ-інфекції, клініко-діагностичне та ПЛР-лабораторія, відділ профілактичної роботи та епідмоніторингу, кабінет організаційно-методичної роботи та 2 кабінети анонімного обстеження, один з яких знаходиться на базі міської студентської лікарні. З метою обстеження населення міста та області на ВІЛ-інфекцію існує 8 діагностичних лабораторій (КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом», поліклініки Управління внутрішніх справ, Південної залізниці, КЗОЗ «Обласний центр служби крові», військово-медичний клінічний центр Північного регіону, центральні районні лікарні Лозівського, Балаклійського та Первомайського районів).

**Мета роботи.** Визначити епідемічні особливості ВІЛ/СНІДУ в Харківській області у 2015 р.

**Матеріали та методи.** В ході роботи було проведено аналіз даних статистичної звітності Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України та Обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом.

**Результати дослідження.** У структурі шляхів передавання ВІЛ-інфекції серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції продовжує зростати частка осіб із статевим (гомо- та гетеросексуальним) шляхом інфікування ВІЛ. В Україні у 2015 р. цей показник досяг 59,2 % проти 57,8 % за відповідний період минулого року. В свою чергу, частка осіб, які інфікувались ВІЛ унаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, зменшилась та становила 20,1 % проти 23,9 % у минулому році. У Харківській області статевий та парентеральний шляхи інфікування практично на одному рівні: статевий шлях становить 39,4 % (233 осіб) від усіх зареєстрованих проти 33,2 % у 2011 р. (189 осіб), парентеральний (через введення наркотичних заходів) – 38,9 % (230 осіб) у 2012 році проти 46,7 % у 2011 р. (266 осіб).

За даними сероепідеміологічного моніторингу у структурі обстежених найбільшу частину становлять донори (22 %) та вагітні (21 %). Від загальної кількості населення в області обстежено, включаючи всі категорії – 2,7 %, за виключенням донорів та вагітних – 1,5 %.

Згідно проведеного аналізу серомоніторингу рівень інфікованості серед обстеженого населення в поточному році становить 0,5 %, що нижче в порівнянні з минулим роком (2013 р. – 0,7 %). У порівнянні з аналогічним періодом минулого року збільшився рівень інфікованості серед наркозалежних з 3,1 % до 6,3 %, серед статевих партнерів з 22,0 % до 27,8 %. Знизився показник інфікованості серед засуджених з 8,9 % до 7,7 %, донорів з 0,07 % до 0,03 %. На одному рівні інфікованість вагітних 0,1 % та осіб з клінічними проявами ВІЛ-інфекції (1,1

%). Серед інших категорій населення показник інфікованості зменшився. Не виявлялася ВІЛ-інфекція серед кадрових донорів.

Більшу частину зареєстрованих ВІЛ-інфікованих в області склали чоловіки, кількість яких становить 52,4 % (144 особи), жінок - 47,6 % (131 особа).

За даними сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ в Україні, у структурі позитивних результатів найбільша частка припадала на осіб, обстежених на наявність антитіл до ВІЛ, за такими причинами: особи, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонуються послуги з консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою (26,6 %); діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, обстежені первинно у пологовому будинку (13 %); обстежені за власною ініціативою (12,6 %); споживачі ін'єкційних наркотичних речовин (9,3 %); особи з ризикованою статевою поведінкою (7,1 %); вагітні (6,6 %).

Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення у Харківській області становив 10,1 (Україна – 23,7). В порівнянні з аналогічним періодом минулого року кількість ВІЛ-інфікованих зменшилась на 17 %.

Серед зареєстрованих ВІЛ-інфікованих більшу частину склали особи, які знаходяться в місцях позбавлення волі – 19,6 % - 54 особи, вагітні – 9,8 % - 27 осіб, обстежені за клінічними показаннями – 18,2 % - 50 осіб та донори – 1,8 % - 5 осіб.

**Висновки.** У минулі роки Україна мала найвищі темпи поширення ВІЛ-інфекції серед європейських країн. На сьогодні слід відмітити зменшення темпів приросту інфікування, захворюваності, а також смертності від хвороб, обумовлених СНІДом. Насторожує той факт, що 55 % українських громадян, які мають ВІЛ-позитивний статус, інфіковані статевим шляхом. А серед молоді тільки 40 % правильно називають шляхи інфікування ВІЛ-інфекцією.

Ковалюх Ірина Юріївна, Швецова Марія-Анна Ігорівна,  
Гапонова Катерина Олегівна, Шокун Маріанна Олегівна,  
Король Інна Миколаївна, Денисенко Марина Борисівна

**ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ГОСТРИМИ  
РЕСПІРАТОРНИМИ ВІРУСНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ  
ПРОТЯГОМ 2015 РОКУ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. В. Виговська  
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

*Kovaliukh Iryna Yuriivna, Shvetsova Maria-Anna Igorivna,  
Haponova Kateryna Olegivna, Shokun Marianna Olegivna,  
Korol Inna Mykolaivna, Denysenko Maryna Borysivna*  
**MORBIDITY DYNAMICS OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL  
INFECTION DURING 2015**

*Department of Pediatric Infectious Diseases  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. V. Vyhovska  
Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine  
E-mail: [berezka9393@gmail.com](mailto:berezka9393@gmail.com); Kovaliukh I. Y.*

**Мета роботи.** Дослідити особливості та динаміку захворюваності ГРВІ протягом 2015 року серед дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КМДКІЛ).

**Матеріали та методи.** 748 дітей віком від 3 місяців до 17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в КМДКІЛ протягом 2015 року.

**Результати дослідження.** Аналізуючи динаміку госпіталізації хворих дітей на ГРВІ у 2015 році, найбільший показник зареєстрований у червні - 10,8 % та у грудні - 10 %. Найнижчий показник госпіталізації - у вересні, становив 5,7 %. Серед обстежуваних дітей переважали хлопчики – 57 %,

дівчаток - 43 %. Діти перших двох років життя склали 48 %, віком 3-6 років – 18 %, 6-9 років- 12 %, старше 9 років – 22 %. За тяжкістю, на момент госпіталізації, стан 90 % пацієнтів визначався, як середньої тяжкості, 5 %- середньо-тяжкий та 5 %-тяжкий. За направленням швидкої допомоги були госпіталізовані 60 % дітей, 14 %, переведені з інших лікарень, само звернення – 17 %, направлені з поліклініки – 6 %, та переведені з відділення реанімації – 3 %. Серед встановлених діагнозів провідне місце займали ринофарингіт – 30 %, гострий лакунарний тонзиліт – 27 %, фарингіт – 12 %, лакунарна ангіна – 5 %, інфекційний мононуклеоз – 3 %. Супутні захворювання спостерігались у 75 хворих. Серед них у 28 % спостерігались розлади ЦНС, алергічні прояви – 20 %, захворювання ЛОР-органів – 16 %, розлади м'язевої системи – 16 %, функціональні порушення ШКТ – 13 %, ендокринні розлади – 7 %. Ускладнений перебіг спостерігався у 50 хворих. З них у 48 % виявлявся у вигляді енцефалічної реакції, ацетонемічний синдром - у 18 %, симптоми менінгізму - у 18%, фібрильні судоми - у 16% пацієнтів. Середній термін перебування хворих у стаціонарі становив 8 ліжко-днів.

**Висновки.** Динаміка захворюваності ГРВІ протягом 2015 року не мала сезонний характер - у червні зареєстровано 10,8%, в грудні 10 % серед річних випадків госпіталізації хворих дітей в КМДКЛ. Супутні захворювання та ускладнений перебіг були найбільше пов'язані з розладами ЦНС.

Козько Володимир Миколайович,  
Терьошин Вадим Олександрович, Меркулова Нина Федорівна,  
Соломеннік Ганна Олегівна  
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ НУКЛЕЇНОВИХ КИСЛОТ  
У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З НАЯВНІСТЮ ХРОНІЧНОГО  
ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С**  
Кафедра інфекційних хвороб,  
Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна

*Kozko Volodymyr Mykolayovich, Teryshin Vadim Oleksandrovich,  
Merkulova Nina Fedirivna, Solomennyk Hanna Olegivna*  
**EFFICIENCY OF NUCLEINIC ACID PREPARATION AT  
THERAPY OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C**  
*Department of Infectious Diseases  
Kharkiv State National University, Kharkiv, Ukraine  
E-mail: [v.teryshin@mail.ru](mailto:v.teryshin@mail.ru); Teryshin V.A.*

**Актуальність.** В даний час хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної інфектології. Згідно даних сучасних наукових досліджень, дисфункція показників імунологічного гомеостазу організму в значній мірі обумовлює тривалу персистенцію HCV і сприяє хронізації захворювання. При розробці ефективних патогенетично обґрунтованих методів лікування хворих на ХВГС нашу увагу привернула можливість застосування препаратів рибонуклеїнових кислот. За даними наукових досліджень відомо, що дані препарати широко використовуються в клінічній практиці в якості противірусних засобів при лікуванні хронічних і рецидивуючих інфекційних захворювань. Одним з найбільш ефективних препаратів цього ряду є противірусний препарат нуклеїнат. Субстанція, з якої виробляється нуклеїнат, складається з відносно гомогенних

олігорібонуклеотидів без домішок ДНК, білку і полісахаридів. Даний препарат володіє окрім противірусної, також протизапальною і імуномодулюючою активністю.

**Мета роботи.** Вивчення ефективності нуклеїнату в терапії хворих на ХВГС.

**Матеріали та методи.** Для реалізації мети дослідження було обстежено 68 хворих з верифікованим діагнозом: хронічний вірусний гепатит С, у фазі реплікації (RNA HCV +) з тривалістю захворювання від 3 до 6 років. З числа обстежених були виключені особи, що зловживають алкоголем або мають досвід використання наркотичних речовин з урахуванням негативного впливу цих чинників на імунний статус і клінічний перебіг захворювання. При проведенні генотипування вірусу встановлено, що основним генотипом HCV був перший (1), наявність якого відзначено у 44 пацієнтів (64,7 %), з них у 23 хворих (33,8 %) було виявлено генотип 1b. Генотип 2 HCV виявлено у 5 пацієнтів (7,4 %), генотип 3 - у 19 (27,9 %). Обстежені пацієнти були розподілені на дві рандомізовані групи - основну (35 пацієнта) і групу зіставлення (33 хворих). В обох групах призначали стандартне лікування, а саме  $\alpha$ 2-інтерферон по 3 млн МО 1 раз на добу підшкірно 3 рази на тиждень і рибавірин (800-1200 мг / добу щодня) протягом 48 тижнів. Крім того, хворі основної групи додатково отримували нуклеїнат по 2 капсули (0,5 г) 3 рази на день, тобто в добовій дозі 1,5 г протягом 24 тижнів поспіль. Отримані результати обробляли статистично на персональному комп'ютері Intel Core 2 Duo 3,0 GHz з використанням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Windows professional, Microsoft Office 2010, Microsoft Excel 2010 та Statistica.

**Результати дослідження.** Клінічна картина ХВГС до початку проведення лікування характеризувалася поєднанням астено-вегетативного або астено-депресивного, диспептичного і гепатобілярного симптомокомплексів, а також порушеннями з

боку біохімічних показників, що характеризують функціональний стан печінки. При порівняльному аналізі було встановлено, що у пацієнтів основної групи ліквідація клінічної симптоматики відбувалася в більш ранні терміни, ніж у хворих групи зіставлення. Слід зазначити, на момент завершення 24-тижневого курсу лікування у 28 пацієнтів (80,0 %) основної групи спостерігалася практично повна ліквідація ознак загострення хронічного патологічного процесу в печінці, в той час, як у цей період дослідження у 15 хворих (45,5 %) групи зіставлення, спостерігалися ознаки помірно вираженого астеничного синдрому. При застосуванні нуклеїнату у хворих основної групи також відзначалося збільшення кількості пацієнтів з повною вірусологічною відповіддю на 24-й тиждень лікування - в середньому в 1,41 рази в порівнянні зі стандартною терапією, що свідчило про клінічну ефективність включення сучасного препарату нуклеїнових кислот - нуклеїнату до комплексної терапії хворих на HCV-інфекцію.

**Висновки.** Отримані результати дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим, клінічно доцільним і перспективним застосування нуклеїнату додатково до стандартної терапії хворих на ХВГС.

Лаврюкова Світлана Яківна, Пастерначенко Наталя Семенівна,  
Мозгова Валентина Олександрівна, Усиченко Олена  
Михайлівна, Усиченко Катерина Миколаївна  
**АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ ДЕЯКИХ  
ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНІВ ЦИТОКІНІВ ІL-4, ІL-10, TNF У  
ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В**  
Кафедра інфекційних хвороб,  
Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна

*Lavryukova Svetlana Yakivna, Pasternachenko Natalia Semenivna,  
Mozgova Valentina Oleksandrivna, Usychenko Olena Mihailivna,  
Usychenko Katherina Mykolaivna*  
**ANALYSIS OF FREQUENCY OF OCCURRENCE OF SOME  
CYTOKINE GENES POLYMORPHISMS OF IL-4, IL-10, TNF  
IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B**  
*Department of Infectious Diseases  
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine  
E-mail: [usichenko2006@mail.ru](mailto:usichenko2006@mail.ru); Usychenko O. M.*

**Актуальність.** Хронічний гепатит В (ВГВ) є однією з основних причин хронічних дифузних захворювань печінки. У хворих на ХГВ є високий ризик розвитку цирозу печінки, печінково-клітинної недостатності і гепатоцелюлярної карциноми. Дослідженнями останніх років доведено, що дисбаланс секреції імунорегуляторних цитокінів та регуляції цитокінопосередованої кооперації, проліферації і диференціювання клітин, може бути обумовлений комплексом генів, від яких залежить рівень продукції цитокінів Th1 або Th2 типу. Встановлено, що рівень продукції цитокінів та їх антагоністів, експресія рецепторів до різних цитокінів визначається успадкованим індивідуумом набором алельних варіантів генів цитокінів та їх рецепторами. Однак, дослідження

з вивчення взаємозв'язку між поліморфізмом генів цитокінів та варіантами перебігу ХГВ нечисленні і нерідко оцінюються в одній групі з хронічним гепатитом С.

**Мета роботи.** Встановлення частоти виявлення поліморфізмів генів IL-4 (C589T), IL-10 (G1082A), TNF $\alpha$  (G308A) у хворих на хронічний гепатит В у порівнянні зі здоровими особами, що проживають в Одеському регіоні, для підвищення якості діагностики гепатиту В за отриманими генетичним критеріям.

**Матеріали та методи.** Обстежено 41 хворий на ХГВ у віці від 18 до 54 років, при цьому середній вік становив  $39 \pm 2,16$  років. Всі обстежені хворі перебували на диспансерному спостереженні в гепатологічному центрі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні. Пацієнти проживають у Одеському регіоні, в групі дослідження переважали чоловіки (70 %). Контрольна група складена з 30 практично здорових осіб, середній вік яких  $32 \pm 1,05$  роки. Кількість жінок і чоловіків була однаковою (по 15 осіб).

Для підтвердження діагнозу ХГВ були досліджені: біохімічні показники (підвищення активності АсАТ і АлАТ, концентрація білірубіну і переважання його прямої фракції), серологічні маркери (визначення HBsAg, HBeAg, aHBe, а також HBV DNA).

Молекулярно-генетичні дослідження включали визначення поліморфних варіантів генів IL-4 (C589T), IL-10 (G1082A), TNF $\alpha$  (G308A). Дослідження проводилися на базі Німецького діагностичного центру ім. Св. Павла (м.Одеса).

**Результати дослідження.** При вивченні частоти виявлення алейних поліморфізмів IL-4 (C589T), IL-10 (G1082A) і TNF  $\alpha$  (G308A) виявлена суттєва різниця в контрольній і досліджуваній групі хворих.

При вивченні поліморфної ділянки IL-4 (C589T) виявлено переважання гомозиготного варіанти CC (норма), як у групі хворих на гепатит В, так і в контрольній групі, що склало 61 % і

88 % відповідно ( $\chi^2=4,32$ ,  $p<0,05$ ). Крім того, у групі хворих на хронічний гепатит В відзначалося значне переважання гетерозиготної алелі СТ в порівнянні з контрольною групою ( $\chi^2 = 8,78$ ,  $p <0,01$ ).

При дослідженні поліморфізму IL-10 (G1082A) у хворих на хронічний гепатит В переважав гетерозиготний варіант GA (61%), а в контрольній групі, частота його виявлення була низькою (26 %) ( $\chi^2 = 8,19$ ,  $p <0,05$ ).

При вивченні поліморфної ділянки TNF- $\alpha$  (G308A) статистично достовірної різниці між показниками у хворих і здорових осіб виявлено не було.

**Висновки.** 1 В етнічно однорідній групі жителів Одеського регіону виявлені відмінності між хворими на хронічний гепатит В і здоровими особами по частоті алелів гену IL-4 (C589T) і IL-10 (G1082A).

2 Гомозиготи з алелю CC більш стійкі до гепатиту В, ніж гетерозиготи СТ гена IL-4 (C589T) ( $p <0,05$ ).

3 Гетерозиготи по алелі GA більш чутливі до гепатиту В у порівнянні з мутантною алелю AA IL-10 (G1082A).

Таким чином, отримані результати вказують на суттєві відмінності в поліморфізм генів IL-4 (C589T) і IL-10 (G1082A) у хворих на хронічний гепатит В і здорових осіб. Визначення генетичного профілю у таких пацієнтів може бути важливим додатковим фактором у комплексній діагностиці хронічного гепатиту В.

Лядова Тетяна Іванівна, Волобуєва Ольга Вікторівна  
**ДИНАМІКА ІМУННИХ ПОРУШЕНЬ У ДОРОСЛИХ  
ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ**

Кафедра загальної та клінічної імунології та алергології,  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,  
м. Харків, Україна

*Liadova Tatiana Ivanivna, Volobueva Olga Victorivna*  
***DYNAMICS OF IMMUNE DISORDERS IN ADULT PATIENTS  
WITH INFECTIOUS MONONUCLEOSIS***

*Department of General and Clinical Immunology and Allergology,  
V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine  
E-mail: [tanya-07-07@mail.ru](mailto:tanya-07-07@mail.ru); Liadova T. I.*

**Актуальність.** Вірусні інфекції, етіологічним чинником яких є вірус Епштейна-Барр (EBV), характеризуються досить високим ступенем ураження населення не тільки в Україні, а й у всьому світі. Широке розповсюдження EBV у людській популяції дозволяє виявляти специфічні антитіла майже у 95% населення. У даний час інфекційний мононуклеоз (ІМ) розглядається як захворювання імунної системи. Активна проліферація вірусу у всіх лімфопроліферативних органах призводить до структурних змін, що зачіпають всі ланки імунної системи, порушення яких мають комбінований характер та стосуються як клітинної, так і гуморальної ланки та, ймовірно, є причиною тривалого перебігу хвороби та довічної персистенції вірусу в організмі людини.

**Мета роботи.** Оцінити динаміку основних імунологічних показників у дорослих хворих на гострий ІМ.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилось 42 хворих – 23 (54,8 %) чоловіків та 19 (45,2 %) жінок, які перебували на лікуванні в ОКІЛ у 2013-2015 рр. Всім хворим проводили лабораторне та імунологічне обстеження в

динаміці захворювання. Групу контролю склали 15 здорових осіб. При оцінці імунологічних показників в гострому періоді захворювання на тлі підвищеного вмісту лейкоцитів периферичної крові відзначалося збільшення абсолютного числа лімфоцитів і їх відсоткового вмісту порівняно з параметрами контрольної групи хворих. Вивчення фенотипічного спектру лімфоцитів крові виявило статистично значуще підвищення абсолютної кількості CD3+ та їх відсоткового вмісту, виражене зниження відносної і збільшення абсолютної кількості CD4+ субпопуляції Т-лімфоцитів, а також збільшення у 2,2 рази ( $p < 0,001$ ) відносного і в 5,5 рази ( $p < 0,001$ ) абсолютного числа CD8+ лімфоцитів порівняно з контрольними показниками, різке падіння імунорегуляторного індексу. Слід зазначити, що в гострому періоді ІМ встановлено статистично значуще підвищення абсолютної кількості і відсоткового вмісту CD19+ лімфоцитів щодо параметрів контрольної групи. Також у гострому періоді ІМ було виявлено зниження поглинальної здатності нейтрофілів та їх кількості. Реакція гуморальної ланки імунітету характеризувалася статистично значущим підвищенням концентрації Ig A, Ig M, Ig G, Ig E, порівняно з контрольними показниками. Вміст ЦІК в крові достовірно від контрольних величин не відрізнявся.

**Результати дослідження** показали, що в періоді реконвалесценції вміст лейкоцитів в периферичній крові не мав статистично значущих відмінностей з даними контролю. У той же час абсолютне число лімфоцитів та їх відсотковий вміст залишалися достовірно вищими порівняно з показниками контрольної групи. Також зберігалися достовірні відмінності (в сторону підвищення) абсолютного і відсоткового вмісту CD3+ CD8+ - клітин відносно до аналогічних показників контрольної групи, при цьому, відсоткова кількість CD4+ та імунорегуляторний індекс залишалися зниженими. Абсолютна

ж кількість CD4+ статистично значимо не відрізнялася від контролю.

У даний період дослідження у хворих на ІМ кількість активно фагоцитуючих нейтрофілів крові та їх поглинальна здатність не відновлювалися до рівня контрольної групи. Аналіз динаміки показників гуморальної ланки імунітету виявив статистично достовірне підвищення рівнів Ig A, M, G у сироватці крові, відносно показників контрольної групи, тоді як концентрація Ig E не відрізнялась статистично з контрольними даними.

**Висновки.** Таким чином, аналіз проведених даних у динаміці хвороби дозволив встановити, що зміни імунологічних параметрів зачіпали всі ланки імунної системи і носили стійкий характер, не відновлюючись у періоді реконвалесценції.

Малиш Ніна Григорівна<sup>1</sup>, Демеха Наталія Миколаївна<sup>2</sup>,  
Немцова Ольга Михайлівна<sup>3</sup>, Тищенко Валентина Вікторівна<sup>2</sup>  
**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ ТА  
ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ НА  
СУМЩИНІ У СУЧАСНИХ УМОВАХ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет, м. Суми, Україна  
<sup>2</sup>ГУ Держсанепідслужби України у Сумській області,  
<sup>3</sup>ОКЗ "Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня  
імені З. Й. Красовицького", м. Суми, Україна

*Malysh Nina Hrigorivna<sup>1</sup>, Demeha Natalia Mykolaivna<sup>2</sup>,  
Nemtsova Olga Mychaylivna<sup>3</sup>, Tyschenko Valentina Victorivna<sup>2</sup>*  
**PROBLEMATIC ISSUES OF PREVENTION OF INFLUENZA  
AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN SUMY  
REGION IN MODERN CONDITIONS**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University*  
<sup>2</sup>*SI "State Sanitary and Epidemiological Ukraine Service in Sumy  
region",*  
<sup>3</sup>*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine*  
*E-mail: [ninamalysh@mail.ru](mailto:ninamalysh@mail.ru); Malysh N. H.*

**Актуальність.** Захворюваність населення грипом у період щорічних епідемій складає від 20 до 40 %, а під час пандемій грипу кількість захворілих зростає у декілька разів. Показник смертності від грипу та гострих респіраторних інфекцій перевищує смертність від туберкульозу, малярії та вірусного гепатиту.

Враховуючи глобальність поширення інфекції, щорічну періодичність епідемій, непередбачуваність виникнення і перебігу захворювання, постійні модифікації вірусу, значні

економічні збитки, дане захворювання слід розглядати не тільки як медичну, але і як соціально-економічну проблему. На лікування грипу і його ускладнень щорічно у світі витрачається близько 14,6 млрд. євро.

**Мета роботи.** Дослідити сучасні особливості епідемічного процесу грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) у Сумській області.

**Матеріали та методи.** Офіційна статистична звітність (ф. №1, №2, планові інформації про результати експрес-діагностики грипу та ГРВІ) за 2005-2016 рр. Використані епідеміологічні і статистичні методи дослідження.

**Результати дослідження.** У результаті проведеного ретроспективного і оперативного епідеміологічного аналізу було встановлено, що у досліджуваному періоді показники захворюваності на грип та ГРВІ зросли у 3,5 рази з 3642,9 на 100 тис. нас. в епідсезоні 2005-2006 рр. до 12864,9 в 2015-2016 рр. До епідсезону 2009-2010 рр. інцидентність варіювала у межах 3045,6 -4727,1 на 100 тис. нас. В епідсезоні 2009-2010 рр. рівень захворюваності на грип та ГРВІ сягнув показника 13161,1 на 100 тис. нас., дещо знизився у 2011-2012 рр., коли складав – 9097,0 на 100 тис. нас., а максимальна інцидентність була зареєстрована в 2014-2015 рр. – 15326,5 на 100 тис. нас.

Усі збудники ГРВІ відзначаються високою контагіозністю, оскільки передаються повітряно-краплинним шляхом, уражають верхні дихальні шляхи і мають спільні патогенетичні механізми розвитку інфекції. Однак грип, на відміну від інших ГРВІ, має більш тяжкий перебіг з розвитком ускладнень, котрі у найбільш тяжких випадках можуть призвести до летального наслідку. За даними зарубіжних дослідників, грип у структурі респіраторної вірусної захворюваності складає близько 20 %. На Сумщині у досліджуваному періоді частка населення, хворого на грип, була незначною і варіювала у межах 0,2 % (епідсезон 2015-2016 рр.) – 16,6 % (епідсезон 2006-2007 рр.). Вищезазначене, на нашу

думку, пояснюється тим, що для верифікації збудника того чи іншого типу ГРВІ необхідно застосовувати специфічні лабораторні методи дослідження, які у сучасних умовах, зважаючи на обмежені можливості лабораторій, обумовлені складним економічним становищем, не завжди вдається зробити. Для діагностики респіраторних вірусів необхідний час. Лікувати пацієнтів з ГРВІ, особливо з грипом, необхідно вже у перші години недуги, не чекаючи результатів лабораторних досліджень, оскільки вже через 8 годин кількість нащадків вірусу сягає 103, а до кінця 1-ї доби – 1027 копій. У зв'язку з відсутністю реальної можливості точно встановити тип збудника інфекції, лікар опирається на власний досвід при встановленні діагнозу. Як наслідок, у більшості зареєстрованих випадків ГРВІ їх етіологія так і лишається нерозшифрованою, а етіологічна структура ГРВІ в офіційній звітності може бути спотвореною.

ВООЗ інформує, що у середньому протягом року доросла людина хворіє на ГРВІ не менше 2-3 разів, дитина – 6-10 разів. Традиційно в Україні загалом і в Сумській області зокрема захворюваність на грип та ГРВІ дітей у рази перевищувала дорослих. Так, в епідсезоні 2009-2010 рр. інцидентність дітей складала 57,2 на 100 тис. конт., дорослих – 6,8; в 2011-2012 рр. – відповідно, 55,5 і 5,4; в 2012-2013 рр. – 52,2 і 5,5; в 2013-2014 рр. – 47,1 і 4,5; в 2014-2015 рр. – 51,3 і 5,0; в 2015-2016 рр. – 47,6 і 6,4.

**Висновки.** У сучасний час грип та ГРВІ лишаються актуальною проблемою охорони здоров'я і потребують постійної уваги. Профілактичні заходи повинні базуватися на детальному аналізі багаторічної динаміки захворюваності та даних вірусологічного моніторингу.

Малиш Ніна Григорівна<sup>1</sup>, Єрмакова Олена Генадіївна<sup>2</sup>,  
Фетісова Ірина Миколаївна<sup>2</sup>, Кулеш Лариса Петрівна<sup>3</sup>

**САЛЬМОНЕЛЬОЗ У СУЧАСНИХ УМОВАХ:  
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, ІМОВІРНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,

<sup>2</sup>КУ "Сумська міська клінічна лікарня №4",

<sup>3</sup>ОКЗ "Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені  
З. Й. Красовицького", м. Суми, Україна

*Malysh Nina Hrigorivna<sup>1</sup>, Yermakova Elena Genadiyivna<sup>2</sup>,  
Fetisova Irina Mykolaivna<sup>2</sup>, Kulesh Larisa Petrivna<sup>3</sup>*

***SALMONELLOSIS IN MODERN CONDITIONS:  
MORBIDITY, PROBABLE FACTORS OF RISK***

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University,*

<sup>2</sup>*Municipal establishment "Sumy city clinical hospital №4",*

<sup>3</sup>*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine*

*E-mail: [ninamalysh@mail.ru](mailto:ninamalysh@mail.ru); Malysh N. H.*

**Актуальність.** Сучасна актуальність сальмонельозу обумовлена глобальним його поширенням, зростанням захворюваності навіть у розвинених країнах, частими спалахами і летальністю серед дітей молодшого віку. Рід *Salmonella* включає в себе більш ніж 2500 сероварів і, хоча усі вони можуть розглядатися як епідеміологічно потенційно небезпечні, лише окремі з них є домінуючими. У країнах Європейського союзу і США в останні три десятиріччя превалюючими збудниками були *S. enteritidis*, *S. typhimurium*, *S. virchow*, *S. nadar*. Високі рівні інцидентності на сальмонельоз, обумовлені, з одного боку, збільшенням споживання продуктів птахівництва, які безумовно є одними з головних факторів передавання недуги, а з іншого,

біологічними властивостями сальмонел, а саме – високою пластичністю, резистентністю до антибіотиків.

Епідемічний процес сальмонельозу у регіоні формується у залежності від значущості того чи іншого джерела інфекції, шляхів і факторів ризику, збудників інфекції.

**Мета роботи.** Дослідити рівні захворюваності на сальмонельоз в Україні та Сумській області у 2009-2014 рр., етіологічну характеристику спалахів гострих кишкових захворювань у 2015 р., визначити імовірні фактори ризику сальмонельозу.

**Матеріали та методи.** У роботі використані дані офіційної реєстрації захворюваності на сальмонельоз (ф. №1, №2). Тенденцію розвитку епідемічного процесу визначали методом найменших квадратів і оцінювали по середньому темпу приросту ( $T_{пр.}$ ). Резистентність сальмонел до температурного фактору досліджували у 27 штамів *S. enteritidis* і 3 штамів *S. typhimurium*, ізольованих з клінічного матеріалу хворих на сальмонельоз.

Обробка отриманих даних проводилася з використанням програми Excel.

**Результати дослідження.** За період 2009-2014 рр. захворюваність на сальмонельоз в Україні, загалом, та у Сумській області, зокрема, відрізнялася видимою певною статистичною стабілізацією, що у деякій мірі вказувало на відсутність зростання рівня санітарно-епідеміологічного благополуччя та комунального благоустрою населення, що забезпечує зниження захворюваності інфекціями, які мають фекально-оральний механізм передавання. Інцидентність в Україні складала у 2009 р. – 20,6 на 100 тис. нас., у 2010 р. – 21,2; у 2011 р. – 18,5; у 2012 р. – 21,5; у 2013 р. – 24,1; у 2014 р. – 19,8 ( $T_{пр.}=+0,4\%$ ). Показники захворюваності на сальмонельоз у Сумській області були дещо нижчими і відповідно становили у 2009 р. – 17,3 на 100 тис. нас., у 2010 р. – 17,4; у 2011 р. – 15,9;

у 2012 р. – 20,7; у 2013 р. – 18,0; у 2014 р. – 16,4 ( $T_{пр.}=+0,2$  %). Захворюваність на сальмонельоз в основному мала спорадичний характер, однак, останнім часом відзначалося зростання кількості спалахів гострих кишкових захворювань та харчових отруєнь, викликаних сальмонелами. Так, у 2015 р. в Україні було зареєстровано 101 спалах гострих кишкових захворювань. З них, 43,6 % склали спалахи спричинені сальмонелами. Найчастіше спалахи викликані сальмонелами, реєстрували у травні-вересні. Максимум припав на травень – 13,6 %. Більшість спалахів сальмонельозу, а саме - 96 %, виникли або у закладах громадського харчування або вдома, під час святкування весіль, днів народження тощо. Одночасно за медичною допомогою з приводу сальмонельозу зверталось до 70 осіб. Основною причиною ускладнення епідемічної ситуації, за думкою фахівців санітарно-епідеміологічної служби, було порушення технології приготування страв.

Загальновідомо, що сальмонельоз найчастіше передається через м'ясо птиці і продукти його переробки. М'ясо птиці забруднюється мікроорганізмами прижиттєво, після забою і обробки, при ошпарюванні, видаленні пір'я, потрошінні і охолодженні. Вміст мікрофлори у воді шпарильних чанів збільшується у десятки і сотні раз через 3-4 години роботи. У процесі видалення пір'я, мікроорганізми через порушений шкірний покрив (порізи, садна) потрапляють у глибокі шари м'язової тканини. Крім того, при потрошінні, у результаті розривів кишечника, також відбувається обмінення мікрофлорою, у тому числі і сальмонелами, м'яса птиці

Значення молока і молокопродуктів, як факторів ризику сальмонельозу, вивчено недостатньо. Молоко є найбільш повноцінним продуктом харчування людини, в якому у збалансованій формі містяться практично усі поживні речовини. Вживання молока і молочних продуктів з кожним роком зростає і асортимент їх розширюється. Недосконалі умови утримання

тварин і виробництва молока, продуктів його переробки, призводять до накопичення у ньому мікроорганізмів і токсичних метаболітів, що може стати причиною харчових отруєнь. Тому при промисловій переробці молока, все молоко підлягає пастеризації. При пастеризації гине більшість вегетативних форм бактерій, грибів, руйнуються ферменти, однак зберігаються вітаміни і смакові властивості продуктів. Зазвичай, використовують миттеву (нагрівання до  $85-90^{\circ}\text{C}$ ) пастеризацію.

У результаті проведеного нами дослідження по вивченню впливу температурного фактору, було встановлено, що усі досліджувані штами сальмонел виявилися стійкими до температури  $90^{\circ}\text{C}$  при 5 сек. експозиції. При 10 і 20 сек. експозиції залишилися життєздатними ( $10,0\pm 5,5$ ) % культур. Тривале прогрівання протягом 15 і 45 хвилин при температурі  $70^{\circ}\text{C}$  виявилось згубним для усіх тестованих штамів. Стійкими до  $70^{\circ}\text{C}$  при 5 хв. експозиції виявилось ( $40,0\pm 8,5$ ) % досліджених сальмонел.

**Висновки.** Сальмонельоз продовжує залишатися невирішеною проблемою сьогодення та вимагає пильного епідеміологічного нагляду з боку фахівців. Продукти харчування потребують ретельного мікробіологічного контролю, а режими пастеризації продуктів харчування необхідно періодично корегувати, зважаючи на адаптаційні можливості мікроорганізмів, які у сучасних умовах є надзвичайно високими.

Морочковський Руслан Семенович  
**СКЛАДНИЙ ВИПАДОК ДИФЕРЕНЦІЙНОГО ДІАГНОЗУ  
ЖОВТЯНИЦІ**

Кафедра сімейної медицини ФПДО,  
Львівський національний медичний університет імені  
Д. Галицького,  
Волинська обласна інфекційна лікарня, м. Луцьк, Україна

*Morochkovskiy Ruslan Semenovich*  
***DIFFICULT CASE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF  
ICTERUS***

*Department of domestic medicine of FPGE,  
Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky,  
Volyn Region Hospital of Infection Disease, Lutsk, Ukraine  
E-mail: [mrs41170@i.ua](mailto:mrs41170@i.ua); Morochkovskiy R. S.*

**Актуальність.** В процесі роботи лікарям доводиться проводити диференційну діагностику жовтяниць, нерідко потрапляючи у ситуацію, коли чітке проведення розмежування діагнозів викликає певні труднощі. Особливо часто це відбувається при виникненні нетипового перебігу захворювання.

Холангіокарцинома є відносно рідкісною аденокарциномою жовчних протоків, яка складає приблизно 3 % всіх випадків злякисних новоутворів шлунково-кишкового тракту. Характерним є тривалий безсимптомний перебіг хвороби. До моменту встановлення діагнозу, у 85,7 % хворих є метастатичне ураження печінки і лімфатичних вузлів. За статистикою США, розповсюдженість холангіокарциноми 1–2 випадки на 100 000 людей. Ризик захворюваності постійно зростає з віком. Зустрічається у 2–6 разів частіше у жінок. Від 5 % до 10 % випадків раку жовчних протоків – це внутрішньопечінковий рак. З незрозумілих причин за останні два десятиліття відмічено зростання захворюваності на холангіокарциному печінки в

Європі, Північній Америці, Азії, Японії й Австралії – в той же час загальний рівень позапечінкових холангіокарцином падає.

Клінічні ознаки холангіокарциноми залежать від локалізації пухлини. Позапечінкове розташування клінічно проявляє себе, коли пухлина блокує жовчовивідні шляхи, викликаючи безболісну жовтяницю. Внутрішньопечінкова пухлина перебігає з жовтяницею, свербіжем шкіри, болем у животі, гарячкою, втратою ваги, асцитом, прогресуючою слабкістю. Основними у діагностиці є методи візуалізації, біопсія пухлини.

**Результати дослідження.** Наводимо клінічний випадок власного спостереження. Пацієнтка, 26 років, жителька міста, непрацююча. Госпіталізована 19.01.2016 р. Захворіла на початку січня 2016 р., коли виникли нудота, здуття живота; з 11.01 пацієнтка відмітила потемніння сечі, з 15.01 – розвиток жовтяниці. Госпіталізована у ЦРЛ, звідки переведена у ВОІЛ. Було уточнено початок хвороби: з вересня 2015 р. спостерігався періодичний дискомфорт у животі.

Контакту з інфекційними хворими у пацієнтки не було, влітку 2015 р. приймала для схуднення БАДи, у грудні лікувалась у гінеколога з приводу сальпінгофориту. Два роки назад народила дитину, вагітність та пологи перебігали без ускладнень.

При вступі скаржилась на загальну слабкість, відсутність апетиту, нудоту, відчуття важкості у підребер'ї. Об'єктивно відмічались жовтяниця шкіри та слизових, збільшення печінки; на 4 добу перебування виник дрібнопапульозний рожевого кольору висип на обличчі, грудях. Жовтяниця носила переміжний характер. Від 14.02 розвинулись явища енцефалопатії, сопор. Періодично спостерігалось психомоторне збудження. 22-23.02 розвинулась кома І ст., з а шкалою Глазго 6-7 балів з прогресією, 24.02. виникла носова кровотеча та субфебрильна температура тіла, з 29.02. шлункова кровотеча, а з 01.03. - асцит та анурія.

При обстеженні відмічались нормальний рівень ШОЕ (2-5 мм/год.), лейкоцитів крові (7,6/л) з підвищенням до 12,1/л на тлі гормонотерапії. Через 1,5 місяці від початку захворювання відмічено різке падіння рівня тромбоцитів крові до 0-1 у полі зору. Звертав увагу високий рівень АсАТ (1240,0 Од/л) та АлАТ (1141 Од/л), з досить швидкою нормалізацією показників АсАТ та поступовим зниженням АлАТ до 140 Од/л. Відмічено незначне підвищення ЛФ до 170 Од/л, нормальні показники ГГТП. Рівень білірубіну коливався від 356 до 686 мкмоль/мл. Загальний білок крові був на рівні 64-52 г/л, альбумін – 35,6-30,3 г/л, зменшення вмісту фракції  $\alpha$ -2 глобуліну (3,19 г/л),  $\beta$ -глобуліну (4,2 г/л),  $\gamma$ -глобуліну (7,74 г/л). Спостерігалось незначне підвищення загальних ІgМ до 4,71 г/л. При обстеженні в ІФА та ПЛР виключені вірусні гепатит А, В, С, D, E, ВІЛ-інфекція. Були негативні маркери аутоагресії ANA, AMA, LKM-1, ASMA, SLA. Рівні церулоплазміну та  $\alpha$ -фетопротеїну крові були в нормі (0,21 г/л та 17,6 Од/мл, відповідно).

Сонографія від 20.01. виявила збільшення печінки на 2 см, край її був чіткий, заокруглений, ехогенність підвищена, структура однорідна; жовчний міхур містить детрит, мав потовщені стінки до 8-10 мм. При повторному обстеженні 02.02.: печінка не збільшена, контур рівний, межі чіткі, ехогенність підвищена по ходу перипортальних трактів, звукопровідність фрагментарно підвищена; стінки ворітної вени та перипортальних трактів потовщені, ехогенні; портальна вена 15 мм у діаметрі; внутрішньопечінкові протоки та холедох не розширені; у проекції гепатодуоденальної зв'язки – лімфатичний вузол діаметром 28 мм.

Мультиспіральна комп'ютерна томографія (22.02): печінка не збільшена, дифузно неоднорідна за рахунок гіподенситивних ділянок без чітких меж, жовчні протоки розширені обох долях. Селезінка не збільшена, структура її збережена. Збільшення та ущільнення підшлункової залози, нерівний її контур,

неоднорідна структура. Вірсунгова протока розширена до 3-4 мм. Даних за збільшення лімфатичних вузлів не виявлено. Кістково-деструктивних змін немає. Інфільтрація м'яких тканин бокових ділянок черевної стінки, більше виражена справа. Інфільтрація задньо-нижніх відділів обох легень.

Фіброгастроуденоскопія 27.01.: гостра виразка дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею (FOREST 2a).

Діагноз клінічний: Гострий гепатит ймовірно токсичний. Гостра печінкова недостатність III-IV ст. Синдром поліорганної недостатності. Печінкова енцефалопатія III-IV ст. Печінкова кома. Гепаторенальний синдром. ДВЗ-синдром. Гостра виразка 12-палої кишки, ускладнена кровотечею. Ерозивний езофагіт. Ерозивний гастрит.

Незважаючи на весь комплекс терапевтичних заходів, пацієнтка померла 04.03.2016 р., на тлі зростаючих явищ печінково-ниркової недостатності.

Діагноз патанатомічний: Високодиференційована холангіокарцинома внутрішньопечінкових жовчєвих ходів. Паренхіматозна жовтяниця. Анемія змішаного генезу. ДВЗ-синдром. Печінкова енцефалопатія з набряком головного мозку. Анасарка. Уремія. Виражена паренхіматозна дистрофія внутрішніх органів. Асцит. Гостра виразка 12-палої кишки. Ерозивний езофагогастроуденіт. Двобічний апостематозний нефрит.

**Висновки.** Наведений випадок свідчить, що під час проведення диференційної діагностики жовтяниці слід завжди враховувати можливість виникнення у пацієнтів неопластичного процесу, навіть рідкісних його форм, у будь-якому віці.

Москалюк Василь Деонізієвич, Андрушак Маргарита  
Олександрівна, Баланюк Ірина Володимирівна  
**КЛІНІКО-ЕПІДІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА  
ПЕРЕБІГУ ЛЕПТОСПІРОЗУ У ХВОРИХ НА БУКОВИНІ**  
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Moskaliuk Vasyl Deoniziyovych, Andrushchak Margarita  
Oleksandrivna, Balaniuk Irina Volodymyrivna*  
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL DESCRIPTION OF  
LEPTOSPIROSIS IN PATIENTS WITH BUKOVYNA**  
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University”,  
Chernivtsi, Ukraine*  
*E-mail: [r\\_andrushak@mail.ru](mailto:r_andrushak@mail.ru); Andrushchak M. O.*

**Актуальність.** Лептоспіроз – гостре інфекційне захворювання, зооноз, спричинене різними типами лептоспір. Серед особливо небезпечних природно-осередкових хвороб лептоспіроз залишається єдиною інфекцією, що реєструється і має тенденцію до зростання на всіх адміністративних територіях України щороку.

**Мета роботи.** Вивчити динаміку захворювання на лептоспіроз у населення Чернівецької обл., особливості клінічної симптоматики та наслідки захворювання.

**Матеріали та методи.** Опрацьовано 14 медичних карт стаціонарних хворих, що знаходились на лікуванні в Чернівецькому інфекційному відділенні протягом 2014 р. Аналіз медичних карт хворих включав клінічні та лабораторні дослідження, а для проведення обрахунків – обліково-звітна документація Держсанепідслужби Чернівецької обл. за 2014 р.

**Результати дослідження.** За вивчений період у Чернівецькій обл. захворіло на лептоспіроз 14 людей. Гендерний розподіл складав: жінки (4) – 29 %, чоловіки (10) – 71 % відповідно. За місцем проживання сільська місцевість переважала над міською 85 % проти 15 %, відповідно. Вік пацієнтів в основному коливався від 28 до 64 років. Найбільшу кількість хворих було госпіталізовано з серпня по жовтень 2014 року – 64,28 %, що свідчить про сезонність захворювання, летальність даної патології спостерігалася – 7 %. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила 22-24 ліжко-днів. За медичною допомогою пацієнти найчастіше зверталися на 3-5-й день хвороби. Діагноз лептоспірозу встановлювали за клініко-епідеміологічними критеріями.

За даними лабораторних показників, відмічалось підвищення рівня білірубину у 50 %, ШОЕ – у 92,8 %, зниження рівня гемоглобіну – у 42,89 %. Показник АЛТ був у межах норми, протромбінний індекс у 7 пацієнтів був нижче 60 %, що свідчить про вплив лептоспірозої інфекції на синтез протромбіну у печінці. Клініка характеризувалася такими симптомами: підвищення температури тіла – 92,8 %, міалгії – 85,71 %, жовтушність склер – 64,28 %, головний біль – 57,14 %, ГНН, як ускладнення – у 64,28 %. Всім хворим проводилось лікування згідно нормативних показників якості надання медичної допомоги, які суттєво не відрізняються від світових підходів лікування лептоспірозу.

Тривале лікування спостерігалось в чоловіків за наявності супутнього вірусного гепатиту, що ускладнювало діагностику та становило 35,71 %.

**Висновки.** Епідеміологічна ситуація поширення лептоспірозу серед населення Чернівецької обл. вважається нестійкою, ендемічною. У порівнянні з іншими роками рівень захворюваності знизився, але ризик виникнення захворювання залишається. Серед виявлених збудників найбільшу небезпеку

становить *L. nabdomadis*. Найбільшу частку хворих становили чоловіки (71 %). Для своєчасної діагностики лептоспірозу слід враховувати атипову симптоматику та супутні захворювання. До основних заходів профілактики належить дератизація, вакцинопрофілактика у групі "професійного ризику".

Москалюк Василь Деонізієвич, Баланюк Ірина Володимирівна  
**ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ ТА ГРИП У  
ДОРΟΣЛИХ НА БУКОВИНІ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Moskaliuk Vasyl Deoniziyovych, Balaniuk Irina Volodymyrivna*  
**RESPIRATORY VIRAL INFECTION AND FLU IN ADULTS IN  
BUKOVYNA**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, Ukraine  
E-mail: [balanyk85@mail.ru](mailto:balanyk85@mail.ru); Balaniuk I. V.*

**Актуальність.** Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) — група хвороб, що в структурі дорослих інфекцій посідає перше рангове місце. Щорічно в різних країнах світу реєструється від 10 до 130 млн випадків захворювання на грип та ГРВІ. В Україні на грип і ГРВІ щороку хворіють близько 11–13 млн чоловік, що складає 95 % усіх зареєстрованих випадків інфекційних захворювань. Нині грип є найпоширенішою інфекцією на земній кулі і реєструється на всіх континентах. Особливістю цієї інфекції є неймовірна швидкість поширення – велике місто охоплюється захворюванням за 1,5-2 тижні, велика країна – за 3-4 тижні. Актуальність проблеми обумовлена не тільки

поширеністю, а й високим ризиком розвитку різноманітних ускладнень, які мають значну питому вагу в структурі смертності серед дорослого населення.

Показник смертності невисокий і становить 0,01-0,2, але він різко збільшується у разі виникнення грипу у літніх і ослаблених людей, особливо у тих, хто має хронічні захворювання серця, легень, у малолітніх дітей. Під час епідемії грипу завжди збільшується летальність від серцево-судинних, легеневих захворювань. Підраховано, що неускладнений грип та інші ГРВІ забирають у людини не менше 1 року життя.

З початку епідемічного сезону (з кінця вересня минулого року) в Україні зареєстровано 3,9 млн хворих на грип та ГРВІ. Захворюваність в епідсезон 2015–2016 років на 35 % вища рівня аналогічного періоду минулого епідемічного сезону.

На сьогоднішній день питання поширеності грипу та інших ГРВІ в Україні, зокрема у Чернівецькій області, є актуальним.

**Мета роботи.** З'ясувати особливості перебігу грипу та ГРВІ у дорослих на Буковині.

**Матеріали та методи.** Протягом епідемічного сезону (2015-16рр.) на базі інфекційного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні проведено порівняльний аналіз даних статистичної документації щодо захворюваності на грип та ГРВІ. Було проаналізовано 28 історій хвороби, що були узяті з архіву ЧОКЛ. Для обробки статистичних даних використовували Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 28 історій хвороб пацієнтів, що проходили стаціонарне лікування на базі інфекційного відділення Чернівецької ОКЛ з приводу грипу та ГРВІ.

У дослідження включені пацієнти обох статей (15 пацієнтів чоловічої статі і 13 жіночої), що складало 54% та 46% відповідно, у віці 26-51 рік, що проходили стаціонарне лікування.

Більша частина пацієнтів (82%) – жителі міста, решта 18% проживають в сільській місцевості. Середній вік обстежуваних склав 41 рік (при цьому середній вік чоловіків – 42 роки, а жінок – 40 років). Тривале лікування спостерігалось у хворих, які мали ускладнення (пневмонія – 82% переважно перебігала з середнім ступенем тяжкості і лише у 18% мала тяжкий перебіг та патології ЛОР-органів (середній отит, синусити) виникли у 25 пацієнтів, що становить 89% серед обстежуваної групи осіб. Зареєстровано 2 випадки грипу у вагітних.

Згідно з клінічними даними, аденовірусний генез пневмонії було встановлено у 54% хворих (15 осіб), серед них лише у 18% (5 осіб) діагноз був підтверджений лабораторно.

Щороку на пневмонію хворіють близько 450 мільйонів людей, що складає 7% населення планети. Вона є причиною близько 4 мільйонів смертей кожного року (кожен сотий хворий). Це глобальна проблема людства, яка в період епідемії набирає загрозливих обертів.

**Висновки.** Таким чином, перебіг грипу та ГРВІ у дорослого населення Буковини має класичну клінічну симптоматику, але частіше спостерігаються ускладнення (пневмонія, отити, синусити) при пізньому зверненні хворих (після 4-5 доби). Значний відсоток хворих із тяжким перебігом (18%) вимагає особливої уваги, обов'язкової ранньої госпіталізації, призначення своєчасного адекватного лікування для попередження розвитку ускладнень.

Москалюк Василь Деонізієвич, Бойко Юлія Ігорівна,  
Кривецька Світлана Степанівна

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ВАГІТНИХ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет», м. Чернівці, Україна

*Moskaliuk Vasyl Deoniziyovych, Boyko Julia Igorivna,  
Kryvetska Svitlana Stepanivna*

## **PECULIARITIES OF CHICKENPOX CLINICAL COURSE IN PREGNANT WOMEN**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Higher state educational establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University”,  
Chernivtsi, Ukraine*

*E-mail: [greenangel1@mail.ru](mailto:greenangel1@mail.ru); Boyko J. I.*

**Актуальність.** Вагітність та вітрянка – особливо небезпечне поєднання. Передумовою активації Varicella-zoster вірусної інфекції є фізіологічне зниження функціонування імунної системи у вагітних.

Вітряна віспа (ВВ) є рідкісним захворюванням серед вагітних, оскільки більше 90% жінок дітородного віку мають вірусоспецифічні антитіла. Проте серонегативні жінки підлягають ризику інфікування вітряною під час вагітності.

Не дивлячись на те, що ВВ у дорослих зустрічається рідше ніж у дітей, у них більша частота розвитку ускладнень: пневмоній, енцефалітів, гепатитів і рідко летальності. Пневмонія зустрічається у 10-20% вагітних з ВВ і зазвичай перебігає тим важче, чим термін гестації більший. Також на будь-якому терміні вагітності, при розвитку віремії у матері, може відбутися передача вірусу трансплацентарно або висхідним шляхом.

**Мета роботи.** Проаналізувати сучасні уявлення про перебіг вітряної віспи у вагітних жінок на різних термінах вагітності на основі даних опрацьованої літератури та усіх клінічних випадків, зареєстрованих у інфекційному стаціонарі.

**Матеріали та методи.** Нами було проведено ретроспективний огляд медичних карт стаціонарних хворих з діагнозом вітряна віспа та вагітність, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні КУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» за період 2014-2015 роки.

**Результати дослідження.** Зафіксовано 4 випадки ВВ у вагітних жінок, які поступили в інфекційне відділення КУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» за останні два роки. Число хворих, зареєстрованих у 2014 році, складало 50% від числа тих, які вступили у стаціонар, у 2015 році – також 50 %. За даними опрацьованої літератури, захворюваність вагітних на вітряну віспу низька і не перевищує 0,5-0,7 випадків на 1000. Вагітні хворіють не частіше і не тяжче, ніж невагітні жінки, тому що тільки 5-8 % всіх жінок репродуктивного віку не мають антитіл до ВЗВ.

На основі епідеміологічного анамнезу встановлено, що у 100% пацієнток причиною виникнення інфекції є контакт з хворими на ВВ.

Вік хворих на ВВ вагітних жінок коливався від 20 до 26 років. 75 % жінок знаходились з терміном гестації, який відповідав II триместру вагітності (18-26 тижнів) та 25 % жінок були з терміном, який відповідав III триместру (34-35 тижнів). Відомо, що вплив ВЗВ на плід залежить від терміну вагітності й тяжкості перебігу інфекції у матері.

У стаціонарі вагітні, хворі на ВВ, перебували 9 ліжко-днів. Всі звернулися за медичною допомогою в межах 2-3-ї доби від початку хвороби. Діагноз ВВ базувався на клініко-епідеміологічних критеріях. Усі жінки поступили в період висипання. Поява нових елементів висипу відбувалася протягом

5-6 днів і супроводжувалась підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр. Елементи висипу локалізувалися на волосистій частині голови, шкірі обличчя, тулуба, кінцівок. Хворі скаржилися на головний біль, загальну слабкість, розбитість, зниження апетиту та першіння в горлі. Перебіг захворювання відповідав середньому ступеню тяжкості.

У 25 % хворих на вітрянку вагітних у загальному аналізі крові відмічено лімфопенію, у 50% - анемію I ступеня, а також у 50 % - підвищення ШОЕ.

Проводилась противірусна терапія (імунофлазід за схемою), патогенетична терапія (парацетамол, реосорбілакт, р-н глюкози 5 %, р-н аскорбінової кислоти 5 %, кларитин, фарингосепт), місцева терапія (р-н брильянтового зеленого 1 %).

### **Висновки.**

1 За даними літератури та за ретроспективним аналізом медичних карт стаціонарних хворих виявлено, що захворюваність на ВВ серед вагітних залишається низькою.

2 На основі епідеміологічного аналізу нами встановлено, що у 100% серонегативних пацієнток причиною виникнення інфекції є контакт з хворими на ВВ.

3 Перебіг вітряної віспи у вагітних перебігає з середнім ступенем тяжкості за умови вчасного звернення до лікарів та оптимального їх ведення і лікування.

Піддубна Анна Іванівна<sup>1</sup>, Денисенко Оксана Володимирівна<sup>1</sup>,  
Злиденний Тарас Володимирович<sup>2</sup>,  
Корнеєв Сергій Михайлович<sup>3</sup>

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ З ВІЛ, ІНФІКОВАНИХ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,

<sup>2</sup>Сумський обласний наркологічний диспансер,  
м. Суми, Україна,

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

*Piddubna Anna Ivanivna<sup>1</sup>, Denisenko Oksana Volodymyrivna<sup>1</sup>,  
Zlydennyi Taras Volodymyrovych<sup>2</sup>, Korneev Sergey Mikhaylovich<sup>3</sup>*  
**QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH SEXUAL WAY OF HIV  
TRANSMISSION**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University,*

<sup>2</sup>*Sumy Region Narcological Dispensary, Sumy, Ukraine,*

<sup>3</sup>*Clinical Hospital "Feofania", department of blood transfusion and  
blood bank, Kyiv, Ukraine*

*E-mail: [tranki1@mail.ru](mailto:tranki1@mail.ru); Piddubna A. I.*

**Актуальність.** Одним з глобальних світових питань галузі охорони здоров'я є пандемія ВІЛ/СНІДу, яка спричиняє негативні демографічні та економічні явища, здебільшого уражаючи працездатну частину населення. Основними стратегіями щодо подолання цієї проблеми є досягнення всебічного охоплення медичною допомогою, підвищення рівня здоров'я та благополуччя людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Більшість ВІЛ-інфікованих звертаються за медичною допомогою вже на пізніх стадіях захворювання. Саме тому підвищення рівня якості життя (ЯЖ) залишається важливим

аспектом у всебічному підході надання медичного супроводу даній категорії пацієнтів.

**Мета роботи.** Вивчити показники ЯЖ людей, що живуть з ВІЛ, інфікованих статевим шляхом (ІСШ) задля визначення шляхів їх оптимізації та покращення.

**Матеріали та 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 29 ВІЛ-інфікованих ІСШ, які є членами громадської організації клуб «Шанс», серед яких 12 (41,4 %) чоловіків і 17 (58,6 %) жінок, середній вік склав  $(33,45 \pm 1,63)$  років, мешканці міст – 18 (62,1 %) осіб. Антиретровірусну терапію отримували 20 (69,0 %) 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 дослідження.** За результатами анкетування сумарний показник ЯЖ осіб ІСШ мав середній бал  $(49,06 \pm 0,14)$ , 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 ІСШ були нижчими ніж серед донорів крові та склали відповідно  $(12,07 \pm 0,72)$  і

(10,58±0,79) проти (17,88±0,12) і (17,86±0,09) балів групи порівняння ( $p<0,001$ ). Середній рівень фізичної складової серед дослідної групи становив (11,56±1,14) проти (16,4±0,53) балів контрольної групи ( $p<0,001$ ).

При аналізі суб'єктивних показників ЯЖ респондентів встановлено, що стан власного здоров'я задовольняє 51,7 % ІСШ та 90,91 % донорів крові ( $p<0,001$ ), а його погіршення протягом останнього року відмічає кожний 3-й ІСШ ( $p<0,001$ ). Серед ЛЖВ, частіше прослідковувалося обмеження фізичної активності (62,1 % осіб) та виразний вплив перебігу хвороби на життєздатність (75,9 % осіб) ( $p<0,001$ ). 16 (55,2 %) осіб 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 дискримінації та ізоляції мають суттєві розбіжності між групами. Відірваними від суспільного життя вважали себе 41,4 % анкетованих дослідної групи і 6,8 % здорових осіб ( $p<0,01$ ); відчували негативне ставлення оточуючих 24,1 % ІСШ і лише 4,5 % донорів ( $p<0,05$ ). Зміни планів на майбутнє через стан власного здоров'я відмічені у 82,8 % ЛЖВ ( $p<0,001$ ).

Прослідковується виражена емоційна лабільність у групі ІСШ у порівнянні з контрольною групою: так у 2,8 рази частіше відмічалися відсутність настрою, втрата зацікавленості ( $p<0,001$ ), у 3,8 разів – дефіцит позитивних емоцій ( $p<0,001$ ). Зафіксовано високий рівень внутрішньої стигми та наявність думок про смерть серед анкетованих дослідної групи (93,1 % і 44,8 % відповідно) ( $p<0,001$ ).

При аналізі об'єктивних критеріїв ЯЖ пацієнта з позиції лікаря серед ІСШ у кожного 3-го виявлено зміну загального стану, суттєве зниження працездатності (41,4 % осіб) ( $p<0,01$ ) та фізичної активності (34,5 %) ( $p<0,01$ ), нестабільність емоційного стану (37,9 %) ( $p<0,001$ ), вплив хронічної патології на загальний стан (24,1 %). Сумарний об'єктивний показник ЯЖ дослідної

групи склав  $(14,83 \pm 1,12)$  балів проти  $(19,36 \pm 0,17)$  групи донорів крові ( $p < 0,001$ ).

**Висновки.** Якість життя ЛЖВ зі статевим шляхом передавання є суттєво нижчою ніж у загальній популяції, проте відповідає задовільному рівню, що можна пов'язати з застосуванням антиретровірусної терапії. Прослідковується суттєве зниження показників ЯЖ більшою мірою за рахунок духовного та фізичного компонентів як з позиції пацієнта, так і при об'єктивній оцінці лікаря. Відповідно необхідно звернути увагу не лише на посилення сфери психоемоційної підтримки, а й на комплексний підхід при наданні медичної допомоги цій категорії пацієнтів.

Піддубна Анна Іванівна<sup>1</sup>, Кулеш Лариса Петрівна<sup>2</sup>,  
Логвинюк Ганна Олександрівна<sup>1</sup>,  
Скателова Олена Олександрівна<sup>1</sup>

## **ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ШЛЯХАМИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,  
<sup>2</sup>ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені  
З. Й. Красовицького», м. Суми, Україна

*Piddubna Anna Ivanivna<sup>1</sup>, Kulesh Larysa Petrivna<sup>2</sup>,  
Logvinuk Hanna Olexandrivna<sup>1</sup>, Skatelova Olena Olexandrivna<sup>1</sup>*

### **CHANGES OF BIOCHEMICAL BLOOD PARAMETERS IN PATIENTS WITH DIFFERENT WAYS OF HIV**

#### **TRANSMISSION**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University,*  
<sup>2</sup>*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine,  
E-mail: [tranki1@mail.ru](mailto:tranki1@mail.ru); Piddubna A. I.*

**Актуальність.** ВІЛ/СНІД призводить до системних порушень гомеостазу, що у значній мірі негативно відображається на стані пацієнта. Доведено, що варіант трансмісії збудника асоційований з швидкістю і тяжкістю перебігу захворювання. Проте недостатньо вивченими залишаються питання відмінностей біохімічних показників крові у ВІЛ-інфікованих з різними шляхами зараження.

**Мета роботи.** Дослідити особливості біохімічних показників крові у пацієнтів у залежності від шляху інфікування ВІЛ.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 150 медичних карток стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні у Сумській клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького за період з

2003 по 2013 рр. Вивчали зміни показників біохімічного аналізу крові (загальний білірубін, АлАТ, АсАТ, лужна фосфатаза, креатинін, сечовина) у пацієнтів, розділених на дослідні групи в залежності від шляху інфікування ВІЛ. Групу I склали 49 споживачів ін'єкційних наркотиків у стадії активної залежності (85,7 % чоловіків, 14,3 % жінок; середній вік (29,67±0,73) років); групу II – 51 особи, які мали досвід застосування наркотичних речовин у минулому (64,7 % чоловіків, 35,3 % жінок; середній вік (30,8±0,93) років). До групи III увійшли особи зі статевим шляхом інфікування: 50 хворих (26,0 % чоловіків, 74,0 % жінок, середній вік (28,72±1,02) роки). Статистична значимість відмінностей між групами оцінювалась з використанням  $\chi^2$  критерію Пірсона для категоріальних змінних та t критерію Стьюдента – для нумеричних. Розбіжності вважали статистично значущими при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження.** При проведенні порівняльного аналізу середніх значень загального білірубіну встановлено, що серед репрезентантів всіх дослідних груп показники достовірно не різнилися (група I – (27,77±12,93), група II – (10,68±1,42), група III – (7,68±0,64) мкмоль/л). Серед осіб з обтяженим парентеральним анамнезом рівні печінкових ферментів перевищували у 2 рази показники групи з статевим шляхом передавання (АлАТ: група I – (80,2±14,24), група II – (85,53±12,86), група III – (41,56±4,65) Од/л, АсАТ: група I – (97,24±12,36), група II – (90,2±11,89), група III – (44,98±5,09) Од/л) ( $p < 0,05$ ).

Прослідковується тенденція до підвищення рівня лужної фосфатази серед осіб з статевим шляхом передавання ВІЛ (група I – (138,67±25,33), група II – (145,53±21,22), група III – (161,12±34,53) Од/л) ( $p > 0,05$ ). Рівень сечовини статистично не різнився між досліджуваними контингентами і становив для групи I (4,75±0,93), II – (4,0±0,58), III – (3,38±0,35) ммоль/л. Середнє значення креатиніну було вищим серед споживачів

ін'єкційних наркотиків у стадії активної залежності, проте показник не досяг достовірнозначимого рівня (група I – (83,21±9,31), група II – (81,26±6,99), група III – (74,26±2,09) мкмоль/л).

**Висновки.** Встановлені порушення біохімічних показників крові у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією. Виразні лабораторні зміни прослідковувалися серед осіб з досвідом споживання наркотичних речовин, що можна пов'язати з наявністю додаткової дії токсичних факторів та, як наслідок, приєднанням супутньої патології.

Пришляк Олександра Ярославівна, Бойчук Олександр Петрович,  
Кобрин Тарас Зіновійович, Остяк Роман Степанович,  
Мазурок Уляна Яремівна

### **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГРИП В ЕПІДЕМІЧНОМУ СЕЗОНІ 2015-2016 РР.**

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

*Pryshliak Oleksandra Yaroslavivna, Boichuk Oleksandr Petrovich,  
Kobryn Taras Zynoviovich, Ostjak Roman Stepanovich,  
Mazurok Uliana Yaremivna*

### **CHARACTERISTIC OF CLINIC AND TREATMENT OF FLU IN 2015-2016 EPIDEMIC SEASON**

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

*E-mail: [infection@ifnmu.edu.ua](mailto:infection@ifnmu.edu.ua); Pryshlyak O. Y.*

**Актуальність.** Основними етіологічними чинниками сезонних спалахів і пандемій грипу є віруси типів А і В.

Зокрема, в 2009 році грип, спричинений вірусом типу А (H1N1) Каліфорнія, набув розмаху пандемії. В епідемічному сезоні 2015-16 р.р. грип набув нової актуальності через широке поширення та значні соціально-медичні наслідки. За епідемічний сезон в Івано-Франківській обласній клінічній інфекційній лікарні (ОКІЛ) проліковано 248 дорослих хворих на грип.

**Мета роботи.** Встановити клініко-епідеміологічні особливості перебігу та лікування хворих на грип в епідемічному сезоні 2015-2016 р.р. за даними ОКІЛ м. Івано-Франківська.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано 201 медичну карту дорослих хворих на грип, що знаходились на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ у січні-березні 2016 р. Лабораторно діагноз підтверджували за допомогою серологічного дослідження в парних сироватках методом РГГА, імунофлуоресцентної мікроскопії змивів з носоглотки та ПЛР-діагностики.

**Результати дослідження.** Середній вік пацієнтів становив  $38,3 \pm 1,6$  роки. Пацієнти у віці 19-39 років склали 39,7%, у віці 40-49 років – 28,1%, 50-59 років – 18,3%. Чоловіки становили 47,2% (95 хворих), жінки – 52,8% (106).

З даних епідеміологічного анамнезу встановлено контакт з хворими на грип чи ГРЗ за 1-3 дні до захворювання у 83,6% пацієнтів; щеплених проти грипу сезонною вакциною серед захворілих не було.

За медичною допомогою 162 (80,6%) хворих звернулося на 3-5-ту добу захворювання. В усіх пацієнтів відмічали гострий початок з типовими клінічними проявами захворювання, переважанням інтоксикаційного синдрому. Серед симптомів хвороби в 96,3% захворілих зафіксовано загальну слабкість, у 87,2% – підвищення температури тіла понад 38 градусів, у 85,7% – кашель, у 56,9% – біль у м'язах, у 44,1% – біль у горлі, у 30,3% – задишку, в 27,2% – риніт, у 4,8% – діарею. В 148

(73,6%) пацієнтів (захворювання було середньої тяжкості, в 53 (26,4%) хворих – тяжкого ступеня.

Практично в усіх хворих – 149 (91,9%) із тих, що поступили на 3-5-гу добу захворювання, розвинулися бактеріальні ускладнення. Натомість, тільки в 21 (53,8%) хворого, які звернулися в першу-другу добу захворювання, реєстрували бактеріальні ускладнення. Найчастіше діагностували бронхіт – у 99 (49,3%) хворих, пневмонію – 59 (29,4%), інфекцію сечовивідних шляхів – 6 (4,8%), синусит – 4 (3,2%), менінгоенцефаліт – 2 (1,6%).

При специфічному дослідженні в носоглоткових змивах методом імуофлуоресцентної мікроскопії та ПЛР, а також у парних сироватках крові хворих на грип методом РГГА підтверджено вірус пандемічного грипу А (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)-pdm-09 California у 43 хворих, сезонного грипу А (H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) - у 7 хворих, грипу В (Масачусетс) – у 4 хворих.

В основі етіотропної терапії хворих на грип було призначення таміфлю (озельтамівіру) чи релензи (занамівіру) згідно наказу МОЗ України від 16.07.2014 року № 499. Своєчасне застосування етіотропного препарату в 1-2-гу добу недуги сприяло скороченню тривалості гарячкового періоду захворювання на  $1,7 \pm 0,23$  днів та зменшенню частоти бактеріальних ускладнень на 38,1% ( $p < 0,05$ ).

Пацієнти із бактеріальними ускладненнями отримували антибіотикотерапію. Найкращий ефект спостерігали в разі призначення комбінації антибіотиків цефалоспоринового ряду та фторхінолонів.

Завдяки своєчасній діагностиці та вчасно розпочатому лікуванню практично у всіх дорослих хворих на грип спостерігали повне видужання. Зареєстровано один летальний випадок (0,5%) у хворої на грип А (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)-pdm-09 California, ускладнений двобічною вірусно-бактеріальною пневмонією на фоні цукрового діабету I типу, тяжкого ступеню.

**Висновки.** Таким чином, перебіг грипу характеризувався середньотяжким (73,6%) і тяжким (26,4%) перебігом захворювання, частим виникненням ускладнень у вигляді бронхітів (49,3%) та пневмоній (29,4%). Серед етіологічних чинників переважав вірус грипу А Н1N1 pdm-09 California (79,6%). У терапії захворювання високу ефективність виявили протівірусні препарати таміфлю (озельтамівір) та реленза (занамівір), для лікування бактеріальних ускладнень – комбінація антибіотиків цефалоспоринового ряду та фторхінолонів. Своєчасно розпочате лікування хворих на грип (у 1-2-гу добу захворювання) сприяло скороченню тривалості гарячкового періоду захворювання на  $1,7 \pm 0,23$  днів та зменшенню частоти бактеріальних ускладнень на 38,1% ( $p < 0,05$ ). Завдяки своєчасній діагностиці та вчасно розпочатому лікуванню практично у всіх дорослих хворих на грип спостерігали повне видужання.

Пришляк Олександра Ярославівна<sup>1</sup>, Перекліта Марія  
Ярославівна<sup>1</sup>, Мізюк Руслан Михайлович<sup>1</sup>,  
Приходько Наталія Миколаївна<sup>2</sup>

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ  
ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ ТА ХРОНІЧНОЇ ЕПШТЕЙН-  
БАРР-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
Івано-Франківський національний медичний університет,

<sup>2</sup>Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня,  
м. Івано-Франківськ, Україна

*Pryshliak Oleksandra Yaroslavivna<sup>1</sup>, Pereklita Mariia  
Yaroslavivna<sup>1</sup>, Miziuk Ruslan Mykhaylovich<sup>1</sup>,  
Prykhodko Nataliya Mykolaivna<sup>2</sup>*

**CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF VIRAL  
HEPATITIS AND CHRONIC EBSTEIN-BARR-VIRUS  
INFECTION IN HIV-INFECTED PATIENTES**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Ivano-Frankivsk National Medical University,*

<sup>2</sup>*Ivano-Frankivsk Regional Infectious Hospital,  
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

*E-mail: [infection@ifnmu.edu.ua](mailto:infection@ifnmu.edu.ua); Pryshlyak O. Y.*

**Актуальність.** Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Івано-Франківській області, як і в Україні, характеризується зростанням показників захворюваності та смертності від СНІДу та наступними особливостями: активізацією статевого шляху передавання ВІЛ; збільшенням кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку; виходом епідемічного процесу за межі груп ризику та збільшенням виявлення ВІЛ-інфікованих осіб за клінічними показаннями; переважним ураженням осіб працездатного віку; зростанням темпів поширення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та смертності від ко-інфекції

ВІЛ/туберкульоз, ВІЛ/вірусні гепатити. Патологія печінки у ВІЛ-інфікованих найчастіше зумовлена опортуністичними інфекціями та токсичним ураженням, що спричинене вживанням ін'єкційних наркотиків, алкоголю та побічною дією медикаментів. Серед опортуністичних інфекцій провідне місце займають вірусні гепатити (ВГ) та Епштейн-Барр-вірусна (ЕБВ)-інфекція.

**Мета роботи.** Дослідити клініко-лабораторні особливості перебігу вірусних гепатитів та хронічної Епштейн-Барр-вірусної інфекції у ВІЛ-інфікованих.

**Матеріали та методи.** Для вивчення клініко-лабораторних особливостей ураження печінки при ко-інфекції ВІЛ/ВГ було проведено клінічне і лабораторне обстеження 48 хворих на ВІЛ-інфекцію у віці від 28 до 53 років (середній вік  $39,6 \pm 2,8$  років, чоловіків – 36, жінок – 12). Розподіл пацієнтів за стадіями ВІЛ-інфекції був наступним: 8 пацієнтів – у II клінічній стадії, 12 пацієнтів – у III стадії, 28 пацієнтів – у IV стадії. Розлади психіки і поведінки внаслідок вживання опіоїдів було діагностовано у 66,7% хворих.

**Результати дослідження.** У всіх обстежуваних хворих було діагностовано ко-інфекцію ВІЛ/ВГ, а у 41,7% випадків було діагностовано ще і хронічну ЕБВ-інфекцію. Переважали хворі з мікст-гепатитами В+С (58,3%), хворі з хронічним ГВ становили 16,7%, хворі з хронічним ГС – 25%. Клінічно збільшення печінки спостерігалось у 97,9% хворих. Натомість, у хворих з ВГ/ЕБВ гепатомегалія була діагностована у 100% пацієнтів. Спленомегалія спостерігалась у 25% усіх хворих та становила 60% у осіб з ЕБВ-інфекцією. Генералізована лімфаденопатія зустрічалась у 37,5% усіх пацієнтів (з ЕБВ – 90%). Загальна слабкість спостерігалась у 91,7% випадків, важкість та дискомфорт у правому підребр'ї - 81,3%. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) печінки, збільшення її розмірів спостерігалось у 93,7% хворих, ущільнення

консистенції – у 89,6%, зернистість – у 31,3%, розширення судин за рахунок венозної системи – у 12,5%. Спленомегалія, за даними УЗД, виявлялась у 27,1% (усі хворі з ЕБВ-інфекцією). Функціональні порушення печінки оцінювали за показниками біохімічного аналізу крові: у 89,5% було виявлено збільшення тимолової проби ( $10,8 \pm 0,3$  ОД), незначне підвищення АсАТ спостерігалось у 27,1% ( $67,4 \pm 1,2$  од/л), підвищення АлАТ – 37,5% ( $88,4 \pm 1,0$  од/л), рівень білірубину у всіх хворих утримувався в межах норми.

На основі проведеного аналізу клініко-лабораторних даних було встановлено, що у 4 хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ВГ та ЕБВ гепатит перебігав з вираженою активністю, у 8 – з помірною активністю (6 хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ВГ та ЕБВ) та у 36 (10 хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ВГ та ЕБВ) – з мінімальною активністю.

**Висновки.** Таким чином, виявлено, що інфікування вірусом Епштейна-Барр посилює глибину ураження печінки у хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ВГ та викликає більш виражене порушення функціонального стану печінки. Тому виникає необхідність у більш глибокому вивченні механізмів цитопатичної дії ЕБВ та удосконалення методів діагностики та лікування даної інфекції на фоні ВІЛ.

Пришляк Олександра Ярославівна<sup>1</sup>, Процик Андрій  
Любомирович<sup>1</sup>, Кондрин Оксана Євгенівна<sup>1</sup>,  
Андрусисин Любов Іванівна<sup>2</sup>

**ПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ КЛІНІЧНИХ  
ОСОБЛИВОСТЕЙ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
<sup>2</sup>Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня,  
м. Івано-Франківськ, Україна

*Pryshlyak Olexandra Yaroslavivna<sup>1</sup>, Protsyk Andrii Lubomyrovich<sup>1</sup>,  
Kondryn Oxana Evhenivna<sup>1</sup>, Andrusyshyn Liubov Ivanivna<sup>2</sup>*  
**PATHOGENETIC CORRECTION OF CLINICAL FEATURES  
FOR PATIENTS WITH GIARDIASIS**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Ivano-Frankivsk National Medical University,*  
<sup>2</sup>*Ivano-Frankivsk Regional Infectious Hospital,  
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

*E-mail: [infection@ifnmu.edu.ua](mailto:infection@ifnmu.edu.ua); Pryshlyak O. Y.*

**Актуальність.** На даний час не викликає сумнівів, що кишкові паразитози чинять виражений патологічний вплив на людину і мають велике медико-соціальне значення. Серед протозойних інфекцій найчастіше зустрічається лямбліоз. Це захворювання поширене повсюдно і в багатьох країнах його відносять до числа найчастіших кишкових паразитозів людини. У клініці лямбліозу провідне місце займає диспептичний синдром з ураженням гепатобіліарної системи. Лямбліозна інвазія, особливо внаслідок довготривалого перебігу захворювання, характеризується також порушенням співвідношення нормальної мікрофлори кишечника (дисбактеріоз). Останній час проведено багато досліджень щодо етіотропного лікування лямбліозу, та, водночас, відносно

невелика кількість наукових праць присвячена застосуванню покращеної патогенетичної терапії. У зв'язку з цим продовжуються пошук і розробка нових способів лікування хворих з цим захворюванням.

**Мета роботи.** Підвищити ефективність лікування хворих на лямбліоз шляхом удосконалення патогенетичної терапії з урахуванням клініко-лабораторних особливостей.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 34 дорослих пацієнти в період з серпня 2015 р. по березень 2016 р., у яких було виявлено збудника в калі за допомогою паразитоскопії. Серед обстежених 16 (47,2%) чоловіків та 18 (52,8%) жінок. Середній вік пацієнтів становив  $27,4 \pm 0,8$  років.

Пацієнти були розділені на 2 групи. Хворі обидвох груп отримували етіотропне лікування із застосуванням препарату орнідазол. Пацієнти 1-ої групи отримували традиційну базисну терапію, яка включала, ентеросорбенти, ферментні, антигістамінні препарати. Лікування пацієнтів 2-ої групи, окрім традиційної терапії, доповнювалось силімарином (по 1 таблетці 3 р/д 21 день) та біоспорином (по 1 капсулі 2 р/д 14 днів).

**Результати дослідження.** У обстежених хворих на лямбліоз спостерігались прояви наступних клінічних синдромів: диспептичний (88,2%), алергічний (64,7%) та астено-невротичний (58,8%). Зміни мікрофлори кишечника виявлено у всіх хворих: I ступінь – 12 (29,4%) пацієнтів, II ступінь – 10 (35,3%) пацієнтів.

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 при обстеженні на дисбактеріоз хворих (2-ї групи) з I-II ступенем дисбактеріозу після закінчення лікування повністю нормалізувався кількісний та якісний склад мікрофлори кишечника. У пацієнтів 1-ої групи ознаки дисбіозу

I-го ступеня повністю зникали, а при II ступені зберігалися у 4-х пацієнтів (11,7%). Результати ультразвукової діагностики свідчать, що дискінезія жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) зустрічалась в обох групах пацієнтів приблизно однаково: 1-ша група – 12 (35,3%), 2-га – 13 (38,2%). Після проведеної терапії ДЖВШ спостерігалася у хворих 2-ої групи в 1,5 раза рідше. Повторне виявлення лямблій в калі через 21 день після лікування з використанням препаратів біоспорину та силімарину зареєстровано у 3 (8,8%) обстежуваних, у той час у пацієнтів 1-ої групи - у 6 (17,6%) ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** 1 У пацієнтів з лямбліозом найчастіше спостерігались прояви наступних синдромів: диспептичний (88,2%), алергічний (64,7%) та астено-невротичний (58,8%), що відповідає загальній тенденції для даного захворювання.

2 При вивченні ефективності лікування у хворих на лямбліоз виявлено кращу клініко-лабораторну ефективність при застосуванні удосконаленої схеми патогенетичної терапії із використанням біоспорину та силімарину, що підтверджено скороченням тривалості основних клінічних синдромів захворювання в середньому на 2-3 дні, зменшенням частоти повторного виявлення лямблій у 2 рази ( $p < 0,05$ ).

Пришляк Олександра Ярославівна, Пюрик Валентина Федорівна, Кондрин Оксана Євгенівна, Бударкевич Людмила Іванівна, Копчак Оксана Володимирівна  
**МІКРОЦИРКУЛЯТОРНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЛЕПТОСПІРОЗІ**  
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ, Україна

*Pryshlyak Olexandra Yaroslavivna, Pyuryk Valentyna Fedorivna,  
Kondryn Oksana Yevgenivna, Buderkevich Ludmila Ivanivna,  
Kopchak Oksana Volodymyrivna*

**MICROCIRCULATION DISORDERS IN LEPTOSPIROSIS**

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

*E-mail: [infection@ifnmu.edu.ua](mailto:infection@ifnmu.edu.ua); Pryshlyak O. Y.*

**Актуальність.** Лептоспіроз як одна з природно – осередкових хвороб продовжує утримуватись як в Івано-Франківській області, так і в Україні загалом. За показником летальності та ступенем тяжкості займає одне з провідних місць в інфекційній патології. Основна роль у розвитку патогенетичних механізмів належить як самій лептоспірі, так і ендотоксинам, які ведуть до порушення мікроциркуляції, зміни тонуусу регіонарних судин, сповільнення кровоплину, підвищення проникливості судин, розвитку капіляротоксикозу та ДВЗ синдрому.

**Мета роботи.** Дослідити мікроциркулярні розлади у хворих на лептоспіроз у залежності від терміну поступлення на стаціонарне лікування.

**Матеріали та методи.** Обстежено 36 хворих на лептоспіроз із жовтяничною формою (жінок -11, чоловіків – 25) у віці від 18 до 63 років. Серед них 21(58,3%) пацієнт із тяжким і 15 (41,7%)

із середньотяжким перебігом. На 2-3-тю добу поступило -12 (33,3%) хворих, 4-5-ту добу -18 (50%), на 6-ту добу та пізніше - 6 (16,7%). Хворих, які поступали до 4-ої доби захворювання віднесли до раннього терміну госпіталізації, а з 4 доби та пізніше - до пізнього терміну. Діагноз лептоспірозу в стаціонарі підтверджений в усіх випадках позитивною реакцією мікроаглютинації з наростанням титру антитіл у динаміці захворювання. Усі пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ м. Івано-Франківська.

Стан первинного і вторинного гемостазу вивчали в динаміці. Досліджували ендотеліально-судинний гемостаз, кількість тромбоцитів, ретенцію тромбоцитів, протромбіновий індекс, кількість фібриногену за уніфікованим гравіметричним методом. Обстеження хворих проводили під час поступлення, на 5-7-у добу перебування на стаціонарному лікуванні.

**Результати дослідження.** Захворювання починалося гостро з ознобу, різкого підвищення температури тіла до  $38^{\circ}\text{C}$  і вище, вираженого болю голови, міалгій та симптомів загальної інтоксикації у всіх пацієнтів (100%).

При дослідженні резистентності судинної стінки кількість петехій на ділянці шкіри згинальної поверхні передпліччя у хворих на лептоспіроз, які поступили в пізні терміни, частіше зустрічались у 2,6 рази, діаметр петехій у цих же хворих становив у середньому  $1,3 \pm 0,5$  мм, а у хворих, які поступили раніше -  $0,8 \pm 0,4$  мм ( $p < 0,05$ ). Утримування петехій спостерігали протягом  $3,6 \pm 0,4$  днів у хворих у ранні терміни поступлення та  $4,8 \pm 0,6$  дні у хворих при пізньому зверненні ( $p < 0,05$ ).

На ураженість судинної стінки вказував рівень у крові фактора Віллебранта – білок, який синтезується в ендотелії судин і звільнюється при пошкодженні бактерійними агентами та токсинами. У пацієнтів, які поступили на 2-3-ю добу, концентрація становила  $210 \pm 12\%$ , а у хворих із пізнішим зверненням -  $340 \pm 16\%$  ( $p < 0,001$ ).

У всіх обстежених пацієнтів кількість тромбоцитів була достовірно зменшена ( $p < 0,001$ ). Крім тромбоцитопенії була вищою і їх агрегаційна здатність. Адгезивна активність тромбоцитів була підвищена у 7 (46,4%) пацієнтів, які поступили до 5-ої доби, у 5 (83,3%) хворих при поступленні у пізніші терміни.

Показник активності фактору протромбінового комплексу був нижчим у хворих у ранні терміни поступлення 5 (41,7 %) та у 20 (84,2%) при пізній госпіталізації. Концентрація фібриногену була збільшена у 7 (29,1%) пацієнтів на лептоспіроз, які поступили у пізні терміни. Тобто відмічено пряму залежність між глибиною лабораторних змін та терміном догоспітального етапу хвороби.

**Висновки.** У хворих на лептоспіроз порушення мікроциркуляції в ранні терміни виявлено у 48,2% хворих, а при пізній госпіталізації у 84,7%. У першу чергу виявлені зміни в ланці первинного гемостазу, які проявлялися тромбоцитопенією, порушенням функціональної активності тромбоцитів і проникливості судинної стінки. Рівень концентрації фактора Віллебранта також підвищувався у хворих при пізньому поступленні, а в подальшому вказував на тяжкість перебігу та розвиток мікроциркуляторних змін. Внутрішньосудинні та судинні ураження значною мірою впливали на подальший перебіг даного захворювання та розвиток ускладнень.

Рогольова Катерина Дмитрівна, Шереметьєва Анна Андріївна  
**ОСОБЛИВОСТІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ НА  
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. В. Виговська  
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна

*Rogolova Katerina, Sheremetieva Anna*  
**PECULIARITYS OF SALMONELLOSIS IN CHILDREN AT  
THE PRESENT STAGE**

*Department of Children Infectious Diseases*  
*Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. V. Vigovska*  
*Bogomolets national medical university. Kyiv, Ukraine*  
*E-mail: [rogolova\\_kateryna@ukr.net](mailto:rogolova_kateryna@ukr.net); Rogolova K. D.*

**Актуальність.** В Україні щороку реєструється 50-60 тис. випадків гострих інфекційних діарей у дітей. Серед бактеріальних кишкових інфекцій сальмонельози сьогодні посідають одне з ведучих місць. Сальмонельоз – гостре антропозоонозне інфекційне захворювання, що викликається численними сероварами сальмонел.

**Мета роботи.** Вивчення клініко-параклінічних особливостей сальмонельозу у дітей на сучасному етапі.

**Матеріали та методи.** Обстежено 109 дітей віком від 4 місяців до 14 років, які проходили стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця (інфекційне відділення ДКЛ №2 м. Києва).

**Результати дослідження.** Серед обстежених пацієнтів переважали хлопчики. За віком діти перших трьох років життя становили 51,4% захворілих на сальмонельоз. Діагноз сальмонельозу у всіх пацієнтів був встановлений на основі епідеміологічних даних, характерних клінічних проявів і

підтверджений результатами бактеріологічних досліджень випорожнень, серологічних тестів, експрес-методів досліджень (СІТО тест Rota-ADENO, ПЛР).

Усім дітям, що були під наглядом, проведено клініко-лабораторне обстеження. За необхідністю хворі були консультовані хірургом, неврологом, лор-лікарем і було проведено лікування згідно протоколу МОЗ України.

В етіологічній структурі захворювання переважав сальмонела enteritidis, у тому числі сальмонела enteritidis + вірусна діарея.

Всі хворі на сальмонельоз були з гастроінтестинальною формою інфекції. За ступенем тяжкості превальовали середньотяжкі форми сальмонельозу.

У переважної більшості хворих інфікування на сальмонельоз відбулося харчовим шляхом.

Клінічна картина сальмонельозу у дітей характеризувалась інтоксикаційним та гастроінтестинальним синдромом. У всіх дітей захворювання розпочиналося гостро з симптомів інтоксикації. Гарячка характеризувалась у більшості хворих підвищенням температури тіла до фебрильних цифр. Зміни з боку ШКТ характеризувались рідкими пінистими випорожненнями зеленкуватого кольору з патологічними домішками (слиз, кров).

Симптоми інтоксикації в сукупності з патологічними втратами рідини призводили до швидкого розвитку токсико-ексикозу I-II ступенів у 35% хворих.

У гострому періоді у всіх дітей спостерігались зміни в гемограмі - лейкоцитоз з нейтрофільозом, підвищена ШОЕ, у 10% дітей, за даними біохімічних досліджень, був виявлений синдром цитолізу.

На фоні комплексного лікування з використанням антибактеріальних препаратів, оральної та парентеральної регідратації стан всіх хворих покращився.

За даними антибіотикограм, найбільшу стійкість штами сальмонел проявляють до цефтріаксону і фуразалідону, а найбільш чутливі до аміноглікозидів.

Середній термін перебування в стаціонарі хворих на сальмонельоз складає 6 днів.

### **Висновки.**

1 Сальмонельози є поширеною інфекцією серед дітей різних вікових груп з переважним (51,4%) ураженням дітей перших трьох років життя.

2 У сучасних умовах превалює харчовий шлях передавання інфекції (95,4%) і гастроінтестинальна форма сальмонельозу у всіх 100,0% дітей; за тяжкістю переважають середньотяжкі форми (94,4%).

3 Клініка сальмонельозу у всіх дітей на сучасному етапі характеризується гостротою розвитку симптоматики з перших годин (інтоксикація, дисфункція ШКТ), залученням у половини випадків у процес всіх відділів ШКТ (50,5% хворих) і наявністю у більшості пацієнтів колітичного синдрому (67,9%).

4 Враховуючі дані антибіотикограми, стійкість до цефалоспоринів складає від 12% до 31%, нітрофуранів 35%.

Рябіченко Володимир Вікторович<sup>1</sup>, Сніцарь Андрій Олегович<sup>1,2</sup>,  
Троцька Ірина Олександрівна<sup>1,2</sup>

## **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С**

<sup>1</sup>ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені  
З. Й. Красовицького»,

<sup>2</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,  
м. Суми, Україна

*Ryabichenko Volodimir Viktorovich<sup>1</sup>, Snicar Andriy Olegovich<sup>1,2</sup>,  
Trotska Irina Oleksandrivna<sup>1,2</sup>,*

## **CLINICAL EFFICACY OF ANTIVIRAL THERAPY OF CHRONIC HEPATITIS C**

<sup>1</sup>*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy,*

<sup>2</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University, Sumy, Ukraine*

*E-mail: [sokib@list.ru](mailto:sokib@list.ru); Ryabichenko V. V.*

**Актуальність.** Значне поширення гепатиту С та несприятливі наслідки захворювання вимагають ретельного ставлення до його лікування.

**Мета роботи.** Вивчити ефективність противірусної терапії хронічного вірусного гепатиту С (ХГ С) у залежності від генотипу вірусу та індивідуальних даних хворих (стать, вік, стадія фіброзу печінки, маса тіла, наявність супутньої патології тощо).

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз 112 медичних карток амбулаторного хворого (ф. 025/о) та медичних карток стаціонарного хворого (ф. 003/о) пацієнтів з ХГ С, що знаходились на лікуванні в ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З. Й. Красовицького».

**Результати дослідження.** Серед хворих було 60 чоловіків та 52 жінки від 18 до 65 років. Медіана віку склала 43,8 років (у чоловіків - 44,9, у жінок – 41,7). За віком пацієнти розподілялись наступним чином: до 20 років – 2 особи, 21-30 – 21, 31-40 – 24, 41-50 – 32, 51-60 – 28, понад 60 – 6. Всі хворі отримували ін'єкції Пег ІФН один раз на тиждень та рибавірин внутрішньо в залежності від маси тіла протягом 16-48 тижнів. Період спостереження за пацієнтами склав 12-24 тижні після закінчення лікування. У більшості хворих реєструвався 1-ий генотип вірусу 52 особи (46 %), 45 (40 %) мали 3-ій генотип та 15 (14 %) – 2-ий. Серед пацієнтів з 1-м генотипом було 25 чоловіків та 27 жінок, з 2-м – 8 і 7, з 3-м – 27 і 18 відповідно. За ступенем фіброзу печінки хворі розподілялись таким чином: F<sub>4</sub> (за шкалою METAVIR) констатовано у 34 (30 %) осіб, F<sub>3</sub> – у 17 (15 %), F<sub>2</sub> – у 43 (39 %), F<sub>1</sub> та F<sub>0</sub> – по 9 (8 %). У більшості пацієнтів мала місце супутня патологія: вузловий зоб I-II ст. – у 46 (41 %), захворювання серцево-судинної системи – у 32 (29 %), інші – у 12 (10,7 %).

У 47 (42%) пацієнтів спостерігалась зайва вага: індекс маси тіла (ІМТ) перевищував 25, у 12 (10,7 %) відмічалась гіпотрофія (ІМТ < 20).

Швидка вірусологічна відповідь (ШВВ) констатована у 47 (41,9 %) осіб, у тому числі у 8 (15,4 %) – з 1-м генотипом, у 7 (46,7 %) – з 2-м та у 32 (71,1 %) – з 3-м. Рання вірусологічна відповідь (РВВ) отримана у 76 (67,9 %): пацієнтів у 25 (48 %) – з 1-м генотипом, у 8 (53,3 %) – з 2-м та 43 (95,6 %) – з 3-м. Стійка вірусологічна відповідь (СВВ) через 12-24 тижні після закінчення курсу лікування відмічена у 63 (56,3 %) осіб: у 20 (38,5 %) – з 1-м генотипом, у 7 (46,7 %) – з 2-м та у 36 (80 %) – з 3-м. При цьому вища ефективність ПВТ спостерігалась серед жінок, у даній групі СВВ отримана в 34 (65,4 %) випадках, тоді як у чоловіків СВВ констатована в 29 (48,3%). Маса тіла впливає на ефективність лікування. Так, СВВ отримана у 24 (51 %)

хворих з зайвою вагою, тоді як в інших групах склала 60 % (СВВ констатована у 39 осіб). При цьому як у гіпо-, так і у нормотрофіків показники ефективності були фактично однакові. Найвища ефективність лікування спостерігалась у осіб до 40 років, серед яких СВВ отримана в 30 із 47 (62 %) випадках, у пацієнтів старше 40 років СВВ отримана в 33 з 65 (50 %). За даними нашого дослідження, залежності ефективності ПВТ від наявності у пацієнтів супутньої патології фактично не встановлено. Не встановлено також суттєвої залежності і від ступеня фіброзу печінки.

**Висновки.** Отже, ефективність проведеної ПВТ вища у жінок, осіб з нормальною або зниженою масою тіла, у пацієнтів до 40 років та у хворих з 2-й або 3-й генотипами HCV.

Сидорчук Анюта Степанівна  
**ЗАГАЛЬНА ІМУНОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ  
МОЛОДИХ ОСІБ, ХВОРИХ НА АДЕНОВІРУСНУ  
ІНФЕКЦІЮ**

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

*Sydorchuk Aniuta Stepanivna*  
**GENERAL IMMUNOLOGICAL REACTIVITY IN YOUNG  
PERSONS INFECTED WITH ADENOVIRAL INFECTION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. V. D. Moskaliuk  
Higher state educational establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University”,  
Chernivtsi, Ukraine*

*E-mail: [sidorchuk@bsmu.edu.ua](mailto:sidorchuk@bsmu.edu.ua); Sydorchuk A. S.*

**Актуальність.** Циркуляція аденовірусів відбувається безперервно, відтак морбідність на аденовірусну інфекцію зростає впродовж сезону епідемічного зростання гострими респіраторними вірусними інфекціями. Так, 2015-2016-го року паралельно з вірусами грипу А Н1N1 реєстрували віруси парагрипу, респіраторно-синцитійної інфекції та аденовіруси. Вкрай швидко захворювання поширюється серед студентства та військового контингенту. Аденовіруси є причиною як спорадичної, так й епідемічної захворюваності, та, як наслідок, – істотних фінансових втрат через тимчасову втрату працездатності. 3, 4, 7 і 14 типи аденовірусу найчастіше пов'язані з гострим респіраторним захворюванням. Аденовіруси 8, 19, 37, 53 і 54 типів можуть викликати кератокон'юнктивіт. Доведено зв'язок 40 і 41 типів з виникненням кишкової форми

АВІ – гастроентериту. Клінічно тяжкість інфекції залежить не тільки від домінуючого серотипу збудника, також важливим є стан загальної імунологічної реактивності організму інфікованого. Імунологічна реактивність являє собою особливий механізм підтримки імунологічного гомеостазу, який забезпечується клітинними і гуморальними факторами.

**Мета роботи.** Встановити і охарактеризувати загальну імунологічну реактивність організму хворих на аденовірусну інфекцію з клінічно переважним ураженням верхніх дихальних шляхів.

**Матеріали та методи.** «Кейз-контроль» проспективне дослідження проводилось у 2015 р. на базі міської Чернівецької поліклініки для студентів. Спостерігали 37 хворих з проявами аденовірусної інфекції верхніх дихальних шляхів легкого перебігу: 22 дівчини і 15 юнаків (22,18±1,78 років). Контрольна група налічувала 32 практично здорових (22,14±1,37 років). Групи відповідно зіставлені гендерно і за віком. Параклінічні дослідження виконані протягом перших 48 годин захворювання. Клінічний діагноз встановлювали згідно з результатами методу флуоресціюючих антитіл у мазках з носоглотки і ротоглотки хворих.

Оцінювали параметри основних популяцій імунокомпетентних клітин периферичної крові, проводили розрахунок імуно-гематологічних показників, які показували стан загальної реактивності організму студентів. Імуногематологічні індекси і коефіцієнти розраховували за І.І. Сперанським. Отримані результати оброблені за допомогою програми Mynstat 12 (USA). Достовірність даних для незалежних вибірок розраховували по t-критерію Student (при розподілі масивів близьких до нормальних), різницю вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження.** Нині зростає цінність імунологічної діагностики, заснованої на встановленні

орієнтовних і аналітичних тестів імунологічного статусу. Встановлення загальної імунологічної реактивності можливо лише при детальному вивченні зрушень показників крові. Зміни в гемограмі інфікованих аденовірусами вказують на запальний процес, який супроводжується зростанням паличкоядерних нейтрофілів у 2,18 раза, абсолютної кількості лейкоцитів – на 19,76%, лімфоцитів – на 30,30% і моноцитів – на 48,15% відповідно. Відзначимо тенденцію до збільшення відносної кількості агранулоцитів і гранулоцитів, що свідчить про активацію факторів і механізмів неспецифічної і специфічної ланок протиінфекційного захисту організму.

Аналіз розрахункових імуногематологічних коефіцієнтів і індексів переконливо демонструє підвищення рівня загальної імунологічної реактивності у хворих з АВІ на 12,62% вже упродовж перших двох діб. Закономірно спостерігаємо тенденцію до підвищення лейкоцитарного індексу на 5%, лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу на 7,26%. Характерна також тенденція до зниження рівня індексу зсуву лейкоцитів на 9,09%, нейтрофільно-лімфоцитарного коефіцієнта – на 6,17%, а також зниження ( $p < 0,05$ ) індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів – на 21,57%, що свідчить про переважання макрофагальної системи в процесах імунологічної реактивності. Ці клітини ініціюють і стимулюють фібробластний процес і сприяють синтезу цитокінів, формуванню імунної відповіді шляхом презентації антигенів Т-хелперів з подальшою продукцією інтерлейкінів.

### **Висновки.**

1 У студентів, інфікованих аденовірусами, на перших етапах (впродовж перших 48-72 годин) на 12,62% більш активними є чинники і механізми неспецифічного протиінфекційного захисту. Цей факт підтверджується зниженням індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів на 21,57%, зростанням лейкоцитарного і нейтрофільно-лімфоцитарного індексів.

2 Підвищення коефіцієнта співвідношення лімфоцитів і еозинофілів на 25,14% і зниження еозинофільно-лімфоцитарного індексу на 25% свідчить про ініціювання специфічної гуморальної відповіді на аденовірусні антигени.

Сидорчук Анюта Степанівна, Богачик Нонна Анатоліївна,  
Венгловська Ядвіга Вікентіївна

**НОВЕ В КОМПЛЕКСНОМУ ПІДХОДІ ДО ТЕРАПІЇ  
ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

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

*Sydorchuk Aniuta Stepanivna, Bogachyk Nonna Anatoliivna,  
Venglovs'ka Yadviga Vikentiivna*

***NEW IN THE HOLIATRY OF ACUTE INTESTINAL  
INFECTIOUS DISEASES***

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. V. D. Moskaliuk  
Higher state educational establishment of Ukraine  
"Bukovinian State Medical University",  
Chernivtsi, Ukraine*

*E-mail: [sidorchuk@bsmu.edu.ua](mailto:sidorchuk@bsmu.edu.ua); Sydorchuk A. S.*

**Актуальність.** У глобальному масштабі частка інфекцій, що передаються фекально-оральним механізмом, є чи не найбільшою за превалентністю. Проблема гострих кишкових захворювань (ГКЗ), їх лікування нерозривно пов'язане з мікробіотою кишечника, яка є первинною мішенню дії екзогенної флори та її факторів агресії. Надзвичайно важливим у лікуванні хворих на ГКІ є захист слизової оболонки кишечника

та ефективного відновлення нормального біоценозу кишечника зі застосуванням пробіотиків, які безпосередньо або опосередковано впливають на метаболічну активність відповідних органів і тканин. Широкого застосування в корекції дисбіотичних змін набули препарати на основі біфідо- і лактобактерій. Одним із таких препаратів є пробіс, до складу якого входять *Lactobacillus acidophilus*  $2 \times 10^9$  КУО, *Lactobacillus rhamnosus*  $1,5 \times 10^9$  КУО, *Lactobacillus plantarum*  $1,5 \times 10^9$  КУО, *Lactobacillus reuteri*  $1 \times 10^9$  КУО, *Lactobacillus casei*  $1 \times 10^9$  КУО, *Bifidobacterium bifidum*  $1 \times 10^9$  КУО, *Saccharomyces boulardii*  $2 \times 10^9$  КУО, всього  $10 \times 10^9$  КУО живих пробіотичних мікроорганізмів. На сьогодні вплив компонентів пробізу на стан мікрофлори товстої кишки та на клінічну динаміку кишкової інфекції не було вивчено.

**Мета роботи.** Вивчити вплив комплексного лікування з включенням пробізу на стан мікробіоти кишечника та клінічний перебіг гострих кишкових захворювань.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням в інфекційному стаціонарі КМУ «Обласна клінічна лікарня» м. Чернівці (Україна) перебував 21 хворий віком від 18 до 54 років (харчова токсикоінфекція діагностована у 7 осіб, сальмонельоз – у 9, гострі гастроентероколіти ймовірно інфекційного походження – у 5). Всі хворі госпіталізовані в стаціонар переважно на 2-ий день хвороби з середнім ступенем тяжкості; чоловіків було – 8, жінок – 13. Клінічний діагноз встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних та за допомогою копрокультури верифікували збудника ГКІ.

Всім хворим виконували клінічні обстеження в динаміці з детальним вивченням епідеміологічного анамнезу. З'ясовано, що поширеним фактором зараження були м'ясні, молочні продукти, кондитерські вироби; вказані епідеміологічні фактори передавання співпадають з даними інших науковців. Враховували загальноклінічні аналізи, копроцитограму,

бактеріологічні дослідження випорожнень, промивних вод шлунка, блювоти.

**Результати дослідження.** На харчові токсикоінфекції, спричинені умовно-патогенною флорою (цитробактер, протей, патогенний стафілокок), обстежено 7 хворих. Перебіг хвороби у всіх обстежених середньої тяжкості, гастроентеритний варіант. Чіткої залежності клінічного варіанту перебігу хвороби від етіологічного фактору (бактеріологічно підтвердженого) не виявлено. Обстежено 9 хворих на сальмонельоз, спричиненого *S. enteritidis*. Перебіг хвороби у всіх обстежених середньої тяжкості, у 6 хворих відзначено гастроентеритний варіант, у 3-х – гастроентероколітний. Ознаки зневоднення I-II (до 6% втрати маси тіла) ступеня спостерігались у всіх обстежених. Проведено клінічні і лабораторні дослідження у 5 хворих на гастроентерит, гастроентероколіт згодом інфекційного походження. У всіх обстежених був синдром гастроентериту (гострий початок, підвищення температури тіла, нудота, блювання, бурчання, біль у животі переважно в навколупупкової ділянці, часті водявого характеру випорожнення. Перебіг хвороби середньої тяжкості.

Зміни мікробіоценозу товстої кишки виявлені у всіх обстежених: зниження кількості лактобактерій, біфідобактерій, загальної кількості *E.coli*. Вміст лактобактерій  $< 10^6$  КУО/г фекалій спостерігався у 14 осіб, а в 7 наближувався до норми  $10^7$  КУО/г (норма  $>10^6$  КУО/г); біфідобактерій був  $< 10^7$  КУО/г у 8 пацієнтів, а у решти хворих наближався до норми ( $>10^7$  КУО/г). Виявлено також зниження загальної кількості *E.coli*  $< 10^6$  КУО/г у 4 пацієнтів.

Усі хворі отримували базисну терапію згідно стандартів лікування МОЗ України, додатково за згодою 16 хворим призначали пробіотик «Пробіс» по 1 капсулі 2 рази на день упродовж 7 днів. У результаті клініко-лабораторного моніторингу підтверджено позитивний вплив комбінованого пробіотика: покращення загального стану та нормалізація

випорожнень реєструвалися раніше (у середньому на один день) у порівнянні з контрольною групою.

**Висновки.** Досвід включення до традиційної терапії хворим на харчові токсикоінфекції, сальмонельоз, гастроентероколіти ймовірно інфекційного походження комбінованого пробіотика «Пробіз» показав, що застосування даної схеми прискорює процеси регресії симптомів інтоксикації та діарейного синдрому, що загалом призводить до скорочення тривалості гострого періоду захворювання. Контрольні дослідження випорожнень на групу сальмонел методом копрокультури після курсу лікування були негативними, що свідчить про бактеріологічну ефективність пробіотика стосовно збудників кишкової недуги.

Січненко Наталія Сергіївна

## **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ЕКЗАНТЕМ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент В. В. Ільїна

Сумський державний університет, м. Суми, Україна

*Sichnenko Natalia Sergiivna*

### ***CLINICAL FEATURES OF EXANTHEMA IN CHILDREN WITH INFECTIOUS DISEASES***

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology*

*Scientific supervisor: PhD, associate professor V. V. Il'yina*

*Sumy State University, Sumy, Ukraine*

*E-mail: [nata\\_kolesnik333@mail.ru](mailto:nata_kolesnik333@mail.ru); Sichnenko N. S.*

**Актуальність.** У структурі інфекційної патології значну питому вагу займають захворювання, в клінічній картині яких домінуючим клінічним симптомом є висипка на шкірі

(екзантема), що має важливе, а іноді й вирішальне значення в розпізнаванні хвороби, проведенні диференціального діагнозу з метою клінічної верифікації діагнозу. Крім того, екзантеми відіграють важливу роль у диференціальній діагностиці не тільки у розмежуванні різних нозологічних форм самих інфекцій, а й при проведенні диференціальної діагностики інфекційних та неінфекційних захворювань. Тому розуміння характеру висипок, їх локалізації, терміну проявів від початку захворювання, поширеності, сезонності, динаміки перебігу має колосальне значення не тільки для лікаря інфекційного профілю, але і для клініциста взагалі.

**Мета роботи.** Визначити особливості проявів екзантем при інфекційних захворюваннях у дітей на підставі вивчення їх клінічного перебігу.

**Матеріали та методи.** Нами було проаналізовано 93 історії хвороби дітей з інфекційними захворюваннями, основним патогномонічним симптомом яких була екзантема, що знаходились на лікуванні у Сумській міській дитячій клінічній лікарні «Святої Зінаїди» впродовж 2012 – 2015 років.

**Результати дослідження.** Серед обстежених найбільшу кількість склали діти зі скарлатиною (42 випадки), інфекційним мононуклеозом (26), хворобою Лайма (11), з іншими захворюваннями – менінгококцемія, бешиха, тяжкі форми вітряної віспи, кору від 2 до 5.

У всіх пацієнтів відмічався гострий початок захворювання. Так, при скарлатині дебют хвороби у всіх дітей характеризувався гіпертермією від 37,5 до 40,2<sup>0</sup> С, у 42,8% дітей спостерігались катаральні явища і у 14,2% дітей, особливо більш раннього віку, відзначалося блювання. Екзантема зустрічалась у всіх дітей. Перші прояви висипки проявлялись, як правило, на другу добу від першого підйому температури. У більшості випадків висипка з'являлась у верхній частині тулуба та на шії, мала дрібнокрапковий характер у вигляді не

виступаючих над рівнем шкіри червоних цяток розміром 1-2 мм, які швидко поширювались по всьому тілу, особливо вони рясно спостерігались на згинальних поверхнях, але були відсутні в області носогубного трикутника. На дотик відзначалась сухість шкіри, що нагадувала наждачний папірець. Язик набував яскраво червоного відтінку з виступаючими сосочками («малиновий» язик). Висипка зберігалась протягом 2 - 4 днів, і, починаючи з 5 - 6 дня хвороби виникало лущення шкіри. Переважно перебіг захворювання був середньотяжким.

Висипка при інфекційному мононуклеозі не є таким патогномонічним симптомом, як при скарлатині, але зустрічалась у більшості дітей. Як правило, вона виникала на початку захворювання і спостерігалась одночасно з гарячкою та лімфаденопатією та проявлялась у вигляді інтенсивних дрібних червоних або блідо-рожевих цяточок на обличчі, тулубі та кінцівках. Терміни зникнення висипки коливались від 3 до 7 діб.

Однією із основних скарг батьків при хворобі Лайма у обстежених дітей була еритема на місці укусу кліща. Еритема округлої або овальної форми спостерігалась у всіх дітей, розміри якої варіювали від 1 см до 10 см, а у двох дітей спостерігалась еритема більше 20 см. Характерними особливостями еритеми у таких дітей було поступове збільшення її в розмірах, що і примушувало батьків дітей звертатись за медичною допомогою. При об'єктивному обстеженні еритема виявлялась червоного, іноді з ціанотичним відтінком кольору, інтенсивність гіперемії більш виражена по краям еритеми, в центрі невеличке просвітління, не виступала над рівнем шкіри, на дотик була гарячою та болючою. На фоні проведеної етіотропної терапії у більшості дітей еритема зникала на 7-10-ту добу безслідно, у деяких дітей залишався рубець на місці укусу.

**Висновки.** Проведений аналіз клінічних проявів висипки при вищезазначених захворюваннях показав важливу діагностичну

цінність такого симптому, як екзантема, що має важливе значення для верифікації діагнозу і визначення тактики лікування.

Сміян Олександр Іванович, Бинда Тетяна Парфеніївна,  
Моїсеєнко Карина Ашотівна

**БРОНХИТИ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО  
АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ**

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

*Smiyan Alexander Ivanovich, Bynda Tetyana Parfeniyivna,  
Moiseenko Karina Ashotovna*

***BRONCHITIS IN CHILDREN: MODERN APPROACHES TO  
THE ADUVATE THERAPY***

*Department of Pediatrics postgraduate education with courses of  
propaedeutic Pediatrics and children's infections,*

*Sumy State University, Sumy, Ukraine*

*E-mail: [ped@med.sumdu.edu.ua](mailto:ped@med.sumdu.edu.ua); Smiyan O. I.*

**Актуальність.** Захворювання органів дихання є однією з найбільш важливих проблем у педіатрії, так як в останні роки, незважаючи на досягнуті успіхи, вони займають одне з перших місць у структурі дитячої захворюваності – за даними офіційної статистики від 50 до 70 %. Високий рівень поширеності гострих респіраторних інфекцій – важлива соціальна проблема, вирішення якої є однією з основних задач охорони здоров'я в педіатрії. Досить часто респіраторна інфекція проходить у формі бронхіту. Підвищенню частоти гострих бронхітів сприяє порушення загального імунологічного стану дитячого організму, особливо клітинних факторів імунного захисту. На характер

перебігу гострих бронхітів у дітей впливають індивідуальні та вікові особливості імунітету дитячого організму.

Відомо, що запальний процес у дихальних шляхах завершується не тільки усуненням причини, що його викликала, а вимагає протизапальної терапії, спрямованої на морфологічне і функціональне відновлення структур бронхолегеневої системи. У вітчизняній і зарубіжній літературі на сьогоднішній день є достатня кількість публікацій, в яких доведена висока клінічна ефективність і добра переносимість антигомотоксичних препаратів у лікуванні багатьох захворювань взагалі і органів дихання зокрема. Траумель С, широко відомий в Україні і у світі, є комплексним препаратом із доведеним протизапальним і регуляційним механізмом дії. Його застосовують у лікуванні пацієнтів із запальними процесами більше 60 років у 50 країнах світу. В Україні препарат доступний вже більше 18 років. У літературі є поодинокі відомості щодо ефективного застосування парентеральних форм Траумелю С при гострому бронхіті.

**Мета роботи.** Вивчення ефективності лікування дітей, хворих на гострий бронхіт, шляхом застосування антигомотоксичного препарату Траумель С на фоні традиційної (базисної) терапії.

**Матеріали та методи.** У дослідженні прийняли участь 50 пацієнтів із верифікованим діагнозом гострого бронхіту у віці від 7 до 18 років, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні №2 КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди».

Критеріями відбору дітей слугували діагностичні критерії, що затверджені Наказом МОЗ України № 18 від 13.01.2005 р. «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія».

Для діагностики бронхітів використовували як основний метод клінічне обстеження. Для підтвердження діагнозу

застосовували рентгенографію органів грудної клітки, яку провели 4 (16 %) дітям основної групи і 6 (24 %) дітям групи порівняння.

Для оцінки ступеня прояву інтоксикації та загального реактивного потенціалу хворих на гострий бронхіт був використаний інтегральний гематологічний коефіцієнт – гематологічний показник інтоксикації (ГПІ). Комплексне обстеження проводилося при госпіталізації хворих на 1-й день захворювання (до початку лікування), на 7-й день і на 14-й день після проведеного лікування. Препарат, що вивчався (Траумель С), застосовували як доповнення до традиційної терапії, дози лікарських засобів не змінювалися впродовж усього періоду спостереження. У залежності від методу лікування хворих розділено на дві групи: 25 хворих (основна група), які на фоні традиційної терапії гострого бронхіту отримували лікування Траумелем С, і група порівняння (25 дітей), які отримували тільки традиційну терапію. Препарат Траумель С вводили в розчині внутрішньом'язово 1 раз на добу по 1 ампулі (2,2 мл) перші 7 днів щоденно, потім через день до виписування зі стаціонару. Переносимість препарату оцінювали на підставі даних про побічні реакції/побічні явища, вивчення динаміки зазначених лабораторних показників і шляхом оцінювання суб'єктивних скарг пацієнта. Отримані цифрові показники обробляли методом варіаційної статистики.

**Результати дослідження.** ГПІ у хворих на гострий бронхіт, що отримували Траумель С, у процесі лікування (на 7-й день терапії) зменшувався у 4,4 раза ( $2,63 \pm 0,18$  ум. од.,  $0,6 \pm 0,23$  ум. од.,  $p < 0,01$ ), а у дітей, що отримували тільки традиційне лікування – у 2,3 раза ( $1,82 \pm 0,20$  ум. од.,  $0,78 \pm 0,12$  ум. од.,  $p > 0,05$ ), що свідчило про більш повільне завершення запального процесу. При виписуванні зі стаціонару ГПІ у дітей обох груп досягав норми, але у дітей групи порівняння цей показник був

на 24,3 % вищим, ніж у дітей основної групи ( $0,70 \pm 0,11$  ум. од. і  $0,53 \pm 0,19$  ум. од.).

У дітей, що отримували Траумель, не виявлено побічних ефектів препарату.

**Висновки.** У результаті клінічного дослідження встановлено, що під дією антигомтоксичної терапії Траумелем С відмічалася суттєва позитивна динаміка перебігу гострого бронхіту у дітей. Включення до комплексу терапії гострого бронхіту антигомтоксичного препарату Траумелью С призводило до більш швидкого зменшення ГПІ: у більшості хворих основної групи на 7-й день лікування у клінічній картині гострого бронхіту результати лікування були кращі, ніж у хворих, що отримували тільки традиційну терапію.

Сухарев Анатолій Борисович  
**РОЛЬ ІНФЕКЦІЇ У ПРИПИНЕННІ РОЗВИТКУ ПЛОДУ**  
Кафедра акушерства та гінекології,  
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

*Sukharev Anatoly Borisovich*  
**THE ROLE OF INFECTION IN THE TERMINATION OF  
FETAL DEVELOPMENT**

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

**Актуальність.** У структурі невиношування вагітності провідне місце займає вагітність, що не розвивається, частота якої залишається стабільно високою і становить 48–89,4 % усіх випадків самовільних викиднів на ранніх термінах. Серед причин загибелі плоду (ембріона) найважливіша роль належить генетичним та інфекційним факторам. Вважається, що

персистуючі в ендометрії віруси та бактерії здатні чинити прямий ембріотоксичний вплив або викликати грубі метаболічні зміни в ендометрії, наслідком яких є порушення трофіки плідного яйця і його загибель.

**Мета роботи.** Вивчення ролі урогенітальної інфекції у генезі вагітності, що не розвивається. Всього обстежено 230 жінок у віці від 18 до 45 років, госпіталізованих з клінічною картиною загрозливого викидня та викидня, що вже почався, у терміні до 16 тижнів вагітності. Всім хворим крім загальноклінічного обстеження, проведено УЗД, ПЛР, а також патоморфологічне дослідження абортного матеріалу.

**Результати дослідження.** Встановлено, що характерними ехоморфологічними проявами вагітності, що не розвивається, є анембріонія і внутрішньоутробна загибель плода. У 66,6 % жінок виявлено відсутність ембріона в порожнині плідного яйця. Типовими змінами війчастого хоріона є неоднорідність структури, витончення або значне потовщення. За результатами ПЛР виявили внутрішньоматкову урогенітальну інфекцію в абсолютній більшості випадків – у 26 (86,6 %) жінок. У 33,3 % вагітних інфекційним фактором була змішана вірусно-бактеріальна флора: поєднання вірусу герпесу та уреаплазми – у 4, ВПГ і хламідії – у 2, ВПГ і мікоплазми – у 2, ЦМВ та гонореї – у 1, ЦМВ та уреаплазми – у 1. Результати ПЛР свідчать, що при анембріонії домінувала латентна генітальна інфекція за рахунок асоціації вірусно-уреамікоплазмової флори. Крім цього, ідентифіковані анаероби: *Bact. fragilis*, *Prevotella melaninogenica*, *Pstr. anaerobius*, *Fus. mortiferum*, *Fus. nicroforum*, *Proptionibacterium*, *Peptococcus asaocharoliticum*, *Nocardia asteroides*. Прояви внутрішньоматкової інфекції виявлялися у вигляді розлитого гнійного децидуїту (50 %), розсіяної лімфоїдної інфільтрації (20 %). Дані гістологічного дослідження вказують на контактний шлях проникнення інфекції до плідного яйця.

**Висновки.** У генезі вагітності, що не розвивається, провідне місце займає персистуюча урогенітальна інфекція, що передається переважно статевим шляхом.

Терьошин Вадим Олександрович, Меркулова Ніна Федорівна,  
Могиленець Олена Іванівна, Єкімова Ніна Олександрівна  
**ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ  
ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З  
РЕЦИДИВУЮЧОЮ ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ**  
Кафедра інфекційних хвороб,  
Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна

*Teryshin Vadim Oleksandrovich, Merkulova Nina Fedirivna,  
Mohylenets Olena Ivanivna, Ekimova Nina Olexandrivna*  
**PATHOGENETIC BASIS OF ENTEROSORPTION IN  
TREATMENT OF RECURRENT HERPETIC INFECTION**  
*Department of Infectious Diseases,  
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*  
*E-mail: [v.teryshin@mail.ru](mailto:v.teryshin@mail.ru); Teryshin V. A.*

**Актуальність.** На сьогодні одним з об'єктів активних наукових досліджень є герпетична інфекція, що пов'язано з високою захворюваністю на тлі майже 100% інфікованості населення вірусом простого герпесу; труднощами контролю за передачею вірусу, особливо при безсимптомних і атипових формах захворювання; схильністю до хронічного рецидивуючого перебігу процесу; істотним впливом часто рецидивуючих форм герпетичної інфекції на психоемоційний статус пацієнтів. Рецидивуючий перебіг захворювання спостерігається у 30-40 % хворих на офтальмогерпес та у 50-75 % хворих на генітальний герпес.

Свій вибір препаратів з групи валацікловіру ми зупинили на препараті «Валавір» виробництва «Фармак».

**Мета роботи.** Вивчення ефективності валавіру при лікуванні хворих з рецидивуючою герпесвірусною інфекцією.

**Матеріали та методи.** Під наглядом знаходилося 78 хворих з хронічною рецидивуючою герпесвірусною інфекцією віком від 20 до 50 років, з них 36 чоловіків та 42 жінки. В обстежених хворих реєструвався черговий епізод загострення рецидивуючого герпесу, що характеризувався наявністю загальнотоксичного синдрому та герпетичною висипкою. Хворі скаржилися на підвищення температури тіла переважно у межах 37,5-38,2°C, загальну слабкість, нездужання, зниження апетиту й працездатності, наявність на шкірі обличчя (при h. labialis і h. nasalis) або статевих органів (при генітальному герпесі) характерних елементів герпетичного висипу. Обстежені хворі були розподілені на дві групи по 39 осіб у кожній, рандомізовані за статтю, віком, тяжкістю перебігу захворювання. Пацієнти обох груп отримували загальноприйнятту терапію, яка включала призначення ацикловіру, вітамінотерапію. В основній групі хворих призначали валавір по схемі – по 0,1 г 2 рази на добу на протязі 5 діб, потім по 0,1 мг 1 раз на добу на протязі 5 днів поспіль. Отримані дані обробляли статистично на персональному комп'ютері Celeron 300A із застосуванням стандартних пакетів прикладних програм.

**Результати дослідження.** Ефективність проведеної терапії оцінювалася за клінічними критеріями оцінки перебігу рецидивуючої герпесвірусної інфекції; при цьому враховували такі клінічні показники: частота, тривалість та інтенсивність рецидивів. Інтенсивність проявів рецидивуючої герпесвірусної інфекції оцінювалась нами за п'ятибальною шкалою за розробленою оригінальною методикою.

У динаміці клінічного спостереження було встановлено, що в основній групі хворих регрес клінічних проявів захворювання

відмічався у середньому на 24-48 годин раніше, ніж у осіб групи порівняння. Таким чином, у цілому, застосування валавіру більш ефективно скорочувало період маніфестації клінічних проявів герпетичної інфекції у обстежених пацієнтів. При порівнянні дії лікування на пацієнтів кожної групи було встановлено, що частота рецидивів в основній групі хворих знизилася на достовірно більшу величину – в 1,95 раза ( $p < 0,05$ ), ніж у групі порівняння. Згідно з цими результатами був зроблений висновок, що валавір більш ефективно зменшує частоту виникнення рецидивів герпесу, ніж ацикловір. Таким чином, на підставі результатів клінічного обстеження пацієнтів можна зробити висновок про те, що валавір, використовуваний як засіб лікування герпетичної інфекції, в більшій мірі покращує основні клінічні показники стану хворого, ніж ацикловір.

Використання валавіру в терапії рецидивуючої герпесвірусної інфекції в основній групі показало відсутність побічних ефектів і алергічних реакцій. Таким чином, отримані дані обстеження пацієнтів з рецидивуючою герпесвірусною інфекцією свідчать про патогенетичну обґрунтованість та доцільність включення валавіру до комплексу лікування рецидивуючого герпесу, оскільки при застосуванні даного препарату вірогідно покращуються клінічні показники стану хворих, прискорюється досягнення стійкої ремісії хвороби.

При проведенні спеціального біохімічного дослідження до початку медичної реабілітації дозволило встановити наявність підвищеної концентрації середніх молекул (СМ) у сироватці крові хворих на ХВГС – у середньому в 3,7 раза стосовно норми в основній групі ( $P < 0,001$ ), та в 3,63 раза ( $P < 0,001$ ) – у групі зіставлення. При додатковому біохімічному обстеженні на момент завершення курсу медичної реабілітації було встановлено, що концентрація СМ у крові хворих основної групи знизилась до норми ( $0,53 \pm 0,03$ ) г/л ( $P > 0,1$ ), в той час як в групі зіставлення цей показник складав ( $1,54 \pm 0,04$ ) г/л, тобто

зберігався в 2,96 раза вище за норму ( $P < 0,01$ ) та в 2,9 раза вище відповідного показника в основній групі ( $P < 0,01/01$ ). Застосування бонджигару додатково до загальноприйнятих засобів медичної реабілітації хворих на ХВГС сприяло досягненню стійкої клініко-біохімічної ремісії та нормалізації вивчених показників метаболічного гомеостазу у більшості обстежених основної групи.

**Висновки.** Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим і клінічно перспективним включення комбінації реамберіну і Валавіру в комплекс лікування хворих на тяжкі форми ІМ.

Терьошин Вадим Олександрович, Меркулова Ніна Федорівна,  
Могиленець Олена Іванівна, Єкімова Ніна Олександрівна  
**ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ІНФЕКЦІЙНОГО  
МОНОНУКЛЕОЗУ, АСОЦІЙОВАНОГО З ВІРУСОМ  
EPSTEIN-BARR**

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

*Teryshin Vadim Oleksandrovich, Merkulova Nina Fedirivna,  
Mohylenets Olena Ivanivna, Ekimova Nina Olexandrivna*  
**TREATMENT EXPIERENCE OF SEVERE FORM OF  
INFECTIOUS MONONUCLEOSIS ASSOCIATED WITH  
EPSTEIN-BARR VIRUS**

*Department of Infectious Diseases,  
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*  
E-mail: [v.teryshin@mail.ru](mailto:v.teryshin@mail.ru); Teryshin V. A.

**Актуальність.** Однією з актуальних проблем сучасної медицини є висока інфікованість населення вірусом Епштейна–

Барр (EBV). Практикуючі лікарі в своїй повсякденній практиці частіше зустрічаються з клінічно маніфестними формами первинної EBV-інфекції у вигляді гострої, як правило, не верифікованої респіраторної інфекції або інфекційним мононуклеозом (ІМ). За даними сучасної медичної статистики, розвиток тяжких форм даного захворювання відмічається у 18-22% випадків, при цьому на сьогодні питання ефективного патогенетично обґрунтованого лікування хворих на дану патологією залишається відкритим.

**Мета роботи.** Розробка патогенетично обґрунтованих схем лікування важких форм ІМ, асоційованих з EBV, з використанням сучасних детоксикаційних (реамберин) і противірусних (Валавір) препаратів.

**Матеріали та методи.** Під наглядом знаходилося 60 хворих на тяжку форму ІМ, серед них було 32 (53,3 %) чоловіка та 28 (46,7 %) жінок переважно молодого та середнього віку (від 18 до 42 років). Діагноз ІМ був встановлений на підставі даних епідеміологічного анамнезу, клінічної картини захворювання і був підтверджений виявленням у сироватці хворих маркерів ВЕБ (VCA-Ig M) та ДНК вірусу в слині методом ПЛР. Для реалізації мети роботи обстежені пацієнти були розділені на 2 рандомізовані за статтю та віком групи - основну і порівняння по 30 пацієнтів у кожній. Пацієнти обох груп отримували загальноприйняте лікування. Крім того, хворим на ІМ основної групи додатково призначали реамберин і Валавір. Реамберин призначали інфузійно 1 раз на день по 400 мл протягом 5-6 днів, у залежності від досягнутого ефекту. Валавір вводили всередину по 1 таблетці 2 рази на день протягом 5 діб. Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, у хворих, що були під наглядом, вивчали концентрацію цитокінів (ЦК) у сироватці крові, що проводилося методом ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція). Концентрацію прозапальних (ІЛ-

1 $\beta$ , ІЛ-2, ФНПа) та протизапальних ЦК (ІЛ-4 та ІЛ-10) у крові визначали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів виробництва ТОВ „Протеиновый контур” (ProCon).

**Результати дослідження.** До початку проведення лікування концентрація прозапальних ЦК - ІЛ-1 $\beta$  та ФНПа була підвищена відносно норми: в основній групі концентрація ІЛ-1 $\beta$  перевищувала значення норми в середньому в 1,93 раза ( $P<0,001$ ), складаючи при цьому в середньому  $(16,5\pm 0,6)$  пг/мл, а у групі порівняння – у 1,91 раза ( $P<0,001$ ), дорівнюючи при цьому в середньому  $(16,2\pm 0,6)$  пг/мл. Рівень ФНПа у крові був вище норми у осіб основної групи в 1,96 раза ( $P<0,001$ ) та досягав значення в середньому  $(10,4\pm 0,5)$  пг/мл, а у осіб групи порівняння – в 1,91 раза ( $P<0,001$ ), дорівнюючи  $(10,4\pm 0,6)$  пг/мл. У той же час не було виявлено вірогідних розбіжностей між показниками ІЛ-1 $\beta$  та ФНПа в основній групі та групі порівняння ( $P>0,05$ ), що свідчить про однакове вираження зсувів концентрації прозапальних ЦК в обох обстежених групах. Концентрація ІЛ-4 у крові обстежених до лікування була збільшена у середньому в 1,22 раза в основній групі ( $P<0,05$ ) і складала  $(57,6\pm 1,2)$  пг/мл, у групі порівняння кратність підвищення цього показника складала в 1,23 раза стосовно норми ( $P<0,05$ ) та він дорівнював  $(58,2\pm 1,3)$  пг/мл. Концентрація ІЛ-10 була збільшена у 1,2 раза відносно норми у основній та групі та групі порівняння ( $P<0,05$ ). Коефіцієнти, які відображають співвідношення ЦК у крові з прозапальною та протизапальною активністю, були підвищеними. Так, кратність збільшення коефіцієнту ІЛ-1 $\beta$ /ІЛ-10 відносно норми склала в 1,62 раза ( $P<0,01$ ) в основній групі, у групі зіставлення – в 1,61 раза ( $P<0,01$ ), ФНПа/ІЛ-10 – відповідно в середньому в 1,65 раза в основній групі ( $P<0,01$ ) та в 1,61 раза – в групі порівняння ( $P<0,01$ ). Таким чином, в обох групах обстежених на тяжкій формі ІМ, до початку лікування відмічено переважання прозапальних властивостей крові над протизапальними. При

повторному проведенні імунологічного обстеження після завершення лікування було встановлено, що в основній групі мала місце чітка позитивна динаміка проаналізованих ЦК, що характеризувалася зниженням концентрації прозапальних ЦК (ІЛ-1 $\beta$  та ФНП $\alpha$ ) на фоні помірного зменшення вмісту протизапальних ЦК (ІЛ-4, ІЛ-10), у зв'язку з чим коефіцієнти ІЛ-1 $\beta$ /ІЛ-10 та ФНП $\alpha$ /ІЛ-10 підвищувалися до верхньої межі норми. Застосування загальноприйнятої терапії не забезпечує нормалізації вивчених показників ЦК - концентрація ІЛ-1 $\beta$  залишалася у 1,43 раза вище норми ( $P < 0,01$ ), ФНП $\alpha$  – у 1,48 раза вище норми ( $p < 0,01$ ) пг/мл, ІЛ-4 - у 1,14 раза ( $P < 0,05$ ), ІЛ-10 - у 1,1 раза, коефіцієнт ФНП $\alpha$ /ІЛ-10 перевищував значення норми в 1,37 раза, ІЛ-1 $\beta$ /ІЛ-10 – в 1,29 раза. У клінічному плані у хворих на ІМ, які отримували реамберин і Валавір, скорочується тривалість гарячкового періоду, прискорюється одужання, знижується тривалість збереження синдрому постінфекційної астенії і змін у картині крові в періоді реконвалесценції.

**Висновки.** Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим і клінічно перспективним включення комбінації реамберину і Валавіру в комплекс лікування хворих на тяжкі форми ІМ.

Тищенко Валентина Вікторівна<sup>1</sup>, Троцька Ірина Олександрівна<sup>2</sup>,  
Псарьов Вячеслав Михайлович<sup>1</sup>, Сніцарь Андрій Олегович<sup>2</sup>  
**АКТУАЛЬНІСТЬ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ВІРУСНОГО  
ГЕПАТИТУ В У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

<sup>1</sup>Головне управління Держсанепідслужби у Сумській області,  
<sup>2</sup> ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня  
імені З. Й. Красовицького», м. Суми, Україна

*Tishchenko Valentina Viktorivna<sup>1</sup>, Trotska Irina Oleksandrivna<sup>2</sup>,  
Psarev Vyacheslav Mikhailovich<sup>1</sup>, Snicar Andryi Olegovich<sup>2</sup>,*  
**RELEVANCE OF IMMUNIZATION OF HEPATITIS B IN  
HEALTH WORKERS**

<sup>1</sup>*Central Management of State Sanitary Epipepic Service in Sumy  
region,*

<sup>2</sup>*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine  
E-mail: [sokib@list.ru](mailto:sokib@list.ru); Trotska I. O.*

**Актуальність.** Питання захворюваності на парентеральні вірусні гепатити займає одне з провідних місць у сучасній інфектології. Актуальність даної проблеми визначають високий рівень хронічних форм захворювань і значний рівень ускладнень, що впливають на структуру інвалідності та смертності від вірусних гепатитів. Вірусний гепатит В (ВГ В) серед нозологічних форм гепатитів займає особливе місце з огляду на можливість вакцинопрофілактики даного захворювання.

**Мета роботи.** Оцінити вплив імунопрофілактики на стан захворюваності медичних працівників на ВГ В.

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз інформаційно-статистичної звітності ф. № 1, ф. № 40 – здоров, галузевої звітності державної санітарно-епідеміологічної служби за 1994-

2015 роки, а також дані інформаційно-аналітичної програми «Укрвак».

**Результати дослідження.** Встановлено, що у довакцинальний період інцидентність на ВГ В серед медичних працівників була значно вища загальної захворюваності населення. Так, у 1994 році її рівні склали відповідно 36,9 та 8,5 на 100 тис. населення, у 1998 – 23,5 та 8,7, у 2001 – 27,2 та 12,6.

В області, як і загалом в Україні, широке впровадження імунопрофілактики ВГ В розпочалося з 2002-2003 років, коли в групу пріоритетного напрямку вакцинації були залучені діти до 5 років та медичні працівники. На той період вакцина проти гепатиту В для імунізації обох визначених груп постачалася централізовано, за кошти Державного бюджету України. Внаслідок цілеспрямованої діяльності з імунізації проти ВГ В медичних працівників вдалося досягти охоплення щепленнями даної цільової групи у 2003-2008 рр. на рівні не нижче 85%. Це мало суттєвий вплив на стан захворюваності медичних працівників на ВГ В, рівень якої знизився вже у 2004-2005 роках порівняно з 2003 більш ніж у 3 рази, а порівняно з довакцинальним періодом – у середньому у 9,23 разів. У 2006 році захворюваність ВГ В серед даного контингенту не реєструвалася взагалі. Рівень охоплення щепленнями цільового контингенту в цей період становив 94,2 -100 %.

З 2007 року в області реєструється суттєве зниження охоплення медиків профілактичною імунізацією, однією з об'єктивних причин якої стало призупинення централізованих постачань вакцини проти гепатиту В для дорослих та перехід на її закупівлі за кошти місцевих бюджетів. Середній щорічний рівень охоплення медичних працівників щепленнями за період 2010-2015 р.р. склав 33,7 % (у діапазоні від 17,7 % у 2011 до 46,0 % у 2012 році). Закономірним на цьому фоні стало поступове зростання захворюваності даного контингенту на гострий

вірусний гепатит В до 16,2 на 100 тис. у 2015 році, що перевищило захворюваність всього населення майже у 4 рази.

**Висновки.** Отже, медичні працівники залишаються пріоритетною групою ризику для попередження професійного інфікування ВГ В. Рівень захворюваності медичних працівників на цю патологію протягом всього періоду спостереження перевищував показники серед всього населення. Для зниження захворюваності медичного персоналу на ВГ В необхідне охоплення профілактичними щепленнями цільової групи не нижче 85%. В іншому разі забезпечується індивідуальний захист щепленого, який не має вирішального впливу на структуру та рівень захворюваності населення. Запровадження профілактичної імунізації мало вирішальний вплив на рівень інтенсивності епідемічного процесу ВГ В серед медичних працівників, проте цей показник перебуває в прямій залежності від стану охоплення контингенту профілактичними щепленнями.

Трихліб Володимир Іванович<sup>1</sup>, Боклан Юлія Олександрівна<sup>2</sup>,  
Грушкевич Валентина Володимирівна<sup>2</sup>,  
Третяков Віктор Валерійович<sup>2</sup>, Марущенко Катерина Юріївна<sup>2</sup>,  
Ткачук Степан Іванович<sup>3</sup>, Савчук Сергій Олександрович<sup>1</sup>,  
Золіна Світлана Валеріївна<sup>1</sup>

## **УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРЕБІГ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна,  
<sup>2</sup> Національний військово-медичний клінічний центр «Головний  
військовий клінічний госпіталь», м. Київ, Україна,  
<sup>3</sup>Центральний військово-медичний клінічний центр Західного  
Регіону, м. Львів, Україна

*Trykhlіb Volodymyr Ivanovich<sup>1</sup>, Boklan Yulia Olexandrivna<sup>2</sup>,  
Hrushkevych Valentyna Volodymyrivna<sup>2</sup>,  
Tretiakov Viktor Valeriovich<sup>2</sup>, Marushchenko Kateryna Yuriivna<sup>2</sup>,  
Tkachuk Stepan Ivanovich<sup>3</sup>, Savchuk Sergii Olexandrovich<sup>1</sup>,  
Zolina Svitlana Valeriivna<sup>1</sup>*

## **COMPLICATIONS OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS AMONG MILITARIES**

<sup>1</sup>Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine,  
<sup>2</sup>National Military-Medical Clinical Center «Main Military Clinical  
Hospital», Kyiv, Ukraine,  
<sup>3</sup>Main Military Medical Clinical Centre of West region,  
Lviv, Ukraine

E-mail: [tryhleb\\_2005@volicable.com](mailto:tryhleb_2005@volicable.com); Trykhlіb V. I.

**Актуальність.** Інфекційні захворювання органів системи дихання і досі залишаються актуальними для військовослужбовців. Зростання захворюваності на ці інфекції може бути обумовлене з одного боку рядом внутрішніх причин, які існують в організованих колективах, а з іншого боку за рахунок зовнішніх впливів – від контакту з цивільним

населенням в місцях дислокації частин, після прибуття нового поповнення, при застосуванні біотерористичних засобів, тобто при занесенні інфекції ззовні. При гострих респіраторних захворюваннях (ГРЗ) реєструються різноманітні ускладнення з ураженням різних органів. Ускладнений перебіг, як правило, обумовлений приєднанням вторинної бактеріальної інфекції, проте може спричинитися й безпосередньо вірусами. Серед ускладнень можуть розвинути наступні: синусити, пневмонії, міокардити, ларингіти, реактивні (токсичні) гепатити, бронхіт, менінгізм, інфекційно-токсичний шок або енцефалопатія, менінгоенцефаліти, артрити та ін. Розвитку ускладнень сприяє наявність вторинного (екологічного) імунодефіциту, який розвивається після перенесених гострих респіраторних захворюваннях та інших вірусних захворюваннях, на фоні впливу екзо- та ендогенних факторів.

**Мета роботи.** З урахуванням того, що серед військовослужбовців реєструється високий рівень захворюваності на гострі респіраторні захворювання, які в подальшому ускладнюються пневмонією, метою нашої роботи було провести аналіз захворюваності серед цивільного населення на ці інфекції по областях України та встановити зв'язок розвитку ускладнених форм при ГРЗ у військовослужбовців із місцем їх проживання перед призовом.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані дані історій хвороб хворих, які лікувались у військових госпіталях. Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакету Statistica 10 корпорації Stat Soft.

**Результати дослідження.** Із 1993р. спостерігається зростання рівня захворюваності на ГРЗ серед військовослужбовців строкової служби з 187,82 ‰ до 1221,78 ‰ у 2014 р., при чому періодично (з частотою раз у 5-6 років) на тлі поступового зростання захворювання спостерігаються найбільші піки

захворюваності: у 1997р – до 323,6 ‰, 2003р. – до 553,3 ‰, у 2009 р. – до 795,4 ‰, у 2014р. – до 1221,78 ‰.

В 2000 р. у військовослужбовців строкової служби у віці 18 - 22 років, які лікувались у клініці інфекційних захворювань ГВМКЦ «ГВКГ», при гострих респіраторних захворюваннях синусити розвинулися у 12,50 % хворих, пневмонія – у 2,50 %, міокардіодистрофія – у 1,25 %; у той же час у 2009 р. синусити розвинулися вже у 16,60 % хворих, пневмонія – у 5,70 %, кардіоміопатія - у 8,9%.

За даними 255 історій хвороб, у хворих на ГРЗ, які лікувались у епідсезон 2015 року, розвинулись наступні ускладнення: риносинусит – у 29,02 % осіб, міокардит – у 3,14 %, токсична нефропатія – у 2,35 %, отит – 1,96 %, у 2,35 % був супутній гострий тонзиліт. У цей період найбільша група пролікованих хворих з ГРЗ була з Київської області – 98 (38,43 %) осіб, Сумської області – 20 (7,80 %) осіб, Житомирської області – 17 (6,70 %), з інших областей частка хворих була від 1 (0,39 %) до 14 (5,49 %) хворих. У хворих із Київської області розвинулись наступні ускладнення: риносинусит – у 32 (32,65 %) хворих, міокардит – у 4 (4,08 %) осіб, токсична нефропатія – у 2 (2,04 %), супутній гострий тонзиліт – у 2 (2,04 %) хворих.

У епідсезон 2016 року (із січня по травень) у інфекційному відділенні лікувалось 339 хворих з приводу ГРЗ та 52 із позагоспітальною пневмонією. З числа госпіталізованих до інфекційного відділення у ГВМКЦ «ГВКГ» у епідсезон 2016 року 27,50 % проживали до призову у Чернігівській області, 20,00 % – у Київській, 15,00 % – у Черкаській, 7,50 % – у Сумській, Харківській, Житомирській, 7,00 % – у Вінницькій, 5,00 % – у Дніпропетровській, 1,50 % – у Львівській, 1,50 % – у Волинській. З анонімного опитування встановлено, що до призову з числа хворих на ГРЗ 62,10 % хворіли на рік один раз, 28,00 % – 2 рази, 9,50 % – більше 2-х разів, з них 89,00 % осіб палять. Також 23,50 % осіб відмічають, що їх часто до призову

турбували болі в горлі, а 22,50 % відмічали факт перенесеної пневмонії в анамнезі. Військовослужбовці, які проживали у Київській області, хворіли на ГРЗ: один раз – 62,50 %, два рази – 25,00 %, більше 2-х разів – 12,50 %; у Чернігівській – 91,00 %, 4,50%, 4,50%, відповідно; у Черкаській – 80,00 %, 12,00 %, 8,00 %.

У 70 (20,65 %) перебіг ускладнився риносинуситом, у 4 (1,18 %) – міокардитом, у 1 (0,29 %) – отитом, у 4 (1,18 %) був супутній гострий тонзиліт. Крім цих хворих, у відділенні лікувалось також 52 хворих з негоспітальною пневмонією (6,5 частка від хворих з ГРЗ). За тижнями цього року, більше всього хворих із ГРЗ, в тому числі ускладненого риносинуситом та пневмонією, надійшло на лікування з 2 по 6 тиждень. В цей період відсоток хворих з негоспітальною пневмонією та ГРЗ, ускладненого риносинуситом, складав: 10,70 %; 16,98 % (2 тиждень), 11,10 %; 25,40 % (3 тиждень), 16,70 %; 11,10 % (4 тиждень), 18,75 %; 21,88 % (5 тиждень), 8,80 %; 11,76 % (6 тиждень). Більше всього з пневмонією та риносинуситом лікувалось хворих, які проживали у Київській та Чернігівській областях.

**Висновки.** За останні роки спостерігається зростання кількості хворих на ГРЗ серед військовослужбовців строкової служби, також і ускладнених форм на синусити. У НВМКЦ «ГВКГ» за останні роки переважно лікувались військовослужбовці, які до призову проживали у Київській та Чернігівській областях. Фактори, які сприяють найвищому рівню захворюваності серед дорослого населення у м. Києві, Чернігівській, Чернівецькій, Полтавській, Львівській, Луганській, Дніпропетровській, Запорізькій, Волинській, Вінницькій областях, також ймовірно мають вплив і на збільшення формування прошарку осіб із вторинним імунодефіцитом (за даними НВМКЦ «ГВКГ», більше всього в Київській та Чернігівській областях), що сприяє зростанню

рівня захворюваності та більш ускладненого перебігу ГРЗ. Це слід враховувати при плануванні профілактичних заходів.

Трихліб Володимир Іванович<sup>1</sup>, Грушкевич Валентина  
Володимирівна<sup>2</sup>, Сморгунова Вікторія Федорівна<sup>2</sup>,  
Рихальська Катерина Сергіївна<sup>2</sup>, Марущенко Катерина  
Юріївна<sup>2</sup>, Павловська Мар'яна Олександрівна<sup>3</sup>, Мусієнко Тетяна  
Іванівна<sup>3</sup>, Музика Ганна Андріївна<sup>3</sup>, Майданюк Володимир  
Павлович<sup>3</sup>, Герасимчук Крістіна Русланівна<sup>1</sup>

## **ПАРЕНТЕРАЛЬНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

- <sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна,  
<sup>2</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «Головний  
військовий клінічний госпіталь», м. Київ, Україна,  
<sup>3</sup>Центральний військово-медичний клінічний центр Південного  
Регіону, м. Одеса, Україна

*Trykhlіb Volodymyr Ivanovich<sup>1</sup>, Hrushkevych Valentyna  
Volodymyrivna<sup>2</sup>, Smorhunova Viktoriia Fedorivna<sup>2</sup>, Rykhalska  
Kateryna Sergiivna<sup>2</sup>, Marushchenko Kateryna Yuriivna<sup>2</sup>, Pavlovska  
Mariiana Olexandrivna<sup>3</sup>, Musiienko Tetyana Ivanivna<sup>3</sup>, Muzyka  
Hanna Andriivna<sup>3</sup>, Maidaniuk Volodymyr Pavlovich<sup>3</sup>, Gerasimchuk  
Kristina Ruslanivna<sup>1</sup>*

## **PARENTERAL VIRAL HEPATITIS IN MILITARIES**

- <sup>1</sup>Ukrainian Military-Medical Academy, Kyiv, Ukraine,  
<sup>2</sup>National Military Medical Clinical Center 'Main Military Clinical  
Hospital', Kyiv, Ukraine,  
<sup>3</sup>Main Military Medical Clinical Center of the Southern Region,  
Odesa, Ukraine

*E-mail: [tryhleb\\_2005@voliacable.com](mailto:tryhleb_2005@voliacable.com); Trykhlіb V. I.*

**Актуальність.** Парентеральні вірусні гепатити залишаються актуальними і на сьогодні, не дивлячись на успіхи у заходах профілактики. Гепатити актуальні і для військовослужбовців багатьох армій у світі. За даними Dalius Petarausks із співавт., 2007 р., поширеність HBV-інфекції серед солдат у країнах

НАТО наступна: у Збройних силах США 0,3 % солдат є носіями HBsAg, у Греції – 1,1 %, Італії – 0,7%, Іспанії – 0,48 %. За даними літератури, захворюваність на HBV-інфекцію вище в арміях, де немає жодної вакцинації. Підвищення рівня ALT було виявлено у 11 % військовослужбовців з литовської армії, а поширеність серед них маркерів вірусного гепатиту «В» була близько 2 % і схожа з литовським населенням. Найбільша кількість інфікованих з наявністю HBsAg була виявлена серед військовослужбовців з морської піхоти – 4,7 %. У литовській армії вищий рівень інфікування серед військовослужбовців з низьким рівнем освіти, серед тих, хто вживав парентеральні наркотичні препарати. Автори з урахуванням того, що виявлялась активна HBV-інфекція без симптомів, зробили висновок про необхідність обстеження призовників для виявлення носіїв з HBsAg і захворювання HBV із субклінічним перебігом. За даними Гураля А.Л., носіїв маркерів вірусного гепатиту «В» з числа військовослужбовців в Україні: HBsAg – 1,3 %, anti-HBcorAg – 10,0 %. У носіїв-маркерів гепатитів, в тому числі і хронічних гепатитів, реєструються різноманітні відхилення біохімічних показників крові (прояви цитолітичного синдрому), вірусного навантаження. Відомо, що на активізацію хронічного процесу впливають різноманітні фактори, в тому числі перенесені різноманітні інфекційні захворювання, фізичне навантаження та ін.

Шляхи інфікування на парентеральні гепатити у військовослужбовців наступні: під час хірургічних операцій, гемодіалізу, переливання крові, стоматологічних процедур, вживання ін'єкційних наркотичних засобів, при нанесенні татуювання, пірсингу, манікюру, педикюру, статевим шляхом, при обміні предметами особистої гігієни. Також інфікування військовослужбовців, рятівників відбувається при зборі тіл загиблих, окремих їх частин тіла при військових конфліктах, при різноманітних надзвичайних ситуаціях.

**Мета роботи.** Встановити частоту виявлення маркерів парентеральних вірусних гепатитів та прояви цитолітичного синдрому у мобілізованих військовослужбовців під час АТО.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів обстеження на маркери вірусних гепатитів 4011 поранених та хворих військовослужбовців із зони АТО при їх надходженні на лікування у Центральний військово-медичний клінічний центр Південного регіону та аналіз історій хвороб хворих пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом, які лікувались у цьому центрі, а також і в Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ».

**Результати дослідження.** В інфекційних відділеннях госпіталів за 2014-2015 роки було обстежено та проліковано з приводу хронічних вірусних гепатитів у 1,5-2 рази більше, ніж в попередні роки (2012-2013 рр). Також у 2-3 рази було більше обстежено хворих з числа мобілізованих військовослужбовців з хронічними гепатитами невстановленої етіології. Нами з метою встановлення відсотку інфікованих на парентеральні вірусні гепатити серед мобілізованих військовослужбовців за допомогою імуноферментного аналізу та імунохроматографічного методу у 2015 році було проведено обстеження 4011 поранених та хворих військовослужбовців, які надійшли на лікування в Центральний військово-медичний клінічний центр Південного регіону. З цієї кількості обстежених було отримано позитивні результати HBsAg у 93 (2,32 %) осіб та анти-HCV у 300 (7,5 %) осіб. З цієї кількості у інфекційному відділенні було обстежено та проліковано 16 військовослужбовців строкової служби, офіцерів, прапорщиків, військовослужбовців за контрактом, з них 9 HBsAg позитивних та 7 анти-HCV позитивних. У жодного з цих хворих не було ознак гострого вірусного гепатиту. Інші хворі з виявленими маркерами вірусних гепатитів були проконсультовані, деяким з них винесено експертне рішення.

Для порівняння взяті попередні дані, які були отримані в мирний час при обстеженні військовослужбовців. Так, при обстеженні у 2003-2005 роках HBsAg був виявлений у донорів-військовослужбовців з частотою від 2,1 до 3 %, при обстеженні за клінічними показаннями цей антиген був виявлений у 3,4 – 6,3 % хворих військовослужбовців, у інших осіб, які проходили обстеження у військових госпіталях, HBsAg був виявлений у 1,5 - 3,4 %. Маркери вірусного гепатиту С (анти-HCV) були виявлені у 2,6 – 4,5 % донорів-військовослужбовців, при обстеженні за клінічними показниками у військовослужбовців анти-HCV були виявлені у 12-12,7 % осіб. У інших категорій осіб анти-HCV були виявлені у 2,8 – 4,7 %.

**Висновки.** Збільшення кількості обстежених та пролікованих хворих за останній рік не було пов'язане із інфікуванням під час АТО, а було пов'язане із призовом необстежених на парентеральні гепатити мобілізованих військовослужбовців. Виявлена кількість осіб із маркерами вірусних гепатитів відображає ситуацію серед населення України. При плануванні медичного забезпечення військовослужбовців слід враховувати прошарок інфікованих на ряд інфекційних захворювань серед окремих груп населення.

Трихліб Володимир Іванович<sup>1</sup>, Задорожна Вікторія Іванівна<sup>2</sup>,  
Ткачук Степан Іванович<sup>3</sup>, Оперчук Надія Іванівна<sup>4</sup>  
**ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГОСТРІ  
ІНФЕКЦІЇ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ  
МНОЖИННОЇ ТА НЕУТОЧНЕНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ СЕРЕД  
НАСЕЛЕННЯ ЗА АДМІНІСТРАТИВНИМИ РЕГІОНАМИ  
УКРАЇНИ**

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна,  
<sup>2</sup>ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб,  
імені Л. В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна,  
<sup>3</sup>Центральний військово-медичний клінічний центр Західного  
регіону, м. Львів, Україна,  
<sup>4</sup>ДУ «Кіровоградський обласний лабораторний центр  
Держсанепідслужби України», м. Кіровоград, Україна

*Trykhlіb Volodymyr Ivanovich<sup>1</sup>, Zadorozhna Viktoriia Ivanivna<sup>2</sup>,  
Tkachuk Stepa Ivanovich<sup>3</sup>, Operchuk Nadiia Ivanivna<sup>4</sup>*  
**FEATURES OF THE INCIDENCE OF ACUTE UPPER  
RESPIRATORY INFECTIONS OF MULTIPLE AND  
UNSPECIFIED LOCALIZATION AMONG THE POPULATION  
IN THE CONTEXT OF UKRAINIAN ADMINISTRATIVE  
REGIONS**

<sup>1</sup>Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine,  
<sup>2</sup>GU 'Institute of Epidemiology and Infectious Diseases of  
L. V. Gromashevskiy NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine,  
<sup>3</sup>Main Military Medical Clinical Centre of West region,  
Lviv, Ukraine,  
<sup>4</sup>GU «Kirovograd Regional Laboratory Centre of the State Sanitary  
and Epidemiological Service of Ukraine», Kirovograd, Ukraine  
E-mail: [tryhleb\\_2005@voliacable.com](mailto:tryhleb_2005@voliacable.com); Trykhlіb V. I.

**Актуальність.** Інфекційні захворювання залишаються актуальними і на сьогодні. Серед них на гострі інфекції верхніх

дихальних шляхів (ГІВДШ) припадає значна частка. Відомо, що рівень захворюваності залежить від багатьох факторів (природних особливостей місцевості, стану екологічного благополуччя, кліматичних факторів, умов та характеру проживання, роботи, демографічних факторів, структури циркулюючих збудників, відсотку хворих з хронічними захворюваннями органів дихання, бактеріоносіїв, напруженості імунітету та багатьох ін.).

**Мета роботи.** Встановити особливості захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів за адміністративними регіонами України.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз захворюваності ГІВДШ множинної або невизначеної локалізації за даними річних форм звітності № 1 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» за 2005-2015рр. Дані про захворюваність на грип у даному дослідженні не аналізувались. Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакету Statistica 10 корпорації StatSoft.

**Результати дослідження.** У Західному регіоні в період з 2005 по 2009 рр. найбільший рівень захворюваності серед дорослого населення реєструвався у Львівській, Чернівецькій, Ів.-Франківській областях. У період із 2010 р. по теперішній час – у Львівській та Рівненській областях. Сезонне підвищення рівня захворюваності спостерігається 2 рази на рік: найбільше у лютому, березні, менше – жовтні-листопаді. Під час сезонного підвищення захворюваності серед всього населення у 2013-2015 рр. найвищий рівень захворюваності реєструвався у Волинській, Рівненській, Хмельницькій та Львівській областях. У порівнянні із січнем більш значне підвищення у лютому спостерігалось у Волинській (+41,9 %), Тернопільській (+48,9 %), Закарпатській (+51,59 %) областях. Після найбільшого підвищення захворюваності у лютому, в березні у переважній більшості областей спостерігається поступове зниження рівня

захворюваності з наступним швидким зниженням у квітні та травні. Осіннє значне та швидке підвищення захворюваності спостерігалось у вересні – жовтні. В листопаді, грудні продовжувалось незначне підвищення у Волинській, Тернопільській, Чернівецькій областях, в той же час у Хмельницькій, Рівненській, Львівській, Ів.-Франківській, Закарпатській областях спостерігалось або незначне зниження з наступним підвищенням, або спочатку підвищення з наступним зниженням.

У Північному регіоні протягом всього періоду спостереження серед дорослого населення найбільший рівень захворюваності реєструвався у Київській та Чернігівській областях. Найбільше сезонне підвищення захворюваності серед всього населення областей у період 2013-2015рр. спостерігалось також у цих областях, але значно більше як і в лютому-березні, так і в жовтні-листопаді в Київській області. В порівнянні із січнем, у лютому найбільший приріст захворюваності спостерігався у Сумській (+30,2 %) та Чернігівській областях. В цьому регіоні після підвищення у лютому, протягом березня-квітня спостерігається поступове зниження із наступним значним зниженням у травні-червні. Осіннє підвищення – у всіх областях в вересні-жовтні. У Житомирській, Сумській областях спостерігалось незначне зниження рівня захворюваності у листопаді з наступним підвищенням у грудні, у Київській області в листопаді продовжувалось підвищення, але не таке значне, із наступним зниженням у грудні. В той же час у Чернігівській області в листопаді та грудні спостерігалось поступове підвищення рівня захворюваності.

У областях Центрального регіону найбільше підвищення рівня захворюваності під час двох сезонних коливань спостерігалось у Дніпропетровській, Вінницькій і Полтавській областях. У порівнянні з рівнем захворюваності у січні найбільше підвищення спостерігалось у Кіровоградській

(+29,81%), Полтавській областях (29,02 %). Друге значне підвищення спостерігалось у вересні – від +45,49 % у Черкаській до +54,04 % у Вінницькій областях. Це підвищення продовжувалось у значній мірі у Вінницькій, Полтавській, Черкаській областях, у той же час у Дніпропетровській та Кіровоградській вже значно менше. В листопаді-грудні спостерігалось поступове зменшення рівня захворюваності.

У Східному регіоні в період із 2005 по 2015рр. найвищий рівень захворюваності серед дорослого населення спостерігався в Донецькій та Луганській областях. Найбільші сезонні підвищення рівня захворюваності серед всього населення також реєструвались в цих областях. В той же час найбільше підвищення в порівнянні із січнем серед всього населення спостерігалось у Харківській області (+43,6 %). У цій області було більш значне підвищення і в вересні (+62,88 %). Більш значне і швидке зниження рівня захворюваності після підвищення у лютому спостерігалось в травні-червні.

В областях Південного регіону найвищий рівень захворюваності серед дорослого населення за період із 2005 по 2015 рр. реєструвався у Запорізькій області. Також і сезонні коливання захворюваності серед всього населення реєструвались в цій області. Після підвищення рівня захворюваності у лютому швидке щомісячне зниження спостерігалось протягом 3-х місяців з квітня. Осіннє швидке і значне підвищення реєструвалось у всіх областях регіону протягом 2-х місяців з вересня, з наступним зниженням у листопаді-грудні у всіх областях.

### **Висновки.**

1 Найбільший рівень захворюваності серед дорослих спостерігався у Київській, Чернігівській, Львівській, Волинській, Дніпропетровській, Полтавській, Донецькій, Луганській, Запорізькій областях.

2 Більш тривале (у лютому-березні) сезонне підвищення рівня захворюваності спостерігалось у областях Північного, Центрального, Східного регіонів України, а коротше (у лютому-березні) – у областях Західного та Південного регіонів.

3 Більш значне підвищення рівня захворюваності у лютому в порівнянні із січнем в період 2013-2015рр. реєструвалось у наступних областях: Закарпатській (+51,59 %), Тернопільській (+48,9 %), Харківській (+43,6 %), у вересні найбільший приріст захворюваності спостерігався у Херсонській (+51,77 %), Харківській (+62,88 %), Вінницькій (+54,04 %), Сумській (+52,2 %), Хмельницькій (+61,43 %) областях. За два осінні місяці (вересень-жовтень) найбільше підвищення в порівнянні із серпнем спостерігалось у наступних областях: Чернігівській (+113,64 %), Рівненській (+106,21 %), Вінницькій (+102,09 %), Полтавській (+99,6 %), Хмельницькій (+97,91 %), Закарпатській (+96,4 %), Харківській (+96,34 %), Волинській (+95,49 %), Херсонській (+92,75 %). Це слід враховувати закладам охорони здоров'я України при плануванні заходів профілактики та організації надання медичної допомоги.

Трихліб Володимир Іванович<sup>1</sup>, Ткачук Степан Іванович<sup>2</sup>,  
Майданюк Володимир Павлович<sup>3</sup>

## **ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ЗОНІ АТО**

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна,

<sup>2</sup>Центральний військово-медичний клінічний центр Західного  
регіону, м. Львів, Україна,

<sup>3</sup>Центральний військово-медичний клінічний центр Південного  
Регіону, м. Одеса, Україна

*Trykhlіb Volodymyr Ivanovich<sup>1</sup>, Tkachuk Stepan Ivanovich<sup>2</sup>,  
Maidaniuk Volodymyr Pavlovich<sup>3</sup>*

## **INFECTIOUS DISEASES AMONG MILITARIES IN ATO**

<sup>1</sup>*Ukrainian Military-Medical Academy, Kyiv, Ukraine,*

<sup>2</sup>*Main Military-Medical Clinical Centre of West region,  
Lviv, Ukraine,*

<sup>3</sup>*Main Military-Medical Clinical Center of the Southern  
Region, Odesa, Ukraine*

*E-mail: [tryhleb\\_2005@voliacable.com](mailto:tryhleb_2005@voliacable.com); Trykhlіb V. I.*

**Актуальність.** Під час військових конфліктів спостерігається збільшення інфекційної захворюваності, що обумовлено рядом причин: внаслідок вживання інфікованої води (холери, черевного тифу, дизентерії, гострих кишкових інфекцій), у зв'язку з відсутністю вакцинації (гострих респіраторних захворювань, ВІЛ-інфекції, туберкульозу, малярії, кору, дифтерії, поліомієліту, правцю) та ін. Прикладами цього є наступні дані: у 1958р. під час війни в Ливані 48% військовослужбовців США в Бейруті захворіло на дизентерію, під час війни у В'єтнамі – 43% особового складу захворіло на діарейні інфекції; під час війни в Єгипті у 1975р. 80% контингенту ВМС США перехворіло також на дизентерію, а в 1980 р. також під час війни в цій країні перехворіло аж до 93%

на діарейні інфекції. В період війни в Афганістані санітарні втрати від інфекційних захворювань склали від 45,2 % до 67,8 %. У структурі інфекційних хворих провідне місце займав вірусний гепатит (від 40,6 % до 51,2 %), гострі кишкові інфекції – від 14,6 % до 20,2 %, черевний тиф та паратифи А і В – від 9,6 % до 26,9 %, малярія – 2,7 - 5,0 %, амебіаз – 3,3 – 11,1 %. Серед польських військовослужбовців під час війни в Іраку (2003-2004 рр.), Афганістані (2003-2005, 2009, 2010 гг.) гострі респіраторні захворювання були найбільш поширеними.

Ріст інфекційної захворюваності під час війни відбувається внаслідок збільшення міграції населення, розповсюдження переносників захворювань, погіршення екології, погіршення роботи органів охорони здоров'я, недостатності медичного персоналу, діагностичного обладнання, погіршення забезпечення медикаментами, великим фізичним навантаженням, проблемам у забезпеченні водою, продуктами харчування, розміщенні особового складу, екстремальними температурами повітря, пилу, диму від пожеж, шкідливих викидів від ґрунту при вибухах, незадовільних санітарно-гігієнічних умов та ін.

**Мета роботи.** Встановити структуру інфекційних хворих військовослужбовців, які звертались та лікувались в зоні АТО.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз журналів реєстрації хворих, які велись лікарсько-сестринськими бригадами, журналів реєстрації амбулаторних хворих та 392 історій хвороб мобільного госпіталю, який проводив забезпечення надання медичної допомоги військовослужбовцям із зони АТО.

**Результати дослідження.** Встановлено, що в структурі інфекційних хворих військовослужбовців, які знаходились на передових межах зони АТО та звертались до лікарсько-сестринських бригад переважали хворі на гострі респіраторні захворювання, які мали клінічні прояви ринофаринготрахеобронхіту – 36 %, хворі з бронхітом – 33 %, 3

% хворих звертались за допомогою з приводу гострого ларингіту, 8 % – ларинготрахеїту, 9 % – трахеїту, 2 % – пневмонії, 2 % – гострого тонзиліту, 7 % – кон'юнктивіту. В тилу зони АТО кількість хворих, які звертались з приводу гострого ринофаринготрахеобронхіту була більша і складала 81 % всіх інфекційних хворих, 5 % лікували гострий тонзиліт, по 1 % хворих звертались з приводу риніту, фарингіту, ларингіту, трахеїту, 9 % звертались з приводу гострого бронхіту, пневмонії, кон'юнктивіту, харчової токсикоінфекції.

Частка інфекційних хворих від всіх хворих та поранених в госпіталі за період з червня по грудень 2015 р. була 35,2 %. У госпітальному відділенні мобільного госпіталю лікувались з приводу наступних інфекційних захворювань (% від всіх хворих, які лікувались в госпіталі): гострих респіраторних захворювань (12,2 %), гострого бронхіту (9,4 %), гострого тонзиліту (3,32 %), гострого гастроентероколіту (6,38 %), харчової токсикоінфекції (0,5 %), синуситу (3,32 %). Структура інфекційних захворювань була наступною: гострі респіраторні захворювання – 34,78 %, гострий бронхіт – 28,8 %, гострий тонзиліт – 9,4 %, гострий гастроентероколіт – 18,12 %, харчова токсикоінфекція – 1,45 %.

З приводу ГРЗ хворі лікувались переважно у липні, жовтні, грудні. Діагноз був встановлений за клініко-рентгенологічними та лабораторними даними. Надходили хворі переважно середньої тяжкості. Середній термін лікування хворих був:  $Me=5$  дн ( $Q_{25}=3$ ,  $Q_{75}=7$ ),  $min=2$ ,  $max=9$  дн. Рівень лейкоцитів у цих хворих був  $Me=6,5 \times 10^9/л$  ( $Q_{25}=4,8$ ,  $Q_{75}=8,2$ ),  $min=3,4 \times 10^9/л$ ,  $max=12,4 \times 10^9/л$ . Лейкоцитоз був зареєстрований у 9,3% хворих. Хворі отримували симптоматичне лікування, крім тих у кого був лейкоцитоз. Ці хворі отримували антибактеріальну терапію (цефтріаксон, макроліди). Хворі з гострим бронхітом надходили на лікування у листопаді-грудні. Середній термін лікування хворих з гострим бронхітом був:  $Me=6$  дн ( $Q_{25}=4$ ,  $Q_{75}=7$ ),  $min=2$ ,

max=13 дн. У всіх хворих діагноз був встановлений на підставі клініко-рентгенологічних даних. У 11,5 % хворих був виявлений лейкоцитоз. В загальному аналізі крові рівень лейкоцитів був  $Me=7,56 \times 10^9/\text{л}$  ( $Q_{25}=5,73$ ,  $Q_{75}=8,87$ ),  $min=4 \times 10^9/\text{л}$ ,  $max=13,8 \times 10^9/\text{л}$ . В лікуванні переважна більшість хворих отримувала цефтріаксон. Хворі з пневмонією направлялись одразу після встановлення діагнозу або в цивільну лікарню, або до гарнізонного госпіталю. В мобільному госпіталі хворі з цією патологією могли затриматись на добу з подальшим направленням у вище зазначені медичні заклади. Хворі з гострим гастроентероколітом переважно надходили у вересні. Перебіг у більшості був легкий, термін лікування був  $Me=3,5$  дн ( $Q_{25}=3$ ,  $Q_{75}=5$ ),  $min=2$ ,  $max=9$  дн. У 22,7% хворих реєструвався лейкоцитоз, рівень лейкоцитів був  $Me=6,55 \times 10^9/\text{л}$  ( $Q_{25}=5,0$ ,  $Q_{75}=9,2$ ),  $min=3,9 \times 10^9/\text{л}$ ,  $max=11,9 \times 10^9/\text{л}$ . При бактеріологічному обстеженні патогенна флора не виявлена.

**Висновки.** Хворі з ГРЗ, гострим бронхітом переважно надходили на лікування у мобільний госпіталь у холодну пору року та мали середньотяжкий перебіг. Середній термін лікування у більшості хворих був до тижня. З легкими формами ГРЗ, бронхітів лікувались на місці розташування військових частин у МП. Хворі з пневмонією направлялись одразу на наступні етапи лікування (в цивільні лікарні, військові гарнізонні або центральні госпіталі).

Усманов Камолиддин, Болецкая Татьяна Александровна  
**ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПОСТСОВЕТСКИХ  
ГОСУДАРСТВАХ В 2010-2015 ГОДАХ**

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией,  
Сумский государственный университет, г. Сумы, Украина

*Usmanov Kamoliddin, Boletskaya Tatyana Aleksandrovna*  
**THE FEATURES OF HIV INFECTION IN SOME POST-  
SOVIET STATES IN 2010-2015**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University, Sumy, Ukraine  
E-mail: [delikatna@i.ua](mailto:delikatna@i.ua); Boletskaya T. A.*

**Актуальность.** По темпам распространения ВИЧ-инфекция занимает лидирующее место среди инфекционных заболеваний странах Восточной Европы и центральной Азии, особенно в постсоветских странах. Отсутствие эффективной этиотропной терапии делает эту проблему актуальной. Несмотря на активную и дорогостоящую терапию, средняя продолжительность жизни больных составляет в среднем 12 лет. Официально ВИЧ-инфекцию регистрируют с 1987 года.

**Цель.** Изучить распространенность и эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в Латвии, Литве, Эстонии, Украине, Российской Федерации, Беларуси, Узбекистане, Казахстане, Грузии, Молдове, Армении, Кыргызстане, Азербайджане, Таджикистане за 2010-2015 гг.

**Материалы и методы.** Информационные бюллетени ВОЗ и UNAIDS за 2010-2015. Методы – статистический, дескриптивный, аналитический, эпидемиологический.

**Результаты исследования.** По распространенности ВИЧ-инфекции к странам с наивысшими показателями относятся Эстония, Россия, Украина, с наименьшими – Азербайджан, Армения, Таджикистан (табл.1).

Таблица - Распространенность ВИЧ-инфекции в постсоветских странах в 2010-2015 гг.

Страна \ Год	Эстония	Россия	Украина	Латвия	Молдова	Белоруссия	Казахстан
2010	553,8	413,0	395,1	214,6	175,0	117,5	85,0
2011	599,5	455,0	443,2	255,3	199,0	131,6	106,2
2012	632,4	503,0	491,0	267,3	213,3	145,0	116,6
2013	676,0	558,0	500,7	289,3	226,4	157,5	119,3
2014	683,0	635,5	572,5	307,0	240,5	185,2	125,7
2015	705,3	688,0	655,6	330,0	265,0	206,7	129,0
Страна \ Год	Узбекистан	Киргизия	Литва	Грузия	Таджикиста н	Армения	Азербайджа н
2010	59,9	59,0	52,0	51,0	38,0	34,0	30,0
2011	67,0	71,0	65,0	67,0	51,0	38,2	35,7
2012	78,3	83,0	71,1	80,0	61,0	45,0	41,0
2013	88,8	92,1	75,3	91,3	71,0	51,0	46,0
2014	93,2	98,4	80,0	122,5	80,3	57,3	51,3
2015	103,7	105,0	87,0	143,5	90,0	73,5	56,0

Украина. По темпам распространения ВИЧ-инфекции Украина занимает первое место среди стран Восточной Европы. По оценкам экспертов UNAIDS, в Украине с ВИЧ-инфекцией живет 282 620 человек. За 2 месяца 2016 года зарегистрированы 2262 новых случаев ВИЧ-инфекции. Начиная с 2008 года украинцы чаще всего инфицируются во время незащищенного полового контакта. Если в 2005 году на долю полового пути передачи приходилось 33%, то в 2013 году - 51%. Большинство случаев инфицирования регистрируются в возрасте 15-30 лет.

Республика Беларусь. Большую часть ВИЧ-инфицированных составляют люди молодого возраста - 15-29 лет. В 2013 и 2014 годах в гендерной структуре большую часть составили мужчины – 52,5 % и 57,2 % соответственно. Увеличилось количество случаев передачи вируса парентеральным путем. Так, в 2013 году доля парентерального пути составила 13,5 %, то в 2014 – 19,4 %. Снизилась значимость полового пути передачи – 85,0 % и 78,8 % соответственно.

Республика Узбекистан. 65,2 % ВИЧ-инфицированных приходится на людей молодого трудоспособного возраста - 25-49 лет. Большинство составляют мужчины – 53,6 %. На долю передачи ВИЧ-инфекции половым путем приходится 41,8 %, парентеральным – 40,6 %, вертикальным – 3,4 %.

Республика Казахстан. В общей структуре ВИЧ-позитивных лиц преобладают мужчины – 69 %. 60,9 % случаев инфицирования приходится на парентеральный путь передачи. С 2011 года возрастает роль полового (как гомо-, так и гетеросексуального) пути передачи. Так, в 2010 году его доля составляла 42,8 %, а в 2013 – 61,2. В 2013 году среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных 80 % составили женщины.

Республика Азербайджан. 56,9 % случаев инфицирования ВИЧ произошло в результате парентерального пути передачи, 31,9% – при незащищенных половых контактах. Мужчины на конец 2013 г. составили 78% от числа зарегистрированных случаев за весь период. В 2013 году из числа новых случаев 84,3 % приходится на население в возрасте 25–49 лет. Наиболее пораженной группой населения являются ПИН. Распространенность ВИЧ-инфекции в данной группе составляет 9,5 %, среди женщин секс-бизнеса – 0,7 %, среди MSM – 2,0 %; в группе заключенных – 5,8 %.

Грузия. Большую часть составляют лица в возрасте 29-40 лет. Основными причинами заражения - употребление инъекционных наркотиков и незащищенные половые контакты.

Армения. Среди ВИЧ-инфицированных преобладают мужчины. 56,4 % в возрасте 25-39 лет. Половина ВИЧ-инфицированных мужчин - ПИН, большинство из которых проживали в РФ и Украине. Среди женщин основной это половой путь передачи.

Республика Кыргызстан. 50% инфицированных - это ПИН. Увеличивается роль полового пути передачи.

Латвия. Заражение в 54 % случаев происходит при сексуальных контактах, в 46% - при употреблении инъекционных наркотиков. Возраст больных – 21-40 лет.

Литва. 79,6 % - мужчины, и 20,4 % - женщины. 55,4 % случаев инфицирования произошло половым путем, 28 % при употреблении инъекционных наркотиков, у 16,6 % способ заражения не удалось установить. Случаев передачи ВИЧ от матери к ребенку не установлено.

Российская Федерация. В РФ среди ВИЧ-инфицированных преобладают мужчины - 63,0 %, большинство из них заразились при употреблении наркотиков. В 2015 г. ВИЧ-инфекция преимущественно регистрировалась у россиян в возрасте 30-40 лет. Доля случаев в возрастной группе 20-30 лет сократилась с 64 % в 2001-2004 году до 26,2 % в 2015 году. Увеличилась доля новых случаев в возрасте 30-40 лет с 9,9 % в 2000 г. до 47,7 % в 2015 г., и 40-50 лет - с 2,4 % в 2000 г. до 17,5 % в 2014 г.

Эстония. В числе новых случаев 19,0 % это люди, находящиеся в местах лишения свободы. В 59,0 % случаев инфицирования происходило при половом пути передачи, 41,0 % при употреблении инъекционных наркотиков. Основная часть случаев регистрируется в возрастной группе 15–29 лет.

Республика Таджикистан. 89,0 % - лица в возрасте 15-49 лет: 30-39 лет – 43,3 %, 19-29 лет – 29,0 %, 40-49 лет – 16,3 %. Среди женщин на долю лиц 19-29 лет приходится 42,4 %. Среди мужчин 46,4 % случаев выявляется у лиц 30-39 лет. В 2009-2013гг. наблюдается увеличение женщин на 5,9 %.

**Выводы.** Во всех выше приведенных странах наблюдается увеличение количества ВИЧ-инфицированных, о чем свидетельствует увеличение уровня распространенности ВИЧ-инфекции. Эстония, Россия и Украина среди постсоветских стран занимают лидирующие места по распространению ВИЧ-инфекции. В гендерной структуре преобладают мужчины и лица молодого и трудоспособного возраста. С 2013 года наблюдается тенденция к увеличению случаев передачи ВИЧ-инфекции половым путем.

Чемич Микола Дмитрович, Фролова Любов Сергіївна,  
Ільїна Ніна Іванівна, Ільїна Вікторія Валеріївна,  
Шолохова Світлана Євгеніївна

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ОПІСТОРХОЗ У СУМСЬКІЙ  
ОБЛАСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ**

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

*Chemych Mykola Dmytrovych, Frolova Liubov Sergiivna,  
Il'yina Nina Ivanivna, Il'yina Viktoriya Valeriivna,  
Sholokhova Svitlana Yevgenivna*

***THE INCIDENCE OF OPISTHORCHIASIS IN SUMY REGION  
AND PROBLEMS OF IT'S TREATMENT***

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University, Sumy, Ukraine  
E-mail: [mirepenem@mail.ru](mailto:mirepenem@mail.ru); Frolova L. S.*

**Актуальність.** На території Сумщини сформувався стійкий ендемічний осередок опісторхозу, другий за величиною після Об-Іркутського (Росія). Це зумовлено рядом природних і соціальних факторів: великою кількістю річок басейну Дніпра на території області, значною питомою вагою риби в харчовому

раціоні, поширенням любительської рибалки, високою інвазованістю кінцевих, проміжних і додаткових хазяїв паразита. Ураженість котів складає 32% у басейні Дніпра і 19 % - Десни, зараженість моллюсків церкаріями від 0,3 % до 15 %, метacerкаріями риби родини карпових – від 3% до 18 %.

**Мета роботи.** Провести аналіз захворюваності на опісторхоз населення Сумської області та клінічний перебіг інвазії.

**Матеріали та методи.** Звітна документація ДУ «Сумський обласний лабораторний центр Держсанмедслужби України» та медичні картки стаціонарних хворих (ф 003/о), що перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З. Й. Красовицького у 2010-2015 рр.

**Результати дослідження.** Ситуація з опісторхозу на Сумщині залишається складною. Тільки за останні 5 років в області виявлено 64% хворих на цю інвазію від загальної кількості виявлених в Україні. Захворюваність залишається стабільно високою і в 22-25,6 рази перевищує середні показники в Україні, продовжуючи зростати. Так, на початку другого тисячоліття (2000-2002 рр.) вона перевищувала всеукраїнські показники у 9 разів, а у 2010-2011 рр. – у 26. Щорічна захворюваність за цей період збільшилася з 16,7 на 100 тис. населення у 2014 році до 22 у 2015 (в Україні цей показник за 2015 рік дорівнює 0,67).

За період з 2010 до кінця 2015 року в лікувальних закладах Сумської області обстежено на опісторхоз понад 1,5 млн осіб, з них вперше виявлено 12871 хворих, а за 10 міс. 2015 року - 259 (22,3 на 100 тис. населення). На кінець 2015 року на обліку в лікувальних закладах Сумської області знаходилось 1646 хворих на опісторхоз, з них 59 дітей. 93 % інвазованих виявлені в м. Шостка та районах області: Буринському, Велико-Писарівському, Кролевецькому, Недригайлівському, Роменському, С.-Будському і Шосткінському. Опісторхоз зареєстрований у 132 населених пунктах, з них у 6 ураженість

населення перевищує 10%. Рівень захворюваності населення в цих районах у 4-7 разів перевищує середньообласні показники і наближається до найбільш інтенсивних осередків Західного Сибіру.

За період 2010-2015 рр. у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні ім. З.Й. Красовицького перебувало на лікуванні 65 хворих на опісторхоз, у 59 % з них фактором передавання була в'ялена або солена риба. Клінічними особливостями інвазії є хронічний перебіг, що характерно для ендемічного осередку, та переважання латентних форм.

Клініка хронічного опісторхозу зумовлена ураженням біліарного тракту, підшлункової залози, шлунка. Біля 24,1 % хворих мали маніфестацію захворювання: важкість і біль у правому підребер'ї (56,3 %), біль у епігастрії (30,4 %), гіркоту в роті (26,8 %). У 74,2 % виявлено збільшення печінки, у 78,6 % - ознаки холециститу, у 69,7 % - гастриту. Діагноз був підтверджений знаходженням яєць опісторхівців у калі у 100 % осіб, у 45,5 % - позитивним результатом ІФА.

Лікування хворих на опісторхоз складає одну з актуальних медичних проблем Сумщини. Внаслідок високої вартості лікування на фоні зниження життєвого рівня населення, з хворих, що знаходяться на обліку в лікувальних установах Сумської області, проліковано тільки 51 %. Найбільш складна ситуація у 4 районах області: С.-Будському (проліковано 7 %), Краснопільському (16 %), Шосткінському (32 %), Буринському (35 %). Згідно статті 19 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», ці хворі мають право на безкоштовне лікування у державних і комунальних установах. Однак медикаментозного забезпечення лікування опісторхозу за бюджетні кошти в області майже немає. Для виходу з цієї ситуації необхідно внести відповідні зміни у місцеві бюджети. Отже, проблема опісторхозу в Сумській області може бути

вирішена за умови спільних зусиль медичних працівників і органів виконавчої влади.

**Висновок.** У Сумській області сформувався стійкий ендемічний осередок опісторхозу. Захворюваність населення на дану хворобу має тенденцію до щорічного зростання. З клінічних форм переважає хронічний опісторхоз. Лікування цієї інвазії у зв'язку з високою вартістю є однією з актуальних проблем медицини Сумщини.

Чемич Микола Дмитрович, Лішневська Анастасія Геннадіївна  
**ВПЛИВ СТУПЕНЮ ФІБРОЗУ ТА ВІРУСНОГО  
НАВАНТАЖЕННЯ НА ВМІСТ ФОРМЕНИХ ЕЛЕМЕНТІВ  
КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ  
ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С**

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

*Chemych Mykola Dmytrovych, Lishnevskaya Anastasiya Gennadiivna*  
***THE INFLUENCE OF THE DEGREE OF FIBROSIS AND  
VIRAL LOAD ON THE CONTENT OF BLOOD CELLS IN  
PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C***

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

*E-mail: [anastasiya.lag@gmail.com](mailto:anastasiya.lag@gmail.com); Lishnevskaya A. G.*

**Актуальність.** В усьому світі спостерігається поширення захворювань печінки, викликаних вірусами. Окреме місце серед вірусних гепатитів займає інфекція, зумовлена вірусом гепатиту типу С, характерною особливістю якої є випадкове виявлення хвороби або встановлення діагнозу на пізніх стадіях. У багатьох регіонах спостерігається діагностування хронічного вірусного гепатиту С (ХВГ С) після виникнення скаргу у пацієнтів лише

при значному порушенні морфологічно-функціональних властивостей печінки, в т. ч. при розвитку цирозу.

**Мета роботи.** Дослідити вплив ступеню фіброзу та вірусного навантаження на формені елементи крові хворих на ХВГ С.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано медичні карти стаціонарного хворого та обстежено 45 пацієнтів з ХВГ С, в яких чітко був визначений ступінь фіброзу (особи з перехідними значеннями фіброзу не враховувались). Усім обстеженим клінічний аналіз крові був проведений до початку противірусної терапії (ПВТ).

**Результати дослідження.** Серед обстежених ступінь фіброзу  $F_0$  і  $F_3$  мали по 15,56% пацієнтів, що у 1,57 раза рідше, ніж ступінь фіброзу  $F_1$  та  $F_2$  (по 24,44 %) та у 1,3 раза рідше, порівняно з  $F_4$  (20,0 %).

Кількість хворих за рівнем вірусного навантаження розподілилася наступним чином:  $1 \times 10^3$  РНК НСV МО/мл у 13,34 % пацієнтів, що у 2,33 раза рідше порівняно з  $1 \times 10^4$  РНК НСV МО/мл (31,11 %), та у 3,8 раза рідше, ніж при кількості  $1 \times 10^5$  РНК НСV МО/мл (51,11%), та у шість разів частіше за  $1 \times 10^6$  і  $1 \times 10^7$  РНК НСV МО/мл (по 2,22 %).

Зменшення вмісту еритроцитів у крові при ступені фіброзу  $F_0$ ,  $F_1$  та  $F_3$  мали однакові значення і становило 14,3 %, при інших ступенях фіброзу їх зменшення не спостерігалось.

Зниження вмісту лімфоцитів при фіброзі  $F_0$  також встановлено у 14,3 %, що дещо рідше, ніж при  $F_1$  (18,2 %); у 3 рази рідше, порівняно з фіброзом  $F_3$  та у півтора раза рідше, ніж при фіброзі  $F_4$  (22,22 %). Рівень тромбоцитів знижувався у 14,3 % хворих з фіброзом  $F_0$ , що у 1,27 раза рідше, ніж при  $F_1$  (18,2 %); у 3,8 раза рідше, порівняно з  $F_2$  (54,55 %); у 3 рази рідше, ніж  $F_3$  (42,85 %) та у 5,44 раза рідше, порівняно з  $F_4$  (77,78 %).

Еритропенія при вірусному навантаженні  $1 \times 10^3$  РНК НСV МО/мл відмічалася у 16,66%, була такою же, як при  $1 \times 10^4$  та 1

$\times 10^6$  РНК HCV МО/мл. В інших випадках зміни не спостерігалися.

Зменшення кількості тромбоцитів виявлено у 16,66 % при вірусному навантаженні  $1 \times 10^3$  РНК HCV МО/мл, що удвічі рідше, ніж при кількості вірусу  $1 \times 10^4$  РНК HCV МО/мл (35,7 %) та у 3,4 раза рідше порівняно з  $1 \times 10^5$  (56,5 %).

Лейкопенія спостерігалася у 33,3 % при  $1 \times 10^3$  РНК HCV МО/мл. Це у 2,3 раза частіше, порівняно з  $1 \times 10^4$  РНК HCV МО/мл (14,33 %) та у 1,9 раза частіше, ніж при вірусному навантаженні  $1 \times 10^5$  РНК HCV МО/мл (17,3 %).

**Висновки.** Таким чином, рівень фіброзу та вірусне навантаження суттєво не впливають на вміст еритроцитів у крові хворих на ХВГ С. Збільшення ступеня фіброзу та підвищення кількісного навантаження зменшує рівень тромбоцитів у периферичній крові, при чому фіброз більшою мірою впливає на цей показник, ніж кількість вірусу. Вміст лімфоцитів залежить від ступеня фіброзу: при  $F_1 - F_3$  їх кількість зростає, а на стадії  $F_4$  – знижується, що може бути пов'язано з початковим наростанням імунної відповіді та подальшим її виснаженням. При зростанні кількості вірусу в крові вміст лейкоцитів знижується, що може бути пов'язано з пригнічуючим впливом великої концентрації вірусу на імунну реакцію організму.

Чемич Микола Дмитрович<sup>1</sup>, Сніцарь Андрій Олегович<sup>2</sup>,  
Троцька Ірина Олександрівна<sup>2</sup>, Есманова Анжеліка Іванівна<sup>2</sup>

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ  
ПЕРЕБІГУ ТЯЖКИХ ФОРМ ГРИПУ У ДОРОСЛИХ ПІД  
ЧАС ЕПІДЕМІЇ 2015-2016 РОКІВ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,

<sup>2</sup>ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня імені  
З. Й. Красовицького», м. Суми, Україна

*Chemych Mykola Dmytrovych<sup>1</sup>, Snicar Andriy Olegovych<sup>2</sup>,  
Trotska Irina Oleksandrivna<sup>2</sup>, Esmanova Anjelika Ivanivna<sup>2</sup>*

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF  
COURSE OF SEVERE INFLUENZA IN ADULTS DURING THE  
EPIDEMIC IN 2015-2016**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University,*

<sup>2</sup>*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy, Sumy, Ukraine*

*E-mail: [chemych@gmail.com](mailto:chemych@gmail.com); Chemych M. D.*

**Актуальність.** Грип не лише медична, а й соціальна проблема. Витрати на його лікування у світі щорічно складають понад 15 млрд. доларів. В Україні економічні збитки від грипу оцінюються у 5-6 млрд. грн.

**Мета роботи.** Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу тяжких форм грипу у дорослих під час епідемії 2015-2016 років.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз 39 медичних карток стаціонарного хворого (ф. 003/о), інших примірників медичної документації пацієнтів, які за тяжкістю стану відповідно до показань лікувались у відділенні інтенсивної терапії та реанімації обласної інфекційної клінічної

лікарні імені З. Й. Красовицького протягом грудня-лютого 2015-2016 років.

**Результати дослідження.** У всіх пацієнтів був встановлений діагноз грипу з урахуванням наявності типових клінічних критеріїв захворювання: гострого початку, вираженого інтоксикаційного синдрому, високої гарячки, склериту, закладання носу з незначною ринореєю, трахеїту тощо.

Пацієнтам надавалась медична допомога у відповідності до уніфікованих клінічних протоколів, затверджених наказом МОЗ України від 16.07.2014 № 499 «Про впровадження в закладах охорони здоров'я області медико - технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях».

Всі хворі отримували озельтамівір по 150 мг 2 рази на добу, антибактеріальні лікарські засоби з груп фторхінолонів, макролідів, цефалоспоринів III-IV поколінь, меропенемів у комбінації 2 або 3 антибіотики, симптоматичну терапію та патогенетичне лікування, основним компонентом якого була неінвазивна оксигенотерапія. Враховуючи гіркий досвід епідемії грипу 2009-2010 років, ми намагалися за допомогою утриматись від штучної вентиляції легень (ШВЛ), проте 13 хворих у зв'язку з прогресивно наростаючими ознаками дихальної недостатності та стрімким зниженням сатурації киснем ( $SpO_2$ ) були переведені на ШВЛ, 12 з них померли.

Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1-а (27 осіб) – які одужали, 2-а (12 осіб) – з летальним вислідом. Серед пацієнтів обох груп переважали жінки: в 1-й – 15 (55,6 %) проти 12 (44,4 %) чоловіків, у 2-й групі – 8 (66,7 %) і 4 (33,3 %) відповідно.

За віком хворі 1-ої та 2-ої груп розподілялись так: 20 - 30 років – 1 (3,7 % у 1-й групі), 31 - 40 - 5 (18,6 %) та 1 (8,3 %) відповідно 1-а і 2-а групи; 41 - 50 – відповідно 12 (44,4 %) та 3 (25,0 %), 51 - 60 – відповідно 6 (22,2 %) та 5 (41,7 %), старше 61

року – по 3 в обох групах (11,1 % та 25,0 %). Таким чином, медіана віку пацієнтів 1-ї групи склала – 54,9, 2-ї – 59 років.

За терміном госпіталізації розподіл хворих виглядав таким чином: у 1-й групі в 1-3-ю добу захворювання госпіталізовані 2 (7,4 %) особи, на 4-5-у добу – 12 (44,4 %), після 6-ї доби – 13 (48,2 %). У 2-й групі в 1-3-ю добу захворювання госпіталізована 1 особа (8,3 %), на 4-5-у добу – 3 (25,0 %), після 6-ї доби – 8 (66,7 %). Усі хворі в обох групах мали обтяжуючі фактори, часто поєднану патологію. У 1-й групі захворювання серцево-судинної системи спостерігалися у 21 (77,7 %) особи, цукровий діабет - у 6 (22,2 %), хронічні обструктивні захворювання легень – 3 (11,1 %), ожиріння – 23 (85,2 %), хвороби нервової системи – у 2 (7,4 %). У 2 групі – патологія серцево-судинної систем мала місце у 11 осіб (91,7 %), цукровий діабет – у 2 (16,7 %), хронічні обструктивні захворювання легень – у 1 (8,3 %), ожиріння – у 9 (75,0 %). При цьому комбінована патологія у хворих 1-ї групи мала місце в 12 (44,4 %) випадках, 2-ї – 10 (83,3 %).

У всіх пацієнтів вже під час госпіталізації були виявлені аускультативні та рентгенологічні ознаки ураження легень. У 1-й групі – в 1 випадку діагностований хронічний бронхіт у стадії загострення (3,7 %), у 2 випадках (7,4 %) – однібічна пневмонія, у 24 (88,9 %) – двобічна пневмонія.

У всіх 12 хворих 2-ї групи (100 %) мала місце двобічна субтотальна пневмонія. Наявність крові або її прожилок у мокротинні спостерігалась у 10 (37,0 %) пацієнтів 1-ї групи та 6 (50,0 %) 2-ї.

$SpO_2$  на момент надходження до стаціонару у 6 (22,2 %) хворих 1-ї групи була 95 % та вище, у 15 (55,6 %) на рівні 90-95 %, 85-90 % - у 1 (3,7 %), 80-85 % - у 5 (18,5 %). У 2-й групі лише у 1 (8,3 %) хворого при госпіталізації  $SpO_2$  визначалась на рівні 90-95%, у 2 (16,7 %) – 85-90 %, у решти 9 (75 %) – нижче 85 %.

У гемограмі хворих 1-ї групи лейкоцитоз зафіксований у 5 осіб (18,5 %), з розвитком лейкемоїдної реакції у 2 (7,4 %),

лейкопенія – у 4 (14,8 %), прискорена ШОЕ у 20 (74 %), підвищення активності АлАТ мало місце у 12 пацієнтів (44,4 %), зміни у загальному аналізі сечі (протеїнурія, еритроцитурія, лейкоцитурія, наявність зернистих та/або гіалінових циліндрів) – у 7 (25,9 %). Щодо хворих 2-ї групи, то лейкоцитоз спостерігався у 3 (25 %) осіб з розвитком лейкемоїдної реакції у 1 (8,3 %), лейкопенія – у 6 (51,5 %), прискорене ШОЕ – у 9 (75 %), підвищення активності АлАТ – у 5 (41,7%), зміни у загальному аналізі сечі – у 6 (50 %).

За результатами вірусологічних досліджень (ПЛР) діагноз грипу А (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) підтверджений у 2 хворих з 11 обстежених 1-ї групи (18,2 %) та у 4 з 9 (44,4 %) 2-ї групи. Низький показник вірусологічних досліджень пояснюється недостатньою кількістю тест-систем та обмеженим терміном перебування хворих в стаціонарі в ряді випадків. У хворих 2-ї групи середній термін лікування склав 1,8 дня.

Жодний з хворих обох груп не був щеплений проти грипу.

**Висновки.** Таким чином, у хворих, що померли від грипу, в 66,7 % випадків спостерігалась госпіталізація в стаціонар після 6-го дня хвороби, тоді як у пацієнтів, які одужали, цей показник склав 48,2 %.

Медіана віку осіб з летальним вислідом була вища: 59 років, проти 54,9 серед тих, що вижили. Практично у всіх померлих мало місце ураження серцево-судинної системи. При цьому комбінована патологія відмічалась у 10 (83,3 %) хворих цієї групи.

У всіх пацієнтів, які померли, спостерігалось двобічне ураження легень, 91,7 % з них при надходженні у стаціонар мали SpO<sub>2</sub> нижче 90 %. Частіше у хворих з летальним результатом грипу виявлялися лейкопенія (51,5 % проти 14,8 %), зміни у клінічному аналізі сечі (50 %), геморагічний синдром (кров у мокротинні) – 50 %.

Жодний з хворих не був щеплений проти грипу.

Чемич Микола Дмитрович<sup>1</sup>, Троцька Ірина Олександрівна<sup>2</sup>,  
Тищенко Валентина Вікторівна<sup>3</sup>

**МІСЦЕ ГРИПУ У СТРУКТУРІ ГОСТРИХ  
РЕСПИРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією,  
Сумський державний університет,

<sup>2</sup> ОКЗ «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня  
імені З. Й. Красовицького»,

<sup>3</sup>Головне управління Держсанепідслужби у Сумській області,  
м. Суми, Україна

*Chemych Mykola Dmytrovych<sup>1</sup>, Trotska Irina Oleksandrivna<sup>2</sup>,  
Tishchenko Valentina Viktorivna<sup>3</sup>*

***PLACE OF INFLUENZA IN STRUCTURE OF ACUTE  
RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS***

*<sup>1</sup>Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Sumy State University,*

*<sup>2</sup>Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy,*

*<sup>3</sup>Central Management of State Sanitary Epiemic  
Service in Sumy region, Sumy, Ukraine*

*E-mail: [chemych@gmail.com](mailto:chemych@gmail.com); Chemych M. D.*

**Актуальність.** На сьогодні грип залишається однією з актуальних медичних та соціально-економічних проблем не тільки системи охорони здоров'я, а і держави в цілому. Захворювання належить до числа найпоширеніших хвороб людини, призводить до несприятливих клінічних та епідемічних наслідків і спричиняє серйозні збитки економіці країни. Проте, на жаль, безпека грипу та його місце у структурі інфекційної патології наразі недооцінені.

**Мета роботи.** Встановити сучасну етіологічну структуру ГРВІ.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз структури гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) у Сумській області в епідемічний сезон 2015-2016 років станом на 1 квітня 2016 року. Використано інформаційно-статистичну звітність ф. № 1 та галузеву звітність державної санітарно-епідеміологічної служби.

**Результати дослідження.** Встановлено, що кількість перехворілих на ГРВІ в області склала 144 254 осіб, у тому числі дорослих – 60 857, дітей - 83 397. Серед захворілих зареєстровано 2 845 випадків грипу (1,97 %), у тому числі 2 243 (3,69 %) серед дорослих та 602 (0,72 %) - серед дітей. В той же час результати світових досліджень демонструють, що доля вірусу грипу як збудника ГРВІ складає близько 6,2-12,6 %.

Вірусологічно в області обстежено 814 хворих на ГРВІ, з них імунофлуоресцентним методом – 685 та більш точним методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) – 129. Вірус грипу А виявлено у 53 (7,74 %) осіб, які обстежені імунофлуоресцентним методом, та у 44 (34,11 %), що були обстежені за допомогою ПЛР.

Найбільш висока питома вага грипу в структурі ГРВІ відмічається у м. Глухів (542 випадки або 17,85 %), Білопільському (831 або 14,41 %), Буринському (466 або 13,97 %) та Глухівському (82 або 13,46 %) районах. Не встановлено жодного діагнозу грипу у Середино-Будському, Шосткинському і Ямпільському районах. Вкрай низький відсоток грипу у структурі ГРВІ у містах Шостка (0,29 %), Ромни (0,27 %), Конотоп (0,33 %), Охтирка (0,43 %), Суми (0,46 %), у Сумському (0,65 %), Роменському (0,32 %), Охтирському (0,2 %), Конотопському (0,19 %), Тростянецькому (0,23 %) районах.

За даними світової літератури летальність від грипу коливається від 0,002 % серед пацієнтів без обтяжуючих факторів до 0,48 % серед осіб з комбінованою супутньою патологією (цукровий діабет у поєднанні з захворюваннями

серцево-судинної або дихальної систем). Однак, у м. Конотоп летальність склала 13,3 % (померло 6 хворих з 45 зареєстрованих випадків грипу), у Сумському районі – 13,0 % (3 з 23), у Тростянецькому районі – 8,3 % (1 з 12), у м. Ромни – 6,7 % (1 з 15), м. Шостка – 2,33 % (1 з 43), м. Лебедин – 2,15 % (3 з 93). У 4-х випадках діагноз грип був встановлений після смерті хворих за результатами вірусологічного дослідження секційного матеріалу. Все це, як і високий показник виявлення вірусу грипу при вірусологічних дослідженнях серед хворих на ГРВІ, свідчить про недостатню діагностику захворювання.

Проведений аналіз показав також, що грип в області фактично зовсім не реєструється з квітня по грудень. Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги, затвердженим наказом МОЗ України від 16.07.2014 № 499 «Про впровадження в закладах охорони здоров'я області медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях», визначені критерії встановлення діагнозу грипу, в тому числі під час епідсезону та у будь-яку пору року. Проте, аналіз структури ГРВІ в області свідчить, що вимоги зазначеного наказу та здорового глузду нехтуються, а в ряді районів Сумщини грип вважається екзотичним захворюванням на кшталт гарячки Ебола або чуми.

Питання своєчасної діагностики грипу наразі є вкрай актуальним. Сучасні стандарти надання медичної допомоги при цьому захворюванні відрізняються від стандартів при ГРВІ, зокрема в частині показань до госпіталізації, тактики призначення противірусної та, за необхідності, антибактеріальної терапії, організації протиепідемічних заходів.

Крім того, штучна відсутність випадків грипу у громаді - одна з причин відмови населення від найголовнішого методу боротьби з ним – імунопрофілактики. Якщо хвороби немає, навіщо, за логікою, і щеплення?

**Висновки.** Епідемія грипу 2015-2016 років з високим рівнем летальності (0,58 % серед дорослих) ще раз продемонструвала актуальність цієї інфекції та показала, що ігнорування проблеми може привести до тяжких клінічних та епідемічних наслідків.

Чемич Оксана Миколаївна

**КЛІНІКО-МІКРОБІОТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ  
САЛЬМОНЕЛЬОЗУ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л. В. Мороз  
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

*Chemych Oksana Mykolaivna*

**CLINICAL AND MICROBIOCENOSIS SIGNS OF  
SALMONELLOSIS TREATMENT EFFICACY**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology  
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. L. V. Moroz  
Sumy State University, Sumy, Ukraine  
E-mail: [info@kinf.sumdu.edu.ua](mailto:info@kinf.sumdu.edu.ua); Chemych O. M.*

**Актуальність.** Сальмонельоз є одною з найпоширеніших кишкових інфекцій у світі. Актуальною залишається проблема гострих кишкових інфекцій для України, а саме сальмонельозів, рівень захворюваності якими в ряді міст і областей країни має тенденцію до зростання. Питома вага сальмонельозів становить 7,3 % від усіх випадків гострих кишкових інфекцій.

**Мета роботи.** Встановити клініко-мікробіотичні особливості перебігу сальмонельозу залежно від проведеної терапії.

**Матеріали та методи.** Обстежено 190 хворих на сальмонельоз, госпіталізованих у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького, середній вік яких склав (43,93±1,32) року. Було

120 чоловіків і 70 жінок. Пацієнти ушпиталізовані на  $(1,91 \pm 0,08)$  день від початку захворювання.

Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання. Крім загальноклінічних обстежень було досліджено мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на  $(5,98 \pm 0,18)$  добу з моменту госпіталізації. Хворих було поділено на 4 групи. Пацієнти, які отримували лише базисну терапію, увійшли у групу А, які не отримували антибактеріальної терапії, але отримували пробіотик Лакто – група Б, іншим до базисної терапії було введено пробіотик Лакто – група В та пацієнти, які отримували базисну терапію та інші пробіотики - Д. Контрольну групу склали 20 клінічно здорових донорів крові.

**Результати дослідження.** У більшості обстежених етіологічним чинником захворювання була *Salmonella enteritidis* (73,7 %, 140 осіб), *Salmonella typhimurium* виявлялась у 2,8 раза рідше (26,3 %, 50). Збільшення числа госпіталізованих відбувалось з квітня по вересень, з досягненням максимуму у серпні. Найчастіше зустрічався гастроентеритний (50,5 %) та гастроентероколітний (34,2 %) варіанти недуги, рідше ентероколітний, ентеритний, гастритичний (11,1 %; 3,2 %; 1,1 % відповідно). Основними скаргами при госпіталізації у всіх групах були: слабкість (97,7 %), діарея (97,4 %), підвищення температури тіла (97,4 %), нудота (78,9 %), блювання (64,2 %), головний біль (46,3 %), домішки слизу (34,7 %) та крові (14,2%) у калі. При об'єктивному обстеженні у більшості виявлялися: підвищення температури тіла (96,3 %), біль у животі при пальпації (91,1 %), урчання (73,2 %), зневоднення (71,6 %), збільшення розмірів печінки (34,2 %), спазм сигмоподібної кишки (7,9 %). Біль переважно локалізувався у мезогастральній (64,7 %), епігастральній (62,6 %) та правій здухвинній ділянках (51,6 %), рідше у гіпогастрії (32,1 %) та у лівій здухвинній ділянці (31,1 %). Температура була вищою на догоспітальному етапі –  $(38,6 \pm 0,06)^\circ\text{C}$ , при госпіталізації не піднімалась вище

позначки  $(37,9 \pm 0,07)^\circ\text{C}$  ( $p < 0,001$ ). Частота випорожнень складала  $(9,1 \pm 0,4)$  рази на добу, блювання  $(2,3 \pm 0,2)$ .

Повне зникнення симптомів відбувалося на 7-му добу. Найдовше симптоматика спостерігалася у групі А: нормалізація випорожнень відбувалась на  $(5,69 \pm 0,28)$ , розмірів печінки на  $(7,4 \pm 0,20)$ , зникнення болю в животі при пальпації на  $(5,41 \pm 0,25)$ , слабкості на  $(6,35 \pm 0,46)$  та слизу у калі на  $(3,89 \pm 0,42)$  добу ( $p < 0,001$ ). Найшвидше нормалізувалися у групах Б і В випорожнення відповідно на  $(3,8 \pm 0,22)$  та  $(3,71 \pm 0,11)$  добу, зникав спазм сигми на  $(2,67 \pm 0,33)$  та  $(2,6 \pm 0,40)$  добу, слабкість на  $(4,18 \pm 0,40)$  та  $(4,13 \pm 0,15)$  добу, домішки слизу у калі на  $(2,89 \pm 0,31)$  та  $(2,39 \pm 0,14)$  добу ( $p < 0,001$ ). Зникнення болю в животі при пальпації найшвидше відбувалося в групі В на  $(3,51 \pm 0,12)$  добу ( $p < 0,05$ ).

При дослідженні мікробіоценозу товстої кишки до лікування встановлено, що в усіх групах хворих кількість біфідобактерій і лактобацил була на два порядки меншою, ніж у контрольній групі, а рівень інших представників умовно патогенної мікрофлори (УПМ) був збільшений ( $p < 0,05-0,001$ ) (дивись таблицю).

Таблиця – Зміни мікробіоценозу товстої кишки залежно від лікування та періоду хвороби ( $M \pm m$ )

Група		Мікроорганізми (lg КУО/г)/ % хворих					
		Біфідо- бакте- рії	Лакто- бацили	Заг. кільк. E. coli	Гемолі- зуваль- на E. coli	Інші УПМ	Гриби роду Candida
Контрольна (n=20)		7,90± 0,07	7,75± 0,10	7,51± 0,12	0,00± 0,00	0,51± 0,35	0,35± 0,24
Хворі, гострий період	А (n=52)	5,6± 0,22/ 100	6,03± 0,16/ 100	5,69± 0,21/ 100	2,19± 0,26/ 30,8	4,41± 0,28/ 42,3	2,42± 0,23/ 36,5
		a	a	a	a	a	a

Хворі, реконвалесценція	Б (n=30)	5,5± 0,31/ 100 a	5,64± 0,34/ 100 a	5,71± 0,3/ 100 a	2,0± 0,3/ 33,3 a	4,7± 0,47/ 33,3 a	2,63± 0,26/ 26,7 a
	В (n=83)	5,48± 0,15/ 100 a	5,41± 0,17/ 100 a	5,83± 0,12/ 100 a	1,79± 0,13/ 41,0	4,2± 0,16/ 48,2 a	2,74± 0,12/ 50,6 a
	Д (n=22)	5,87± 0,22/ 100 a	6,13± 0,19/ 100 a	5,27± 0,18/ 100 a	1,67± 0,33/ 12,0 a	4,0± 0,63/ 20,0 a	2,6± 0,24/ 20,0 a
	А (n=52)	6,21± 0,17/ 100 a, в	6,57± 0,17/ 100 a	5,96± 0,19/ 100 a	1,40± 0,16/ 19,2 a, в	2,95± 0,15/ 42,3 a, б, в	1,90± 0,23/ 19,2 a, в
Хворі, реконвалесценція	Б (n=30)	7,29± 0,19/ 100 б, в	7,47± 0,13/ 100 б, в	7,25± 0,17/ 100 б, в	1,80± 0,20/ 16,7 a	1,33± 0,17/ 30,0 a, в	1,13± 0,13/ 26,7 a, в
	В (n=83)	7,43± 0,07/ 100 б, в	7,48± 0,07/ 100 б, в	7,23± 0,11/ 100 б, в	0,00± 0,00 б, в	1,30± 0,11/ 24,1 a, в	1,11± 0,33/ 10,8 a, в
	Д (n=22)	6,60± 0,19/ 100 a, в	6,67± 0,21/ 100 a, в	7,07± 0,12/ 100 б, в	0,00± 0,00 б, в	2,0± 0,19/ 32,0 a, в	1,88± 0,30/ 32,0 a, в
	А (n=52)	6,21± 0,17/ 100 a, в	6,57± 0,17/ 100 a	5,96± 0,19/ 100 a	1,40± 0,16/ 19,2 a, в	2,95± 0,15/ 42,3 a, б, в	1,90± 0,23/ 19,2 a, в

Примітка. А – базисна терапія, Б – без а/б препаратів + Лакто, В – баз. тер. + лакто, Д – баз. тер. + інші пробіотики. Достовірна різниця показників ( $p < 0,05-0,001$ ): а – щодо контрольної групи; б – між групами; в – щодо гострого періоду в групі

Встановлено, що в періоді ранньої реконвалесценції різні лікувальні препарати неоднаково впливали на мікробіоценоз товстої кишки. Так, у хворих, які отримували лише базисну терапію, показники не покращились порівняно з гострим періодом недуги ( $p > 0,05$ ). У хворих групи Б та В рівні біфідобактерій, лактобацил та загальної кількості кишкової палички прийшли до норми ( $p < 0,05$ ), рівні грибів роду *Candida* і інших УПМ мали тенденцію до нормалізації. В групі В гемолізувальна *E. coli* зникла ( $p < 0,05$ ). У групі Д нормалізувався лише рівень загальної кількості кишкової палички та зникли гемолізувальні мікроорганізми ( $p < 0,05$ ), рівні грибів роду *Candida* і інших УПМ мали тенденцію до нормалізації.

**Висновки.** На сальмонельоз страждають переважно чоловіки працездатного віку. Провідними збудниками є *S. enteritidis* і *S. typhimurium*. Основна клінічна форма – гастроінтестинальна з превалюванням гастроентеритного і гастроентероколітного варіантів середнього ступеня тяжкості. Серед клінічних симптомів переважали: слабкість, підвищення температури, діарея, зневоднення, біль у животі при пальпації, наявність патологічних домішок у калі. У гострому періоді сальмонельозу відбуваються зміни мікробіоценозу товстої кишки, які супроводжуються зменшенням кількості біфідо- і лактобацил, загальної кількості кишкової палички; збільшенням гемолізувальної *E. coli*, інших умовно патогенних мікроорганізмів і грибів роду *Candida*. Залучення комбінованого пробіотика до терапії сальмонельозу призводить до швидшої нормалізації випорожнень, скорочення тривалості больового синдрому. При використанні комбінованого пробіотика Лакто в лікуванні зменшується виразність запально-деструктивних змін у ШКТ і проявів дисбактеріозу кишечника. Найшвидше нормалізується мікробіоценоз у пацієнтів, які отримували Лакто. Тенденція до нормалізації спостерігається в осіб, пролікованих

іншими пробіотиками. Найгірші показники отримані при базисній терапії.

Шандиба Ірина Олександрівна  
**РЕЦИДИВНА БЕШИХА: КЛІНІЧНІ ТА  
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ.  
ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією  
Науковий керівник: к-т мед. наук, доцент Н. І. Ільїна  
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

*Shandyba Iryna Oleksandrivna*  
**RECURRENT ERYSIPELAS: CLINICAL AND  
EPIDEMIOLOGICAL FEATURES. PREVENTION PROBLEMS**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology  
Scientific supervisor: PhD, associate professor N. I. Il'yina  
Sumy State University, Sumy, Ukraine  
E-mail: [irenalex90@mail.ru](mailto:irenalex90@mail.ru); Shandyba I. O.*

**Актуальність.** Рецидивна форма бешихи є важливою проблемою як з медичної так і соціально-економічної точки зору. Актуальним є диспансерне спостереження пацієнтів з факторами ризику рецидивів та розробка методів вторинної профілактики.

Вирішення даних проблем неможливе без дослідження клінічного перебігу, гендерних особливостей, наявності супутньої патології, ускладнень захворювання, профілактичних заходів у осіб групи ризику щодо виникнення рецидивів та хворих на рецидивну форму бешихи.

**Мета роботи.** Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу рецидивної бешихи на сучасному етапі. Провести

аналіз вікової структури, клінічних форм, супутньої патології та ускладнень захворювання.

**Матеріали та методи.** Карти стаціонарних хворих на рецидивну бешиху, які перебували на лікування у СОКІЛ ім.З.Й.Красовицького протягом 2011 – 2015 років. Опрацьовано 248 карт стаціонарного хворого. Використані загальноприйняті клінічні та лабораторні методи дослідження. Результати піддані статистичній обробці за допомогою програм Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** Більшість хворих на рецидивну форму бешихи склали жінки – 65 (81,25 %) осіб, чоловіки – 15 (18,75 %). Вік пацієнтів коливався від 27 до 81 року. Патологічний процес у більшості випадків локалізувався на нижній кінцівці – у 68 (85 %) осіб, на обличчі – у 5 (6,25 %), на верхній кінцівці – у 7 (8,75 %). Серед клінічних форм переважала еритематозна – у 57 (71,25 %). Інші форми – еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна, бульозно-геморагічна та виразково-некротична спостерігались у 12 (15 %), 5 (5,25 %), 4 (5 %) та 2 (2,5 %) осіб відповідно. При рецидивній формі бешихи відмічався значний лейкоцитоз ( $18,01 \pm 0,43$ ), збільшення паличкоядерних нейтрофілів до 20 % та сегментоядерних до 72,3 %, підвищення ШОЕ до 19 мм/год. У структурі супутньої патології при рецидивній формі бешихи превалюють: гіпертонічна хвороба – у 75 (93,75 %) хворих, ожиріння – у 58 (72,5 %), цукровий діабет – у 43 (53,75 %), мікози стоп – 62 (77,5 %), варикозна хвороба – у 39 (48,75 %), онкопатологія – у 7 (8,75 %), лімфедема нижніх кінцівок – у 3 (3,75 %) пацієнтів. Серед ускладнень переважають хронічна лімфо-венозна недостатність, яка спостерігалась у 26 (32,5 %) хворих; лейкемоїдна реакція за мієлоїдним типом – у 5 (6,25 %), токсична нефропатія – у 3 (3,75 %) пацієнтів. Всім хворим на рецидивну форму бешихи було призначено щомісячне профілактичне введення біциліну-5 у дозі 1,5 млн. ОД. Недотримання курсу біцилінопрофілактики сприяло

виникненню 3 – 5 рецидивів захворювання протягом 3 років у 32,25 % осіб.

**Висновки.** На рецидивну бешиху частіше хворіють жінки. Патологічний процес у більшості випадків локалізувався на нижніх кінцівках. Серед клінічних форм переважає еритематозна та еритематозно-бульозна. Хронічна лімфо-венозна недостатність – одне з основних ускладнень даного захворювання. Супутня патологія (гіпертонічна хвороба, ожиріння, цукровий діабет, мікози стоп, варикозна хвороба, онкопатологія, лімфедема нижніх кінцівок) більш виражена у пацієнтів з рецидивною бешихою.

Шевцова-Балим Катерина Володимирівна,  
Есманова Анжеліка Іванівна, Гайворонська Ілона Євгеніївна  
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ГРИПУ,  
УСКЛАДНЕНОГО ДВОБІЧНОЮ ТОТАЛЬНОЮ  
ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ ІЗ  
СУПУТНЬОЮ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЮ МІАСТЕНІЄЮ**  
ОКЗ “Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня  
імені З. Й. Красовицького”

*Shevcova-Balym Katerina Volodymirivna,  
Esmanova Angelika Ivanivna, Gayvoronska Ilona Yevgenivna*  
**CLINICAL CASE OF SEVERE FLU, COMPLICATED WITH  
BILATERAL TOTAL VIRAL AND BACTERIAL PNEUMONIA  
WITH UNDERLYING GENERALIZED MYASTHENIA GRAVIS**  
*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after  
Z. Y. Krasovitskiy*  
*E-mail: [ilona1973@ukr.net](mailto:ilona1973@ukr.net); Gayvoronska I. E.*

**Актуальність.** Грип є проблемою світового значення у зв'язку зі здатністю збудника до унікальної мінливості. У період

епідемії на грип хворіє від 5 до 20 % населення, при пандеміях - до 40 %. Епідемії і пандемії істотно впливають на показники загальної смертності населення, які збільшуються на 13 - 40 %.

За даними МОЗ, в Україні в епідемічний сезон 2015-2016 рр зареєстровано біля 2 млн хворих на ГРВІ та грип, з них госпіталізовано 132 тис. (3,9 %), тобто захворюваність на 41,4 % перевищували минулий епідсезон. Переважна більшість захворювань в Україні була зумовлена пандемічним штамом вірусу А(Н1N1) Каліфорнія.

**Результати дослідження.** У Сумській області за 3 місяці 2016 року (січень-березень) перехворіло на ГРВІ 144 254 особи, з них на грип 2845. Померло від грипу 26 (0,9 %) хворих, з них у 50 % виявлено в секційному матеріалі вірус грипу А (Н1N1) Пандемік.

У 2016 році у м.Суми зареєстровано випадок тяжкого перебігу грипу, ускладненого двобічною тотальною вірусно-бактеріальною пневмонією із супутньою генералізованою міастенією.

Хвора Б., 55 років, захворіла гостро 29.01.16 року. Хвороба розпочалась гостро з підвищення температури тіла до 38 °С, слабкості, кашлю, дертя за грудиною. З 2.02.16 з'явилася задишка, виділення незначної кількості в'язкого мокротиння. Напередодні захворювання перебувала в контакті із хворою онукою. Перше звернення за медичною допомогою 02.02.16 року до СМКЛ №4, де знаходилась на стаціонарному лікуванні до 4.02.16 року. Упродовж цих днів стан прогресивно погіршувався, тому хвору було переведено до реанімаційного відділення СОІКЛ.

На момент госпіталізації стан тяжкий, свідомість збережена. Температура тіла 37,4 °С. Шкірні покриви звичайного кольору. Слизові рото-глотки гіперемійовані, мигдалики рихлі. Над легеньми притуплення перкуторного звуку над базальними відділами з обох боків, при аускультатії жорстке дихання, зліва -

тотальна крепітація, справа – субтотальна. SpO<sub>2</sub> 91 %. Тони серця ослаблені ритмічні тахікардія. PS – 92/хв. АТ – 130/80 мм. рт. ст. Живіт м'який не болючий. Із анамнезу життя – з 2003 року міастенія, генералізована форма, середнього ступеня тяжкості, із наявністю міастенічних кризів. Стан медикаментозної субкомпенсації. Стан після оперативного лікування з приводу тимому (2004 рік). Госпіталізована з діагнозом: Грип, клінічно, тяжкий перебіг, ускладнений. Позагоспітальна двобічна тотальна вірусно-бактеріальна пневмонія, IV клінічна група. ЛН I-II. Міастенія, генералізована форма, середнього ступеня тяжкості із наявністю міастенічних кризів. Стан медикаментозної субкомпенсації. Стан після оперативного лікування з приводу тимому (2004 рік). У клінічному аналізі крові – лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ. У клінічному аналізі сечі – помірна протеїнурія, лейкоцитурія, мікрогематурія. У клінічному аналізі харкотиння – лейкоцити на ½ поля зору, незначна кількість еритроцитів, елементів епітелію бронхів, альвеолярних клітин. На рентгенограмі ОГК від 03.02.2016 року – двобічна полісегментарна пневмонія.

У першу добу перебування, через наростання явищ дихальної недостатності та розвинення міастенічного кризу хвору переведено на ШВЛ. Вибір адекватної антибактеріальної терапії був ускладнений через велику кількість протипоказань призначення ліків при міастенії. З 1-го дня госпіталізації в СОІКЛ (7-й день хвороби) хвора отримувала лінезолід в/в 9 днів, у подальшому переведена на карбопеніми в/в 10 днів. За необхідності подовженої ШВЛ 09.02.2016 (на 6-й день перебування в СОІКЛ) року хворій виконано трахеотомію. З метою санації трахеобронхіального дерева виконані санаційні фібробронхоскопії (з 10.02.16 майже щоденно). 10.02.16 розвинення міастенічного кризу, пов'язане із зміною антибактеріального препарату (лінезолід на глікопептидний а/б).

Встановлено клінічний діагноз - грип, клінічно, тяжкий перебіг, ускладнений. Позагоспітальна двобічна тотальна вірусно-бактеріальна пневмонія ІV клінічна група. ЛН ІІІ-ІV. Респіраторний дистрес-синдром дорослих. Двобічний тотальний дифузний ендобронхіт І-ІІ ступеня. Міастенія, генералізована форма, тяжкий перебіг, із наявністю міастенічних кризів. Стан медикаментозної декомпенсації (постійно приймає калімін). Стан після оперативного лікування з приводу тимоми (2004 рік). Призначено протівірусну, антибактеріальну, протизапальну, дезінтоксикаційну, муколітичну терапію.

Інтенсивна терапія упродовж 25 днів, ШВЛ упродовж 16 днів. На контрольній рентгенограмі ОГК від 12.02.2016 року (10-й день лікування) динаміка негативна за рахунок збереження вогнища інфільтрації легеневої тканини з обох сторін. На рентгенограмі ОГК від 24.02.2016 року (21-й день лікування) позитивна динаміка у вигляді двобічного часткового розсмоктування ділянок інфільтрації.

**Висновки.** Таким чином, нерідко основним та небезпечним ускладненням перебігу ГРВІ та грипу є розвиток вірусно-бактеріальної пневмонії. Хвора госпіталізована в інфекційне відділення 4-ї міської лікарні на 5-й день хвороби, на 7-й переведена до реанімаційного відділення СОІКЛ; на 8-й день хвороби розпочата ШВЛ, на 16-й «знята» з ШВЛ. Хвора була виписана у відносно задовільному стані з трахеостомою (яку в подальшому їй видалили в умовах ЛОР-відділення) на 33-й день хвороби та 27-й день перебування у СОІКЛ.

Шостакович-Корецька Людмила Романівна<sup>1</sup>, Ревенко Георгій  
Олександрович<sup>1</sup>, Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна<sup>1</sup>, Чумак  
Володимир Іванович<sup>2</sup>, Овсяникова Вікторія Володимирівна<sup>3</sup>,  
Рибіна Марина Володимирівна<sup>3</sup>, Василіна Ольга Юріївна<sup>3</sup>  
**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БЕШИХИ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб,

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
м. Дніпропетровськ, Україна,

<sup>2</sup>КЗ „Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 імені проф.  
Є. Г. Попкової, м. Дніпропетровськ, Україна,

<sup>3</sup>КЗ „Міська інфекційна лікарня №1”, м. Кривий Ріг, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Liudmyla Romanivna<sup>1</sup>, Revenko Georgiy  
Oleksandrovych<sup>1</sup>, Shevchenko-Makarenko Olha Petrivna<sup>1</sup>, Chumak  
Volodymyr Ivanovich<sup>2</sup>, Ovsyanykova Victoriya Volodymyrovna<sup>3</sup>,  
Rybina Marina Volodymyrivna<sup>3</sup>, Vasylina Olga Yuriiivna<sup>3</sup>*  
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF**

**ERYSIPELAS**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases,*

*SE “Dnipropetrovsk medical academy of Health ministry of  
Ukraine”, Dnipropetrovsk, Ukraine,*

<sup>2</sup>*Dnipropetrovsk municipal clinical hospital №21 named after prof.  
E. G. Popkova, Dnipropetrovsk, Ukraine*

<sup>3</sup>*Kriviy Rig municipal Infectious Diseases Hospital №1, Kriviy Rig,  
Ukraine*

*E-mail: [dsmainfect@ukr.net](mailto:dsmainfect@ukr.net); Shostakovych-Koretskaya L. R.*

**Актуальність.** Бешиха – поширене антропонозне, відносно малоконтагіозне інфекційно-алергічне захворювання, яке викликається β-гемолітичним стрептококом групи А. Стабільно високі показники захворюваності, тенденція до хронічно-рецидивуючого перебігу, що пов'язано зі здатністю збудника трансформуватись в L-форми, які спроможні тривало

зберігатись у макрофагах дерми; а також важкі ускладнення, що приводять до інвалідизації хворих, обумовлюють соціально-медичну актуальність даної нозології. Рівень захворюваності становить близько 10-20 осіб на 10 тис. населення і не має тенденції до зниження.

**Мета роботи.** Дослідити клініко-епідеміологічні особливості перебігу бешихи та її структуру у місті Дніпропетровську.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз нозологічних форм хворих, що були госпіталізовані у КЗ „ДМКЛ № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової” ДОР” м. Дніпропетровська у 2014 – 2015 рр. з діагнозом бешиха. Був проведений аналіз перебігу бешихи за спектром вікових, гендерних та клінічних ознак.

**Результати дослідження.** Всього проаналізовано 113 випадки бешихи: у 2014 році 41,6 % (n=47) та у 2015 – 58,4 % (n=66) хворих. Спостерігалась характерна літньо-осіння сезонність захворювання. Гендерний аналіз показав перевагу осіб жіночої статі 67 % (n=76), що співпадає з літературними даними. У більшості випадках переважала еритематозна клінічна форма бешихи у 88,5 % (n=100), еритематозно-бульозна форма зустрічалась у 8 % (n=9), бульозно-геморагічна у 3,5 % (n=4) випадках. Пацієнти надходили до стаціонару переважно у перші доби захворювання: 1 - 3 доба – 70 % (n=79), 4 - 6 доба – 25 % (n=28), пізніше 7 доби – 5 % (n=6). По тяжкості захворювання пацієнти були розподілені на 3 групи: легка ступінь становила 15 % (n=17), середня ступінь важкості 74 % (n=84) і тяжка у 11 % (n=12) випадках. Віковий аналіз виявив перевагу пацієнтів старше 40 років і склав 84 % (n=95). Первинну бешиху було діагностовано у 70,8 % (n=80), повторну у 20,4% (n=23) та рецидивну у 8,8 % (n=10) хворих. У більшості хворих патологічний процес локалізувався на нижніх кінцівках у 66,4 % (n=75), на обличчі у 11,6 % (n=13), на вушних мушлях у 7 % (n=8) та на верхніх кінцівках у 15 % (n=17) випадках.

Основними факторами, що провокували розвиток бешихи, були мікротравми – у 40 % (n=45), переохолодження - у 17 % (n=19), тривала інсоляція – у 14 % (n=16) та нервово-емоційна перенапруга – у 10 % (n=11) випадках. У переважній більшості пацієнтів у 90 % (n=102) хвороба розпочиналась гостро з швидким розвитком симптомів інтоксикації, підвищення температури до 38-40 °С. Регіонарний лімфаденіт розвивався у 66 % (n=75), лімфангіт у 53 % (n=60) осіб. Нормалізація температури тіла, зменшення симптомів інтоксикації і місцевих проявів на 5-7 добу після початку лікування спостерігалась у 88 % (n=100) хворих.

Супутні захворювання, що обтяжують перебіг бешихи, спостерігались у 35 % (n=40) хворих, а саме: цукровий діабет - у 30 % (n=12), варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 22,5 % (n=9), хронічна венозна недостатність – у 17,5 % (n=7), ожиріння II та III ст. – у 17,5 % (n=7) хворих та у 12,5 % (n=5) жінок спостерігався постмастектомічний синдром. Усі пацієнти виписані з одужанням, кількість койко-днів становила в середньому 11 діб.

Етіотропна терапія проводилась антибіотиками, а саме: цефалоспоринами II та III покоління, пеніцилінами, фторхінолонами, тобто «класичними» антибіотиками для лікування стрептококової інфекції.

**Висновки.** Бешиха продовжує залишатись актуальною проблемою в інфектології. У більшості випадків реєструється первинна бешиха (70,8 %). Переважають особи вікової групи старші за 40 років (84 %), здебільш жінки (67 %). У загальній структурі захворювання переважають еритематозні форми бешихи (88,5 %). Основна локалізація патологічного процесу – ніжні кінцівки (66,4 %).

Шостакович-Корецька Людмила Романівна, Ревенко Георгій  
Олександрович, Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна,  
Шевельова Олена Володимирівна

**РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО  
ЕТИКО-ПРАВОВОЇ ПРОБЛЕМИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра інфекційних хвороб,  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
м. Дніпропетровськ, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Liudmyla Romanivna, Revenko Georgiy  
Oleksandrovych, Shevchenko-Makarenko Olha Petrivna,  
Sheveleva Elena Volodymyrivna*

**AWARENESS OF MEDICAL STUDENTS REGARDING  
ETHICAL AND LEGAL PROBLEMS OF HIV INFECTION**

*Department of Infectious Diseases,  
SE “Dnipropetrovsk medical academy of Health ministry of  
Ukraine”, Dnipropetrovsk, Ukraine  
E-mail: [dsmainfect@ukr.net](mailto:dsmainfect@ukr.net); Shostakovych-Koretskaya L. R.*

**Актуальність.** ВІЛ-інфекція за відносно короткий час набула значущості глобальної соціальної, медичної, демографічної та загальнолюдської проблеми сьогодення. У суспільстві приділяється недостатня увага питанням ВІЛ/СНІД, тому інформованість серед населення невисока. Стереотипи громадської думки щодо шляхів передавання ВІЛ є підґрунтям для формування «стигми». Стигма – дуже сильне соціальне «клеймо», яке повністю змінює відношення до інших людей, змушуючи відноситись до них як до носіїв небажаних якостей. Дискримінація – це стигма, яка супроводжується діями. Вищевказане дозволяє вважати актуальним вивчення відношення студента-медика до проблеми ВІЛ-інфекції.

**Мета роботи.** Вивчити рівень стигматизації серед студентів-медиків старших курсів до ВІЛ-інфікованих осіб.

**Матеріали та методи.** Нами було проведено анонімне анкетування 180 студентів ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», віком від 20 до 26 років, з них чоловіків 79, жінок 101; різних факультетів старших курсів, а саме, IV курсу стоматологічного та V курсу медичного і міжнародного факультетів.

**Результати дослідження.** Аналіз отриманих відповідей показав основні позиції сучасного студента-медика. Так, на ствердження «На мою думку, ВІЛ-позитивна людина має право не розголошувати свій статус» 78,9 % (n=142) студентів надали правильну відповідь «так». 15,6 % (n=28) аргументували свою відповідь «ні» тим, що при проведенні інвазивних маніпуляцій (хірургічних, стоматологічних тощо) пацієнт зобов'язаний сповістити медичного працівника. Та 5,5 % (n=10) обрали варіант «не знаю».

Високий рівень знань студенти-медики, а саме 93,3 % (n=168), показали при виборі варіанту «ні» на ствердження «Я вважаю, що роботодавцю необхідно знати про ВІЛ-статус працівників». 3,9 % (n=7) відповіли «так», оскільки вважали, що на підприємстві можуть бути якісь несприятливі чинники, що можуть спричинити погіршення стану здоров'я ВІЛ-інфікованої особи. 2,8 % (n=5) не мали думки з цього приводу.

На вислів «Я буду купувати продукти у продавця, навіть дізнавшись, що в нього ВІЛ-позитивний статус» думки студентів розподілилися наступним чином: 95 % (n=171) – «так», 2,8 % (n=5) – «ні», 2,2 % (n=4) – «не знаю».

Наступна думка - «Якщо я буду вживати їжу, що готував ВІЛ-інфікований, я зможу заразитись» показала, що 90 % (n=162) студентів вважають «ні», 6 % (n=11) – «так», 4 % (n=7) - «не знаю». Отже, більшість студентів заперечують ентеральний механізм зараження, але, можливо, тут має значення особиста гидливість та внутрішня стигма.

Відповіді студентів на ствердження «На мою думку, ВІЛ-позитивним краще працювати у окремому приміщенні» показали адекватну тенденцію – негативне відношення до будь-яких ізолюючих заходів, а саме, 86,1 % (n=155) – «ні», 1,1 % (n=2) відповіли «так» 12,8 % (n=23) – «не знаю».

Та на положення «Якщо я дізнаюсь, що мій близький / знайомий ВІЛ-інфікований, я буду з ним спілкуватись та якість спілкування не зміниться» студенти відповіли наступним чином: 89,4 % (n=161) – «так», 1,1 % (n=2) – «ні», 9,5 % (n=17) – не змогли відповісти.

**Висновки.** Аналізуючи відповіді студентів медиків, ми бачимо досить толерантне ставлення до ВІЛ-інфікованих осіб. Подолання стигми в медичній сфері може сприяти підвищення рівня знань з питань ВІЛ/СНІД та практичне впровадження етики і деонтології за допомогою активних засобів навчання. Соціальні проблеми, що пов'язані з ВІЛ-інфекцією на теперішній момент є пріоритетними і вимагають уваги як з боку держави, організацій, так і з боку кожною людини.

Шостакович-Корецька Людмила Романівна<sup>1</sup>, Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна<sup>1</sup>, Ревенко Георгій Олександрович<sup>1</sup>, Булашенко Катерина Олександрівна<sup>2</sup>, Партоєва Олена Григоріївна<sup>3</sup>, Бойко Світлана Вікторівна<sup>3</sup>, Бишовець Людмила Василівна<sup>3</sup>, Яковенко Інга Петрівна<sup>3</sup>

## **КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ**

<sup>1</sup>Кафедра інфекційних хвороб,  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
м. Дніпропетровськ, Україна,

<sup>2</sup>КЗ „Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21  
ім. проф. Є. Г. Попкової, м. Дніпропетровськ, Україна,

<sup>3</sup>КЗ „Міська інфекційна лікарня №1”, м. Кривий Ріг, Україна

*Shostakovych-Koretskaya Liudmyla Romanivna<sup>1</sup>, Shevchenko-Makarenko Olha Petrivna<sup>1</sup>, Revenko Georgiy Oleksandrovych<sup>1</sup>, Bulashenko Kateryna Oleksandrivna<sup>2</sup>, Partoeva Olena Grygoriivna<sup>3</sup>, Boyko Svitlana Victorivna<sup>3</sup>, Byshovets Ludmyla Vasylivna<sup>3</sup>, Yakovenko Inga Petrivna<sup>3</sup>*

## **CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL SIGNS OF ACUTE TONSILLITES**

<sup>1</sup>*Department of Infectious Diseases,  
SE “Dnipropetrovsk medical academy of Health ministry of  
Ukraine”, Dnipropetrovsk, Ukraine,*

<sup>2</sup>*Dnipropetrovsk municipal clinical hospital №21 named after prof.  
E. G. Popkova, Dnipropetrovsk, Ukraine*

<sup>3</sup>*Krivy Rig municipal Infectious Diseases Hospital №1,  
Krivy Rig, Ukraine*

*E-mail: [dsmainfect@ukr.net](mailto:dsmainfect@ukr.net); Shostakovych-Koretskaya L. R.*

**Актуальність.** Проблема гострого тонзиліту пов'язана з широким поширенням недуги, особливо серед дітей та осіб молодого віку, розвитком метатонзиллярних захворювань

(міокардити, артрити, гломерулонефрити тощо). Серед стрептококових інфекцій на частку тонзилітів стрептококової етіології припадає більше половини всіх хворих. У літературі широко зустрічаються, як взаємозамінні, терміни «тонзилофарингіт» і «фарингіт», але, згідно з МКХ 10, фарингіт (J 02) і тонзиліт (J 03) є різними захворюваннями.

**Мета роботи.** Вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу гострого тонзиліту (J 03) та його структуру серед госпіталізованих хворих на сучасному етапі.

**Матеріали і методи.** Нами було проведено ретроспективний аналіз захворюваності на гострі тонзиліти серед хворих, що були госпіталізовані у КЗ «ДМКЛ № 21 ім. проф. Є. Г. Попкової» ДОР” м. Дніпропетровська у 2015 році. Діагноз встановлювався на підставі сукупності клінічних та епідеміологічних даних, результатів бактеріологічного дослідження. У всіх пацієнтів виключали дифтерію.

**Результати дослідження.** Всього проаналізовано 523 випадки гострого тонзиліту. Надходження в стаціонар протягом року було відносно рівномірне з незначною перевагою в осінньо-зимовий період, що відповідає загальній тенденції та здебільшого пов'язано з переохолодженням. Серед обстежених пацієнтів переважали особи чоловічої статі – 305 (58,4 %), жіночої – 218 (41,6 %). Віковий аналіз показав перевагу серед хворих дітей - 65 (12,4 %) та осіб молодого віку (до 30 років) - 322 (61,6 %) пацієнти. 259 (80 %) осіб від 18 до 30 років становили студенти, що мешкають у гуртожитках. Вікова медіана у дітей становила 12,2 роки, у дорослих 28,5 років. Практично усі пацієнти, а саме 460 (88 %) осіб були госпіталізовані у початковому періоді захворювання – на 1 - 3 добу. З епідеміологічного анамнезу відомо, що 407 (77,8 %) пацієнтів пов'язували захворювання з переохолодженням, а 116 (22,2 %) відмічали контакт з хворою людиною.

Початок захворювання був зазвичай гострий, супроводжувався підвищенням температури тіла до фебрильних у 309 (59 %), піретичних у 189 (36 %) та гіперпіретичних цифр у 25 (5 %) осіб. У всіх хворих спостерігались: загальна слабкість, головний біль, гіперемія ротоглотки, нальоти на мигдаликах, що легко знімалися шпателем, збільшення підщелепних лімфовузлів. У 28 (5,4 %) пацієнтів тонзиліт мав легкий та у 419 (80,1 %) середньотяжкий перебіг, не супроводжувались ускладненнями. У 76 (14,5 %) хворих мав місце тяжкий перебіг, що мав ускладнення у вигляді паратонзилітів у 50 (65,7 %), паратонзиллярних абсцесів у 17 (22,4%) та гострим гломерулонефритом у 9 (11,9 %) випадках.

При бактеріологічному дослідженні мазків з ротоглотки були виділені чисті культури у 398 (76 %) випадках, чутливі до пеніциліну, цефалоспоринові II та III покоління, макролідів. А саме виділено: *Streptococcus pyogenes* (70,3 %), *Staphylococcus aureus* (19,1 %), *Staphylococcus haemolyticus* (6,3 %), *Streptococcus agalactiae* (4,3 %). У 125 (24 %) випадках росту патогенної флори не було виділено, що пов'язано з початком антибіотикотерапії в домашніх умовах. Тривалість перебування в стаціонарі становила від 7 до 12 діб.

Лікування гострого тонзиліту передбачало призначення етіотропної терапії. Препаратами вибору були амінопеніциліни, захищені пеніциліни, цефалоспоринові II та III покоління, макроліди. Також застосовувались десенсибілізуючі засоби, антипиретики та комбіновані протизапальні місцеві засоби.

**Висновки.** Таким чином, гострий тонзиліт зберігає свої «класичні» клінічні ознаки. Етіологічним чинником у 70,3 % випадках був *Streptococcus pyogenes*. Серед госпіталізованих переважали діти та особи молодого віку (74 %). Ускладнення, тяжкі форми (14,5 %) зустрічались у хворих, що пізно звертались за медичною допомогою, лікувались самостійно в домашніх умовах (безконтрольно приймали антибактеріальні

препарати до надходження до стаціонару). Виділені збудники мають чутливість до «класичних» антибактеріальних засобів.

Шуль Уляна Андріївна  
**НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ У ХВОРИХ НА ГАРЯЧКУ  
ЗАХІДНОГО НІЛУ**

Кафедра епідеміології  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Н. О. Виноград  
Львівський національний медичний університет імені  
Д. Галицького, м. Львів, Україна

*Shul Uliana Andriyivna*  
**NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS IN PATIENS WITH  
WEST NILE FEVER**

*Department of Epidemiology*  
*Scientific supervisor: d. med. sc., prof. N. O. Vynograd*  
*Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky, Lviv,*  
*Ukraine*

*E-mail: [pylichka83@gmail.com](mailto:pylichka83@gmail.com); Shul U. A.*

**Актуальність.** Гарячка Західного Нілу (ГЗН) є найпоширенішим зооантропонозним трансмісивним «комариним» захворюванням у групі природно осередкових інфекцій. Вірус ГЗН належить до роду *Flavivirus* родини *Flaviviridae*, поширений на усіх континентах за винятком Антарктиди. В Європі основним видом комарів, які передають вірус ГЗН людям, є *Culex pipiens*. Інфікування описане також при вертикальній передачі від матері до дитини та парентеральним шляхом. За філогенетичними властивостями вірусу розрізняють кілька генетичних груп – генотипів, деякі з яких містять підгрупи, що обумовлює нерівномірний територіальний розподіл та тяжкість клінічної маніфестації ГЗН.

**Мета роботи.** Вивчити клініко-епідеміологічні особливості ГЗН, враховуючи вікову структуру населення та територіальне значення для поширення даних інфекцій.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз літературних джерел та інтернет-ресурсу для вивчення клініко-епідеміологічних особливостей у хворих із верифікованим діагнозом ГЗН.

**Результати дослідження.** Сприйнятливість людини до ГЗН є висока, зазвичай уражається сукупне населення. У віковій структурі захворюваності в гіперендемичних регіонах переважають діти молодшого віку та особи віком старше 50 років, причому у таких пацієнтів захворювання маніфестує тяжкими клінічними формами.

Клінічна картина ГЗН перебігає у різних варіантах: безсимптомна, грипоподібна (гарячкова) та нейроінвазивна (менінгіт, енцефаліт, гострий млявий параліч) форми.

У 2012 році в Техасі (США) був описаний масштабний спалах ГЗН, де було зареєстровано 1868 випадків захворювання. Найвищі показники захворюваності спостерігались у період з липня по серпень, що можна пов'язати з періодом максимальної активності векторів. У 1024 (45,2 %) пацієнтів було діагностовано гарячкову форму захворювання та у 844 (54,8 %) пацієнтів – нейроінвазивну. У 89 випадках захворювання мало летальне завершення, що становило 4,8 %. За статевою ознакою серед пацієнтів переважали чоловіки (55 %), жінки (45 %). У віковій структурі найбільша частка припадала на пацієнтів віком 45 – 64 (39 %) роки, однак і дитяча вікова група була залучена до епідемічного процесу. Захворювання у дітей віком 2 – 18 років спостерігалось у 3,8 %. Серед серопозитивних пацієнтів із діагностичними титрами антитіл до вірусу ГЗН класу IgM – 59 % мало гарячкову форму та 41 % – нейроінвазивну (в тому числі у 49 % спостерігався енцефаліт, у 42 % – менінгіт і 9 % – гострий млявий параліч).

За даними епідеміологічного анамнезу відомо, що третина інфікованих дітей напередодні перебувала у літньому оздоровчому таборі на території лісосмуги, частина дітей відпочивала у сільській місцевості та на приміських навколородних об'єктах. У всіх випадках можна було припустити, що діти тривало піддавались ризику укусів комарами. У кількох випадках були дані про місце проживання пацієнтів, яке знаходилось приблизно в межах 2 км від очисних споруд з розміщеними поруч каналами стоків. У всіх випадках пацієнти звертались за медичною допомогою зі скаргами на підвищену температуру тіла, болі в м'язах, загальну слабкість, іноді висип на тілі, приблизно у половини дітей спостерігались ознаки ураження ЦНС. Переважно попередні діагнози стосувались гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), лише після проведення серологічного дослідження з визначенням титрів антитіл до вірусу ГЗН класу IgM у дітей, вдалося верифікувати дане арбовірусне захворювання.

Серед дитячого населення віком від 1 місяця до 18 років було зареєстровано 1051 випадків ГЗН в США від 2002 по 2005 рік. Серед них – 317 (30 %) пацієнтів мали нейроінвазивний перебіг захворювання та 106 (34 %) пацієнтів були дітьми віком до 10 років. Двоє (0,6 %) педіатричних хворих з нейроінфекціями мали летальне завершення: немовля з енцефалітом і 14-річний хлопчик із менінгітом, ускладненим патологією імунної системи.

Спостереження за групою пацієнтів із нейроінфекціями при ГЗН, які проводили американські вчені (штат Колорадо), виявили, що із 19 пацієнтів – 2 (10 %) померли, 7 (37 %) були здоровими на момент виписки зі стаціонару, 6 (32 %) потребували подальшого підтримуючого лікування і 4 (21 %) перебували на тривалій реабілітації. Дані результати свідчать про те, що приблизно половина реконвалесцентів після

нейроінфекцій при ГЗН потребує тривалого подальшого лікування та реабілітації для відновлення функцій ЦНС.

**Висновки.** Отже, ГЗН залишається актуальною проблемою сьогодення, і в педіатричній практиці зокрема. Враховуючи, що в Україні відсутня адекватна система лабораторної діагностики ГЗН у мережі закладів охорони здоров'я, при дифдіагностиці пацієнтів з ураженням ЦНС важливо звертати увагу на дані епідеміологічного анамнезу, особливо про випадки укусів комарів та перебування в місцях виплоду та активної циркуляції даних векторів.

Юхимець Надія Анатоліївна, Дудник Аліна Олександрівна,  
Чехолка Наталія Василівна

## **ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ІЗ СИНДРОМОМ ЕКЗАНТЕМИ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. В. Виговська  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

*Yukhimets Nadia Anatolyivna, Dudnik Alina Olexandrivna,  
Cheholka Natalia Vasylivna*

## ***INFECTIOUS DISEASES WITH RASH SYNDROME IN CHILDREN***

*Department of Children Infectious Diseases*

*Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. V. Vigovska  
Bogomolets national medical university, Kyiv, Ukraine  
E-mail: [nadezhda.yukhimets@mail.ru](mailto:nadezhda.yukhimets@mail.ru); Yukhimets N.*

**Актуальність:** Найбільша частота інфекційних захворювань спостерігається в дитячому віці, і відповідно, практична діяльність педіатра вимагає певних знань в даному розділі

медицини, особливо щодо «класичних дитячих» інфекцій. Традиційно всі інфекційні захворювання, що супроводжуються висипами на шкірі, раніше називали інфекційними висипами. До цієї групи більш 100 років включали кір, вітряну віспу, краснуху, скарлатину та багато інших захворювань. В даний час термін інфекційні екзантеми має більш вузьке значення і об'єднує групу вірусних інфекцій з чіткою клінічною картиною, що проявляються на певному етапі висипом. У своїй роботі ми хочемо стисло представити основну інформацію відомих на даний момент інфекційних захворювань, що супроводжуються синдромом екзантеми

**Мета роботи.** Проаналізувати історії хвороби дітей із інфекційними захворюваннями із синдромом екзантеми у дітей госпіталізованих до Київської міської дитячої клінічної інфекційної лікарні (КМДКІЛ) за період з 2013 по 2015 роки.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 548 пацієнтів у віці від народження до 18 років життя, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця – КМДКІЛ за період 2013 – 2015 роки.

**Результати дослідження.** Інфекційні захворювання із синдромом екзантеми серед дівчаток зустрічалися у 47 %, серед хлопчиків – у 53 %. Вікова структура хворих була наступною: діти першого року життя склали 18,3 %; 1-3 років – 17 %; 3-6 років – 26,3 %; 6-9 років – 15 %; 9-18 років – 23,4 %. Було проведено аналіз по окремих нозологічних групах. Встановлено, що пацієнтів із вітряною віспою серед усіх госпіталізованих складало 50 %, скарлатиною – 18,06 %, корем – 7,2 %, ГРВІ з синдромом екзантеми – 2 %, краснухою – 1,8 %, ієрсиніозною інфекцією – 0,9 %. За ступенем тяжкості серед всіх дітей із інфекційними захворюваннями із синдромом екзантеми превалювала середньотяжка форма (95,6 %), тяжка форма реєструвалася в 3,3 % випадків, легка – 1,1 %. У 9,3 % серед всіх

госпіталізованих дітей із інфекційними захворюваннями із синдромом екзантеми розвинулися ускладнення. Серед яких відмічали - приєднання вторинної бактеріальної інфекції, неврологічні ускладнення (енцефалітна реакція, судомний синдром), токсична міокардіодистрофія, РДС-синдром та інші.

**Висновок.** Серед інфекційних захворювань із синдромом екзантеми найчастіше зустрічається вітряна віспа (50 %). Найбільша захворюваність серед інфекційних захворювань із синдромом екзантеми спостерігається у дітей в віці 3-6 років (26,3 %). При чому хлопчики хворіють достовірно частіше ніж дівчатка.

Яротнік Ольга Леонідівна

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КИШКОВОГО ІЕРСІНІОЗУ-  
ТРИГЕРА ДЕРМАТОМІОЗИТУ У ПІДЛІТКА**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. В. Виговська  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

*Yarotnik Olga Leonidivna*

***CLINICAL CASE OF INTESTINAL YERSINIOSIS – TRIGGER  
OF DERMATOMYOSITIS IN TEENAGER***

*Department of Children Infectious Diseases*

*Scientific supervisor: d. med. sc., prof. O. V. Vigovska  
Bogomolets national medical university, Kyiv, Ukraine*

*E-mail: [iarotnik\\_olya@ukr.net](mailto:iarotnik_olya@ukr.net); Yarotnik O. L.*

**Актуальність:** Іерсініозна інфекція, зумовлена патогенними для людини *Yersinia enterocolitica* та *Yersinia pseudotuberculosis*, належить до поширених в Україні і світі гострих кишкових захворювань. Питома вага кишкового іерсініозу серед гострих

діарей коливається в межах від 0,4 % до 15 % [1]. Хоча вважають, що ієрсиніоз зустрічається частіше, а низький рівень реєстрації хвороби зумовлений труднощами його діагностики. За даними ВООЗ поширеність ієрсиніозу має глобальний характер – його реєструють у понад 30 країнах світу.

**Мета роботи.** Проілюструвати клінічний випадок кишкового ієрсиніозу у дитини.

**Матеріали та методи.** Виписка із історії хвороби дитини 14 років, яка знаходилася на стаціонарному лікуванні у інфекційному відділенні ДКЛ №2 м. Києва.

**Результати дослідження.** Дівчинка К., 14 років, госпіталізована до ДКЛ №2 м. Києва з діагнозом: ГРВІ з синдромом екзантеми. При госпіталізації скарги на підвищення температури тіла до 39 °С, озноб, в'ялість, біль в горлі, біль в суглобах та м'язах при ходьбі, висип на шкірі. Анамнез захворювання: дитину вкусила за палець миша. Об'єктивно при госпіталізації: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості. Температура тіла 38,3 °С, ЧД – 23/хв., ЧСС – 84 уд./хв., АТ – 90/60 мм.рт.ст. Тяжкість обумовлена інтоксикаційним, гіпертермічним, артралгічним синдромами та синдромом міальгії. На обличчі, тулубі, кінцівках уртикарна висипка за типом «кропив'янки». Відмічається біль в м'язах кінцівок, що утруднює самостійне пересування. виражена периорбітальна тінь за типом «лілових окулярів» Лабораторно: мала місце гіпертрансфераземія – АлАТ від 1800 до 3000 ОД/л, АсАТ – до 5000 ОД/л. Рівень специфічних антитіл до ієрсинії *enterocolitica* 03 (1:200), *Yersinia enterocolitica* 09 (1:800) визначений за допомогою РПГА у хворої. Проведено обстеження на антинуклеарні атитіла – 1,5; прокальцитонін – 0,17мг/мл; креатинкіназа – 504 U/l; лактатдегідрогеназа – 9470,0 ОД/л. Сформульований заключний клінічний діагноз: Дебют дифузного захворювання сполучної тканини: дерматоміозит. Ієрсиніоз (серологічно), тяжкого ступеню тяжкості

**Висновок.** На сьогоднішній день проблема диференційної діагностики ієрсиніозу та дифузних захворювань сполучної тканини є актуальною. Труднощі у веденні таких хворих визначаються на всіх етапах – від постановки діагнозу до спостереження та обстеження в період реконвалесценції та/або ремісії. Своєчасна діагностика дифузних захворювань сполучної тканини, в тому числі і дерматоміозиту-утруднена. Це пов'язано з поліморфізмом симптомів цих захворювань та неоднозначною трактовкою отриманих результатів лабораторного обстеження. Враховуючи наявність імунного пошкодження тканин при ієрсиніозній інфекції, вона може бути в деяких випадках тригером розвитку дифузних захворювань сполучної тканини.

## ЗМІСТ

### Інфекційні хвороби в практиці лікаря - інтерніста: сучасні аспекти

*Infectious diseases in practice of physician-internist: modern aspects*

	стор.
<i>Андрущак М. О., Баланюк І. В., Островська Н. І.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ВІТРИНОЇ ВІСПИ СЕРЕД ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА БУКОВИНІ</b>	4
<i>Антушева Т. І.</i> <b>БАКТЕРІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ПОШИРЕНОСТІ ЗБУДНИКІВ ДИФТЕРІЇ</b>	6
<i>Басенко Є. В., Крючков Ю. Ю., Ничипорчук О. Ф., Зюлковський А. Р.</i> <b>ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГРИПУ СЕЗОНУ ЛИСТОПАД – ГРУДЕНЬ 2009 РОКУ ТА СІЧЕНЬ–ЛЮТИЙ 2016 РОКУ У ДІТЕЙ</b>	10
<i>Беклеміщева А. О., Вега А. Р.</i> <b>КРАСНУХА У ВАГІТНИХ</b>	12
<i>Березіна М. Г.</i> <b>УСКЛАДНЕННЯ ВІТРИНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ</b>	15
<i>Бинда Т. П., Абдуллаєва Н. Ф. кизи</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП</b>	17
<i>Болецька Т. О.</i> <b>ГЕМАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ</b>	20
<i>Бондаренко А. В., Могиленец О. І., Кацапов Д. В.</i> <b>ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ІКСОДОВОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ</b>	23

<i>Буйко О. О.</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ ЗА ДАНИМИ ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ</b>	<b>26</b>
<i>Бутенко Д. А.</i>	
<b>ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С</b>	<b>28</b>
<i>Вега А. Р., Беклеміщева А. О.</i>	
<b>АСПЕКТИ РАННЬОЇ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ</b>	<b>30</b>
<i>Вега А. Р., Беклеміщева А. О.</i>	
<b>СУЧАСНІ АСПЕКТИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ ЛАЙМА</b>	<b>33</b>
<i>Винник Е. Ю., Кондрин О. Є., Бойко М. А.</i>	
<b>ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	<b>37</b>
<i>Возна Х. І.</i>	
<b>ОЦІНКА ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ РИТМУ СЕРЦЯ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ</b>	<b>40</b>
<i>Волобуєва О. В., Лядова Т. І., Шустваль М. Ф.</i>	
<b>ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО МІОКАРДИТУ У ХВОРИХ НА ГРИП У ПЕРІОД ЕПІДЕМІЇ 2016 РОКУ</b>	<b>44</b>
<i>Гайворонська І. Є., Зайченко Т. В., Бутко В. А.</i>	
<b>ОСОБОЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІРУСНИХ ПНЕВМОНІЙ В ЕПІДЕМІЧНОМУ СЕЗОНІ 2016 РОКУ</b>	<b>46</b>
<i>Гнатюк В. В., Надрага О. Б., Покровська Т. В.</i>	
<b>ЕНТЕРОВІРУСНІ МЕНІНГІТИ У ДІТЕЙ</b>	<b>49</b>
<i>Говардовська О. О.</i>	
<b>ПЕРВИННА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ</b>	<b>53</b>

<i>Голубнича В. М., Чемич М. Д., Грищенко С. О.</i>	
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ГРВИ, УСКЛАДНЕНОЇ ПНЕВМОНІЄЮ</b>	<b>56</b>
<i>Голяр О. І., Брей А. І.</i>	
<b>АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА МАЛЯРІЮ ЗА 2010-2016 РР. У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	<b>59</b>
<i>Голяр О. І., Мельник Д. С.</i>	
<b>МОНІТОРИНГ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ОСНОВНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ПАТОГЕНІВ ЗА 2013- 2015 РОКИ У МЕЖАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ</b>	<b>61</b>
<i>Голяр О. І., Панчошак А. В.</i>	
<b>ПРОБЛЕМА ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ПОЛІОМІЄЛІТУ В УКРАЇНІ</b>	<b>64</b>
<i>Голяр О. І., Сіщук І. В.</i>	
<b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	<b>67</b>
<i>Голяр О. І., Хруник Л. М.</i>	
<b>ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ</b>	<b>70</b>
<i>Голяр О. І., Чорней К. К.</i>	
<b>МІОКАРДИТ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ФЕЛІНОЗУ</b>	<b>72</b>
<i>Голяр О. І., Шкрібляк У. В.</i>	
<b>АНАЛІЗ ЕПІДЕМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГРИП У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	<b>75</b>
<i>Голяр О. І., Шпарик Д. М.</i>	
<b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПИРОЗУ В УКРАЇНІ</b>	<b>77</b>

<i>Грижак І. Г., Дьоміна Н. М., Прокоф'єва О. О.</i>	
<b>ЗНАЧЕННЯ СЕРОЛОГІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ТОКСОПЛАЗМОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ</b>	<b>80</b>
<i>Дикий Б. М., Пюрик В. Ф., Бойчук О. П., Гуровська Н. П., Мазурок У. Я., Процик А. Л.</i>	
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИБАКТЕРІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ТЯЖКИХ ФОРМАХ ТОНЗИЛІТІВ</b>	<b>83</b>
<i>Домашенко О. М., Черкасова Т. І., Панієва Д. С., Демкович О. О., Давидова О. В.</i>	
<b>ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С</b>	<b>86</b>
<i>Дубініна Н. В.</i>	
<b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ І КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОПІСТОРХОЗА В УКРАЇНІ</b>	<b>90</b>
<i>Ільїна Н. І., Ільїна В. В., Гайворонська І. Є., Зайченко Т. В., Бутко В. А., Пономаренко О. М.</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ ЕПІДЕМІЧНОГО СЕЗОНУ 2016 РОКУ</b>	<b>93</b>
<i>Клименко Н. В., Немцова О. М.</i>	
<b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИСТЕМНОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ З УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ</b>	<b>97</b>
<i>Ковальова Г. О.</i>	
<b>ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ З ВІЛ/СНІДу В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	<b>100</b>
<i>Ковалюх І. Ю., Швецова М.-А. І., Гапонова К. О., Шокун М. О., Король І. М., Денисенко М. Б.</i>	
<b>ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ВІРУСНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ПРОТЯГОМ 2015 РОКУ</b>	<b>103</b>

*Козько В. М., Терьошин В. О., Меркулова Н. Ф., Соломеннік Г. О.*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ НУКЛЕЇНОВИХ КИСЛОТ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З НАЯВНІСТЮ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С** 105

*Лаврюкова С. Я., Пастерначенко Н. С., Мозгова В. О., Усиченко О. М., Усиченко К. М.*

**АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ ДЕЯКИХ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНІВ ЦИТОКІНІВ ІL-4, ІL-10, TNF У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В** 108

*Лядова Т. І., Волобуєва О. В.*

**ДИНАМІКА ІМУННИХ ПОРУШЕНЬ У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ** 111

*Малиш Н. Г., Демеха Н. М., Немцова О. М., Тищенко В. В.*

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ ТА ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ НА СУМЩИНІ У СУЧАСНИХ УМОВАХ** 114

*Малиш Н. Г., Єрмакова О. Г., Фетісова І. М., Кулеш Л. П.*

**САЛЬМОНЕЛЬОЗ У СУЧАСНИХ УМОВАХ: ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, ІМОВІРНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ** 117

*Морочковський Р. С.*

**СКЛАДНИЙ ВИПАДОК ДИФЕРЕНЦІЙНОГО ДІАГНОЗУ ЖОВТЯНИЦІ** 121

*Москалюк В. Д., Андрущак М. О., Баланюк І. В.*

**КЛІНІКО-ЕПІДІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ЛЕПТОСПІРОЗУ У ХВОРИХ НА БУКОВИНІ** 125

*Москалюк В. Д., Баланюк І. В.*

**ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ ТА ГРИП У ДОРОСЛИХ НА БУКОВИНІ** 127

*Москалюк В. Д., Бойко Ю. І., Кривецька С. С.*

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІТРИНОЇ ВІСПИ У ВАГІТНИХ** 130

*Піддубна А. І., Денисенко О. В., Злиденний Т. В.,  
Корнєєв С. М.*

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ З ВІЛ, ІНФІКОВАНИХ  
СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ** 133

*Піддубна А. І., Кулеш Л. П., Логвинюк Г. О.,  
Скателова О. О.*

**ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У  
ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ШЛЯХАМИ ІНФІКУВАННЯ  
ВІЛ** 137

*Пришляк О. Я., Бойчук О. П., Кобрин Т. З., Остяк Р. С.,  
Мазурок У. Я.*

**ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
ХВОРИХ НА ГРИП В ЕПІДЕМІЧНОМУ СЕЗОНІ 2015-  
2016 РР.** 139

*Пришляк О. Я., Перекліта М. Я., Мізюк Р. М.,  
Приходько Н. М.*

**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ  
ПЕРЕБІГУ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ ТА ХРОНІЧНОЇ  
ЕБШТЕЙН-БАРР-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-  
ІНФІКОВАНИХ** 143

*Пришляк О. Я., Процик А. Л., Кондрин О. Є.,  
Андрусишин Л. І.*

**ПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ КЛІНІЧНИХ  
ОСОБЛИВОСТЕЙ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ** 146

*Пришляк О. Я., Пюрік В. Ф., Кондрин О. Є.,  
Будеркевич Л. І., Копчак О. В.*

**МІКРОЦИРКУЛЯТОРНІ РОЗЛАДИ ПРИ  
ЛЕПТОСПРОЗІ** 149

*Рогольова К. Д., Шереметьєва А. А.*

**ОСОБЛИВОСТІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ НА  
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ** 152

<i>Рябіченко В. В., Сніцарь А. О., Троцька І. О.</i>	
<b>КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С</b>	<b>155</b>
<i>Сидорчук А. С.</i>	
<b>ЗАГАЛЬНА ІМУНОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ МОЛОДИХ ОСІБ, ХВОРИХ НА АДЕНОВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ</b>	<b>158</b>
<i>Сидорчук А. С., Богачик Н. А., Венгловська Я. В.</i>	
<b>НОВЕ В КОМПЛЕКСНОМУ ПІДХОДІ ДО ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	<b>161</b>
<i>Січненко Н. С.</i>	
<b>КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ЕКЗАНТЕМ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ</b>	<b>164</b>
<i>Сміян О. І., Бинда Т. П., Моїсеєнко К. А.</i>	
<b>БРОНХІТИ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АД'ЮВАТНОЇ ТЕРАПІЇ</b>	<b>167</b>
<i>Сухарев А. Б.</i>	
<b>РОЛЬ ІНФЕКЦІЇ У ПРИПИНЕННІ РОЗВИТКУ ПЛОДУ</b>	<b>170</b>
<i>Терьошин В. О., Меркулова Н. Ф., Могиленець О. І., Скімова Н. О.</i>	
<b>ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З РЕЦИДИВУЮЧОЮ ГЕРПЕТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ</b>	<b>172</b>
<i>Терьошин В. О., Меркулова Н. Ф., Могиленець О. І., Скімова Н. О.</i>	
<b>ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ, АСОЦІЙОВАНОГО З ВІРУСОМ EPSTEIN-BARR</b>	<b>175</b>

<i>Тищенко В. В., Троцька І. О., Псарьов В. М., Сніцарь А. О.</i>	
<b>АКТУАЛЬНІСТЬ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ</b>	<b>179</b>
<i>Трихліб В. І., Боклан Ю. О., Грушкевич В. В., Третьяков В. В., Марущенко К. Ю., Ткачук С. І., Савчук С. О., Золина С. В.</i>	
<b>УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРЕБІГ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ</b>	<b>182</b>
<i>Трихліб В. І., Грушкевич В. В., Сморгунова В. Ф., Рихальська К. С., Марущенко К. Ю., Павловська М. О., Мусієнко Т. І., Музика Г. А., Майданюк В. П., Герасимчук К. Р.</i>	
<b>ПАРЕНТЕРАЛЬНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ</b>	<b>187</b>
<i>Трихліб В. І., Задорожна В. І., Ткачук С. І., Оперчук Н. І.</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГОСТРІ ІНФЕКЦІЇ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ МНОЖИННОЇ ТА НЕУТОЧНЕНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЗА АДМІНІСТРАТИВНИМИ РЕГІОНАМИ УКРАЇНИ</b>	<b>191</b>
<i>Трихліб В. І., Ткачук С. І., Майданюк В. П.</i>	
<b>ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ЗОНІ АТО</b>	<b>196</b>
<i>Усманов К., Болецкая Т. А.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПОСТСОВЕТСКИХ ГОСУДАРСТВАХ В 2010-2015 ГОДАХ</b>	<b>200</b>

*Чемич М. Д., Фролова Л. С., Ільїна Н. І., Ільїна В. В., Шолохова С. Є.*

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ОПІСТОРХОЗ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ЙОГО ЛІКУВАННЯ** 204

*Чемич М. Д., Лішневська А. Г.*

**ВПЛИВ СТУПЕНЯ ФІБРОЗУ ТА ВІРУСНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ВМІСТ ФОРМЕНИХ ЕЛЕМЕНТІВ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С** 207

*Чемич М. Д., Сніцарь А. О., Троцька І. О., Есманова А. І.*

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТЯЖКИХ ФОРМ ГРИПУ У ДОРОСЛИХ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ 2015-2016 РОКІВ** 210

*Чемич М. Д., Троцька І. О., Тищенко В. В.*

**МІСЦЕ ГРИПУ У СТРУКТУРІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ** 214

*Чемич О. М.*

**КЛІНІКО-МІКРОБІОТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ** 217

*Шандиба І. О.*

**РЕЦИДИВНА БЕШИХА: КЛІНІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ. ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ** 222

*Шевцова-Балим К. В., Есманова А. І., Гайворонська І. Є.*

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ГРИПУ, УСКЛАДНЕНОГО ДВОБІЧНОЮ ТОТАЛЬНОЮ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЮ МІАСТЕНІЄЮ В М. СУМИ** 224

*Шостакович-Корецька Л. Р., Ревенко Г. О., Шевченко-Макаренко О. П., Чумак В. І., Овсяникова В. В., Рибіна М. В., Васи́ліна О. Ю.*

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БЕШИХИ** 228

*Шостакович-Корецька Л. Р., Ревенко Г. О., Шевченко-Макаренко О. П., Шевельова О. В.*

**РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО ЕТИКО-ПРАВОВОЇ ПРОБЛЕМИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ** 231

*Шостакович-Корецька Л. Р., Шевченко-Макаренко О. П., Ревенко Г. О., Булашенко К. О., Партоєва О. Г., Бойко С. В., Бишовець Л. В., Яковенко І. П.*

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОГІЧНІ ОЗНАКИ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ** 234

*Шуль У. А.*

**НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ У ХВОРИХ НА ГАРЯЧКУ ЗАХІДНОГО НІЛУ** 237

*Юхимець Н. А., Дудник А. О., Чехолка Н. В.*

**ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ІЗ СИНДРОМОМ ЕКЗАНТЕМИ У ДІТЕЙ** 240

*Яротнік О. Л.*

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КИШКОВОГО ЄРСИНІОЗУ-ТРИГЕРА ДЕРМАТОМІОЗИТУ У ПІДЛІТКА** 242

Наукове видання

# **Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти**

*Infectious diseases in practice of physician-internist:  
modern aspects*

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції  
(Суми, 15–16 червня 2016 року)**

Відповідальний за випуск В. В. Ільїна  
Комп'ютерне верстання А. І. Піддубної

**Стиль та орфографія авторів збережені**

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 14,65. Обл.-вид. арк. 13,15. 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.