

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ  
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ”  
ДВНЗ “ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ”

**СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ,  
ЛІКУВАЛЬНІ І ПРОФІЛАКТИЧНІ  
ТЕХНОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ  
ІНФЕКЦІОНІСТА**

**Всеукраїнська науково-практична конференція  
інфекціоністів і пленум ГО “Всеукраїнська  
асоціація інфекціоністів”**

(4-5 жовтня 2018 року, м. Чернівці)

Тернопіль  
ТДМУ  
Укрмедкнига  
2018

кому перебігу захворювання, частих рецидивах виправдало себе ультрафіолетове опромінення аутологічної крові (3-4 сеанси).

За наявності значного набряку, а також при формуванні лімфостазу між курсами антибіотикотерапії необхідно призначати преднізолон (15-20 мг за добу) з урахуванням його протизапальної та антигістамінної дії. Місцева терапія проводиться хворим з бульозними формами недуги з локалізацією процесу на кінцівках (пов'язки з антисептиками, поточна газація озono-кисневою сумішшю).

У гострому періоді хворим на рецидивну бешиху можливе застосування УФО, у періоді реконвалесценції – магнітотерапія, аплікації парафіну, озокериту, електрофорез із хлоридом кальцію, лідазою – за наявності набрякового синдрому.

Наступний етап – щомісячне введення антибіотиків пролонгованої дії (ретарпен, біцилін-5) протягом 1-3 років.

**Висновок.** Лікування рецидивної бешихи повинно включати комбіноване використання антибактерійних препаратів нової генерації, імуномодуляторів, немедикаментозні засоби, проводитись послідовно і тривало.

М.Д. Чемич, А.Г. Лішневська

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ НЕДОСТАТНОСТІ ІМУНІТЕТУ І ЗМІН РІВНІВ АНА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОТИВІРУСНІЙ ТЕРАПІЇ**

Університет, медичний інститут, м. Суми

**Актуальність.** Наукові дослідження щодо питань патогенезу хронічного гепатиту С (ХГС) довели, що дисфункція імунного статусу організму зумовлює тривалу персистенцію збудника цієї інфекції та призводить до хронізації захворювання. Тому з'ясування порушень імунної системи у хворих на ХГС і встановлення зв'язків між ними є важливою складовою оптимізації сучасного лікування та реабілітації.

**Мета роботи** – вивчити залежність між ступенем недостатності імунітету та змінами рівнів антинуклеарних антитіл (ANA) у пацієнтів з ХВГС, що отримують противірусну терапію (ПВТ).

**Матеріали і методи:** Обстежено 60 пацієнтів, які отримували лікування з використанням рекомбінантних інтерферонів і рибавіріну. Усіх хворих було розподілено на 3 групи залежно від реактивності імунітету. Ступінь зниження функції імунітету як компонент поліорганної недостатності, був встановлений за рівнем лейкоцитарного індексу інтоксикації (Ю.В. Бондаренко, 2007): 0,5-2,0 одиниці (од.) – задовільна функція імунітету, 2,1-7,0 од. – компенсована недостатність, 7,1-12,0 – субкомпенсована недостатність імунітету, >12,5 або <0,5 од. – неспроможність імунної системи. ЛПІ розраховувався за Я.Я. Кальф-Каліфом. Залежність двох ознак визначалась за коефіцієнтом кореляції Спірмена.

**Результати та обговорення.** Серед обстежених переважали особи чоловічої статі (70,0%) порівняно з жінками (30,0%). Осіб молодого віку було у 1,3 разу більше (55,0%), ніж пацієнтів середнього (42,0%) та у 16,5 разу більше, ніж похилого віку (3,0%).

Середнє значення ЛПІ у вибірці відповідало компенсованій недостатності імунітету і склало ( $2,90 \pm 0,37$ ) од. Відповідно до ЛПІ, серед усіх обстежених порівну було пацієнтів із задовільною функцією імунітету (46,6%) і хворих із компенсованою недостатністю імунітету (48,4%). Значно менше було пацієнтів із субкомпенсованою недостатністю імунітету (5,0%). Хворих з неспроможністю імунокомпетентної системи серед обстежених не було. Розраховуючи кореляцію між функцією імунітету і динамікою ANA у загальній групі, було встановлено, що залежність цих двох ознак не є статистично значущою ( $p > 0,05$ ).

Серед хворих, які мали задовільну функцію імунітету, однаково кількість склали особи із зниженням ANA (42,9%) і з незмінним рівнем антитіл протягом 12 тиж. (39,3%). Значно меншу частину (17,8%) становили пацієнти, в яких рівень ANA підвищився.

У групі хворих із компенсованою функцією імунітету втричі більше (65,5%) було осіб із незмінним рівнем ANA у динаміці, порівняно з тими, у кого рівень антитіл підвищився (20,7%), і у 4,7 разу більше, порівняно із пацієнтами зі зниженням ANA (13,8%).

У третини хворих з некомпенсованою функцією імунітету вміст ANA не змінювався, тоді як в інших двох третинах групи вони знизились.

**Висновок.** На основі результатів дослідження можна стверджувати, що у загальному наростання чи зниження аутоімунних антитіл не залежить від ступеня компенсації загального імунітету, але, виходячи з того, що у більшості пацієнтів під впливом ПВТ значення вмісту ANA залишається або незмінним, або знижується, можемо зробити припущення про зв'язок впливу ПВТ на аутоімунні реакції, а не стану загального імунітету перед початком лікування.

М.Д. Чемич, О.С. Саенко

## ІНТЕГРАТИВНІ ІНДЕКСИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ РЕЦИДИВНІЙ БЕШИХІ

Університет, медичний інститут, м. Суми

**Актуальність.** Захворюваність на бешиху, а особливо її схильність до частих рецидивів постійно привертають увагу наукового товариства і практичних лікарів. Сучасною проблемою є неможливість зниження частоти рецидивів. Актуальним залишається дослідження прогностичних клініко-епідеміологічних особливостей перебігу бешихи, диспансерне спостереження пацієнтів з факторами ризику і розробка вторинних методів профілактики. Зниження захворюваності на бешиху утруднене за рахунок унеможливлення зменшення частоти рецидивів через відсутність ефективних методів первинної імунопрофілактики стрептококових захворювань.

**Мета роботи.** Встановити особливості сучасного перебігу рецидивної бешихи на підставі вивчення виразності ендогенної інтоксикації, рівня реактивності організму

**Матеріали і методи.** У дослідження увійшло 75 хворих на бешиху, що перебували на лікуванні у СОІКЛ ім. З.Й. Красовицького; проаналізовано їх медичні карти. Хворі були поділені на три групи: I – пацієнти з первинною бешихою, II – з повторною бешихою, III – з рецидивною бешихою, по 25 осіб у кожній. Групу порівняння склали 44 клініко-анамнестично здорових

особи. Хворі були обстежені з використанням загальноприйнятих об'єктивних клінічних, лабораторних і апаратних методів дослідження.

Обчислювали інтегративні показники ендогенної інтоксикації та імунореактивності: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), показник інтоксикації (ПІ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН), індекс імунореактивності (ІІР), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), лімфоцитарний індекс (Ілімф.), індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів (ІСЕЛ), індекс алергізації (ІА), ядерний індекс (ЯІ), індекс Кребса (ІК), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ІЛГ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛ ШОЕ). Для зручності розрахунків був використаний додаток «Індекси ендогенної інтоксикації» для мобільної операційної системи Android.

**Результати та обговорення.** Після проведеного аналізу гематологічних та інтегративних показників ендогенної інтоксикації встановлено, що в усіх обстежених, порівняно з анамнестично здоровими особами, були підвищені інтегративні індекси інтоксикації: ЛІІ, ГПІ, ІЗЛК, ПІ, РВН ( $p < 0,05$ ), а індекси неспецифічної реактивності: ІСЛМ, Ілімф., ІСЕЛ, ІА навпаки знижені ( $p < 0,05$ ).

Показники ендогенної інтоксикації у пацієнтів з первинною і повторною формами бешихи становили: I група: ЛІІ –  $(5,19 \pm 0,44)$  од., ГПІ –  $(9,06 \pm 0,44)$ , ІЗЛК –  $(2,19 \pm 0,37)$ ; II група: ЛІІ –  $(4,76 \pm 0,28)$ , ГПІ –  $(14,66 \pm 1,47)$ , ІЗЛК –  $(2,43 \pm 0,34)$  од. В 1,2-2,3 рази ці показники були вищими у пацієнтів з рецидивною бешихою (III група): ЛІІ –  $(6,07 \pm 0,37)$  од., ГПІ –  $(20,53 \pm 2,08)$ , ІЗЛК –  $(2,63 \pm 0,21)$  од. Найнижчі показники реактивності були у пацієнтів з рецидивною бешихою (ІІР –  $(3,00 \pm 0,32)$  од., ІСЛМ –  $(2,86 \pm 0,22)$ , Ілімф. –  $(0,29 \pm 0,08)$ , ЯІ –  $(0,21 \pm 0,02)$  од.), в 1,2-2,2 рази вони були вищими у хворих з первинною і повторною формою недуги (I група: ІІР –  $(5,12 \pm 0,34)$  од., ІСЛМ –  $(4,06 \pm 0,32)$  од., Ілімф. –  $(0,37 \pm 0,07)$  од., ЯІ –  $(0,26 \pm 0,02)$  од.; II група: ІІР –  $(4,90 \pm 0,22)$  од., ІСЛМ –  $(4,80 \pm 0,24)$ , Ілімф. –  $(0,34 \pm 0,09)$ , ЯІ –  $(0,24 \pm 0,02)$  од.).

Індекси неспецифічної реактивності (ІІР, ІСЛМ, ІСЕЛ) та індекси активності запалення (ІЛГ, ІЛ ШОЕ) достовірно знижу-

гічних відповідей на три види борелій (*OspC Bb*, *OspC Bg*, *OspC Bsp*), без поверхневого антигену, який належить *B. afzelii*. Проте слід зазначити, що за даними літератури, саме *B. afzelii* відносно частіше притаманна пацієнтам із шкірними проявами Лайм-бореліозу. Окрім того, р39 діагностовано в 1 респондента. Антигенів *VlsE* у жодного хворого не було.

Слід зазначити, що 12 (28,6%) із 42 обстежених пацієнтів, окрім вогнищ склеродермії, мали також симптоми ураження опорно-рухової (9 осіб), серцево-судинної (3), нервової (1) систем.

**Висновки.** Поширеність інфікування бореліями пацієнтів із локалізованою склеродермією, асоційованою із Лайм-бореліозом, складала 28,6% за першим етапом діагностики (ІФА) та 14,3% – за другим (імуноблот), що вказує на необхідність двохетапної діагностики цієї недуги. У 30,4% обстежених пацієнтів, окрім основних симптомів морфеа, були виражені ураження опорно-рухової, серцево-судинної та нервової систем, тобто клінічні прояви можливого супутнього Лайм-бореліозу. Вперше у пацієнтів з локалізованою склеродермією, асоційованою із Лайм-бореліозом, які проживають на Тернопільщині, виявлено антитіла до *B. spielmanii*.

## ЗМІСТ

<i>М.А. Андрейчин, М.І. Шкільна, О.Л. Івахів, М.Т. Гук, Н.А. Ничик</i> <b>АНАПЛАЗМОЗ У ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ</b> .....	3
<i>М.О. Андрущак, В.Д. Москалюк, В.Д. Сорохан, М.О. Соколенко</i> <b>АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ УРАЖЕННЯ НИРОК У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ</b> .....	5
<i>І.В. Баланюк, І.В. Рудан, А.М. Сокол</i> <b>ТИПИ АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ У ХВОРИХ НА ВІЛ- ІНФЕКЦІЮ</b> .....	6
<i>В.А. Боднар, Г.М. Дубинська, Н.О. Прийменко, Т.М. Котелевська, Л.А. Боднар</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГРИП-АСОЦІЙ- ВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ</b> .....	8
<i>Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Я.І. Йосик</i> <b>ПРИЧИНИ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ</b> .....	9
<i>Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, Я.І. Йосик, Н.Г. Завіднюк</i> <b>СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ</b> .....	11
<i>Х.І. Возна, Ю.О. Рандюк, О.М. Давиденко, І.В. Рудан, Т.Р. Колотило</i> <b>ЗМІНИ ЧАСОВИХ І СПЕКТРАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ВАРІА- БЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ВІЛ- ІНФЕКЦІЮ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ МОЛСИДОМІНОМ</b> .....	13
<i>Л.А. Волянська, І.Л. Горішна, О.Л. Івахів, О.М. Дивоняк, І.Я. Гончарук</i> <b>ВИПАДОК ТРИДЕННОЇ МАЛЯРІЇ У ДИТИНИ</b> .....	15
<i>О.Б. Ворожбит, О.Б. Герасун, А.М. Задорожний, Н.М. Прикуда, В.В. Покоцька</i> <b>ПРОБЛЕМА ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ</b> .....	17
<i>О.Б. Герасун, Г.П. Сосна, А.Л. Сороколіт, О.Б. Ворожбит, Н.М. Прикуда</i> <b>АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАСТОСУВАННЯ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ (за даними Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні)</b> .....	19

*І.Г. Грижак, О.Я. Пришляк, Б.М. Дикий, О.П. Бойчук, Т.З. Кобрин, М.В. Прокопович, Л.Р. Грижак, О.О. Прокоф'єва*  
**ІНФОРМАТИВНІСТЬ ІНТРАТЕКАЛЬНИХ АНТИТІЛ  
ДО ТОКСОПЛАЗМ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСУ В ПОСТАНОВЦІ  
ЕТІОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ .....20**

*М.Б. Дашо, С.А. Лишенюк*  
**ПРОБЛЕМА ВИКЛАДАННЯ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ  
ХВОРОБ НА ЕТАПІ ДОДИПЛОМНОЇ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ  
ОСВІТИ ..... 22**

*О.А. Дралова, О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова,  
Є.А. Сіліна*  
**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ  
ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ТОКСОКАРОВОЮ  
ІНВАЗІЄЮ.....24**

*П.А. Дьяченко, А.О. Руденко*  
**НОВІ МОЖЛИВОСТІ ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ  
ГЕРПЕСВІРУСНИХ НЕЙРОІНФЕКЦІЙ .....26**

*В.В. Євтушенко*  
**УРАЖЕННЯ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГОСТРИХ  
НЕЙРОІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ ..... 28**

*Д.Г. Живиця, Л.В. Живиця, В.Л. Шинкаренко, І.Б. Іванова,  
О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова, Г.В. Глазунова*  
**ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕЧНІСТЬ СОФОСБУВІРУ  
В ПОЄДНАННІ З ПЕГІЛЬОВАНИМ ІНТЕРФЕРОНОМ/  
РИБАВІРИНОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С .....30**

*Д.Г. Живиця, В.Г. Казека*  
**ЗАЛЕЖНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ  
ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ВІД ШЛЯХУ  
ІНФІКУВАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ  
АГОНІСТАМИ ОПОЇДІВ ..... 32**

*Д.А. Задирака, О.В. Рябокони, Ю.Ю. Рябокони*  
**КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ  
НА ГНІЙНИЙ МЕНІНГІТ У ДИНАМІЦІ ЗАХВОРЮВАННЯ .....33**

*А.М. Задорожний, О.Б. Ворожбит, Н.М. Прикуда*  
**ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНИХ  
ГЕПАТИТІВ І ГЕМОХРОМАТОЗУ .....35**

*О.О. Зубач*  
**ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕРЕЖІ FACEBOOK  
ДЛЯ ОПИТУВАННЯ ДОБРОВОЛЬЦІВ ЩОДО ОБІЗНАНОСТІ  
З ПИТАНЬ ЛЕПТОСПІРОЗУ ..... 37**

*Н.О. Іванченко*  
**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КАШЛЮК ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ  
ЛЬВІВЩИНИ У 2017-2018 рр. ....39**

*К.В. Калашник, Ю.Ю. Рябокони, О.М. Камишиний*  
**РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 У ПРОГНО-  
ЗУВАННІ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ПРОТИВІРУСНОЇ  
ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С..... 40**

*Н.М. Киричук, В.І. Трихліб*  
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ПОКАЗНИКИ ЗАГАЛЬНОГО  
АНАЛІЗУ КРОВІ У МОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВО-  
СЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ  
ОРГАНІВ ДИХАННЯ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРІОДУ РОКУ .....42**

*В.Ю. Ключ, А.О. Руденко*  
**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВИКЛИКАНИХ  
КОГНІТИВНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ (Р300) У ПАЦІЄНТІВ  
З ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ХВОРОБИ ЛАЙМА  
З ПЕРЕВАЖНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ..... 47**

*В.М. Козько, Г.О. Соломенник, К.В. Юрко, О.Є. Бондар,  
О.І. Могиленець, Н.Ф. Меркулова, О.М. Винокурова*  
**МАЛОІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ  
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....49**

*Т.Р. Колотило, В.Д. Москалюк, І.В. Баланюк, О.І. Голяр, І.В. Рудан*  
**ІМУНОПАТОГЕНЕЗ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ..... 51**

*Ю.В. Копча, Ю.М. Андрейчин*  
**ТЕРМОГРАФІЧНИЙ КРИТЕРІЙ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ  
ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО І ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО  
ТОНЗИЛІТУ .....53**

*Н.Г. Малиш, Ж.В. Хатинська, Т.Ю. Кірій, О.М. Немцова*  
**ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО  
НАГЛЯДУ ЗА КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ВІРУСНОЇ  
ЕТІОЛОГІЇ.....55**

*А.І. Марков, С.О. Крамарьов*  
**ПЕЧІНКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ  
НЕЙРОІНФЕКЦІЯМИ..... 57**

<i>С.Р. Меленко</i> <b>КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ.....</b>	<b>59</b>
<i>Л.П. Мельник, М.І. Шкільна, Л.А. Грищук, О.Л. Івахів, І.С. Іщук, В.О. Качор, Н.Ю. Вишневська</i> <b>ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ У ПАЦІЄНТІВ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ І САРКОЇДОЗОМ ЛЕГЕНЬ.....</b>	<b>61</b>
<i>В.Д. Москалюк, І.В. Баланюк, Т.Р. Колотило</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ (клінічний випадок).....</b>	<b>63</b>
<i>В.Д. Москалюк, Х.І. Возна, О.І. Голяр, І.В. Баланюк, М.О. Андрущак</i> <b>ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ВІЛ/НСV-КО-ІНФЕКЦІЮ (за даними диференційованої електрокардіограми).....</b>	<b>65</b>
<i>В.Д. Москалюк, І.В. Рудан, І.В. Баланюк, Т.Р. Колотило</i> <b>СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КОРУ.....</b>	<b>67</b>
<i>С.О. Никитюк</i> <b>ЧАСТОТА ІНФІКУВАННЯ БОРЕЛІЯМИ ТА АНАПЛАЗМАМИ КЛІЩІВ, ЯКІ КУСАЛИ ДІТЕЙ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....</b>	<b>68</b>
<i>С.О. Никитюк, А.Г. Корицький, Т.П. Пилипчук</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УКУСУ ШКОЛЯРА КРОТОМ.....</b>	<b>69</b>
<i>Н.В. Оніщенко, О.В. Рябоконт, О.М. Фірюліна</i> <b>УСКЛАДНЕННЯ ВІТРИНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ.....</b>	<b>70</b>
<i>О.Л. Панасюк, Л.В. Березіна, В.І. Матяш, Д.В. Говорова, Н.С. Трємбачова</i> <b>ЧАСТОТА ТА ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА МОНО- І МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....</b>	<b>72</b>
<i>Т.М. Пахольчук, О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, В.В. Печугіна, С.Л. Ніколаєва, Т.Б. Матвєєва</i> <b>ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ГЕМОКОЛІТУ ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ РАНОГО ВІКУ.....</b>	<b>74</b>
<i>Т.В. Покровська, В.В. Гнатюк, С.В. Пенцак, С.І. Кащєвська</i> <b>ВИПАДОК ТЯЖКОЇ ПАРВОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ.....</b>	<b>76</b>

<i>Г.Ф. Пономаренко</i> <b>АКТУАЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ В ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ.....</b>	<b>78</b>
<i>Н.М. Прикуда, О.М. Крук, А.М. Задорожний</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СЕПТИЧНОЇ ФОРМИ ЛІСТЕРІОЗУ.....</b>	<b>80</b>
<i>О.Я. Пришляк, М.В. Прокопович, О.П. Бойчук, У.Я. Мазурок</i> <b>УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ НА КІР.....</b>	<b>82</b>
<i>О.В. Прокопів, Н.М. Прикуда, С.А. Лишенюк</i> <b>САЛЬМОНЕЛЬОЗ У ДІТЕЙ РАНОГО ВІКУ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ.....</b>	<b>84</b>
<i>А.Л. Процик, О.Я. Пришляк, О.П. Бойчук, Т.О. Нікіфорова</i> <b>СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ І СТУПІНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ ТА АСКАРИДОЗ.....</b>	<b>86</b>
<i>Г.О. Рєвенко, О.П. Штепа, В.В. Маврутенков, В.Г. Рєзвих, О.В. Кузьменко, І.П. Белова, В.В. Долгополова</i> <b>НАПРУЖЕНІСТЬ ІМУНІТЕТУ ПРОТИ ДИФТЕРІЇ НАСЕЛЕННЯ м. ДНІПРА.....</b>	<b>87</b>
<i>О.В. Рябоконт, О.В. Анікіна, О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова</i> <b>ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ 3D-РЕЖИМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....</b>	<b>89</b>
<i>О.В. Рябоконт, І.О. Кулєш, О.М. Фірюліна, Ю.Ю. Рябоконт</i> <b>КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ.....</b>	<b>91</b>
<i>О.В. Рябоконт, Т.Є. Оніщенко, О.М. Фірюліна, В.Г. Савєльєв, Ю.Ю. Рябоконт</i> <b>ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ З ЛЕТАЛЬНИМ РЕЗУЛЬТАТОМ.....</b>	<b>93</b>
<i>О.В. Рябоконт, О.О. Фурик, О.В. Зарудна, Д.Ю. Рябоконт</i> <b>ДИРОФІЛЯРІОЗ, СПРИЧИНЕНИЙ <i>DIROFILARIA REPENS</i>, У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2003-2016 рр.....</b>	<b>95</b>
<i>А.С. Сидорчук, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, В.Д. Сорохан</i> <b>ЗАСТОСУВАННЯ РЕГІДРАТАЦІЙНОГО РОЗЧИНУ РЕО-ВОДА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИЙ САЛЬМОНЕЛЬОЗ.....</b>	<b>96</b>

М.О. Соколенко, В.Д. Москалюк, А.А. Соколенко, М.О. Андрущак  
**АЛОФЕРОН У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ  
НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ.....98**

Т.В. Телегіна, К.О. Шушило  
**КЛІНІЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ  
ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ  
НА ОПЕРІЗУВАЛЬНИЙ ГЕРПЕС..... 100**

В.І. Трихліб, В.В. Грушкевич, Т.В. Буракова, Ю.І. Даниленко,  
В.І. Лисько, Ю.О. Боклан, О.С. Гришин  
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖ-  
БОВЦІВ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЬ У НВМКЦ «ГВКГ» У 2018 р.....101**

О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова, Є.А. Сіліна,  
О.А. Дралова, С.Л. Ніколаєва, О.М. Фірюліна, Є.В. Зеленухіна  
**СТАН ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ПОЛІОМІЄЛІТУ І ПОШИРЕНІСТЬ  
ГОСТРИХ МЛЯВИХ ПАРАЛІЧІВ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ..... 105**

А.Б. Хелемендик, О.В. Рябокони, О.В. Царьова, Ю.Ю. Рябокони  
**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ  
НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ПОКАЗАНЬ  
ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ..... 106**

Т.В. Чабан, В.М. Бочаров  
**ЗМІНИ У ПЛЕВРАЛЬНІЙ РІДИНІ У ХВОРИХ НА МІКСТ-  
ІНФЕКЦІЮ ТБ-ВІЛ З ПНЕВМОЦИСТНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ,  
УСКЛАДНЕНОЮ ЕКСУДАТИВНИМ ПЛЕВРИТОМ..... 108**

Т.В. Чабан, Н.В. Верба  
**ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ  
ГЕМОСТАЗУ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ  
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С..... 110**

Т.В. Чабан, М.І. Чубач, Н.В. Верба, В.М. Бочаров, О.В. Гулла  
**САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ – НЕВІД'ЄМНА  
СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ.....111**

М.Д. Чемич, Н.І. Ільїна, В.В. Ільїна  
**ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОЇ БЕШИХИ..... 112**

М.Д. Чемич, А.Г. Лішневська  
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ НЕДОСТАТНОСТІ ІМУНІТЕТУ  
І ЗМІН РІВНІВ АНА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С,  
ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОТИВІРУСНІЙ ТЕРАПІЇ..... 114**

М.Д. Чемич, О.С. Саєнко  
**ІНТЕГРАТИВНІ ІНДЕКСИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ  
ПРИ РЕЦИДИВНІЙ БЕШИСІ.....110**

О. М. Чемич, Д. Ю. Свириденко  
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ЕТІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ  
ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ФОРМИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ..... 118**

М.Д. Чемич, О.С. Шевченко, Р.С. Лісних  
**ВИРАЗНІСТЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ЗАЛЕЖНО  
ВІД ТЯЖКОСТІ І ВИСЛІДІВ ГРИПУ..... 120**

М.Д. Чемич, О.С. Шевченко, Я.Д. Чумаченко  
**ГРИП: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ.....122**

М.І. Шкільна, М.А. Андрейчин, О.Л. Івахів  
**BORRELIA SPIELMANII У ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ..... 124**

Л.Р. Шостакович-Корецька, О.П. Шевченко-Макаренко,  
С.А. Галущенко, В.Д. Ткаченко, О.А. Турчина  
**СПЕКТР ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ  
ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С..... 126**

К.В. Юрко, В.М. Козько, Г.О. Соломенник, Н.Є. Христенко  
**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПТРАЛУ У ХВОРИХ  
НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ХГС..... 128**

К.Б. Яворська, М.І. Шкільна, М.П. Федчишин  
**ЗБУДНИКИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ (*BORRELIA BURGDORFERI*  
*S. L. TA B. SPELMANII*) У ПАЦІЄНТІВ З ЛОКАЛІЗОВАНОЮ  
СКЛЕРОДЕРМІЄЮ..... 130**