



ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНІСТА: СУЧАСНІ АСПЕКТИ

Infectious diseases in practice of physician-internist: modern aspects
Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції

(Суми, 29-30 травня 2019 року)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ З ЕПІДЕМІОЛОГІЄЮ
ГО «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, 29–30 травня 2019 року)

Суми
Сумський державний університет
2019

УДК 616.9:614.253.3(063)

*Рекомендовано до видання вченою радою
Сумського державного університету
(протокол № 12 від 22 травня 2019 року)*

Редакційна колегія:

доктор медичних наук, професор *М. Д. Чемич* (відповідальний редактор); доктор медичних наук, професор *В. М. Козько*; доктор медичних наук, професор *В. Д. Москалюк*; доктор медичних наук, професор *Т. В. Чабан*; кандидат медичних наук, доцент *Н. Г. Малиш* (відповідальний секретар); кандидат медичних наук, доцент *Н. І. Ільїна*

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста:
I-74 сучасні аспекти: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30 травня 2019 року/
редкол.: М. Д. Чемич, В. М. Козько, В. Д. Москалюк,
Т. В. Чабан, Н. Г. Малиш, Н. І. Ільїна. – Суми : Сумський
державний університет, 2019. – 168 с.

*Infectious diseases in practice of physician-internist:
modern aspects : the materials of All-Ukrainian scientific and
practical conference, Sumy, 29–30 may 2019 / editors:
M. D. Chemych, V. M. Kozko, V. D. Moskalyuk, T. V. Chaban,
N. G. Malysh, N. I. Ilyina. – Sumy : Sumy State University,
2019. – 168 p.*

УДК 616.9:614.253.3(063)

© Чемич М. Д., Козько В. М.,
Москалюк В. Д. та ін., 2019
© Сумський державний
університет, 2019

Infectious diseases in practice of physician-internist: modern aspects : the materials of All-Ukrainian scientific and practical conference, Sumy, 29–30.05.2019. Sumy State University

Бинда Тетяна Парфеніївна
**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПЕРЕБІГУ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ НА
ПІДЙОМІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ**

Кафедра педіатрії
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Bynda Tetiana Parfenievna
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF THE SERIOUS MENINGITIS
THROUGH IN CHILDREN WITH HUMAN MALIGNITY**

Department of Pediatrics
Sumy State University, Sumy, Ukraine
t.bynda@med.sumdu.edu.ua

Summary. *The features of the course of serous meningitis in children have been studied. It was established that serous meningitis was more often detected in boys, the peak of the disease was in school and adolescence. The disease was characterized by moderate severity, a two-wave course, dissociated meningeal syndrome and a favorable conclusion.*

Актуальність. XXI століття характеризується підвищенням ростом захворювань вірусної етіології, паралельно з цим виявляється велика кількість зареєстрованих менінгітів. Ентеровіруси є найбільш частими збудниками асептичних менінгітів. За даними літератури, значна кількість захворювань виявляється саме серед дітей. На сьогодні вірусологічні дослідження, на жаль, не є широкодоступними та швидкими у виконанні. Так, у культурі клітин виділення ентеровірусу з клінічного матеріалу займає у середньому 21-30 днів. Серологічна діагностика базується на чотириразовому та більше підвищенні титру в період реконвалесценції. І тільки метод ПЛР дозволяє швидко (упродовж 6-7 годин) виявити вірусспецифічну РНК або ДНК та з високою специфічністю (до 98 %). Уточнення

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

етиології менінгіту є важливим і необхідним моментом для призначення своєчасної і адекватної терапії. Але встановлення ентеровірусної етіології захворювання утруднено (у зв'язку зі складністю спеціальних лабораторних досліджень і суб'єктивних причин) і, як правило, базується на комплексній оцінці поєднання характерних клінічних ознак, епідеміологічної ситуації, вірусологічного та серологічного дослідження.

Мета. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості ентеровірусних менінгітів у дітей на підйомі захворюваності.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилося 35 дітей у віці від 1 року до 18 років із асептичним (серозним) менінгітом, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні анестезіології і реанімації та неврологічному відділенні КНП «Дитячої клінічної лікарні Святої Зінаїди» СМР з серпня по жовтень місяць 2018 року. При госпіталізації усім дітям проводилося комплексне обстеження, яке включало проведення люмбальної пункції, клініко-біохімічне дослідження спинномозкової рідини та крові, вірусологічне дослідження проб носоглоткового слизу, фекалій, цереброспінальної рідини, а також серологічні методи діагностики. У якості експрес-діагностики ентеровірусних менінгітів використовували молекулярно-генетичний метод ПЛР. Для виключення бактеріальної етіології менінгітів проводилося бактеріологічне дослідження спинномозкової рідини та визначення рівня прокальцитоніну і СРБ у сироватці крові. Результати проведених досліджень, а також кількісні показники, що характеризували клінічну картину захворювання, опрацьовувалися параметричним статистичним методом з використанням програми Microsoft Excel, Statistika 6.

Результати дослідження. Більша частина дітей була госпіталізована у перші три дні захворювання (91,4 %). При аналізі отриманих результатів виділені основні клінічні особливості серозних менінгітів у дітей. У віковій структурі пацієнтів переважали діти віком шкільного віку і підлітки (88,6

%). Хлопчиків було достовірно більше (85,7 %), ніж дівчаток ($p < 0,05$). Ентеровірусна етіологія захворювання була підтверджена у 71,4 % дітей шляхом виявлення РНК ентеровірусу в лікворі методом ПЛР. В аналізах кала ентеровіруси визначалися у 11,4 % дітей.

Початок захворювання у 100 % дітей був гострим. Усі хворі при госпіталізації до стаціонару скаржилися на гіпертермію, головний біль, блювання. Менінгеальний синдром був позитивним у 82,8 % пацієнтів. У 34,3 % дітей виявлявся помірний катаральний синдром. Клінічний діагноз виставлявся тільки після проведення спинномозкової пункції. Цитоз коливався в межах від 35 до 1500 клітин, мав змішаний характер з переважанням лімфоцитів у 60 % хворих. Необхідно зазначити, що у 14,3 % дітей, незважаючи на наявність загальноомозкової симптоматики, позитивних менінгеальних знаків, змін у цереброспінальній рідині виявлено не було. Але через 3-6 днів у них знову погіршувався стан і при повторній спинномозковій пункції були виявлені запальні зміни серозного характеру в лікворі. Серозний менінгіт у 85,7 % характеризувався середнім ступенем тяжкості. Усі хворі отримували комплексну базисну терапію, яка включала патогенетичні і симптоматичні препарати. Антибактеріальна терапія не призначалася. В усіх хворих захворювання завершилося видужанням.

Висновки. Серозні менінгіти ентеровірусної етіології у дітей характеризувалися середнім ступенем тяжкості, наявністю двохвильового перебігу (22,9 %), дисоційованим менінгеальним синдромом і сприятливим завершенням.

Бурнос Яна Анатоліївна, М'якота Тетяна Валентинівна
**КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: асистент Лішневська А. Г.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Yana Burnos, Tanya Myakota
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: assistant Lishnevskaya A.
Sumy State University, Sumy, Ukraine
yana18burnos@gmail.com*

Summary. *The clinical picture of hepatitis C depends on how the human body responds to the penetration of the virus. Therefore, it is necessary to analyze the course of the virus hepatitis C depending on, taking into account the characteristics of each person. We also have the opportunity to determine age, sex the prevalence of the genotype of chronic viral hepatitis C, which is important in choosing tactics of antiviral therapy.*

Актуальність. За даними ВООЗ, на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) страждає біля 150 млн осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки вірусом гепатиту С. Вже зараз загальна кількість хворих на гепатити у світі у 14 – 15 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. Вірусні гепатити у 50 – 100 разів контагіозніші, ніж ВІЛ-інфекція.

Мета. Вивчити клінічні та епідеміологічні особливості перебігу хронічного вірусного гепатиту С.

Матеріали і методи дослідження. Для виконання поставленого завдання було проаналізовано 46 медичних карток

стаціонарних хворих на ХВГС, які перебували на лікуванні у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні імені З. Й. Красовицького протягом 2018 року.

Результати дослідження. Середній вік обстежених становив (48,13±1,86) року. Чоловіків було у 1,7 раза більше (63,04 %), ніж жінок (36,96 %). Найбільше випадків ХВГС було спричинено 1в (41,30 %) та 3а (36,96 %) генотипами, найменше - 1а та 2 (по 2,17 %), генотип не визначався або не був визначений - у 17,40 %.

Спостерігався субклінічний перебіг ХВГС з виразним астено - вегетативним синдромом (97,83 %). Переважна кількість хворих скаржилася на тяжкість у правому підребер'ї (63,04 %). Інші скарги спостерігалися у значно меншій кількості хворих: біль у правому підребер'ї і набряки/асцит - у 6,5 % осіб; диспептичний синдром - у 4,34 %; артралгії, м'язові болі, алергічні реакції, геморагії та кровоточивість з ясен, висипання - у 2,17 %. Температура тіла при госпіталізації в середньому становила (36,61±0,04)⁰ С. Субіктеричність чи іктеричність склер спостерігалась у 28,26 % хворих, телеангіектазії - у 4,34 %, гепатомегалія (у 60,94 %) виявлялась у 7,8 раза частіше, ніж спленомегалія (у 7,81 %). Чутливість у правому підребер'ї при пальпації відмічалась у 26,09 % пацієнтів, при цьому біль у правому підребер'ї при пальпації спостерігався лише у 2,17 % хворих на ХВГС.

Висновки. ХВГС спричиняється переважно 1в та 3а генотипами вірусу, уражаються частіше чоловіки середнього віку. Характерним є субклінічний перебіг хвороби. Серед клінічних ознак переважали астено-вегетативний синдром та гепатомегалія.

Васкул Надія Василівна, Мізюк Руслан Михайлович
**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ
ЛАЙМА В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД
2016-2018 РОКІВ**

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

Vaskul Nadiia, Mizyuk Ruslan

***CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF LYME
DISEASE IN IVANO-FRANKIVSK REGION FOR THE PERIOD
2016-2018***

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»,
Ivano-Frankivsk, Ukraine
vaskul.nadiia@gmail.com*

Abstract. *Lyme disease is now the most common natural focal disease in the territory of Ivano-Frankivsk region; the spread of disease in 2018 was 4.30 per 100 thousand populations. Among the clinical forms often occur atypical forms of the disease (20 %). They must be diagnosing by modern serological methods. The reasons for the prevalence of this disease are increasing the number of Ixodes ticks in the region and insufficient diagnosis of non-erythema forms.*

Актуальність. За рівнем захворюваності і поширеності, тяжкістю клінічного перебігу хвороба Лайма є однією з найбільш актуальних проблем сучасності інфекційної патології. За останні роки в Україні спостерігається значне збільшення захворюваності на хворобу Лайма. Так, рівень захворюваності зріс із 6,45 на 100 тис. нас. у 2016 р. до 12,77 – у 2018 р. В Івано-Франківській області зареєстровано 204 (25,4 % від всіх населених пунктів області) ензоотичних територій щодо Лайм-бореліозу. Також спостерігається збільшення чисельності

іксодових кліщів на території області: індекс рясності зріс з 1,74 (2008 р.) до 5,98 (2016 р.). За 2016 рік в Івано-Франківській області зареєстровано 39 випадків Лайм-бореліозу проти 40 в 2015 р. та 26 в 2014 р. (2,84 проти 2,92 та 1,90 на 100 тис. нас.).

Мета. Проаналізувати клініко-епідеміологічні особливості хвороби Лайма в Івано-Франківській області за період 2016-2018 рр.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі 20 історій хвороб пацієнтів із Лайм-бореліозом, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ, та епідеміологічних даних ДУ «Івано-Франківський обласний лабораторний центр МОЗ України».

Результати та обговорення. Протягом останніх років в Івано-Франківській області спостерігається збільшення рівня захворюваності на хворобу Лайма. За 2018 рік в Івано-Франківській області зареєстровано 59 випадків проти 39 в 2016 р. (4,30 проти 2,84 на 100 тис. нас.). Найчастіше захворювання реєструвалося у Надвірнянському та Рожнятівському районах – 46 та 16 випадків, відповідно. Незафіксовано жодного випадку захворювання у Долинському районі. Захворювання переважно реєструвалося у віковій категорії від 30 до 45 років.

У Івано-Франківській ОКІЛ за період 2016-2018 рр. на стаціонарному лікуванні з приводу Лайм-бореліозу знаходилося 20 осіб. При зборі епідеміологічного анамнезу стало відомо, що у 8 пацієнтів (40 %) укусу кліща не був зафіксованим, однак проведене серологічне дослідження і типова клінічна картина дозволили встановити правильний діагноз. Решта 12 осіб чітко вказали на укусу кліща. Період між появою перших клінічних симптомів і зверненням за медичною допомогою становив від 4 до 30 днів, у середньому – 10-12 днів. Еритемна форма захворювання була зареєстрована у 16 хворих із 20 (80 %), безеритемна форма спостерігалась у 4 (20 %) хворих. Мігруюча еритема з'являлася у вигляді червоної макули або папули на місці укусу кліща. Зона почервоніння навколо місця укусу розширювалась, відмежовуючись від неураженої шкіри яскраво-

червоною облямівкою; у центрі ураження інтенсивність змін була виражена менше. Розміри еритем коливалися від 15,5 до 20,1 см. Серологічно діагноз був підтверджений у 18 (90 %) хворих. Середня тривалість лікування становила – $12,40 \pm 0,52$ ліжко-днів.

Висновки. Хвороба Лайма залишається важливою проблемою, що вимагає пильного епідеміологічного нагляду з боку фахівців. Озеленення, зростання приміського будівництва, проектування нових міських паркових зон створює сприятливі умови для розмноження кліщів, що створює загрозу ураження міського населення. Відмічено зростання захворюваності на території Івано-Франківської області (з 2,84 на 100 тис. нас. у 2016 р. до 4,3 на 100 тис. нас. у 2018 р.). Серед клінічних форм мають значення атипові безеритемні форми захворювання, які необхідно діагностувати за допомогою сучасних серологічних методів.

Васкул Надія Василівна, Бойчук Олександр Петрович,
Винник Елеонора Юріївна

**ОЦІНКА РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ГЕПАТИТ А В
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2014-2018
РОКІВ**

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

Vaskul Nadiia, Boychuk Oleksandr, Vynnyk Eleonora
**EVALUATION INCIDENCE OF HEPATITIS A IN IVANO-
FRANKIVSK REGION FOR THE PERIOD 2014-2018**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»,
Ivano-Frankivsk, Ukraine
vaskul.nadiia@gmail.com*

***Abstract.** Hepatitis A is characterized by a high level of morbidity and is one of the most common intestinal infectious diseases. In recent years, the incidence of hepatitis A in Ukraine tends to decrease, but in Ivano-Frankivsk region experienced higher levels of intense figure last year to 9.70 per 100 thousand populations. There are sufficient reasons to consider hepatitis A as an environmental problem, the successful solution of which is determined by the high level of sanitary culture of the population, availability of safe drinking water, social living conditions.*

Актуальність. Гепатит А характеризується високим рівнем захворюваності і належить до найрозповсюдженіших кишкових інфекцій. Епідеміологічна значущість визначається, насамперед, можливістю реалізації шляхів передачі інфекції через воду, їжу, предмети побуту та рук при недотриманні гігієнічних норм. В Івано-Франківській області за останні роки спостерігається високий рівень захворюваності на гепатит А.

Мета. Оцінити рівень захворюваності на гепатит А в Україні та Івано-Франківській області за період 2014-2018 рр.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі даних статистичних звітів ДУ «Івано-Франківський обласний лабораторний центр МОЗ України» та ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Результати та обговорення. Аналізуючи рівень захворюваності на ВГА в Україні за період 2014-2018 рр., спостерігали щорічне зниження кількості випадків на дану недугу. Так, інтенсивний показник у 2014 р. становив 9,73; у 2015 р. – 5,78; у 2016 р. – 7,08; у 2017 р. – 7,34; а у 2018 р. – 6,52 на 100 тис. нас., що відповідало 4417, 2460, 3026, 3128 та 2767 випадкам гепатиту А. Однак, в Івано-Франківській області за останні роки рівень захворюваності населення на гепатит А мав тенденцію до збільшення. Починаючи із 2014 р., інтенсивний показник на 100 тис. нас. підвищився із 2,12 до 9,70 – у 2018 р. (29 та 133 хворих відповідно). У 2015 р. рівень захворюваності на 100 тис. нас. становив 3,81; а в 2016 р. – 5,53 (52 та 76 хворих відповідно).

Найбільший рівень захворюваності на гепатит А в Івано-Франківській області за останні роки спостерігався у 2017 році – зареєстровано 142 випадки хвороби, інтенсивний показник становив 10,34 на 100 тис населення. Найвищі показники відмічали в Надвірнянському, Снятинському, Коломийському районах та м. Яремче (30,39; 22,90; 16,84 та 25,97 на 100 тис населення відповідно).

Особливістю 2018 р. стало те, що на фоні високого рівня захворюваності в області спостерігали найвищий показник даної хвороби в м. Яремче – 225,58 на 100 тис. нас., що відповідало 53 хворим. Зареєстрована кількість пацієнтів становила 39,84 % від усіх хворих на гепатит А в Івано-Франківській області. Дане захворювання в різні роки реєструвалося в усіх районах області, але найрідше у Городенківському районі (1 випадок у 2016 р.) Слід також відмітити, що для області характерним є прояв

епідемічного процесу у вигляді поодиноких спорадичних випадків. Групових спалахів гепатиту А, а також спалахів в організованих колективах не зареєстровано.

Висновки. За останні роки рівень захворюваності на гепатит А в Україні має тенденцію до зниження, однак в Івано-Франківській області спостерігається підвищення рівня інтенсивного показника за останній рік до 9,70 на 100 тис. нас. Є достатньо підстав розглядати гепатит А як екологічну проблему, успішне розв'язання якої визначається високим рівнем санітарно-гігієнічної культури населення, наявністю доброякісної питної води, соціальними умовами життя. Вакцинація проти вірусного гепатиту А є надійним заходом профілактики даного захворювання.

Винник Елеонора, Добровольська Анна¹, Кондрин Оксана,
Васкул Надія, Бойчук Олександр

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА
КІР В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА
ПРОГНОЗУВАННЯ НАСТУПНИХ СПАЛАХІВ**

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

¹Кафедра медичної інформатики, медичної і біологічної фізики
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет», м. Івано-Франківськ, Україна

*Vynnyk Eleonora, Dobrovolska Anna¹, Kondryn Oksana, Vaskul
Nadiia, Boychuk Oleksandr*

***EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MORBIDITY FOR THE
MEASLES IN IVANO-FRANKIVSK REGION AND
FORECASTING THE NEXT OUTBRDEAKS***

Department of Infectious Diseases and Epidemiology

¹*Department of Medical Informatics, Medical and Biological Physics
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»,
Ivano-Frankivsk, Ukraine
eleonoravy@yahoo.com*

Resume. *The morbidity of measles for 1991-2018 in the Ivano-Frankivsk region was characterized. It is analyzed how in 1991-2018 the number of measles patients in age groups changed. According to the measles incidence in 1991-2018, a mathematical model was constructed, in which the periods of possible outbreaks of measles were determined in 2019-2040.*

Актуальність. Проблема збільшення захворюваності на кір зумовлена високою контагіозністю, наявністю ускладнень та ураженням всіх вікових груп. За останні 14 місяців у 47 з 53 країн європейського регіону ВООЗ було зареєстровано загалом більше ніж 100 тисяч випадків кору і більше ніж 90 випадків смерті, пов'язаних з цим захворюванням. За даними Центру

громадського здоров'я МОЗ, у 2018 р. в Україні зареєстровано 53 219 хворих на кір. Від початку 2019 р. станом на 08.05.2019 р. кір забрав життя 16 осіб.

Мета. Охарактеризувати епідеміологічну ситуацію щодо захворюваності на кір в Івано-Франківській області. Спрогнозувати можливі періоди спалахів інфекції.

Матеріали та методи. Опрацювання звітних даних щодо рівня захворюваності в 1991-2018 рр., наданих Івано-Франківським обласним лабораторним центром МОЗ України, в межах побудови математичної моделі і визначення прогнозованих періодів спалахів кору протягом 2019-2040 рр. за цією моделлю.

Результати. Проаналізувавши дані захворюваності на кір в Івано-Франківській області за період 1991-2018 рр., можемо стверджувати, що в 1991-2005 рр. періодичність захворювання була 4 роки, а з 2006 р. – 5-6 років. Високі показники захворюваності на кір на 100 тис. насел. зареєстровані в 1993 р. (30,18), 1997 р. (25,40), 2001 р. (175,83), 2006 р. (155,67), 2012 р. (278,55), 2018 р. (420,71).

Побудована математична модель (містить як лінійну, так і періодичну складові) захворюваності на кір на 100 тис. населення впродовж 1991-2018 рр. відображує природну періодичну (4-6 років) циркуляцію інфекції за загальної тенденції до зростання захворюваності (можна стверджувати за трендом або лінійною складовою побудованої моделі, що відображує вплив факторів, які мають довготривалу дію – в контексті нашого дослідження такими факторами можна вважати природні умови).

Прогноз за лінійною складовою побудованої моделі дозволяє вважати, що протягом 2019-2040 рр. загальна тенденція до зростання захворюваності на кір збережеться. Згідно з побудованою математичною моделлю, в 2022-2023 рр. слід очікувати наступний спалах кору.

Порівнюючи захворюваність під час спалахів кору у 2012 р. і 2018 р., можна вести мову про зростання захворюваності (відповідно 278,55 проти 420,71 на 100 тис. нас.).

Для спалаху кору в 2012 р. характерно, що найбільше хворих було серед дорослих (29,0 %), а серед дітей – у вікових групах 1-4 років (21,4 %) і 15-17 років (18,0 %).

Особливістю спалаху інфекції в 2018 р. є те, що серед дітей найбільше хворих було вже у вікових групах 5-9 і 10-14 років (відповідно 24,3 % і 18,5 %). Кількість дорослих, які захворіли на кір у 2018 р., була більшою за кількість захворілих дітей вікової групи 5-9 років (26,9 % проти 24,3 %). У 2018 р. в порівнянні з 2012 р. кількість захворілих дорослих дещо зменшилась (з 29,0 % до 26,9 %).

Порівнявши дані, які характеризують спалахи інфекції в 2012 р. і 2018 р., стверджуємо, що в наступний циклічний період у вікових групах змінилась кількість дітей, котрі захворіли на кір, а захворюваність серед дорослих залишилась на високому рівні.

Висновки. У 2018 р. спостерігалась найвища захворюваність на кір у порівнянні з попередніми спалахами інфекції протягом 1991-2018 рр. Серед захворілих на кір дітей у 2018 р. переважала вікова група 5-9 років, а також залишалась високою захворюваність серед дорослих. На період 2019-2040 рр. згідно з побудованою математичною моделлю зберігається загальна тенденція до зростання захворюваності на кір (періодичність спалахів інфекції кожні 4-6 років). За побудованою моделлю в 2022-2023 рр. слід очікувати наступний спалах кору в Івано-Франківській області.

Горбачевський Артем Олександрович
**ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ С З ЦИРОЗОМ
ПЕЧІНКИ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: д. мед. наук, проф. Чемич М. Д.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Gorbachevskyi Artem

**FEATURES OF LABORATORY CHANGES FOR PATIENTS
WITH CHRONIC HEPATITIS C WITH LIVER CIRRHOSIS**

*Department of infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: Doctor of medical science, Professor
Chemych M. D*

Sumy State University, Sumy, Ukraine

d.goldoc@gmail.com

***Summary.** The article is devoted to the actual issue the origin, development and course of cirrhosis of the liver associated with viral hepatitis C in modern conditions. Main content HCV cases have been studied determine the factors influencing the complication of infection. The statistical analysis revealed key laboratory parameters that arose during illness. Among the age structure is dominated by men aged 40 to 60 years. Calculation and comparison were conducted on the basis of results of analyzes and statistics for 2018.*

Актуальність. В Україні вірусний гепатит С (ВГС) за ступенем негативного впливу на здоров'я населення займає домінуюче місце у структурі інфекційної патології. На перебіг хвороби та її наслідки може впливати низка факторів, зокрема наявність супутніх уражень печінки. Кількість захворювань на дану патологію у 5–6 разів перевищує дані офіційної статистики, а кількість носіїв вірусу в Україні перевищує 1 млн осіб.

Мета. Вивчити особливості лабораторних змін у хворих на хронічний вірусний гепатит С з цирозом печінки.

Методи та матеріали. Опрацьовано медичні карти та обстежено 35 хворих, які отримували лікування у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні імені З. Й. Красовицького у 2018 році. Використано загальноприйнятні методи статистичного та епідеміологічного аналізу.

Результати. Серед обстежених пацієнтів переважали чоловіки 19 (54 %) у віці від 40 до 60 років 22 (61 %). Цироз класу В за Чайлд П'ю переважає над іншими 17 (48.5 %). Анемія спостерігалася у половини хворих 18 (51.4 %). Серед дослідженої групи виявлена стійка тромбоцитопенія у більшості пацієнтів 25 (71 %). Прискорення ШОЕ, лейкопенія спостерігаються значно рідше (відповідно, у 15 (43 %), 8 (23 %)), F4 за шкалою METAVIR лише у 9 (25.7 %).

Висновки. У Сумській області серед хворих на ХВГС ускладненого цирозом печінки, переважають чоловіки у віці від 40 до 60 років. У більшості хворих спостерігається тромбоцитопенія; прискорення ШОЕ, лейкопенія виявлені у меншій частині досліджуваної групи. Цироз класу В за Чайлд П'ю займає половину усіх випадків захворювання.

Грамма Аліна Сергіївна, Сміян Олександр Іванович,
Попов Сергій Віталійович, Юсюк Людмила Анатоліївна
**ДИНАМІКА РОЗПОДІЛУ ЗА НОЗОЛОГІЧНИМИ
ОДИНИЦЯМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ У СУМСЬКІЙ
ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННІ РОКИ**

Кафедра педіатрії
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

*Hramma Alina Sergiivna, Smiyan Oleksandr Ivanovych,
Popov Serhii Vitaliiiovych, Yusiuk Liudmyla Anatoliivna*
**THE DYNAMICS OF DISTRIBUTION OF NOSOLOGICAL
UNITS OF NEWBORNS IN THE SUMY REGION IN RECENT
YEARS**

*Department of Pediatrics
Sumy State University, Sumy, Ukraine*
alinagramma@ukr.net

***Summary.** There is a recent tendency to increase the number of congenital infections due to the low level of women's health, as well as the increase in the level of diagnosis of fetal infection. However, the emergence and treatment of infants remains an important problem in modern neonatology. It is necessary to concentrate efforts on the prevention of nosocomial infections. This requires the introduction of new infectious disease control programs in accordance with modern technologies, training of medical personnel. Improvement of new methods of examination and treatment of newborns.*

Актуальність. Демографічна ситуація в Сумській області залишається достатньо складною. Рівень народжуваності в останні роки не зростає, в цілому у Сумській області спостерігається скорочення населення як у міських поселеннях, так і у сільській місцевості. У зв'язку з цим і виникає потреба збереження здоров'я та якості життя народжених дітей.

Мета дослідження. Провести аналіз пролікованих у відділенні інтенсивної терапії новонароджених за нозологічними одиницями у Сумській області за 2015 – 2017 років.

Матеріали та методи. Проаналізувати кількісні показники пролікованих новонароджених за нозологічними одиницями у Сумській області за період 2015 – 2017 років.

Результати дослідження. Серед нозологічних одиниць у пролікованих дітей у 2017 р. на першому місці, як і в попередніх роках, внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія у пологах – 40 – 38 %.

Друге місце займають інфекції, специфічні для перинатального періоду – 11,5 – 13 % у 2017 р.

В інфекціях лідирує сепсис.

У всіх випадках діагноз було підтверджено на основі анамнезу, клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження (бактеріологічні, рентгенологічні). З метою верифікації діагнозу інфекційних захворювань та підвищення ефективності патологоанатомічних досліджень було проведено бактеріологічне та вірусологічне дослідження секційного матеріалу на базі лабораторій обласної дитячої лікарні.

Третє місце серед нозологічних одиниць у пролікованих новонароджених займають вроджені вади розвитку. Кількість випадків з вродженими вадами розвитку збільшилась у 2017 р. у порівняння з 2016 р.: 6,1 % проти 11,1 %, у 2015 р. – 17,9 %. У 2017 р. це були вроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту - 50 %. Всі діти були прооперовані в обласній дитячій лікарні.

Четверте місце посіли вроджені пневмонії – 4,9 % у 2017 р., 4 % – у 2015 р.

Зменшується кількість дітей з постнатальними інфекціями та дітей пролікованих з синдромом дихальних розладів, що пов'язано з використанням екзогенного сурфактанту на рівні

пологових стаціонарів та виживанням дітей з цією патологією в пологових стаціонарах.

Кількість перивентрикулярних крововиливів нетравматичного генезу збільшилась: 12 (4,5 %) випадків у 2017 р. проти 10 (3,8 %) у 2016 р.

За три роки відсоток недоношених дітей залишається незмінним (44,4-44,7 %), у тому числі дітей до 1000 г : у 2017р.- 4,9 %, у 2016 – 3,9 %, у 2015 – 4,4 %.

Висновки. В останній час є тенденція до збільшення кількості вроджених інфекцій у зв'язку з низьким рівнем здоров'я жінок, а також з підвищенням рівня діагностики внутрішньоутробної інфекції. Проте виходжування і лікування немовлят залишається важливою проблемою сучасної неонатології. Необхідно сконцентрувати зусилля на запобіганні нозокоміальних інфекцій, для чого потрібно впровадження нових програм інфекційного контролю, відповідно до сучасних технологій, навчання медичного персоналу, удосконалення нових методів обстеження та лікування новонароджених.

Грижак Ігор Гнатович, Грижак Лілія Романівна,
Довганюк Наталія Євгенівна
**ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ АСПЕРГІЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ
У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**

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

*Hryzhak Ihor Hnatovych, Hryzhak Liliya Romanivna,
Dovhaniuk Nataliya Yevhenivna*

**DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PULMONARY
ASPERGYLOSIS IN PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS**

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

igryzhak@ifnmu.edu.ua

***Summary.** Six patients with chemo-resistant tuberculosis and 1 HIV-infected patient without tuberculosis that had elevated IgG levels to aspergill were examined. Both the computed tomography of lungs and titres of IgG against aspergillum in blood were conducted in the dynamics on the background of antifungal treatment application. A definite stable symptom complex of aspergilosis was detected – it's a prolonged hemoptysis, subfebrile and decreased body mass index. The patients had been using itraconazole from 1 to 6 months which led to recovery. Disappearance of elevated levels of antibodies to aspergilli confirmed the diagnosis and it served as criterion of complete recovery.*

Актуальність. Аспергільоз – захворювання, яке викликається пліснявим грибом *Aspergillus spp.*, здебільшого штамми *A. flavus*, *A. fumigatus*, *A. niger*, *A. terreus*. У природі гриби широко розповсюджені і зустрічаються на продуктах, багатих на моносахариди і полісахариди, але також можуть

розмножуватися і у вологій штукатурці стін. Вважається, що більшість людей інфікуються інгаляційно, при цьому у повітрі постійно присутні тисячі спор цих грибів. Серед факторів розвитку захворювання основну роль відіграє недостатність імунореактивності: нейтропенія, тривала антибіотикотерапія, хронічні захворювання легень тощо. На загал, у світі від аспергильозу помирають близько 600 000 осіб щорічно. Часто він зустрічається у хворих на туберкульоз, але виникають труднощі з його діагностикою.

Мета. Встановити клініко-лабораторні та радіологічні критерії діагностики аспергильозу на тлі туберкульозу.

Матеріали і методи. Обстежено 7 хворих із виявленими антитілами до аспергил на тлі хіміорезистентного туберкульозу (6) і на тлі ВІЛ-інфекції без туберкульозу (1). Використано загальноклінічні обстеження, визначення індексу маси тіла, проведено комп'ютерну томографію легень, визначено в динаміці титр IgG до аспергил на тлі застосування протигрибкового лікування.

Результати дослідження. Пацієнти були з середнім віком $39,8 \pm 5,2$ років, переважно чоловічої статі: 2 жінки (41,7 %) і 5 чоловіків (58,3 %). Індекс маси тіла у всіх хворих з туберкульозом був знижений ($IMT=16,2 \pm 1,1$), окрім особи з ВІЛ-інфекцією ($IMT=19,4$). Всі пацієнти були мешканцями сіл і містечок області, зайняті на різноманітних польових чи будівельно-ремонтних роботах зі значним пиловим забрудненням повітря, двоє працювали на птахофермах. Туберкульоз легень лікували від 5 до 11 місяців, проте зі збереженням рентгенологічної картини дисемінованої вогнищевості (2 особи), та з розпадом і формуванням одиничних чи множинних каверн (4 особи). Одним із постійних симптомів було періодичне кровохаркання, незважаючи на триваючу інтенсивну протитуберкульозну терапію. Серед інших симптомів спостерігалися періодичний субфебрилітет, підвищена пітливість, знижений апетит. На КТ легень у 3 пацієнтів з туберкульозом були виявлені типові ознаки

аспергіломи (в порожнині легені утвір округлої форми із навколишнім просвітленням за типом «серпа»), у інших 3 хворих таких ознак не виявлялося. На КТ були присутні також фіброзно-інфільтративні зміни різної величини і щільності петрифіковані вогнища, потовщення сегментарних та субсегментарних бронхів. У ВІЛ-інфікованого пацієнта на тлі потовщення бронхів виявлено КТ-ознаки типової аспергіломи у верхній долі лівої легені, а в мокротинні гіфи грибів. Інформативним допоміжними методами підтвердження аспергільозу виявився тест на IgG до аспергіл у титрах від 82 ОД/мл до 245 ОД/мл (нормативне значення <50 ОД/мл). Хворі приймали протигрибкове лікування ітраконазолом по 200 мг двічі на день від 1 до 6 місяців. ВІЛ-інфікований пацієнт початково отримав амфотерицин 25 днів та продовжив лікування застосовуючи ітраконазол – 6 місяців. У всіх пацієнтів спостерігалася позитивна клініко-рентгенологічна динаміка зі зникненням кровохаркання, набуттям у масі тіла, розсмоктуванням не тільки аспергілом, але й тих вогнищ у легенях, які апріорно пов'язувалися із туберкульозним процесом. Титри антитіл до аспергілом різко знижувалися аж до значень нижчих від референтного, що було додатковим критерієм одужання.

Висновки. Аспергільоз слід запідозрити у хворих з туберкульозом за наявності стійкого кровохаркання, субфебрилітету, зниженні індекса маси тіла, недостатньому ефекті протитуберкульозного лікування, наявності імунодефіцитних станів різного походження, праці в запилених приміщеннях чи у птахівництві. Характерні рентгенологічні симптоми аспергілом виявляються не в усіх пацієнтів. Інформативним методом підтвердження захворювання є знаходження підвищених рівнів протиаспергільозних IgG, зникнення яких на тлі протигрибкової терапії є критерієм повного одужання.

Грищенко Світлана Олексіївна, Пінчук Віта Сергіївна
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУЧАСНОГО КОРУ У
ДОРΟΣЛИХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ
ІНФЕКЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ КНП «КЛІНІЧНА
ЛІКАРНЯ №4» СМР**

Інфекційне відділення КНП «Клінічна лікарня №4» СМР,
м. Суми, Україна

Hryshchenko Svitlana Oleksiivna, Pinchuk Vita Serhiivna
**DISEASE FEATURES OF THE MODERN MEASLES IN
ADULTS FOR MONITORS RESULTS OF THE INFECTION
DEPARTMENT OF THE CLINICAL HOSPITAL No. 4 SCC**
*Infectious Section of Clinical Hospital No. 4,
Sumy, Ukraine*

sveta_grishenko@ukr.net

Resume. Measles infection is a serious problem for some countries, in particular in Ukraine. Study of this disease is important for quick recovery of measles-infected. It was reveal that most commonly found measles in patients aged 21-30 years.

Актуальність. Останнім часом в місті Суми, як і в Україні в цілому, зростає кількість пацієнтів, у яких виявлено одну з найбільш контагіозних інфекцій - кір. Відмова значної кількості населення України від вакцинації дітей на кір у 80-90 рр. минулого століття привела до того, що хвороба на сучасному етапі все частіше зустрічається у дорослих. Але кір змінює свої симптоми, тому актуальним є дослідження перебігу захворювання у дорослих.

Мета. Провести аналіз клінічних проявів кору у дорослих на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Було проведено аналіз історій пацієнтів, які лікувалися в інфекційному відділенні КНП «Клінічна лікарня № 4» СМР у 2018 році та 4 місяці 2019 року.

Результати дослідження. За період з 2018 року по квітень 2019 року включно з підозрою на кір в інфекційне відділення клінічної лікарні № 4 направлено 168 хворих. З них у 119 (71 %) діагноз кір було підтверджено лабораторно, а 16 (9,5 %) – клініко-епідеміологічно. Серед пацієнтів з підтвердженим діагнозом кір – 79 (66 %) жінок, 40 (34 %) чоловіків. Значну частину становили медичні працівники 30 (25 %). Серед захворілих переважали особи віком 21-30 років (52 особи). Від 18 до 20 років – 12 осіб, від 31 до 40 років - 44, від 41 до 50 років – 19 осіб, старше 50 років – 9. Дані про щеплення були виявлені лише у 12 пацієнтів. У 10 пацієнтів з епідемічнопов'язаними випадками, щеплення зроблено в термін за 14 днів до початку захворювання. У більшості осіб (118) спостерігали середньотяжкий перебіг хвороби, у 11 – легкий, а у 6 – тяжкий. Ускладнення у вигляді запалення легень спостерігалось у 9 пацієнтів, 3 із них були з тяжким перебігом. Летальних випадків не було.

Як типовий перебіг ми розцінювали випадки, які відповідають клінічному визначенню випадку кору. І хоч всі хворі мали типові симптоми, але класичний симптомокомплекс зустрічався не у кожного з них:

- у 4 хворих (3 %) був відсутній продромальний період;
- у 31 (23 %) - висип виник одночасно на обличчі та тулубі;
- у 5 (3,7 %) при наявності поодиноких елементів висипу на обличчі та тулубі спостерігався висип на долонях;
- кашель – у 67 хворих (50 %);
- гострий риніт – у 7 хворих (5,2 %);
- кон'юнктивіт – у 31 хворих (23 %);
- стоматит – у 14 хворих (10 %);
- плями Філатова - Копліка – у 37 хворих (27 %).

33 випадки, в яких отримано негативні результати імунологічного дослідження, розцінено як відхилені. Причини, з

приводу яких цих хворих направлено з підозрою на кір — це лихоманка та макулопапульозний висип.

Висновки. Таким чином, аналіз показав, що найураженішою групою населення на кір є дорослі віком 21-30 років. Низький рівень даних про щеплення серед захворілих потребує створення реєстру на державному рівні.

Велика кількість захворілих з нетиповим перебігом свідчить, що кір змінив свій класичний вигляд і потребує більшої настороженості як інфекціоністів, так і первинної ланки.

Дикий Богдан¹, Тилишчак Зоряна¹, Бойчук Олександр¹, Кобрин Тарас¹, Кучер Андрій²

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНУ МЕНІНГОКОКОВУ ІНФЕКЦІЮ У ДОРΟΣЛОЇ ХВОРОЇ

¹Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»

²Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня,
м. Івано-Франківськ, Україна

*Dyki Bohdan¹, Tylishchak Zoriana¹, Boychuk Oleksandr¹, Kobryn
Taras¹, Kucher Andrii¹*

THE CLINICAL CASE OF GENERALIZED FORM OF MENINGOCOCCAL INFECTION IN ADULT PATIENT

*¹Department of Infectious Disease and Epidemiology
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»*

*²Ivano-Frankivsk Regional Infectious Disease Hospital,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

zoriana.1986@ukr.net

Summary. Meningococcal disease is widespread in all countries of the world, characterized by high lethality, frequent disability, and also a tendency to epidemic outbreaks. The clinical case of meningococcal infection in the patient, who had been treated in Ivano-Frankivsk Regional Infectious Disease Hospital from October, 25 to November, 11, 2018, was analyzed. In the bacteriological study *N. meningitidis* was not detected. The course of antibiotic therapy and peritoneal dialysis was conducted. The condition after treatment improved, but as complications dry gangrene of the limbs was developed, which led to the disability of the patient.

Актуальність. Менінгококова інфекція належить до хвороб національного і регіонального значення, оскільки під час

спалаху епідемії захворюваність може сягати до 1 тис. хворих на 100 тис. населення, а летальність становить до 20%. При невчасному зверненні до лікаря, запізненому виявленні або неадекватному лікуванні збільшується відсоток розвитку ускладнень, що збільшує летальність до 40 %. У більшості людей перенесення тяжких форм менінгококової інфекції закінчується інвалідністю.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок генералізованої форми менінгококової інфекції на основі даних медичної карти стаціонарного хворого.

Матеріали і методи дослідження. Було проаналізовано медичну карту стаціонарної хворої на менінгококову інфекцію, що знаходилася на стаціонарному лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні (ОКІЛ) м. Івано-Франківська в жовтні-листопаді 2018 р.

Результати дослідження. Хвора Л., 1966 р.н., захворіла 20.10.18 р, коли з'явився біль у горлі, нежить, озноб. Лікувалася самостійно, проте стан не покращувався, температура тіла підвищилася до 39⁰ С, з'явився висип геморагічного характеру. За медичною допомогою звернулася 23.10.18 р. у Надвірнянську ЦРЛ. З 23.10. до 25.10.18 р. знаходилася на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії Надвірнянської ЦРЛ з діагнозом «Менінгококова інфекція, менінгококцемія». 25.10.2019 р. переведена у відділення інтенсивної терапії ОКІЛ. Стан при поступленні тяжкий. В свідомості, адинамічна, ригідність потиличних м'язів, менінгеальні знаки сумнівні, температура тіла 36,4⁰ С, АТ - 90/60 мм. рт. ст., Рс - 100/хв., ЧД 100/хв. Шкіра бліда, пальці рук і ніг синюшні, холодні на дотик. На шкірі обличчя, шиї, тулуба, кінцівок рясний висип геморагічного характеру, неправильної форми, діаметром від 0,5 до 15-17 см з ділянками некрозу в центрі. Слизові оболонки бліді, язик сухий, крововиливи в склери. Відмічалася гіперемія слизової оболонки ротоглотки. У легенях дихання жорстке, ослаблене в нижніх відділах обох легень. Пульсація на периферичних артеріях збережена. Живіт м'який. Стілець,

сечопуск відсутні. В обстеженнях виявлено наступні зміни: в загальному аналізі крові відмічався лейкоцитоз до $61,7 \times 10^9$ г/л, паличкоядерні нейтрофіли – 46 %, ШОЕ – 43 мм/год. В загальному аналізі сечі (колір - мутний; лейкоцити -10-15 в полі зору; еритроцити - 5-7 в полі зору; плоскі епітеліальні клітини - 4-6; зернисті циліндри - 2-4, слиз - (++)). В біохімічному аналізі крові: сечовина - 85 мМ/л; креатинін - 523.8 мкМ/л. В загальному аналізі ліквору - нейтрофільний плеоцитоз (лейкоцити - 150/3 мкл; лімфоцити - 10%; нейтрофільні гранулоцити – 85 %; моноцити – 5 %). При бактеріологічному та мікроскопічному дослідженні ліквору, крові та мазка з носоглотки менінгокок не виявлено (третій день антибіотикотерапії). Клінічний діагноз: «Менінгококова інфекція, генералізована форма, менінгококцемія, менінгококовий менінгіт, інфекційно-токсичний шок I-II-го ступеня (25.10.2018 р.), гостра ниркова недостатність, ст. олігоанурії (з 25.10.18 р.), набряк головного мозку. Пневмонія негоспітальна, двобічна, з локалізацією в нижніх частках легень, гострий перебіг, ЛН II. Множинні некрози шкіри. Суха гангрена пальців обох китиць та III пальця лівої стопи. Анемія дефіцитна, середнього ступеня тяжкості». В якості антибактерійної терапії пацієнтка отримувала: левоміцетин 3 г/д з 23.10 по 24.10.2018 р.; цефтріаксон 1,0 x 2 р/д з 25.10 до 29.10; меронем 1,0 x 2 р/д з 30.10 до 07.11. Для корекції ниркової недостатності хворій проводився перитонеальний діаліз від 27.10 до 02.11 в кількості 16 процедур.

Після проведеного лікування основного захворювання, нормалізації показників гемодинаміки пацієнтка була переведена в травматологічне відділення ОКЛ для подальшого лікування. Хворій було ампутовано нігтьові фаланги 1-4-их пальців обох рук та третього пальця лівої стопи та проведено пересадку шкіри в ділянках некрозів.

Висновок. Генералізовані форми менінгококової інфекції у дорослих хворих характеризуються тяжким перебігом та

розвитком не лише таких ускладнень як інфекційно-токсичний шок, гостра наднирникова недостатність, а й гострою нирковою недостатністю. Вчасна госпіталізація та проведенне лікування сприяли покращанню стану хворої, проте розвинулася суха гангрена кінцівок, що призвела до ампутації фаланг пальців рук та ноги.

Драбинка Анастасія Сергіївна
**АКТУАЛЬНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ
ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**
Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: к. мед. наук, доц. Ільїна Н. І.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Drabinka Anastasia Sergeevna
**EXPEDIENC DIAGNOSIS OF CYTOMEGALOVIRUS
INFECTION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific researcher: PhD, Associate Professor Ilyina N. I.
Sumy State University, Sumy, Ukraine
Nastia_drabinka@ukr.net*

***Summary.** The causative agent of Cytomegalovirus hominis belongs to the family Herpesviridae (type 4 herpesvirus). Contains DNA genome and slow replication. Getting into the blood, infects lymphocytes and monocytes, rapidly depresses the function of T-helper cells while maintaining or increasing the activity of T-suppressors (opportunistic infection). The affected cells are rapidly changed, typical cytomegaline cells with large intra-nuclear inclusions are formed. The transplacental barrier is easily penetrated in pregnant women which leads to to severe fetal malformations.*

Актуальність. Цитомегаловірусна інфекція являє собою одну з найбільш важливих причин невиношуваності вагітності, порушення внутрішньоутробного розвитку та аномалій плода , фетального гепатиту, енцефаліту тощо. Їх прояви в більшості випадків визначаються у віддаленому від неонатального періоду віці у вигляді різних клінічних варіантів дисфункції центральної нервової системи.

Мета. Провести аналіз про поширеність цитомегаловірусної інфекції, та її вплив на вагітність.

Результати. У різних країнах частота інфікування цитомегаловірусом коливається від 45 до 98 %. У країнах, що розвиваються, від 10 до 35 % дітей інфікуються вже протягом першого року життя. Особливо небезпечною є вроджена цитомегалія, що формується внаслідок внутрішньоутробної передачі вірусу. Найчастіше вроджена цитомегалія пов'язана з первинним інфікуванням жінки у першому та другому триместрах вагітності (ризик інфікування плода – до 30-40 %, клінічно маніфестованої цитомегалії у новонародженого – 10-15 %). У разі первинного інфікування вагітної ризик ураження плода становить 30–50 %, при цьому у 10–15 % інфікованих дітей розвивається маніфестна форма захворювання, яка у 80 % випадків призводить до тяжких ускладнень, що нерідко (30–40 %) закінчуються летально. Це пов'язано з відсутністю як у жінки, так і у плода специфічного захисту від вірусу. За умови реактивації інфекції під час вагітності ризик передачі ЦМВ до плода і розвитку тяжких форм його уражень значно нижчий і не перевищує 0,2–2 % випадків. Це пов'язано з формуванням у жінки специфічного імунітету і наявності у неї анти-ЦМВ-антитіл.

Висновок. Важливе своєчасне діагностичне обстеження жінки до і під час вагітності на ЦМВ, оскільки інфекція у вагітних часто має латентний перебіг без клінічних проявів захворювання

Juliana Jandira Braga

RARE CASES IN INFECTIONISTIC PRACTICE: FELINOSIS

Department of infectious Diseases and Epidemiology

Scientific supervisor: Doctor of medical science, Professor

Chemych M. D.

Sumy state University, Sumy, Ukraine

Жуліана Жандіра Брага

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК У ПРАКТИЦІ ІНФЕКЦІОНІСТА: ФЕЛІНОЗ

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

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

Сумський державний університет,

м. Суми, Україна

jbmirosmara12@gmail.com

***Резюме.** Феліноз є рідкісним захворюванням у практиці інфекціоніста, що характеризується поліморфною клінічною картиною, тривалим лікуванням.*

Introduction. Felinosis, an actual disease for many countries of the world.

The relevance of the infection is due to its epidemiological features, clinical picture. Cats that live with humans are potential sources of disease. Difficulties in diagnosis due to the polymorphism of symptoms.

Goal. Clarification of the epidemiological, clinical moments in the diagnosis of felinosis.

Methods and materials. The materials of the study were: patient complaints, epidemiological history, medical history data, physical examination, laboratory tests.

Results and discussion. Patient V. V., 62 years old, was hospitalized at the Sumy Regional Infectious Clinical Hospital with

complaints of an increase in body temperature up to 38,0⁰ C, an increase in the axillary lymph node on the right.

From the anamnesis of the disease, it became known that the disease began gradually, 10 days ago. The patient noticed on her right hand, after the domestic cat scratched her, slight redness and severe itching appeared. The patient was treated independently. Used ichthyol ointment and levomikol. However, after 3 days, the patient's condition worsened. The body temperature rose to 38⁰ C-39⁰ C, pains appeared in the right axillary region, the patient found an enlarged axillary lymph node. Independently took ciprofloxacin. Because the patient's condition did not improve, she turned to a family doctor and was hospitalized in a hospital.

From the data of the epidemiological history, it became known that the patient lives in the apartment, along with her husband. In addition to them, three more cats live in the apartment. Situations when cats scratch their owners were not uncommon for them.

On admission, taking into account the patient's complaints about: an increase in body temperature up to 38⁰ C, an increase in the axillary lymph node; medical history data: the above complaints are observed for 7 days; epidemiological history: symptoms of the disease appeared several days after the cat was scratched by the patient, moreover, itching and redness at the site of damage to the skin of the cat preceded the fever; objective data: axillary lymph node is increased to 5 cm in diameter, moderately painful on palpation, tight, fever, malaise, headache, loss of appetite - the patient was diagnosed with Felinosis.

In the clinical analysis of the patient's blood, leukocytosis was observed, a stab left shift, monocytosis, thrombocytopenia, a slight increase in VHS; in the biochemical analysis of blood: hyperbilirubinemia. Clinical analysis of urine unchanged. The malaria test was negative.

In the hospital, the patient was 21 days. The duration of the temperature reaction with symptoms of intoxication persisted for 14 days. Received doxycycline, ceftriaxone, azithromycin, antihistamines, detoxification therapy.

After the treatment, the signs of intoxication disappeared, the lymph node gradually resolved.

Conclusion. A key action in the epidemic process of felinosis is its prevention. Cat bites and scratches should be thoroughly washed with soap and water and treated with antiseptic.

Задирака Денис Анатолійович, Ушеніна Ніна Степанівна,
Оніщенко Тетяна Євгеніївна
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ
САЛЬМОНЕЛЬОЗУ**
Кафедра інфекційних хвороб
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

*Zadyraka Denis Anatolievich, Ushenina Nina Stepanivna,
Onishchenko Tetyana Yevgeniyivna*
CLINICAL CASE OF GENERALIZED SALMONELLES FORM
*Department of Infectious Diseases
Zaporizhzhia State Medical University,
Zaporizhzhia, Ukraine*
zadirakad@gmail.com

Abstract. *The clinical case of the generalized form of salmonellosis in a patient with concomitant chronic lymphatic leukemia is described.*

Актуальність. Незважаючи на сучасні методи епідеміологічного нагляду, сальмонельоз залишається провідним зооантропонозом у світі. В останні роки окрім локалізованих форм захворювання почастішали випадки реєстрації генералізованих форм, особливо у осіб з супутніми імунodefіцитними та імуносупресивними станами.

Мета. Описати випадок генералізованої форми сальмонельозу у хворої з супутнім хронічним лімфолейкозом.

Матеріали і методи. Дане дослідження проведене на випадку з практики.

Результати досліджень. Хвора А., 51 рік, госпіталізована у КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР м. Запоріжжя 17.09.2018 р. на 5 добу захворювання зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 38,5⁰ С, виражений головний біль, запаморочення, світлобоязнь, нудоту, біль у суглобах. З

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

анамнезу відомо, що захворіла гостро 13.09.2018 року з підвищення температури тіла до $39,5^{\circ}\text{C}$, ознобу, вираженої слабкості, головного болю. За медичною допомогою не зверталась, самостійно приймала жарознижувальні засоби, спазмолітики. 15.09.2018 р. стан погіршився, наростила слабкість та головний біль, зберігалася лихоманка, з'явилася нудота. 17.09.2018 р. звернулася за медичною допомогою до поліклініки, направлена на госпіталізацію до КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР м. Запоріжжя.

З анамнезу життя стало відомо, що хвора інвалід III групи, перебуває на онкологічному обліку з приводу хронічного лімфолейкозу. Останній курс хіміотерапії отримала у квітні 2018 року.

При надходженні до стаціонару стан хворої був розцінений як тяжкий, обумовлений клінічними проявами токсичної енцефалопатії. При огляді виявлено, що пацієнтка млява, адекватно реагує на огляд, орієнтована, на питання відповідає вірно, після тривалої паузи. Ригідність потиличних м'язів до +4см., симптом Керніга негативний. Вогнищева симптоматика відсутня. Шкірні покриви фізіологічної окраски без висипу. Слизові оболонки ротоглотки гіперемовані, чисті. Над легенями везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, приглушені. Язик сухий, обкладений сірим нальотом. Живіт м'який, безболісний, печінка та селезінка не збільшені. Діурез достатній. Випорожнення 1 раз на добу, оформлені. Хворій було встановлено попередній діагноз: «Гнійний менінгіт, тяжкий перебіг. Токсична енцефалопатія. Хронічний лімфолейкоз» та призначено комплексне лабораторне дослідження.

При дослідженні ліквору (17.09.2018 р): цитоз 347 клітин/мкл, 93 % нейтрофіли, білок 0,33 г/л, реакція Панді ++, глюкоза 2,3 ммоль/л, хлориди 100,5 ммоль/л. У загальному аналізі крові виявлено лейкоцитоз до $21,9 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні нейтрофіли – 13 %, сегментоядерні нейтрофіли – 21 %, лімфоцити – 56 %, моноцити – 10 %, тромбоцити – $215,0 \times 10^9/\text{л}$,

ШОЕ – 45 мм/год. В загальному аналізі сечі, печінкових пробах та біохімічному дослідженні крові відхилень від норми не виявлено. Хворій призначено емпіричну комбіновану антибіотикотерапію – цефтриаксон 2 г 2 рази на добу внутрішньовенно та амікацин 150 мг внутрішньовенно тричі на добу. На тлі лікування зменшилась вираженість загальноінтоксикаційного, менінгіального синдромів, проте зберігався субфібрилітет та виражена астения.

21.09.2018 р. отримано результат бактеріологічного дослідження крові – виділено культуру *S. Blegdan*. При дослідженні ліквору бактеріологічним методом отримані негативні результати. При дослідженні ліквору методом ПЛР: ДНК менінгококу, пневмококу, гемофільної палички, а також ДНК герпесвірусів (HSV 1-го та 2-го типів, EBV та CMV) не виявлено. Встановлено остаточний діагноз: «Сальмонельоз, генералізована форма, септичний варіант, гнійний менінгіт, тяжкий перебіг. Токсична енцефалопатія. Хронічний лімфолейкоз».

При проведенні контрольної люмбальної пункції 20.09.2018 р.: цитоз 15 клітин/мкл, 81 % лімфоцити, білок 0,33 г/л, реакція Панді ++, глюкоза 2,0 ммоль/л, хлориди 115 ммоль/л, що свідчило про санацію ліквору. Проте на фоні нормалізації показників лікворограми у хворої зберігалася субфебрильна лихоманка від 37,2⁰ С до 37,8⁰ С, у гемограмі реєструвався лейкоцитоз від 11,6 до 14,6x10⁹/л на фоні лімфоцитозу від 88 % до 96 %. 24.09.2018 р. проведено корекцію антибактеріальної терапії, хворій призначено цефтазидим 1 г внутрішньовенно тричі на добу та лефлоцин 500 мг 2 рази на добу в/в до 10 доби нормалізації температури тіла.

Після проведеного лікування, нормалізації загальноклінічних лабораторних показників та загального стану, негативних контрольних бактеріологічних досліджень крові та випорожнень, хвору на 31 добу стаціонарного лікування виписано додому.

Висновки. Наведений клінічний випадок вказує на те, що наявність у пацієнтів імунодефіцитних та імуносупресивних станів не тільки підвищує сприйнятливість до сальмонельозу, але й визначає його тяжкий перебіг, в тому числі і з розвитком бактеріємії.

Ільїна Вікторія Валеріївна, Сухонос Ольга Володимирівна,
Березовський Андрій Володимирович¹, Нагорна Людмила
Володимирівна¹, Морозов Богдан Станіславович¹

ЕХІНОКОКОЗ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

¹Кафедра ветсанекспертизи, мікробіології, зоогігієни та безпеки
і якості продуктів тваринництва

Сумський державний університет

¹Сумський національний аграрний університет,
м. Суми, Україна

*Ilyina Viktoria Valeriivna, Suhonos Olga Volodymyrivna, Berezovskii
Andrii Volodymyrovych¹, Nahorna Liudmila Volodymyrivna¹,
Morozov Bogdan Stanislavovych¹*

ECHINOCOCCOSIS IN THE SUMY REGION

Department Infectious Diseases and Epidemiology

¹*Department of Veterinary-sanitary Examination, Microbiology,
Zoohygiene, Safety, Quality of Animal Products*

Sumy State University

¹*Sumy National Agrarian University, Sumy, Ukraine*

y.ilyina@kinf.sumdu.edu.ua

Summary. *Cystic echinococcosis is typical for Ukrainian endemic areas. The Sumy region is not endemic for this parasitic disease. However, about 20 causes have been registered in the last 18 years in our region. This disease remains asymptomatic and undetected in many cases and there are a lot of factors that can worsen the epidemiological situation.*

Актуальність. Ехінококози – пероральні біогельмінтози, що завдають значних економічних збитків тваринництву та становлять вагому небезпеку для людства; спричиняються личинковою стадією цїп'яка роду *Echinococcus* і характеризуються хронічним перебігом із виникненням солітарних або множинних кістозних утворів у печінці, легенях

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

та інших органах. Провідне значення у його поширенні мають дикі та синантропні тварини. Захворювання має хронічний перебіг, знижує продуктивність тварин, обумовлюючи затримку росту та розвитку нормального функціонування організму, а також резистентність до інших захворювань. За відсутності своєчасної діагностики та лікування, захворювання може призводити до летальних наслідків. В Україні реєструється однокамерний (гідатидозний) ехінококоз, поширеність якого в ендемічних районах України складає від 1 до 30 %. Найбільша захворюваність спостерігається в Одеській, Херсонській, Миколаївській, Запорізькій областях. Сумська область не є ендемічною для даного гельмінтозу, реєструються лише спорадичні випадки. Приймаючи до уваги тривалий безсимптомний перебіг, пізню діагностику, існуючі статистичні дані неповною мірою відображають реальну картину захворюваності на ехінококоз.

Мета. Дослідити захворюваність на ехінококоз у Сумській області; виявити закономірності поширеності та передумови до погіршення епідситуації, а також розробити протиепідемічні та профілактичні заходи щодо припинення циркуляції інвазії в осередках.

Матеріали та методи дослідження. Звіти Державної установи «Сумський обласний лабораторний центр»; матеріали лабораторії ветсанекспертизи Центрального ринку м. Суми та лабораторії «Інноваційні технології та безпеки і якості продуктів тваринництва» СНАУ.

Результати. Аналізуючи звіти Державної установи «Сумський обласний лабораторний центр», було виявлено, що ехінококоз у Сумській області не реєструвався упродовж 35 років (з 1965 по 2000 роки); з 2000 по 2018 рік включно зареєстровано загалом 20 випадків ехінококозу. У 2000-2013 рр. виявлялися поодинокі випадки (лише у 2004 році – 2). Починаючи з 2014 року, кількість уражених ехінококом осіб збільшилась: так, у 2014 році виявлено 3 особи, у 2015 – 4, у

2016 та 2018 роках – по 2; у 2017 році не було зареєстровано жодного випадку. Ехінококоз виявлявся у містах Суми, Шостка, а також у Сумському, Білопільському, Буринському, Липоводолинському, Лебединському, Охтирському, Путивльському, Роменському та Ямпільському районах.

Науковці СНАУ, аналізуючи інформацію з наукових джерел, довели, що ураження поголів'я свиней у Сумській області коливалася в межах від 0,1 до 4,0 %. У той же час, особливих підвищень або знижень активності інвазії не спостерігається. У результаті проведених досліджень було встановлено, що ураженість печінки свиней ларвоцистами ехінокока склала в середньому 32,7 %, із них у 28 % випадків (за інтенсивності інвазії 5-6 ларвоцистами діаметром до 5-6 см) вона частково зачищалася, а у 4,5 % (за наявності міхурів діаметром 10-15 см або у вигляді горошин по всій поверхні печінки) – утилізувалася. На території Сумської області відбувається активна циркуляція збудника за схемою: «собака-свиня». Зараження свиней відбувається внаслідок вживання кормів або води, інвазованих яйцями ехінокока. Основним джерелом інвазування є дворові та сторожові собаки, що не мають профілактичної дегельмінтизації: ураженість ехінококом прифермських собак складає 12,1 %, бродячих – 13,7 %.

Отже, реальними умовами до погіршення епідситуації є невідповідність фермерських господарств санітарно-гігієнічним вимогам, наявність інфікованих сторожових та бродячих собак, а також послаблення санітарно-епідеміологічного нагляду в області внаслідок реструктуризації служб.

За даними епідеміологічного розслідування випадків ехінококозу у жителів Сумської області встановлено наступне: більшість хворих мали тісний контакт з собаками, при цьому не завжди дотримувалися правил особистої гігієни, деякі хворі порушували правила зберігання та утилізації відходів з боєнь під час подвірного забою тварин, викидали їх на смітник чи згодовували собакам, іноді захворювання було зумовлене вживанням немитих ягід.

Ліквідація ехінококозу складається з комплексу заходів, що забезпечують розрив ланцюга «собака-сільськогосподарські тварини-собака»: недопущення зараження проміжних живителів (продуктивних тварин), а також недопущення зараження дефінітивних живителів (м'ясоїдних). Заходи боротьби з ехінококозом повинні бути спрямовані, в першу чергу, на охорону навколишнього середовища від забруднення її відходами тваринництва з метою попередження ураження ехінококами собак та диких м'ясоїдних тварин. Для профілактики зараження собак необхідно дотримуватися правил забою сільськогосподарських тварин та забезпечити знищення уражених ларвоцистами органів, а також обмежити собакам доступ до території м'ясопереробних підприємств, боєнь, скотомогильників.

Висновки. Незважаючи на те, що Сумська область не є ендемічною щодо ехінококозу, щорічно реєструються випадки даної хвороби; найбільша кількість – у 2015 році (4 особи). Виявлено умови до погіршення епідситуації. Основними методами профілактики на даному етапі є належний санітарно-епідеміологічний та ветеринарний нагляд і проведення просвітницької роботи серед населення.

Ільїна Ніна Іванівна, Чемич Микола Дмитрович,
Ільїна Вікторія Валеріївна, Рябіченко Володимир Вікторович,
Кулеш Лариса Петрівна

ЗАСТОСУВАННЯ 3D-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С

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

*Ilyina Nina Ivanivna, Chemych Mykola Dmitrovich,
Ilyina Viktoria Valeriivna, Ryabichenko Volodimir Viktorovich,
Kulesh Larisa Petrivna*

APPLICATION OF 3D-THERAPY FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VIRUS HEPATITIS C

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

[*i.ilyina@kinf.sumdu.edu.ua*](mailto:i.ilyina@kinf.sumdu.edu.ua)

***Summary.** The use direct antiviral drugs in the treatment of patients with chronic viral hepatitis C is a significant achievement of modern medicine. Pegylated interferons in combination with ribavirin resulted in a stable virological response is only 40% of subjects with the first HCV genotype, had a fairly pronounced side effect. The use of 3D-therapy, according to literature, for the treatment of this category of patients has quite high positive results.*

Актуальність. Застосування препаратів прямої противірусної дії (ПППД) у лікування хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) є значним досягненням сучасної медицини. Пегільовані інтерферони в комбінації з рибавірином призводили до стійкої вірусологічної відповіді (СВВ) тільки у 40 % осіб з першим генотипом HCV, мали досить виражену побічну дію. Застосування 3D-терапії, за даними літератури, для лікування цієї категорії хворих має досить високі позитивні результати.

Мета. Визначити ефективність і безпечність застосування 3D-терапії в рамках Державної цільової програми лікування хворих на ХВГС.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 45 хворих на ХВГС, які перебували на лікуванні у Сумській обласній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького у 2017-2018 рр., з них чоловіків було 27 (60 %), жінок 18 (40 %). Вік хворих коливався у межах від 32 до 76 років. Раніше 6 (13,3 %) пацієнтам проводилась ПВТ комбінацією пегільованого інтерферону і рибавіріну, одному (2,2 %) – харвонієм, однак відповіді на лікування не отримано.

У всіх хворих ХВГС був спричинений 1b генотипом вірусу. Вірусне навантаження коливалось у межах $3,62 \times 10^4$ МО/мл – $1,1 \times 10^7$ МО/мл. Пацієнти отримували безінтерферонову терапію препаратами Вільвіо (2 таблетки 1 раз на день) та Вірелакір (по 1 таблетці двічі на день) під час прийому їжі протягом 12 тижнів. Фіброз, який визначався еластометрією або фібротестом, у більшості хворих був третього (24,4%) та четвертого (42,3 %) ступеню. Другий (22,2 %) і початкові стадії - F0-F1- у 14,1 %.

Критерієм оцінки ступеню некрозоzapального процесу в печінці були показники АлАТ: мінімальна активність була у 19 (42,2 %) хворих, помірна – у 14 (31,2 %), висока – у 1 (2,2 %).

Нормальні показники АлАТ до початку лікування визначались у 11 (24,4 %) пацієнтів, тромбоцитопенія у межах 57×10^9 - 122×10^9 , у 12 (26,6 %).

Результати дослідження. Після 4 тижнів лікування препаратами Вільвіо і Вірелакір РНК HCV методом ПЛР не визначались у 43 (95,5 %) осіб. У 2 (4,4 %) пацієнтів, яким терапія розпочата на стадії цирозу печінки швидкої відповіді не отримали. Після підключення до лікування препарату Лівел, у одного з них елімінація вірусу відбулася на 8-му тижні лікування, у другого після 12 тижнів відповіді лікування не

було. У 52,9 % хворих нормалізувались показники АлАТ вже на 4 тижні терапії, у 4 (8,9 %) залишилися підвищеними.

Висновки. Отже, проведений аналіз результатів лікування хворих на ХВГС у режимі 3D - терапії, дає підставу для оцінки її високої ефективності. З побічних проявів лікування, які притаманні інтерферонотерапії, відмічалось тільки зниження тромбоцитів у 6 (13,3 %) до 4-го тижня лікування. У більшості хворих їх кількість підвищувалася і досягала норми до кінця курсу терапії.

У 21 (46 %) пацієнтів через 3 місяці після закінчення 3D - терапії вірус в крові не виявлявся. Таким чином, 3D - терапія ХВГС є високоефективною і безпечною для хворих. У всіх пацієнтів, що отримали лікування, крім тромбоцитопенії, яка мала місце і до початку лікування, небажаних наслідків не відмічено.

Калашник Кирило Вадимович
**РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 В
РОЗВИТКУ ЗМІШАНОЇ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЇ ТА
ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Кафедра інфекційних хвороб

Науковий керівник: д. мед. наук Рябоконт Ю.Ю.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя,
Україна

Kalashnyk Kyrylo Vadymivych

***THE ROLE OF THE INTERLEUKIN-17 GENE
POLYMORPHISM IN THE DEVELOPMENT OF MIXED
CRYOGLOBULINEMIA AND THE EFFECTIVENESS OF
ANTIVIRAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC
HEPATITIS C***

Department of Infectious Diseases

Scientific supervisor: Doctor of medical science Riabokon Yu. Yu.

Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine

[*anopheles@ukr.net*](mailto:anopheles@ukr.net)

Abstract. *The polymorphism of the IL-17 gene can affect the chronicity of hepatitis C, namely, the presence of C-alleles. Carriers of the CC genotype are more likely to detect MCG and their concentration is higher than that of carriers of CG/GG genotypes. Patients with CG/GG genotypes have been shown to be more successful in AVT. Patients who did not respond to therapy had CC-genotype, high values of activity activity and ALT concentration.*

Актуальність. Хронічному гепатиту С (ХГС) характерний розвиток позапечінкових проявів у вигляді підвищення продукції кріоглобулінів, що призводить до збільшення смертності цих хворих. Причини цих процесів повністю і достеменно на сьогодні ще не вивчені. З появою нових

противірусних препаратів цінність старих предикторів успішності терапії втрачені. Особливу увагу привертає визначення ролі поліморфізму генів цитокінів у якості нових маркерів.

Мета дослідження – визначити роль поліморфізму гену інтерлейкіну-17 (ІЛ-17) в розвитку хронічного гепатиту С, кріоглобулінемії та їх впливу на успішність противірусної терапії (ПВТ) за схемою $\text{peg-IFN}\alpha + \text{RBV} + \text{SOF}$.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 83 хворих на ХГС та 45 здорових людей. Усі хворі були обстежені згідно протоколу МОЗ України (Наказ МОЗ №729 від 18.07.2016 р.) у гепатоцентрі КУ «Запорізька обласна інфекційна клінічна лікарня Запорізької обласної ради». Генотипування поліморфізму гену ІЛ-17 виконували за допомогою ПЛР діагностики, визначення рівню кріоглобулінемії (КГЕ) – спектрофотометричним методом. Усі спеціальні дослідження виконані на базі Навчального медико-лабораторного центру ЗДМУ (завідувач – професор Абрамов А.В.) Обробка статистичних даних проводилася за допомогою онлайн-калькулятора «Випадок-контроль» (http://gen-exp.ru/calculator_or.php) та непараметричних методів статистики в програмі СТАТИСТИКА.

Результат. Визначена більша частота виявлення С-алелю поліморфізму гену ІЛ-17 у хворих ХГС проти здорових людей з високим шансом впливу на хронізацію процесу ($\chi^2=10,03$, $p<0,01$, $\text{OR}=4,95$, $95\% \text{ CI}=1,69-14,55$). При аналізі рівню КГЕ у хворих ХГС було виявлено, що носії СС-генотипу, у порівнянні з носіями СG/GG-генотипів, мали достовірно вищу концентрацію у сироватці крові, що склала $2,32 [2,076; 2,637]$ та $2,075 [1,991; 2,077]$ опт. одиниць відповідно ($p<0,05$). Також частота розвитку КГЕ при аналізі даної когорти хворих ХГС характеризувалась розвитком цього позапечінкового ускладнення лише у носіїв СС-генотипу ($\chi^2=7,3$, $p<0,01$). Серед хворих ХГС носіїв СС-генотипу виявлена тенденція до зниження успішності ПВТ з $93,6\%$ (73 із 78) на 4 тижні

лікування до 87,2 % (68 із 78) на 24 тижні після закінчення курсу. Хворі з CG/GG-генотипами на всіх етапах лікування мали 100 % (5 із 5) негативізацію РНК HCV. Усі хворі, що не відповіли на ПВТ, були носіями СС-генотипу та перед початком терапії у них спостерігалася висока активність процесу на рівні А2-А3 ($\chi^2=4,38$, $p<0,05$) та тенденція до високих концентрацій АЛТ на старті лікування, що склала 2,0 [1,13; 2,26] проти 1,22 [0,66; 1,93] ммоль/л у носіїв СС-генотипу, що відповіли на ПВТ ($p=0,052$).

Висновки. Поліморфізм гену ІЛ-17 може впливати на хронізацію гепатиту С, а саме наявність С-алелю. У носіїв СС-генотипу частіше виявляються КГЕ та їх концентрація вища, ніж у носіїв CG/GG-генотипів. Більша успішність ПВТ спостерігалась у хворих з CG/GG-генотипами. Хворі, що не відповіли на терапію мали СС-генотип, високі значення активності процесу та концентрації АЛТ.

Ковалішин Михайло Петрович, Плакса Вікторія Михайлівна
**ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ НА
ПОКАЗНИКИ ЦИТОЛІЗУ ТА ХОЛЕСТАЗУ У ХВОРИХ З
ВСТАНОВЛЕНИМ ДІАГНОЗОМ ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: к. мед. наук, доц. Ільїна В. В.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Kovalishyn Mykhailo Petrovych, Plaksa Viktoriia Mykhailivna
**INFLUENCE OF CURATIVE PLASMAPHERESIS ON
CYTOLYSIS AND CHOLESTASIS IN PATIENTS WITH
DIAGNOSED CHRONIC HEPATITIS**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: PhD, Associate Professor Ilyina V. V.
Sumy State University, Sumy, Ukraine*

v.ilyina@kinf.sumdu.edu.ua

***Summary.** Nowadays, despite significant advances in the treatment of chronic hepatitis, it occupies a leading place among the chronic diffuse liver diseases. In Ukraine, liver disease is about 7% of the estimated number of infected population (104879 are officially registered patients in the beginning of 2017). In the process of development there is an imbalance between the physiological needs and the functional possibility of the liver. According to this, the issue of the search and introduction of additional medical treatment aimed to the pathogenetic aspects of the disease remains relevant. In modern sources there are publications about the successful use of the apheresis, which occupies a prominent place as a method for prolonging the remission of certain chronic nosologies (chronic hepatitis, multiple sclerosis and bronchial asthma).*

Актуальність. Незважаючи на значні досягнення у лікуванні, хронічні гепатити займають провідне місце серед дифузних захворювань печінки. В Україні захворювання печінки складають близько 7 % від передбачуваної чисельності

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

інфікованої популяції (104879 офіційно зареєстрованих пацієнтів на початку 2017 року). Внаслідок прогресування хвороби виникає дисбаланс між фізіологічними потребами і функціональними можливостями печінки. Тому актуальним залишається питання щодо пошуку і впровадження додаткових лікувальних заходів, спрямованих на патогенетичні ланки хвороби. У сучасних джерелах наявні публікації про успішне використання методу плазмаферезу, який займає провідне місце як метод для пролонгування ремісії певних хронічних нозологій (хронічний гепатит, розсіяний склероз, бронхіальна астма).

Мета. Оцінити показники маркерів цитолізу та холестазу після процедури терапевтичного плазмаферезу у комплексному лікуванні хворих на хронічний гепатит.

Матеріали і методи. Дослідження проводились на базі Сумської обласної клінічної лікарні. Було опрацьовано історії хвороби з 2009 по 2017 рік з визначенням маркерів цитолізу (АлАТ, АсАТ) та холестазу (лужна фосфатаза) до та після проведення процедури лікувального плазмаферезу. Проведено аналіз стаціонарних карт 38 хворих - 22 чоловіків і 16 жінок у віці від 15 до 75 років.

Результати дослідження. Згідно віку, пацієнти були поділені на такі групи: від 15 до 25 років – 4 (10 %), від 26 до 35 років - 14 (37 %), від 36 до 45 років - 6 (16 %), від 46 до 55 років - 4 (11 %), від 56 до 65 років - 6 (16 %), від 66 до 75 років - 4 (10 %). Середній вік хворих - 42 роки. При опрацюванні лабораторних даних пацієнтів було визначено, що до проведення процедури плазмаферезу показник АсАТ становив - $250,5 \pm 20,8$ О/л, після - $110,6 \pm 4,7$ О/л. Показники АлАт до проведення консервативного лікування становили - $98,1 \pm 12,7$ О/л, проти - $44,1 \pm 3,2$ О/л. Оцінюючи рівень лужної фосфатази встановлено, що цей показник до процедури становив - $453,8 \pm 47,6$ О/л, після - $229,2 \pm 11,2$ О/л. Отримані дані вказують на ефективність обох методів лікування, але плазмаферез має більш виражений вплив на зниження маркерів цитолізу та холестазу

Висновки. Враховуючи, що терапевтичний плазмаферез є доступним методом лікування, який подовжує період ремісії та зменшує ризики виникнення загострення, його необхідно включити в протоколи лікування для використання в клінічній практиці.

Козько Володимир Миколайович, Винокурова Ольга
Миколаївна, Кацапов Дмитро Володимирович, Соломенник
Ганна Олегівна

**ДОСЛІДЖЕННЯ ГОЛОВНИХ ЛАБОРАТОРНИХ
ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С
ПРИ ПОМІРНОМУ ТА ВИРАЖЕНОМУ ФІБРОЗІ
ПЕЧІНКИ**

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

*Kozko Volodymir Mykolayovich, Vinokurova Olga Mykolaivna
Katsapov Dmytro Volodymyrovich, Solomennyk Ganna Olegivna*
**RESEARCH OF A MAIN LABORATORY INDEXES OF
PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C WITH MODERATE
AND EXPRESSED FIBROSIS**

*Department of infectious diseases.
Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine*
infectology@ukr.net

***Summary.** Research of main laboratory indexes of 20 patients with viral hepatitis C with portal fibrosis with singular septa (moderate fibrosis, F2 stage) and multiple porto-central septa without cirrhosis (expressed fibrosis, F3 stage) was discussed in the work. First HCV genotype prevailed in the group of patients. Reliable increasing of γ -glutamyltranspeptidase and alaninaminotranspherase in patients with expressed liver fibrosis was proven.*

Актуальність. Хронічний гепатит С (ХГС) й надалі залишається актуальною проблемою сьогодення у зв'язку із всесвітньою розповсюдженістю та важкими наслідками. При прогресуванні хвороби відбувається фіброз печінки, стадія якого дуже важлива для подальшого лікування хворих.

Мета. Проаналізувати основні біохімічні показники у сироватці крові хворих на хронічний гепатит С при помірному та вираженому фіброзі (стадії F2 та F3).

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 20 хворих на ХГС. Середній вік пацієнтів склав $41,16 \pm 2,45$ років. Неінвазивна оцінка стадії фіброзу печінки проводилась за допомогою ГеноФіброТесту: визначався вміст альфа₂-макроглобуліну, гаптоглобіну, аполіпропротеїну А1, загального білірубіну, активність аланінамінотрансферази (АлАт) і γ -глутамілтранспептидази (ГГТП), поліморфізм гену рецептору інтерлейкіну-28b (ІЛ-28b), здійснювалось генотипування. Застосовувалась шкала METAVIR: F2 - портальний фіброз з одиничними септами, чи помірний фіброз, F3 - численні портоцентральні септи без цирозу, чи виражений фіброз. До контрольної групи увійшли 30 здорових донорів.

Результати дослідження. Стадію фіброзу F2 діагностовано у 13 пацієнтів (4 жінки та 9 чоловіків, середній вік склав $42,15 \pm 14,33$ роки). При дослідженні біохімічних показників вірогідної різниці із показниками контрольної групи виявлено не було ($p > 0,05$). Перший генотип вірусу гепатиту С (НСV) зустрічався у 76,9 % осіб, 3 - у 23,1 % обстежених хворих. Гомозиготний генотип рецептору ІЛ-28b С/С виявлений у 38,5 % хворих, Т/Т - у 38,5 %, гетерозиготний С/Т - у 23,2 % пацієнтів. Згідно даним Genome – Wide Association Study геномні поліморфізми локусу ІЛ-28b мають прямий зв'язок із успіхом досягнення стійкої вірусологічної відповіді: с/с – швидка вірусологічна відповідь, с/т – помірно виражена вірусологічна відповідь, т/т – слабка вірусологічна відповідь. Стадію вираженого фіброзу F3 діагностовано у 7 пацієнтів (3 жінки та 4 чоловіків, середній вік склав $46,28 \pm 12,45$ років). При дослідженні біохімічних показників виявлено вірогідну різницю ($p < 0,05$) між показниками активності аланінамінотрансферази ($158,2 \pm 16,70$ ^{од}/л) і γ -глутамілтранспептидази ($128,43 \pm 30,59$ ^{од}/л) дослідженої та контрольної груп. Перший генотип НСV зустрічався у 71,4 % пацієнтів, третій - у 28,6 % обстежених

хворих. Гомозиготний генотип рецептору ІЛ-28b С/С виявлений у 14,3 % хворих, Т/Т - у 14,3 %, гетерозиготний С/Т - у 71,4 % пацієнтів.

Висновки. У досліджених хворих переважно визначався перший генотип HCV. За даними аналізу лабораторних даних у хворих на ХГС із вираженим фіброзом печінки виявлено вірогідне підвищення активності γ -глутамілтранспептидази і аланінамінотрансферази.

Kozko Volodymyr Mykolayovich, Bondarenko Andriy
Volodymyrovich, Katsapov Dmytro Volodymyrovich, Gavrylov
Anatoly Viktorovich, Didova Tetyana Viktorivna, Mydlovets Viktor
Oleksandrovich

OPTIMIZATION OF SPECIFIC DIAGNOSTICS OF CEREBRAL TOXOPLASMOSIS

Department of Infectious Diseases
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

*Козько Володимир Миколайович, Бондаренко Андрій
Володимирович, Кацапов Дмитро Володимирович, Гаврилов
Анатолій Вікторович, Дідова Тетяна Вікторівна, Мидловець
Віктор Олександрович*

ОПТИМІЗАЦІЯ СПЕЦИФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ

*Кафедра інфекційних хвороб
Харківський національний медичний університет,*

м. Харків, Україна

Dkatsapov@ukr.net

Резюме. В роботі представлено результати дослідження діагностичної цінності CNSToxoIndex, розробленого нами інтегрального показнику, який є кореляцією між рівнем специфічних антитіл IgG проти *Toxoplasma gondii* в сироватці крові та цереброспинальній рідині. Клінічні ознаки церебрального токсоплазмозу не є високоспецифічними, тому використання показнику дозволяє оцінити рівень пошкодження гематоенцефалічного бар'єру через оцінку співвідношення рівнів специфічних антитіл у різних компартментах.

Background. People living with HIV/AIDS have six times higher risk of cerebral toxoplasmosis progression due to reactivation of latent infection in comparison with seronegative individuals. A high risk of cerebral toxoplasmosis occurs in individuals with the level of CD4 lymphocytes less than 100 cells/ μ L. The diagnosis of cerebral

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

toxoplasmosis in HIV-infected individuals is based on the following: 1) clinical symptoms with a tendency to progression that makes it possible to suspect toxoplasmosis: disturbance of consciousness, fever, seizures, headache, focal neurological symptoms (lethargy, craniocerebral paralysis and paresis, motor disorders, impaired coordination of movements, loss of visual fields, aphasia); 2) using neuroimaging techniques (detection of one or more ring-shaped focuses); 3) detection of the microorganism in a clinical specimen (immunohistochemical examination of brain tissues or detection of DNA by polymerase chain reaction); 4) evaluation of the effectiveness of trial etiotropic treatment. Specific anti-toxoplasma IgG antibodies are detected in 97 % of HIV-positive while *Toxoplasma gondii* DNA is detected in cerebrospinal fluid by polymerase chain reaction only in 30 % patients with cerebral toxoplasmosis. The argument for ex juvantibus therapy is not very convincing, since such treatment is quite toxic and is accompanied by irreversible loss of time in the presence of other pathology. Therefore, enzyme-linked immunosorbent assay is usually used for the detection of antibodies in a wide laboratory practice.

Aim of the work was to research a diagnostic value of the *CNSToxoIndex*, which is the correlation between albumin concentrations and anti-toxoplasma antibodies titres in CSF and blood serum.

Materials and methods. Group of 30 patients being in IV clinical stage of AIDS (16 man and 14 women) 25 - 49 years old with clinical and instrumental signs of cerebral toxoplasmosis were selected from the general array of the patients treated in the Regional Clinical Infectious Hospital. A retrospective parallel detection of IgG *T. gondii* was performed in serum and CSF in patients, whose results of ELISA or PCR on *T. gondii* were positive. All samples for analysis were stored at -20°C and then tested on the RT-2100C Rayto Life and Analytical Sciences Co., Ltd (China) immunoassay analyser for quantitative detection of specific anti-*Toxoplasma* IgG level. Detection of albumin concentration in serum and CSF was

performed on the Chemray-120 Automated Biochemical Analyzer Rayto Life and Analytical Sciences Co., Ltd (China) using the Liquick Cor-ALBUMIN Diagnostic Kit.

Results and discussion. The clinical picture of the investigated HIV-infected individuals did not differ in specificity and required the differential diagnosis with other neuroinfections. In 13 (43.3 %) patients who were examined by MRI, there were focal lesions of the brain with signs typical to toxoplasmosis: one or more necrotic lesions in the form of a ring in the substance of the brain, cortex or basal ganglia. However, the same ring accumulation of contrast is described in tuberculomas of the brain. Blood serum and CSF were obtained from patients at the same time.

Specific IgG to *T. gondii* in blood plasma was found in 27 patients (90 %) while in CSF only in 7 (23 %). The results of the research in this group of patients were represented by the following parameters: patient 1 (*blood antiToxo IgG* – 200 IU/ml, *blood albumin* – 36 g/l, *CSF antiToxo IgG* – 10 IU/ml, *CSF albumin* – 0.8 g/l, *CNSToxoIndex* – 2.3); patient 2 (150/40/90/0.7/34.3, respectively); patient 3 (90/35/64/0.25/99.6); patient 4 (140/39/10/0.19/14.7); patient 5 (88/52/48/0.21/135.1); patient 6 (160/48/50/0.15/100.0); patient 7 (122/42/15/0.17/30.4). Consequently, taking into consideration the diagnostic marker of *CNSToxoIndex* more than 10.0, cerebral toxoplasmosis was diagnosed only in six patients from seven, in whom anti-toxoplasma antibodies in CSF were detected. Patient 1, despite clinical symptoms similar to cerebral toxoplasmosis, and substitute signs of cerebral toxoplasmosis detected with the help of neuroimaging methods (volumetric formation of the right frontal lobe with a ring-shaped enhancement), presence of specific anti-toxoplasma antibodies in blood serum and CSF, diagnosis of cerebral toxoplasmosis has not been confirmed. *Mycobacterium tuberculosis* DNA was found in CSF by PCR.

Conclusion. *CNSToxoIndex* allows evaluating the local production of anti-toxoplasmic IgG in CNS and their diffusion from blood as a result of the blood-brain barrier damage and it is a

powerful method of cerebral toxoplasmosis diagnostics in HIV-positive people as well.

Копійченко Тетяна Сергіївна, Кузнецов Сергій Володимирович,
Татаркіна Алла Миколаївна, Бурма Ярослава Ігорівна,
Білоконова Людмила Анатоліївна

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ КИШКОВИХ ІЕРСИНІОЗІВ У ДІТЕЙ

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

*Kopiychenko Tetiana Sergievna, Kuznesov Sergiy Vladimirovich,
Tatarkina Alla Nikolaevna, Burma Yaroslava Igorivna, Bilokonova
Ludmila Anatoliivna*

IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS OF INTESTINAL YERSINIOSIS IN CHILDREN

*Department of Infectious Diseases
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
diknmu@gmail.com*

Summary. The article showed questions improvement of diagnostics of intestinal yersiniosis in children. Is demonstratet diagnostic value of some clinical and laboratory parameters in verification of diagnosis.

Актуальність. В останні роки відмічено зростання захворюваності на кишковий ієрсиніоз, що пов'язано з погіршенням матеріального рівня населення, практично повною відсутністю якісного контролю за роботою підприємств харчової промисловості та збільшенням кількості мишоподібних гризунів у наших містах та селах. Неспецифічність симптомів ієрсиніозу, поліморфізм клінічних проявів, недосконала лабораторна діагностика, часто призводять до діагностичних помилок та переходу в хронічні форми захворювання.

Мета. Удосконалення клінічної та лабораторної діагностики кишкових ієрсиніозів у дітей.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом знаходилося 38 дітей в віці 3-15 років, хворих на кишковий ієрсиніоз, у яких була встановлена шлунково-кишкова форма захворювання (гастроентероколіт-18, ентероколіт-14, ентерит-6). У 23 дітей ієрсиніоз перебігав в середньо тяжкій формі, у 15 - в тяжкій. Клінічний діагноз встановлювався по сукупності епідеміологічних, клінічних та лабораторних даних. Наряду з загальноприйнятими методами діагностики проводилось бактеріологічне дослідження калу і ПЛР калу на виявлення *Yersinia enterocolitica* та специфічні серологічні тести (РНГА, ELISA і імуноблотинг – метод Вестернблот).

Результати дослідження. У переважної кількості дітей захворювання починалося гостро, з підвищення температури тіла до субфебрильних (23,7 %), або фебрильних (76,3 %) цифр, симптомів загальної інтоксикації (100 %), ознобу (65,8 %), болі в животі (100 %), суглобах та м'язах (73,7 %). Болі в животі частіше локалізувалися у правій здухвинній ділянці (74,3 %), іноді мали оперізуючий характер (25,7 %). У частини дітей (13,2 %) з'являлись симптоми подразнення очеревини, що потребувало консультації лікаря хірурга. Збільшені мезентеральні лімфовузли були у 78,9 % дітей.

Постійним симптомом ієрсиніозу був пронос. Стілець ставав частішим від 2-3 до 10 разів за добу, рідким іноді водянистим, зловонним. У більшості дітей (84,2 %) приєднувалися явища коліту: тенезми, спазм сігми, в калі реєструвались кров та слиз.

У частини хворих (31,6 %) ми реєстрували різноманітний висип (скарлатино- чи кореподібний), іноді з геморагічним компонентом, без певної локалізації. Зберігався він від декількох днів до двох тижнів, закінчувався пігментацією і лущенням. У 9 (23,7 %) дітей відмічались гіперемія та висипання на долонях. Практично у всіх хворих (92,1 %) спостерігалися збільшення розмірів печінки та селезінки, з підвищенням показників цитолізу гепатоцитів.

Ураження суглобів відмічено у 11 (28,9 %) хворих. Частіше залучались в процес колінні, гомілковостопні, міжфалангові суглоби, що проявлялось гіперемією, набряклістю та підвищенням температури шкіри над ними. На фоні лікування стан практично у всіх дітей (92,1 %) покращувався, лише у 3 хворих захворювання перебігало з рецидивами - після зниження температури і поліпшення загального стану, знову підвищувалася температура тіла, з'являлись болі в животі і діарея.

При проведенні бактеріологічного дослідження калу на ієрсинії у всіх дітей отримані негативні результати. При дослідженні калу в ПЛР в ранні терміни хвороби у 60,5 % дітей були позитивні результати, а на 3-4 тижні патологічного процесу лише у 28,9 %. Серологічна діагностика в РНГА виявила діагностичні тітри (1:200 – 1:400) лише у 5 дітей на 3-4 тижні хвороби. Проведення ELISA на виявлення антитіл до *Yersinia enterocolitica* дозволило зареєструвати підвищення рівня антитіл класу IgA в ранню фазу та зростання антитіл класу IgG впродовж декількох місяців хвороби у 76,3 % дітей.

У двох дітей з рецидивами хвороби та лабораторно невизначеним діагнозом, ми виявляли специфічні антитіла методом імуноблотингу (Вестернблот), що дозволило встановити етіологічний чинник хвороби.

Висновки. Таким чином, ієрсиніоз діагностується на підставі епіданамнезу, наявності загальнотоксичних симптомів, проявів ураження шлунково-кишкового тракту у поєднанні з висипом, артралгіями та артритами, ураженнями печінки та селезінки. Лабораторна діагностика повинна проводитися зі застосуванням сучасних методів (ПЛР, ELISA, імуноблотинг), що дозволить своєчасно встановити діагноз та призначити адекватну терапію.

Лішневська Анастасія Геннадіївна¹, Берест Олег Борисович²,
Чемич Микола Дмитрович¹, Паращенко Владислав
Анатолійович²

**РОЗРОБКА МОБІЛЬНОГО ДОДАТКУ ДЛЯ ANDROID
ДЛЯ РОЗРАХУНКУ СТУПЕНЮ ФІБРОЗУ ТА ЦИРОЗУ У
ХВОРИХ НА ХВГС**

¹Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
²Кафедра комп'ютерних наук
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

*Lishnevskia Anastasiia Gennadiivna¹, Berest Oleh Borysovich²,
Chemych Mykola Dmytrovich¹, Parashchenko Vladyslav
Anatoliiovych²*

**DEVELOPMENT OF A MOBILE APPLICATION FOR
ANDROID TO CALCULATE THE DEGREE OF FIBROSIS AND
CIRRHOSIS IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL
HEPATITIS**

¹Department of Infectious Diseases and Epidemiology
²Department of computer science
Sumy State University, Sumy, Ukraine

a.lishnevskia@kinf.sumdu.edu.ua

***Summary.** Liver cirrhosis is one of the most frequent complications of chronic viral hepatitis. It is the development of liver fibrosis that leads to serious violations of the function of this organ. The treatment tactics for patients also depends on fibrosis. We have created this application in order to speed up the process of determining the degree of fibrosis without additional funding.*

Актуальність. На даний час, крім інвазивних методів дослідження, для встановлення ступеню фіброзу широко використовують неінвазивні методи (фібротести). Їх існує велика кількість. Саме ці методи дають змогу встановити ступінь фіброзу та клас цирозу без використання біопсії печінки,

таким чином, уникнути ускладнень. Для більшості цих методів не потрібні дороговартісні та довготривалі обстеження, а тому встановити орієнтовний ступінь фіброзу лікар може максимально швидко кожному пацієнту, незалежно від фінансових можливостей. Але для розрахунку фібротестів використовуються складні формули, що затримує час та підвищує вірогідність помилок.

Мета дослідження. Розробити додаток для операційної системи Android для розрахунку ступені фіброзу та цирозу печінки.

Матеріали та методи. Для створення додатку було використано загальнодоступні формули, для розрахунку фібротесту та індексів (APRI-тест (AST to Platelet Ratio Index), Fibrotest за METAVIR, FIB-4 (Fibrosis-4 Index for Liver Fibrosis), Fibroindex (Fibrosis Index), Forns (за прізвищем першовідкривача), FPI (Fibrosis Probability Index), GUCI (Gotebo'rg University Cirrhosis Index), PGA (від перших літер показників, що враховуються Протромбіновий час, Гамма-ГТ, Аполіпопротеїн А1, Альфа-2-макроглобулін) та ступінь цирозу за Чайлд-Пью).

З технічної точки зору для розробки було використано Android SDK версії 27. Розробка додатку здійснювалася в інтегрованому середовищі розробки Android Studio. Мова програмування - Java. Для зберігання результатів використана локальна система управління базами даних SQLite. Для тестування правильності реалізації алгоритмів задіяна методика unit із використанням бібліотеки JUnit 5.

Результати дослідження. З метою встановлення фіброзу печінки та класу цирозу чи вірогідності його розвитку було створено додаток для Android із використанням загальнодоступних формул, лабораторних показників хворих

Для встановлення ступеню фіброзу використовувалися наступні тести: APRI-тест, Fibrotest за METAVIR, FIB-4, Fibroindex, Forns, FPI.

Для розрахунку тесту APRI використовували – кількість тромбоцитів та рівень АСТ, які отримували при клінічному та біохімічному дослідженні крові відповідно. Якщо отримували значення більше 1,0, то ймовірність значного фіброзу велика, якщо менше 0,5, то мала.

З метою розрахунку Fibrotest за METAVIR у додатку вводили значення аполіпопротеїну, ГГТП, гаптоглобіну, α -2-макроглобуліну, загального білірубину, а також вказували вік і стать. Цей метод є найдорожчим, але й найбільш точним. Кожному ступеню фіброзу відповідають відповідні значення тесту.

Щоб розрахувати FIB-4 необхідно використати показники – АсАТ, АлАТ, кількість тромбоцитів, а також вказати вік хворого. Якщо значення менше 1.45, то ймовірність значного фіброзу мала (90 %). Якщо значення більше 3.25, то велика.

Fibroindex розраховували шляхом введення кількості тромбоцитів, АсАТ та гамаглобуліну. Якщо значення більше 2,25, то ймовірність фіброзу більше F1 - близько 90 %. Якщо значення менше 1,25, то ймовірність відсутності фіброзу вище F1 становить 87 %.

Для того, щоб розрахувати тест Forns використовували кількість тромбоцитів, концентрацію ГГТП та вміст холестерину, а також зазначали вік хворого. Значення тесту менше ніж 4,2 відповідає відсутності фіброзу (менше F1) з ймовірністю 96 %.

З метою розрахунку FPI у додатку необхідно ввести показники холестерину, АсАТ, інсуліну, глюкози, вказати вік та частоту вживання алкоголю. Якщо індекс FPI менше 0,2, то ймовірність значного фіброзу мала, якщо більше 0,8 - велика.

Для встановлення класу цирозу чи вірогідності його розвитку було використано наступні показники: клас цирозу за Чайлд-Пью, GUCI, PGAA.

Для розрахунку класу цирозу за Чайлд-Пью обирали відповідні дані з випадуючих списків: відомості про асцит та

печінкову енцефалопатію, рівень загального білірубину, альбуміну плазми, ПТІ. У результаті, у залежності від ступеня компенсації цирозу, маємо один з трьох класів цирозу печінки (А, В або С).

Щоб розрахувати тест GUCI, у відповідних віконечках додатку вводили значення кількості тромбоцитів, АсАТ (у т. ч. верхньої межі норми АсАТ) та МНО. Якщо значення менше 1, ймовірність наявності цирозу мала (близько 20 %).

Тест PGAA розраховується з використанням наступних даних: ПТІ, ГГТП, аполіпропротеїну, α -2-макроглобуліну. У результаті розрахунків отримуємо дані про ймовірність наявності мінімальних змін чи норми у печінці, про ймовірність алкогольного гепатиту або фіброзу та про ймовірність цирозу.

Висновок. Нами було розроблено додаток для операційної системи Android з метою автоматизації розрахунку ступеня фіброзу хворим з вірусними гепатитами, що дозволило об'єктивізувати, спростити і прискорити роботу лікаря при встановленні діагнозу.

Лутай Інна Валеріївна
**ЛАЙМ – БОРЕЛІОЗ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ. КЛІНІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: д. мед. наук, проф. Чемич М. Д.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Lutay Inna Valerivna
**LAME – BORELIOS IN SUMY REGION. CLINICAL
FEATURES**

Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: Doctor of medical science, Professor
Chemych M. D.

Sumy State University, Sumy, Ukraine

[*i.lutai@kinf.sumdu.edu.ua*](mailto:i.lutai@kinf.sumdu.edu.ua)

Summary. *Lyme disease is now the most common natural focal disease in the territory of Sumy region. The disease is registered in all age groups, but more often in women of working age. Among the clinical forms of Lyme's disease, it often occurs locally.*

Актуальність. Хвороба Лайма – це природно-осередкове інфекційне полісистемне захворювання, спричинене *Borrelia burgdorferi*. Передається людині через укуси кліщів. Географічне розташування Сумської області у межах степової та лісостепової зони, якій притаманні достатня вологість, оптимальна температура, різноманітність рослинного та тваринного світу, сприяє масовому поширенню кліщів, створює сприятливі умови для циркуляції збудників. Кожного року відбувається збільшення тривалості сезону. Якщо раніше він тривав з червня по жовтень, то у 2018 році реєструвалися випадки і в грудні місяці. Рання весна та тривала тепла осінь впливає на збільшення терміну активності кліщів.

Захворювання характеризується поліморфізмом клінічних ознак і схильністю до затяжного рецидивуючого перебігу.

Infectious diseases in practice of physician-internist: modern aspects : the materials of All-Ukrainian scientific and practical conference, Sumy, 29–30.05.2019. Sumy State University

Симптоми даного захворювання достатньо відомі лікарям різних спеціальностей і детально вивчаються лікарями-інфекціоністами, а також вченими різних напрямків, проте досі ще відсутня єдина думка щодо методів діагностики, лікування і профілактики. Тому вивчення кліщового бореліозу є своєчасним, а вибрана тема дослідження надзвичайно актуальна як в теоретичному, так і практичному аспектах.

Мета. Встановити сучасні клінічні особливості Лайм-бореліозу у Сумській області.

Матеріали та методи. Проаналізовано 92 медичні карти стаціонарного хворого (ф. 003/о), які знаходились на лікуванні у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні імені З. Й. Красовицького у 2018 році, з них жінок було 53 (57,6 %), чоловіків - 39 (42,4 %). Використані: ретроспективний та статистичний аналіз.

Результати. Стадія локальної інфекції Лайм-бореліозу (кільцеподібна еритема) була діагностована у 86 (93,4 %) пацієнтів, у одного хворого спостерігалася мігруюча еритема, дисемінована форма реєструвалася у 3 (3,2 %), стадія десимінації з ураженням нервової системи виявлялася у 2 (2,2 %). Щодо вікової структури: осіб молодого віку (18-44 роки) було 43 (46,7 %), середнього (45-59) – 30 (31,5 %), похилого та старечого (старше 60 років) – 21 (21,8 %). Середній вік хворих склав (46,61 ± 0,95) року. Мешканців міста було 84,8 %, села – 15,2%.

При поступленні пацієнти скаржилися на: підвищену втомлюваність – 56 (60,5 %); біль у місці укусу – 48 (51,8 %); запаморочення, пітливість, озноб, зниження працездатності – 43 (46,4 %); слабкість – 32 (34,6 %); підвищення температури – 33 (35,6 %); шум у вухах, відчуття серцебиття – 23 (24,8 %); біль у м'язах, суглобах – 21 (22,7 %); безсоння – 17 (18,3 %); затерпання кінцівок, зниження зору, гіркоту у роті, тяжкість у правому підребер'ї – 13 (14 %); зниження пам'яті – 11 (11,9 %); біль у животі – 9 (9,7 %); розлади випорожнень, нудоту, відчуття жару – 7 (7,6 %).

У більшості інфікованих кільцеподібна еритема з'являлась на $(14,60 \pm 1,26)$ добу від моменту присмокування кліща. Діаметр еритеми склав - $(16,73 \pm 0,88)$ см. Гепатомегалія реєструвалась майже у половини хворих – 44 (47,5 %).

Висновки. Серед клінічних форм хвороби Лайма переважає локальна (93,4 %). Більший відсоток хворих складають жінки молодого та середнього віку, жителі міста. Найбільш частими скаргами при поступленні є підвищена втомлюваність, біль у місці укусу, запаморочення, пітливість, озноб, зниження працездатності, слабкість та підвищення температури.

Малиш Ніна Григорівна, Плакса Вікторія Михайлівна
Гапієнко Андрій Вадимович
**ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ**
Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

*Malysh Nina Grigorievna, Plaksa Viktoriia Mikhailovna
Hapienko Andriy Vadimovich*
**THE INFLUENCE OF SOCIAL FACTORS ON
SALMONELLOSIS DISEASE**
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Sumy State University, Sumy, Ukraine*
ng.malysh@kinf.sumdu.edu.ua

***Summary.** In the Sumy region, the incidence of salmonella is characterized by fluctuations in indicators and a moderate tendency to increase. In modern conditions, the intensity of the epidemic process of salmonellosis will increase in the event of an increase in the natural and migratory movement of the population, the prevalence of diseases of the digestive system. The system of epidemiological surveillance for salmonellosis requires the introduction of factor analysis. Depending on the identified risk factors, it is necessary to adjust the frequency of inspections of compliance with the sanitary-epidemic state at epidemiologically significant facilities.*

Актуальність. У сучасний час спостерігається тенденція до зростання захворюваності на сальмонельоз. Кожний десятий випадок діарейної інфекції, спричинений сальмонелами. На прояви епідемічного процесу сальмонельозу впливають як природні, так і соціальні фактори.

Мета роботи. Встановити вплив соціальних факторів на захворюваність на сальмонельоз.

Матеріали і методи. Матеріалами для дослідження були дані галузевої статистичної звітності (ф. 40-здоров) ДУ «Сумський обласний лабораторний центр МОЗ України», Головного управління статистики у Сумській області за 2003-2017 рр. У роботі використані епідеміологічний та статистичний методи дослідження.

Результати дослідження. У Сумській області у 2003-2017 рр. захворюваність на сальмонельоз характеризувалася коливаннями показників та мала помірну тенденцію до зростання ($T_{зр.сер.}=3,1\%$). В етіологічній структурі сальмонельозів превалювали сальмонели серогрупи D (діапазон 68,6-90,2%). Захворюваність на сальмонельоз дітей перевищувала захворюваність дорослих у середньому у 2,8 рази. Пік захворюваності припадав на червень (15,6 %) і липень (14,5 %). У серпні-листопаді питома вага інцидентності перевищувала середньомісячний показник і складала відповідно 11,8 %; 10,8 %; 10,1 % і 9,4 %.

Перевіряючи гіпотезу про вплив чисельності населення регіону на епідемічну ситуацію із сальмонельозу, було встановлено, що прямого кореляційного зв'язку між вищезазначеними показниками немає ($r=-0,694$). У досліджуваному періоді щільність населення зменшилася з 53,7 на 1 км² до 46,3. Прямого кореляційного зв'язку між захворюваністю на сальмонельоз і щільністю населення немає ($r=-0,692$). Водночас, природний рух населення та міграційне сальдо відіграють велику роль в епідемічному процесі сальмонельозу. Кореляційні зв'язки становили, відповідно, $r=0,840$ і $r=0,611$. Тобто, у випадку зростання природного руху населення, міграційного руху, слід очікувати у регіоні ускладнення епідемічної ситуації із сальмонельозу.

Ситуація також буде ускладнюватися у випадку зростання поширеності хвороб органів травлення. Показники поширеності хвороб органів травлення зросли з 13592,18 на 100 тис. нас. у 2003 р. до 17124,89 на 100 тис. нас. у 2017 р. За даними

проведеного кореляційного аналізу було встановлено, що між вищезазначеним фактором та рівнями захворюваності існує пряма сильна залежність ($r = 0,646$).

Ще одним фактором ризику сальмонельозу є продукти харчування, оскільки, загальновідомо, що для даної інфекції харчовий шлях передачі є домінуючим. За результатами проведеного аналізу було встановлено, що найбільше, у розрахунку на душу населення, у регіоні вживали яйця, молоко і молокопродукти, відповідно, у діапазоні 16-21 штуки та 15,1-18,8 кг. Споживання хлібу, овочів, картоплі було меншим, ніж яєць та молокопродуктів, однак, набагато більшим, ніж м'яса та риби. За місяць населення у середньому вживає від 1,0 до 2,0 кг риби та рибопродуктів, від 1,8 до 3,2 кг фруктів, від 3,1 до 4,8 кг м'яса та м'ясопродуктів, від 6,5 до 10,5 кг картоплі, від 8,3 до 10,2 кг овочів, від 8,3 до 11,2 кг хліба та хлібопродуктів.

Досліджуючи наявність причинно-наслідкових зв'язків між споживанням продуктів харчування та захворюваністю на сальмонельоз було встановлено, що крім прогнозованого, прямого середньої сили, кореляційного зв'язку між споживанням м'яса та м'ясопродуктів та інцидентністю ($r=0,526$), існує аналогічний зв'язок і між споживанням фруктів та сальмонельозом ($r = 0,450$)

Висновки. У сучасних умовах інтенсивність епідемічного процесу сальмонельозу буде зростати у випадку збільшення природного і міграційного руху населення, поширеності хвороб органів травлення. Для зниження захворюваності пропонуємо: у систему епідеміологічного нагляду за сальмонельозом, впровадити факторний аналіз. Профілактична робота буде більш дієвою, якщо вона буде базуватися на ризик-орієнтованих підходах. У залежності від виявлених факторів ризику, необхідно корегувати частоту перевірок дотримання санітарно-епідемічного стану на епідеміологічно значущих об'єктах.

Маринчак Олександра Василівна,
Копчак Оксана Володимирівна
**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2
ТИПУ**

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

Oleksandra Vasylyivna Marynychak, Oksana Volodymyrivna Kopchak
**ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
WITH CHRONIC HEPATITIS C WITH ASSOCIATED
DIABETES MELLITUS TYPE 2**

*Department of Infectious Disease and Epidemiology
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

oleksandra.marynychak82@gmail.com

Summary. *Based on the SF-36 questionnaire, we studied the main indicators of the quality of life of patients with chronic hepatitis C with concomitant type 2 diabetes. A sharp decline in the indices of physical and mental health indicators in patients with comorbidity compared with the group of patients without concomitant type 2 diabetes was found. Under the influence of the use of alpha lipoic acid and lactulose along with antiviral therapy, an increase in the quality of life of patients was revealed in all indicators.*

Актуальність. Хронічний гепатит С (ХГС) є не лише причиною захворювання печінки, але й представляє собою системний патологічний процес, наслідки якого — ураження багатьох органів і систем. Захворюваність на ХГС асоціюється з підвищеною частотою цукрового діабету (ЦД) 2 типу. Для пацієнтів хронічні захворювання проявляються не лише значними витратами, але і негативним впливом на спосіб життя

(ЯЖ). Показник ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям, узагальнено відбиває ступінь адаптації людини до хвороби і можливість виконання звичних функцій, що відповідають її соціально-економічному стану.

Мета дослідження. Дослідити основні показники якості життя хворих на ХГС із супутнім ЦД 2 типу.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 104 особи із ХГС: 84 пацієнти із ХГС на тлі ЦД 2 типу (основна група) та 20 пацієнтів без супутньої патології (група порівняння) віком від 21 до 65 років, які проходили обстеження, лікування та спостереження на клінічній базі кафедри інфекційних хвороб ДВНЗ «Івано-Франківського національного медичного університету» у відділенні №1 обласної клінічної інфекційної лікарні м. Івано – Франківськ.

Для визначення показників ЯЖ було використано версію міжнародного опитувальника SF-36.

Результати дослідження. Показник фізичної активності в основній групі був у 1,3 рази нижчим, ніж у хворих групи порівняння ($p < 0,001$), і в 1,6 разів нижчим, ніж у контрольній групі ($p < 0,001$). Обмеження фізичної спроможності призвело до зниження повсякденної активності пацієнтів обох груп. В пацієнтів основної групи цей показник становив $27,81 \pm 4,27$ бали і був нижчим в 1,8 рази, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$) та в 2,4 рази порівняно з контрольною групою ($p < 0,01$). Больовий синдром не мав достовірної різниці порівняно із контролем в обох досліджуваних групах ($p > 0,05$), але був в 1,3 рази нижчим в основній групі порівняно із групою порівняння ($p < 0,001$). Оцінка в цілому власного здоров'я, як задовільного, була знижена в обох групах порівняно зі здоровими особами і становила $47,70 \pm 3,85$ бали у пацієнтів основної групи та $37,40 \pm 2,37$ бали у пацієнтів основної групи ($p < 0,001$), причому в основній групі цей показник був в 1,3 рази нижчим, ніж в групі порівняння ($p < 0,05$). Показник життєвої енергії знижувався в обох групах без достовірної різниці між ними ($p > 0,05$). Соціальна активність хворих основної групи зменшувалась

порівняно з групою контролю та групою порівняння в 1,3 рази ($p < 0,05$). Обмеження повсякденної діяльності, зумовлене емоційними проблемами, було більш виражене у хворих основної групи - в 2,9 рази нижчим, ніж у пацієнтів без супутньої патології ($23,90 \pm 3,33$ бали проти $69,98 \pm 7,22$ бали, $p < 0,001$), та в 2,2 рази нижчим, ніж у здорових осіб ($p < 0,001$). У пацієнтів групи порівняння даний показник практично не відрізнявся від аналогічного у здорових осіб. Показник “психічного здоров’я” був зменшений у 1,12 рази ($p < 0,05$) у групі порівняння і практично не відрізнявся від даних у здорових осіб ($p > 0,05$), в той час, як у пацієнтів основної групи цей показник знижувався в 1,3 рази порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$) та в 1,2 рази порівняно із групою порівняння ($p < 0,05$).

Висновки. Результати аналізу ЯЖ за допомогою опитувальника SF-36 продемонстрували, що у хворих із поєднаною патологією ХГС із супутнім ЦД 2 типу відмічалось різке зниження всіх показників ЯЖ.

Мізюк Руслан Михайлович, Васкул Надія Василівна,
Кондрин Оксана Євгенівна
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ В ІВАНО-
ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

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

Mizyuk Ruslan, Vaskul Nadiia, Kondryn Oksana
**THE CLINICAL CASE OF TROPICAL MALARIA IN IVANO-
FRANKIVSK REGION**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»,
Ivano-Frankivsk, Ukraine
vaskul.nadiia@gmail.com*

Abstract. *Tropical malaria is the most severe form among other types of disease and can be characterized by malignant course and cause serious complications in the patient. In 2017, there were 219 million cases of malaria, which resulted in 435 000 deaths. In Ukraine, there is a constant supply of malaria from endemic regions, and there is a continuing threat of local vivax malaria transmission. The above facts require the knowledge of modern diagnostics and effective prevention of this disease from doctors of any specialty.*

Актуальність теми. Малярія є однією з найбільш розповсюджених тропічних хвороб і характеризується високими показниками захворюваності та летальності. За даними ВООЗ, щорічно реєструється близько 350-500 млн. випадків захворювання і приблизно 1,3-3 млн. смертей. Зараження можливе у 91 країні світу (Африка, Азія, Пд. Америка). 80 % світового тягаря малярії припадає на 15 африканських країн, 5 % випадків припадають на неендемичні регіони. Зокрема, завізні випадки щорічно реєструються в Україні і захворюваність не має чіткої тенденції до зростання чи зниження. Згідно даних ДУ

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

«Центр громадського здоров'я МОЗ України», у 2016 році зареєстровано 43 випадки малярії, у 2017 р. – 47, у 2018 р. – 43 випадки.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок тропічної малярії у пацієнта Івано-Франківської обласної клінічної інфекційної лікарні.

Матеріали та методи. Проведений аналіз медичної карти стаціонарного хворого на завізний випадок тропічної малярії, діагностований у жовтні 2018 р. в обласній клінічній інфекційній лікарні (ОКІЛ) м. Івано-Франківська.

Результати та обговорення. Пацієнт 44 років, мандрівник поступив в ОКІЛ м. Івано-Франківська 16 жовтня 2018 року зі скаргами на підвищення температури тіла до 41°C, виражений озноб, загальну слабкість, головний біль. З анамнезу відомо, що пацієнт захворів 13.10, коли відчув підвищення температури тіла з сильним ознобом, головний біль, м'язову слабкість. Лікувався в домашніх умовах, покращення не наступало. Симптоматика наростала, що змусило 15.10.18 викликати ШМД; було введено анальгін, димедрол, но-шпу; негоспіталізований. 16.10.18 звернувся в Косівську ЦРЛ, консультований інфекціоністом, запідозрено малярію і хворий переведений в ОКІЛ. Із епіданамнезу відомо, що 02.10.18 пацієнт повернувся з подорожі по Африканських країнах регіону на пд. від Сахари (Сенегал, Гамбія, Гвінея-Біссау, Сьєрра-Леоне, Ліберія, Кот-д'Івуар), де перебував 17 днів. Під час подорожі відмічав численні укуси комарів, хіміопрофілактику малярії не отримував.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, свідомість ясна, шкірні покриви бліді, холодні, склери субіктеричні. Т – 38,4°C, ЧДР – 20/хв., ЧСС – 96/хв., АТ – 100/60 мм.рт.ст., незначна гепатомегалія. В крові хворого при поступленні виявлено: анемія, нейтрофільоз, пришвидшена ШОЕ, помірно підвищені рівні білірубину, АлАТ та АсАТ, при паразитоскопії мазка крові – *Pl. falciparum*. В динаміці ЗАК спостерігали

виражену нормхромну анемію (наявність якої на 3 день захворювання властива тропічній малярії), виражений нейтрофілоз, високу ШОЕ. В якості етіотропної терапії було призначено комбінацію препаратів: делагіл (хлорохін), артесун (артесунат), люмартем (артеметер + люмефантрин). Слід відмітити, що 2 з 3 призначених препаратів містять похідні Артемізиніну, що відповідає рекомендаціям ВООЗ. Клінічно після початку терапії стан пацієнта почав покращуватись, що знайшло своє відображення в температурній кривій, яка нормалізувалась на 3 день терапії. Також, варто зазначити, що на 7 день терапії результати мікроскопії крові пацієнта стали негативними.

Результат паразитоскопії мазка крові в референс-лабораторії ЦГЗ МОЗ України (м. Київ) підтвердив наявність в крові пацієнта *Plasmodium falciparum*. Клінічний діагноз: Малярія тропічна (*P. falciparum* – ан. №145-146 – 19.10.18 – ЦГЗ МОЗ) первинна атака, середньої тяжкості; анемія складного генезу. Після закінчення курсу лікування та двох негативних результатів мікроскопії товстої краплі крові пацієнт виписаний зі стаціонару в задовільному стані

Висновки. Питання малярії залишається актуальним і не вирішеним на сьогодні. Обізнаність, щодо особливостей малярії є важливою для всіх лікарів, а особливо в неендемичних регіонах. Рання госпіталізація, повний об'єм діагностичних досліджень, раціональний вибір протималярійних препаратів (застосування схем Артемізинін-комбінованої терапії) сприяють успішному лікуванню малярії та запобіганню її рецидивів.

Moskaliuk Vasyl Deoniziovich,
Andrushchak Margarita Oleksandrivna
**GENERAL RECOMMENDATIONS FOR THE
TREATMENT OF KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH
HIV INFECTION**

Department of Internal Medicine and Infectious Diseases
HSEI "Bukovyna State Medical University" Chernivtsi, Ukraine

*Москалюк Василь Деонізі́йович,
Андрущак Маргарита Олександрівна*
**ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ
НИРОК У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна
margaritaassistant@gmail.com*

Резюме. Для верифікації діагнозу захворювань нирок у ВІЛ-інфікованих у багатьох випадках вимагається біопсія нирки, оскільки клінічні прояви можуть бути схожими при різних патологічних станах. Тільки після встановлення точного діагнозу можливе призначення адекватного лікування, яке складається із специфічних і неспецифічних методів.

Topicality. Recommendations for treatment of HIV-associated kidney diseases. As already mentioned, rapid diagnosis is an important point in the treatment of kidney diseases in HIV-infected patients. In many cases kidney biopsy is required to verify the diagnosis, since clinical manifestations may be similar in various pathological conditions. Only after establishing an accurate diagnosis may the appointment of adequate treatment, which consists of specific and nonspecific methods. It should be emphasized that the main purpose of treating kidney diseases is to slow down the progression of the disease. To this end, the following general

guidelines for the treatment of kidney disease in patients with HIV infection have been developed.

Goal. To study general recommendations on the treatment of HIV-infected and kidney disease

Materials and Methods. 48 HIV-infected people who were on outpatient observation in Chernivtsi regional center of fight and prevention of HIV infection.

Results. In HIV-infected people with signs of kidney damage, blood pressure should be maintained at a level not exceeding 125/75 mm Hg. Art. Patients with proteinuria are prescribed ACE inhibitors and angiotensin receptor blockers under the control of serum potassium levels.

Patients with HIV-associated nephropathy should be assigned ART since the diagnosis. Antiretroviral drugs with a potential nephrotoxic effect should be excluded. HIV-infected patients with kidney pathology need timely correction of doses of drugs with monitoring of renal function. It is recommended to avoid the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and other nephrotoxic drugs. Persons with HIV and kidney damage markers are recommended to screen for the detection and timely treatment of diabetes mellitus, dyslipidaemia and hematological disorders. HIV-infected with kidney pathology requires continuous monitoring of kidney function and, if necessary, consultation with a nephrologist. HIV infection is not a reason for the rejection of hemodialysis and the formation of arthrovenous fistula. The kidney transplantation can also be carried out to patients with HIV infection and the terminal stage of CKD in the conditions of specialized centers. It is important to note that patients with the terminal stage of HIV-AZV require hemodialysis, despite the fact that, as is known, among dialysis HIV-infected patients, survival is significantly lower than that of uninfected persons. It should be borne in mind that such patients need correction of doses of antiretroviral drugs. Prior to the introduction of ART in medical practice, HIV infection was considered to be an absolute contraindication for organ transplants in most medical institutions. Currently, life expectancy of HIV-infected has increased, and organ

transplantation has been considered as one of the possible methods of treatment. A patient with a terminal stage of HIV-AZN can become a candidate for kidney transplantation under condition of uncertain viral load and stable immune status (CD4 +> 200 cells / mm³).

Conclusions. Thus, practitioners now need to be aware of kidney disease in HIV-infected individuals who often need additional research, clarification of the nosological nature of the disease and the functional state of the kidneys. It is necessary to timely diagnose kidney damage in the early stages of HIV infection, to monitor the development of HIV-AZN by defining albuminuria / proteinuria and monitoring renal function before appointing potentially nephrotoxic drugs, ART, and during treatment. When increasing serum creatinine, the appearance of proteinuria and changes in urine sediment, it is necessary to ascertain as soon as possible the reason for these changes. The most effective preventive strategy is the kidney pathology, which consists in timely detection of patients at increased risk and a dynamic study of the markers of lesions, the appointment of pathogenetic and nephroprotective therapy, dose correction of medicines.

Moskaliuk Vasyly Deoniziovich, Andrushchak Margarita
Oleksandrivna, Balaniuk Iryna Volodymirivna
**NEFROTOXIC INFLUENCE OF THE PREPARATION
THEOPROVIR IN TREATMENT OF PATIENTS WITH HIV-
INFECTIONS**

Department of Internal Medicine and Infectious Diseases
HSEI "Bukovyna State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

*Москалюк Василь Деонізі́йович, Андрущак Маргарита
Олександрівна, Баланюк Ірина Володимирівна*
**НЕФРОТОКСИЧНИЙ ВПЛИВ ТЕНОФОВІРУ У
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА
ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна*
margaritaassistant@gmail.com

Резюме. Завдяки використанню АРТ поширеність хронічних захворювань нирок зростає в значній мірі внаслідок призначення препаратів з групи нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази. Згідно проведених досліджень у різних країнах, особливу увагу привертає тенофовір.

Topicality. Due to the use of ART, the prevalence of chronic kidney disease is increasing substantially owing to the administration of drugs from the group of nucleoside reverse transcriptase inhibitors. According to studies conducted in different countries, tenofovir is particularly attractive.

Objective. To analyze nephrotoxic adverse reactions in HIV-infected in the application of tenofovir.

Materials and Methods. It will review the literature, retrospective analysis studies.

Results. In low levels of complement and circulation kriohlobuliniv disease may show different combinations of

proteinuria, hematuria and renal failure, which resonates with other clinical manifestations of kidney disease.

Adverse reactions may be the result of direct toxic effects of medicinal agent and the result of summation of the effects of the drug and its metabolites.

The most significant unwanted side reactions occur primarily nephrotoxic acute kidney injury (HPN) caused by acute tubular necrosis, acute interstitial nephritis (GIN) crystal-induced intrarenal obstruction, tubular dysfunction accompanied by disturbances of acid-base balance, water and electrolyte balance; chronic interstitial nephritis and chronic renal failure.

The highest incidence of nephrotoxic effects associated with the use of tenofovir. Yes, frequency in patients receiving tenofovir (in the absence of obstructive kidney damage and urinary tract stones or crystals) in various studies ranged from 14 to 33%. Typically, symptoms regress kidney damage and the level of creatinine in serum several weeks after discontinuation of the drug back to normal. At the same time, some patients were marked and irreversible changes - gradual loss of kidney function, possibly due to the transformation GIN Hin.

With the use of tenofovir related kidney damage, which includes crystalluria, nephrolithiasis, obstructive HPN. Episodic asymptomatic crystalluria registered in a significant number of patients (almost 67%), but in some cases, there it permanent. Among those who are on constant therapy, the incidence of symptomatic crystalluria is 33%.

Conclusion. The need to remember about the possibility of HPN due to rhabdomyolysis, especially with HIV receiving zidovudine or didanosine, even despite reduced doses of zidovudine rarely causes serious complications

Moskaliuk Vasyly Deoniziyovych, Balaniuk Irina Volodymyrivna,
Andrushchak Margarita Aleksandrovna
**FEATURES OF DYSBIOSIS AFTER PREGNANCY IN HIV-
INFECTED**

Department of Internal Medicine and Infectious Diseases
HSEI "Bukovyna State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

*Москалюк Василь Деонізі́йович, Баланюк Ірина Володимирівна,
Андрущак Маргарита Олександрівна*
**ОСОБЛИВОСТІ ДИСБІОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ВІЛ-
ІНФІКОВАНИХ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, Україна
balanyk85@gmail.com*

Резюме. Дисбаланс мікрофлори піхви є небезпечним як для вагітної, так і для плода, він призводить до різноманітних акушерських та перинатальних ускладнень. В практиці акушера дисбіоз під час вагітності найчастіше призводить до хоріоамніоніту, післяпологового ендометриту, передчасних пологів і затримки росту плода.

Topicality. An imbalance in the microflora of the vagina is dangerous both to the pregnant woman and to the fetus, it leads to a variety of obstetric and perinatal complications. In obstetric practice, dysbiosis in pregnancy often leads to chorioamnionitis, postpartum endometritis, preterm labor, and fetal growth retardation.

Goal. To identify changes in the microflora of the vagina during pregnancy in HIV-infected.

Matelials and methods. A retrospective and prospective analysis of literature and research was conducted.

Results. In HIV-infected pregnant women, the inhibition of the dominant microflora and the placement of obligated species of opportunistic microorganisms are taking place. Predominantly, the

bacterial contamination of the vagina has an associative character. Among HIV-infected pregnant women, a significantly lower proportion of women with vaginal normocenosis was found. In the overwhelming majority of HIV-infected women, conditioned or pronounced vaginal dysbiosis. To date, there is a close relationship between the state of microbial and immunity: on the one hand, the immunodeficiency contributes to the emergence of dysbiosis, and on the other - a violation of the microflora reduces the protective ability of the body observed increase in the number of pregnant women with bacterial vaginosis, which is one of the forms of dysbiotic violations of the microecology of the vagina. These changes are caused by a number of exogenous and endogenous factors, which is especially relevant for women with acquired immunodeficiency, in particular, for HIV infection. These changes take place against the background of a significant inhibition of normal microflora. Significant for the diagnosis of dysbiosis is the presence of lactobacilli. The inadequacy or lack of lactobacillary flora indicates the principled possibility of settling an empty ecological niche with pathogenic microorganisms with the subsequent formation of vaginosis. In all pregnant women with HIV infection, high rates of gram-positive coccal microflora, mainly staphylococcus epidermal with hemolysis, have been detected. Quite often women encounter coliform bacteria, as well as gardnereli, chlamydia, ureaplasma. HIV-infected women are characterized by high incidence of mycoplasma and fungal infections.

Conclusion. So, against the background of the violation of the protective capabilities of the body in HIV-infected pregnant women, conditions are created for the growth of pathological microorganisms that cause vaginal dysbiosis.

Овчаренко Ірина Анатоліївна¹, Шевченко Ольга
Станіславна¹, Степаненко Ганна Леонідівна¹, Слєпченко Надія
Степанівна², Галицька Людмила Іванівна²

ДИНАМІКА КОНВЕРСІЇ МОКРОТИННЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З РІЗНОЮ ЧУТЛИВІСТЮ ЗБУДНИКА

¹Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Харківський національний медичний університет
²Харківський обласний протитуберкульозний диспансер № 1,
м. Харків, Україна

*Ovcharenko Iryna Anatolievna¹, Shevchenko Olga Stanislavna¹,
Stepanenko Anna Leonidovna¹, Slepchenko Nadia Stepanivna²,
Galitskaya Lyudmila Ivanivna²*

DYNAMICS OF SPUTUM CONVERSION IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS WITH DIFFERENT SENSITIVITY OF THE PATHOGEN

¹Department of phthisiology and pulmonology
Kharkiv National Medical University
²Kharkiv Regional TB Dispensary № 1, Kharkiv, Ukraine
kafphtyzia@i.ua

Summary. *The transfer of a patient with tuberculosis to the maintenance phase of treatment is carried out after the conversion of sputum. Patients: group 1 (n = 84) - patients with multidrug-resistant tuberculosis, group 2 (n = 40) - patients with susceptible tuberculosis. In patients with multidrug-resistant tuberculosis, sputum conversion was observed to slow down as compared with patients with susceptible tuberculosis.*

Актуальність. Головним критерієм ефективності лікування хворих на туберкульоз (ТБ) легень є припинення бактеріовиділення, тобто конверсія мокротиння, коли хворий на ТБ легень припиняє являти собою епідеміологічну небезпеку для оточуючих. Конверсія мазку мокротиння є головним

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

діагностичним тестом для переведення хворих на підтримуючу фазу протитуберкульозного лікування або встановлення невдачі лікування.

Мета. У дослідженні динаміки конверсії мокротиння у хворих на ТБ легень з різною чутливістю збудника до антимікобактеріальних препаратів.

Матеріали та методи. Історії хвороби та амбулаторні карти 124 хворих на нові випадки туберкульозу легень з деструкцією та бактеріовиділенням, які лікувались у Харківському обласному протитуберкульозному диспансері № 1 у 2014-2017 роках. Група I (n=84) хворі на мультирезистентний ТБ (МРТБ) легень, група II (n=40) – хворі на чутливий ТБ легень.

Результати дослідження. За даними мікроскопії мазку мокротиння бактеріовиділювачами на початку лікування у групі I були 72 хворих (85,7±3,8 %) та 40 хворих (100 %) з групи II; через 2 місяці лікування у групі I таких пацієнтів було 34 особи (40,5±5,4 %), а у групі II - 7 осіб (17,5±6 %) (p<0,05); на 3-му місяці лікування бактеріовиділювачів у групі I було 10 осіб (11,9±3,5 %), у той час як у групі II у жодного хворого не було визначено МБТ методом мікроскопії мазка мокротиння.

За результатами засіву мокротиння на середовище Левенштейн-Йенсена, бактеріовиділення на початку лікування у групі I та II мали 100 % хворих; через 2 місяці лікування таких хворих у групі I було 38 осіб (45,2±5,4 %), а у групі II - 13 хворих (32,5±7,4%) (p<0,05); через 3 місяці лікування бактеріовиділювачів, що були виявлені бактеріологічно, у групі I було 11 осіб (13,1±3,7 %), а у групі II - 12 осіб (30±7,2 %) (p<0,5).

Висновки. Таким чином, за даними бактеріологічних досліджень, хворі з групи МРТБ мали гіршу позитивну динаміку конверсії мокротиння за даними мікроскопії мазка через 3 місяці від початку лікування. Однак, через 3 місяці лікування, у хворих з групи III за даними культурального

дослідження, у більшості хворих наступила конверсія мазку мокротиння.

Онiщенко Неллі Вадимівна
**ГЕНЕТИЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ІЛ-10 RS 1800896 ТА
ЙОГО ВПЛИВ НА РІВЕНЬ ІЛ-10 В СИРОВАТЦІ КРОВІ У
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІЗ ТЯЖКІСТЮ ПЕРЕБІГУ
ОПЕРІЗУВАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ**

Кафедра інфекційних хвороб

Науковий керівник: д. мед. наук, проф. Рябокoнь О. В.
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя,
Україна

Onishchenko Nelli Vadimovna

**GENETIC POLYMORPHISM IL-10 RS 1800896 AND ITS
INFLUENCE ON IL-10 LEVEL IN BLOOD SERUM IN
ASSOCIACION WITH SEVERE COURSE OF HERPES
ZOSTER IN ADULTS PATIENTS**

Department of Infectious Diseases

*Scientific supervisor: Doctor of medical science, Professor
Ryabokon O. V.*

Zaporizhya State Medical University, Zaporizhya, Ukraine

helicobacter1403@gmail.com

Resume. *The article reveals the study of IL-10 genetic polymorphism (rs 1800896) in patients with herpes zoster and its effect on serum cytokine concentration. It is shown that the polymorphism of IL-10 gene influences on severity of herpes zoster, development of complications and localization of defeat, and influence on the IL-10 level in serum of patients with herpes zoster.*

Актуальність. Оперізувальний герпес є актуальною проблемою, факторами ризику маніфестації якого є похилий вік, стреси, супутня патологія, вживання глюкокортикостероїдів, цитостатиків, імуносупресивні стани організму. Останнім часом реєструється підвищення випадків тяжкого перебігу оперізувального герпесу серед імунокомпетентних осіб

молодого та середнього віку. Вивчення імунопатогенезу захворювання, а саме генетичного поліморфізму ІЛ-10 та його впливу на рівень цього цитокіну, є важливим для прогнозування маніфестації, тяжкості перебігу оперізувального герпесу та індивідуалізації терапії.

Мета. Визначити роль генетичного поліморфізму ІЛ-10 (rs 1800896) в перебігу оперізувального герпесу у дорослих у взаємозв'язку із рівнем цього цитокіну в сироватці крові.

Матеріали і методи. В дослідження включено 50 зразків крові хворих на оперізувальний герпес, віком від 27 до 85 років, в середньому 66,5 [55,0; 77,0] років. Чоловіків було 19, жінок – 31. Середньотяжкий перебіг захворювання реєструвався у 35, тяжкий – у 15 хворих. Молекулярно-генетичне визначення гену ІЛ-10 (rs1800896) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції у режимі реального часу. Залежно від поліморфізму гену ІЛ-10 (rs 1800896) хворі були розділені на групи: 35 пацієнтів з ТТ генотипом та 15 хворих з СС генотипом. Кількісний вміст ІЛ-10 в сироватці крові визначали імуноферментним методом. Статистичну обробку даних здійснювали з використанням сформованої бази даних пацієнтів в програмі «STATISTICA for Windows 13» (StatSoftInc., №JPZ804I382130ARCN10-J) ($p < 0,05$).

Результати дослідження. У хворих з тяжким перебігом оперізувального герпесу в 1,6 разів частіше ($\chi^2 = 5,56$, $p = 0,02$) реєструвався генотип ТТ, порівняно з хворими з середньотяжким перебігом. При госпіталізації у хворих з генотипом ТТ вміст ІЛ-10 перевищував цей показник хворих з генотипом СС в 4,9 рази, $p = 0,01$. В динаміці захворювання у хворих як з генотипом ТТ, так й з генотипом СС відбулося зниження ($p < 0,05$) рівня цитокіну, проте на момент виписки у хворих з генотипом ТТ рівень ІЛ-10 в сироватці крові залишався підвищеним, порівняно з пацієнтами з генотипом СС (в 1,6 рази, $p = 0,01$). Встановлено, що на рівень підвищення вмісту ІЛ-10 в крові хворих на оперізувальний герпес впливав поліморфізм гену ІЛ-10 (rs 1800896), як при госпіталізації ($\tau = 0,33$, $p = 0,0036$), так і в динаміці захворювання ($\tau = 0,34$, $p = 0,0034$). Аналіз

концентрації ІЛ-10 показав, що у хворих з тяжким перебігом рівень ІЛ-10 був в 3 рази ($p=0,03$) вище, порівняно з середньотяжким перебігом захворювання. При виписці рівень ІЛ-10 у пацієнтів з тяжким перебігом оперізувального герпесу залишався підвищеним ($p<0,05$). Досліджено, що у хворих з ускладненим перебігом захворювання в 1,7 разів частіше виявлявся генотип ТТ ($\chi^2=4,76$, $p<0,05$). Вміст ІЛ-10 в сироватці крові хворих в розпал захворювання був вище (в 4,5 рази, $p<0,05$), ніж у пацієнтів з неускладненим перебігом оперізувального герпесу та залишався підвищеним в періоді реконвалесценції. Аналіз зв'язку локалізації та поліморфізму гену ІЛ-10 показав, що ураження трійчастого нерву частіше відбувалося за наявності ТТ генотипу (84,8 % проти 15,2 %, $\chi^2 = 6,36$, $p=0,01$). Первинна маніфестація оперізувального герпесу частіше ($\chi^2 = 4,21$, $p=0,03$) була відзначена у хворих за наявності ТТ генотипу ІЛ-10, ніж рецидивуючий перебіг, який відповідно асоціювався із СС генотипом (0,75 проти 0,261, $\chi^2=4,19$, $OR=8,5$, 95% $CI=0,81 - 89,75$). Вперше зареєстроване захворювання на оперізувальний герпес, характеризувалося вищим (в 4,3 рази, $p<0,01$) вмістом ІЛ-10 в сироватці крові, порівняно з хворими із рецидивом.

Висновки. Генотип ТТ гену ІЛ-10 (rs 1800896) асоціюється з високими шансами розвитку тяжкого ускладненого перебігу оперізувального герпесу у дорослих та вищим ($p<0,05$) вмістом ІЛ-10 в сироватці крові цих хворих. Поліморфізм гену ІЛ-10 (rs 1800896) впливає на рівень підвищення цього цитокіну етапі госпіталізації ($\tau=0,33$, $p=0,0036$) та при виписці зі стаціонару ($\tau=0,34$, $p=0,0034$). При розвитку локалізованої форми оперізувального герпесу ураження трійчастого нерву асоціюється з ТТ генотипом ($p=0,02$). Генотип СС гену ІЛ-10 (rs 1800896) у дорослих хворих на оперізувальний герпес асоційований з високими шансами розвитку рецидивуючого перебігу захворювання та меншим підвищенням ($p<0,05$) концентрації ІЛ-10 в розпал оперізувального герпесу.

Осипко Дмитро Валерійович, Могиленко Віра Іванівна
**РОЗРОБКА АНКЕТИ ДЛЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЗНАНЬ
НАСЕЛЕННЯ З ПИТАНЬ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ
ГЕПАТИТІВ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: асистент Лішневська А. Г.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Osytko Dmytro Valeriyovich, Mogylenko Vira Ivanivna
**DEVELOPMENT OF QUESTIONNAIRES FOR EVALUATION
OF QUALITY OF KNOWLEDGE OF THE POPULATION ON
CHRONIC VIRAL HEPATITIS**

Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: assistant Lishnevskaya A.
Sumy State University, Sumy, Ukraine
dima150355@gmail.com

***Summary.** The incidence of viral hepatitis among the population is increasing every year. In order to study this problem in detail, we have developed a questionnaire called "What do you know about viral hepatitis B and C?" It includes the following sections: General information about the disease, etiology, epidemiology, diagnosis, treatment and prevention. We plan to conduct a survey among patients of infectious, therapeutic, surgical hospitals and 4th year students.*

Актуальність. На сьогоднішній день існує тенденція до зростання захворюваності населення на вірусні гепатити. Для того, щоб попередити їх поширення, необхідно детально вивчити усі можливі причини. Знаючи причини (можливо, це недостатня ефективність скринінгу в регіоні, низький рівень обізнаності населення щодо даної хвороби, фінансові передумови або інші соціальні фактори), можна знайти шляхи їх вирішення. Це стало підставою для створення анонімної анкети

(опитувальника), який би висвітлив основні питання стосовно вірусних гепатитів В та С з позиції різних категорій населення.

Мета. Розробити анкету для опитування населення з приводу обізнаності стосовно можливих факторів передавання та наслідків ураження вірусами гепатитів В та С.

Матеріали та методи. Обробка та аналіз протоколів МОЗ України та рекомендацій EASL з діагностики та лікування вірусних гепатитів В і С, аналізування інформації про реально існуючі питання щодо діагностики, лікування та профілактики вірусних гепатитів (ВГ).

Результати. Розроблено анкету “Що ви знаєте про вірусні гепатити В та С?”, яка вміщує 22 питання з варіантами відповідей.

Перші 3 питання стосуються гендерно-вікових та соціальних даних особи (стать, вік та рівень освіти), яка проходить анкетування. При цьому, окремо було виділена вища освіта на медичну та немедичну, так як медичні працівники в тій чи іншій мірі обізнані про ВГ, це допоможе нам знизити похибку при анкетуванні. Наступних 4 питання стосуються загальних знань та етіологію гепатитів.

Значну увагу приділили епідеміології ВГ В та С, для отримання статистичних даних про обізнаність населення з питань механізмів та шляхів передачі збудника з метою захисту себе та своїх близьких. Два наступні запитання присвячено діагностиці вірусних гепатитів, які дають змогу встановити, чи проходили обстеження самі опитувані та чи обстежені їх родичі. Особливо брався до уваги той факт, що хронічні форми вірусного гепатиту С дуже часто мають прихований перебіг і довго не виявляються. Через це людина може навіть не підозрювати наявність у неї захворювання і бути джерелом інфекції для інших осіб, сприяючи поширенню інфекційного процесу у популяції.

Наступні питання присвячено лікуванню. Вони не включають препарати або схеми лікування, а спрямовані на те, щоб

з'ясувати, чи люди знають про основні принципи терапії ВГ - чи необхідно пожиттєво приймати противірусні препарати, чи можна обмежитися курсовою терапією.

Значну частку питань спрямовано на профілактику ВГ, оскільки саме профілактика є запорукою здоров'я нації. Особливу увагу приділено обізнаності населення щодо вакцинації, бо для вірусного гепатиту В не існує ефективної противірусної терапії, проте існує достатньо ефективна вакцина.

Висновки. Створено анкету щодо з'ясування рівня обізнаності різних категорій населення щодо вірусних гепатитів В та С, яка складається з 22 питань з декількома відповідями. Використання анкети дозволить встановити причини високого рівня захворюваності на вірусні гепатити, здійснити необхідні заходи впливу на епідеміологічний процес при вірусних гепатитах В та С та знизити поширення їх у популяції.

Пінчук Віта Сергіївна, Панченко Олена Павлівна, Псарьова
Олена В'ячеславівна, Грищенко Світлана Олексіївна

**ЗАЛЕЖНІСТЬ ЛОКАЛІЗАЦІЇ
ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО УРАЖЕННЯ ВІД РІВНЯ
CD4 У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ**

Сумський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом,
м. Суми, Україна

*Vita Serhiivna Pinchuk, Olena Pavlivna Panchenko, Olena
Viacheslavivna Psarova, Svitlana Oleksiivna Hryshchenko*

***DEPENDENCE OF LOCALIZATION OF
TUBERCULOUS LESION ON THE LEVEL OF CD4 IN
PATIENTS WITH HIV INFECTION***

*Sumy Regional Center for AIDS Prevention and Control,
Sumy, Ukraine*

pinchuk.vita@ukr.net

Resume. *The share of extrapulmonary tuberculosis in Ukraine remains relatively low in 11-12 % of cases. According to the world medical community, the ratio of extrapulmonary forms to pulmonary is in Canada 1: 2, US 1: 3, Germany, and Switzerland 1: 4. In Ukraine, 1: 7-1: 8, this may indicate a lack of awareness of extrapulmonary forms of tuberculosis, resulting in an increase in mortality. It has been analyzed that tuberculosis in an HIV-infected person can occur at different levels of CD4, even in immunocompetent patients. The development of the process most often occurs in the lungs. It was established that the ratio of extrapulmonary and pulmonary tuberculosis in HIV-infected patients is 1:8.*

Актуальність. В Україні питома вага позалегенових форм туберкульозу (ТБ) залишається відносно невисокою 11-12% випадків. За даними світової медичної спільноти

співвідношення позалегенових форм до легенових у Канаді становить 1:2, у США – 1:3, у Німеччині та Швейцарії 1:4. В Україні це співвідношення становить 1:7 – 1:8, що свідчить про недостатнє виявлення позалегенових форм ТБ, наслідком чого зростає смертність, особливо серед пацієнтів з ВІЛ інфекцією. Поєднання епідемій туберкульозу та ВІЛ призвело не тільки до значного підвищення захворюваності на туберкульоз, а й до змін у клінічних проявах захворювання. ВІЛ розглядається як головний чинник ризику позалегенового туберкульозу.

Мета. Провести ретроспективний аналіз захворюваності на ТБ та оцінити залежність локалізації туберкульозного ураження від рівня CD4 Т-лімфоцитів у хворих на ВІЛ-інфекцію у Сумській області у 2016-2017 роках.

Матеріали і методи. Було проаналізовано 142 амбулаторних карток пацієнтів із ко-інфекцією ВІЛ/ТБ у Сумському обласному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом за 2016-2017 роки. Хворим проводили визначення рівня CD4 Т-лімфоцитів. Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою Microsoft Excel.

Результати досліджень. Згідно даних, отриманих протягом дослідження, співвідношення позалегенового та легенового ТБ, серед пацієнтів у 2016-2017 років становило 1:8, що свідчить про недостатню відповідність діагностики позалегенових форм у ВІЛ-інфікованих, наслідком чого є збільшення смертності хворих з ВІЛ/ТБ.

За даними аналізу рівня CD4 Т-лімфоцитів у ВІЛ-позитивних пацієнтів з проявами легенового ТБ, ми дійшли висновку, що легенові форми ТБ у більшості випадків діагностуються на фоні імунодефіциту важкого або середнього ступенів тяжкості (90,22 %), у решти хворих (9,8 %) легеновий ТБ, не різниться від загальнопопуляційного.

Серед ВІЛ-позитивних пацієнтів з позалегеновими проявами ТБ спостерігаються відносно рівні значення рівня відсоткових показників CD4 Т-лімфоцитів – 53,35 % та 46,66 % хворих з високим і рівнями відповідно, однак, при аналізі абсолютної

кількості CD4 Т-лімфоцитів, пацієнти розподілилися рівномірно за усіма показниками, що може свідчити про ймовірну імунологічну перебудову у ВІЛ-інфікованих пацієнтів із позалегеневим ТБ.

Висновки. Згідно проведених досліджень було виявлено, що у ВІЛ-позитивних пацієнтів ТБ може приєднуватися навіть в імунокомпетентних пацієнтів, незалежно від рівня CD4 Т-лімфоцитів. Найчастіше ТБ процес розвивається у легенях. Співвідношення 1:8. позалегеневого і легеневого ТБ у пацієнтів із ко-інфекцією свідчить про те, що спостерігати ВІЛ-позитивних пацієнтів потрібну з насторогою щодо ТБ, особливо позалегеневих форм. Особливої уваги та подальшого вивчення вимагає ймовірна імунологічна перебудова у ВІЛ-інфікованих пацієнтів із позалегеневим ТБ.

Пришляк Олександра Ярославівна, Васкул Надія Василівна,
Кондрин Оксана Євгенівна, Мізюк Руслан Михайлович
**ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З
РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ФІБРОЗУ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОЇ
ПРОТИВІРУСНОЇ ДІЇ**

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

*Pryshlyak Oleksandra, Vaskul Nadiia, Kondryn Oksana,
Mizyuk Ruslan*

**TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C
WITH DIFFERENT STAGE OF FIBROSIS WITH USE OF A
DIRECT ANTI-VIRUS ACTIVE DRUG**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»,
Ivano-Frankivsk, Ukraine
vaskul.nadiia@gmail.com*

Abstract. *According to WHO, in the world, the number of people infected with hepatotropic viruses is more than 2 billion people, and the number of patients with chronic hepatitis C - 130-180 million, and every year 2-3 million become newly infected. Ukraine belongs to countries with an average prevalence of hepatitis C, therefore the expediency of using modern methods of treatment for these patients is beyond doubt. The use of the combination of sofosbuvir and ledipasvir in patients with chronic hepatitis C with a degree of fibrosis F3-F4 promotes the rapid elimination of the virus from the body and the achievement of SVV in 95.3% of cases.*

Актуальність. За останні роки помітна тенденція до збільшення захворюваності на вірусні гепатити, в тому числі випадків хронічних форм хвороби. Вже зараз загальна кількість хворих на гепатити у світі в 14 – 15 разів перевищує кількість ВІЛ- інфікованих. За даними експертів ВООЗ вірусом гепатиту

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

С в світі інфіковано 130-180 млн. людей, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки. За ступенем негативного впливу на здоров'я населення та масштабами захворюваності вірусні гепатити в Україні займають домінуюче місце в структурі інфекційної патології. За даними деяких епідеміологічних досліджень, проведених в Україні, кількість хворих на ХГС в популяції приблизно становить 8,9 %, значна частина із них потребує ефективного лікування.

Мета: Оцінити ефективність застосування комбінації препаратів прямої противірусної дії у пацієнтів, хворих на хронічний гепатит С з різним ступенем фіброзу.

Матеріали та методи. Опрацьовано 43 медичні карти амбулаторних та стаціонарних хворих, які лікувалися з приводу ХГС в гепатологічному центрі Івано-Франківської ОКІЛ за період 2017-2018 рр.

Результати та обговорення. При аналізі медичних карт встановлено, що у всіх пацієнтів визначався 1b генотип. Тривалість захворювання ХГС з моменту підтвердженого діагнозу становить від 4 до 8 років (в середньому $5,2 \pm 1,3$ роки). Всі пацієнти мали помірну виражену активність патологічного процесу. В залежності від стадії фіброзу, яка визначалася за системою METAVIR, всіх пацієнтів було розділено на дві групи. В 1-у групу увійшли пацієнти із ступенем фіброзу F1-F2, у 2-у групу – F3-F4. Перша група становила 19 пацієнтів (44,19 %), друга – 24 пацієнти (55,81%). Для лікування використовувалася комбінація препаратів софосбувіру та ледіпасвіру.

До початку терапії рівень вірусного навантаження у пацієнтів коливався від $4,5 \times 10^4$ МО/мл до $5,8 \times 10^6$ МО/мл. Контроль даного показника проводився через 4, 8 та 12 тижнів від початку противірусної терапії. Клінічні прояви у хворих характеризувалися наявністю астено-вегетативного, диспепсичного та абдомінально-больового синдромів. Найчастіше пацієнти скаржились на підвищену втомлюваність та загальну слабкість – 81,4% хворих, болі в суглобах відмічали

13,9 %. Інтенсивність цитолітичного синдрому була помірно виражена. У пацієнтів 1 групи активність АлАТ в середньому становила $202 \pm 3,22$ од/л., АсАТ – $177 \pm 2,54$ од/л., при стадії фіброзу F3-F4 (2 група) активність АлАТ – $228 \pm 4,17$ од/л., АсАТ – $192 \pm 2,73$ од/л.

На фоні проведеного лікування встановлено, що стабілізація основних клініко-лабораторних показників 1-ої групи хворих спостерігалася вже через 8 тижнів лікування, у 100 % пацієнтів діагностовано елімінацію вірусу та досягнення стійкої вірусологічної відповіді (СВВ). В 2-ій групі хворих покращення показників відмічалось через 24 тижні, однак 2 осіб були «невідповідачами», СВВ спостерігалася у 95,3 % пацієнтів. Слід відмітити, що дана комбінація препаратів добре переноситься пацієнтами та не спричиняє побічних ефектів, які б потребували додаткової лікувальної корекції.

Висновки. Застосування комбінації препаратів софосбувіру та ледіпасвіру у хворих на ХГС із ступенем фіброзу F3-F4 сприяє швидкій елімінації вірусу з організму та досягнення СВВ у 95,3 % випадків. Дана терапевтична тактика у пацієнтів з хронічним гепатитом С дозволила суттєво підвищити ефективність лікування, зменшити його тривалість і частоту виникнення побічних дій.

Пришляк Олександра Ярославівна, Тилищак Зоряна Романівна,
Кобрин Тарас Зіновійович, Мазурок Уляна Яремівна
**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОБЛИВОСТІ КОРУ В
СТУДЕНТІВ ІФНМУ**

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

*Pryshlyak Oleksandra Yaroslavivna, Tylishchak Zoriana
Yaroslavivna, Kobryn Taras Zinoviovich,
Mazurok Uliana Yaremivna*

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF
MEASLES IN STUDENTS OF IFNMU**

*Department of Infectious Disease and Epidemiology
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»,
Ivano-Frankivsk, Ukraine
zoriana.1986@ukr.net*

***Summary.** 35 medical cards of students of Ivano-Frankivsk National Medical University (IFNMU) sick of measles, who had been treated in Ivano-Frankivsk Regional Infectious Disease Hospital from 2017 till 2018, were analyzed. The disease was characterized by moderate severity. Most often acute bronchitis (28,6 %), reactive hepatitis (14,3 %), reactive pancreatitis (5,7 %) were diagnosed among complications.*

Актуальність. Підвищена захворюваність на кір складає одну із основних медико-соціальних проблем на сьогоднішній день. В Україні за період від осені 2016 р. по квітень 2019 р. на кір захворіло понад 100 тис. осіб 59263 особи. Переважно на кір хворіють особи дитячого віку, однак, рівень захворюваності на кір серед дорослих теж значно зріс. Студенти медичних університетів входять до групи ризику щодо кору, саме тому

важливим було дослідити перебіг цього захворювання серед студентів ІФНМУ.

Мета роботи. Вивчити клініко-епідеміологічні особливості захворювання на кір серед студентів ІФНМУ.

Матеріали і методи. Проаналізовано 35 медичних карт стаціонарних хворих на кір - студентів ІФНМУ, які перебували на лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні (ОКІЛ) м. Івано-Франківська в 2017-2018 рр.

Результати дослідження. Середній вік пацієнтів становив $20,3 \pm 2,5$ років, переважали особи жіночої статі – 20 (57,1 %), чоловічої – 15 (42,9 %). З 35 пацієнтів - 15 (42,9 %) проживали у гуртожитку, 20 – вдома (57,1 %). 11 студентів (31,4 %) чітко вказували на контакт з хворими на кір однокласниками. 18 (51,4 %) було госпіталізовано за епідеміологічними показами, 17 (48,6 %) – за епідеміологічними та клінічними показами. 12 пацієнтів (34,3 %) поступили на лікування в ОКІЛ у продромальному періоді захворювання, 23 (65,7 %) - в періоді висипу. Типовими скаргами студентів при поступленні були: підвищення температури тіла $37 - 38,5^0$ C (15 осіб – 42,9 %), $38,5 - 40^0$ C (20 – 57,1 %); нежить (11 – 31,4 %), біль у горлі (24 – 68,8 %); кашель (11 – 31,4 %); світлобоязнь і сльозотеча (14 – 40 %). У 28 студентів (80 %) на слизовій оболонці щік виявили плями Бельського-Філатова-Копліка. Висип плямисто-папульозного характеру спостерігався у 33 пацієнтів (94,3%), локалізувався на шкірі обличчя, шиї, тулуба. У 2 хворих (5,7%) висип не візуалізувався (атиповий кір у щеплених). Захворювання легкого ступеню діагностували у 3 (8,6 %) пацієнтів, середньої тяжкості – у 32 (91,4 %). Середня тривалість перебування у стаціонарі становила $7,3 \pm 2,8$ дні. Основними ускладненнями були: реактивний панкреатит – 2 (5,7 %), реактивний гепатит – 5 (14,3 %), гострий бронхіт – 10 (28,6 %). У 18 осіб (51,4 %) діагностовано кір неускладнений. Згідно даних лабораторних методів діагностики: підвищення ШОЕ спостерігалось у 21 пацієнта (60 %), лейкопенія – у 22 (62,9 %), лімфоцитоз – у 19 (54,3 %), підвищення активності АЛТ/АСТ – у 7 (20 %).

Тяжкість стану та високий рівень захворюваності пов'язані з тим, що 11 студентів (31,4 %) не були вакциновані, у 15 (42,9 %) – немає даних про вакцинацію і тільки 9 (25,7 %) – щеплено згідно календаря щеплень.

Висновки. Кір у студентів ІФНМУ характеризувалося середньою тяжкістю захворювання. Типовими скаргами при поступленні були: підвищення температури тіла, нежить, біль у горлі, кашель та висип. Найчастішими ускладненнями кору були: гострий бронхіт – 10 (28,6 %), реактивний гепатит – 5 (14,3 %) та реактивний панкреатит – 2 (5,7 %). Враховуючи те, що рівень захворюваності на кір в Івано-Франківській області є високим (кількість захворілих становила 7113 за період 2017-2018 рр.), а студенти ІФНМУ є групою ризику щодо кору, доцільним є проведення специфічної профілактики в осіб, які не були вакциновані згідно календаря щеплень.

Прокопович Мар'яна¹, Грижак Ігор Гнатович,
Багрій Микола Миколайович, Дьоміна Наталія Миколаївна,
Грижак Лілія Романівна

ПОШИРЕНІСТЬ КОІНФЕКЦІЇ ВІЛ/ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ У СТРУКТУРІ ЛЕТАЛЬНОСТІ СЕРЕД ВІЛ- ІНФІКОВАНИХ

¹Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

²Кафедра патоморфології та судової медицини
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»

³Обласний центр профілактики і боротьби з ВІЛ-
інфекцією/СНІДом, м. Івано-Франківськ, Україна

*Prokopovych Mariana¹, Hryzhak Ihor Gnatovich,
Bahrii Mykola Mykolaevich, Diomina Nataliya Mykolaivna,
Hryzhak Liliya Romanivna*

HIV / HEPATITIS COINFECTION EXTENSION IN LETHALITY STRUCTURE OF HIV-INFECTED

¹*Department of Infectious Disease and Epidemiology*

²*Department of Pathomorphology and Forensic Medicine
SHEE "Ivano-Frankivsk National Medical University"*

³*Regional Center for HIV/AIDS Prevention and Control³,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

mariana.demianchuk09@gmail.com

Summary. *A retrospective analysis of 121 autopsies of HIV-infected patients for the period 2009-2018 was conducted. All dead HIV-infected patients had signs of liver damage: 54.54 % hepatitis, 42.98% liver cirrhosis, 2,48 % other reasons. Liver cirrhosis with complications as a main cause of death was found in 22 (18.18 %) of dead HIV-infected patients.*

Актуальність. ВІЛ-інфекція та вірусні гепатити В і С становлять одну з найбільших проблем медицини. Спільні шляхи та фактори передачі сприяють поширенню цих інфекцій

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

у групах найбільш ризикованої поведінки, зокрема серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики та їх статевих партнерів. За даними центру громадського здоров'я МОЗ України зростає показник смертності, який у 2017 році склав 7,7 на 100 тис. населення (3298 хворих проти 3253 у 2016 р. та 3032 у 2015 р.) У структурі причин смерті ВІЛ-позитивних людей, 61,2 % летальних випадків (3364 померлих) безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, а від причин, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією – 2105 (38,2 %). Зокрема вірусні гепатити В/С та цироз печінки вірусної етіології зустрічалися у 305 померлих хворих (5,4 %). Визнано, що ВІЛ-інфекція сприяє прогресуванню хвороб печінки до розвитку цирозу, який часто і стає причиною деяких летальних наслідків.

Мета. Вивчити причини летальних наслідків та роль у цьому хронічних вірусних гепатитів у хворих на ВІЛ-інфекцію.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 121 протоколів аутопсій ВІЛ-інфікованих пацієнтів за період 2009-2018 рр. на базі патологоанатомічного відділення обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська. Проаналізовано поширеність та характер ураження печінки у хворих на ВІЛ-інфекцію за даними заключного клінічного та патологоанатомічного діагнозів.

Результати дослідження. Встановлено, що серед померлих переважали чоловіки – 94 77,68 %, а жінок було 27 (22,31%), їх вік вкладався в інтервал 25-60 років, в середньому – 38,81 року; 117 (96,69 %) осіб мали IV стадію ВІЛ-інфекції, 4 (3,31 %) – III.

Вивчаючи причини смерті ВІЛ-інфікованих з'ясовано, що летальні випадки, які безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією були у 94 (77,69 %) хворих, в т.ч. менінгоенцефаліти різної етіології у 41 (33,88 %), пневмонії (пневмоцистна та бактеріальна) – 27 (22,31 %), коінфекція ВІЛ/ТБ – 22 (18,18 %), саркома Капоші – 3 (2,48 %), лімфома Ходжкіна – 1 (0,83 %). Інші особи померли внаслідок причин, що не пов'язані з ВІЛ-інфекцією: цироз печінки – у 22 (18,18 %), рак легень – у 1 (0,83

%), рак простати – у 1 (0,83 %), рак головки підшлункової залози – у 1 (0,83 %), виразкова хвороба шлунка з перфорацією виразки та розлитим перитонітом – у 1 (0,83 %).

У всіх 121 (100 %) померлих ВІЛ-інфікованих осіб встановлено ознаки уражень печінки. Гепатити спостерігались у 66 (54,54 %) хворих, зокрема криптогенний гепатит – 32 (26,45 %), хронічний гепатит В+С – 15 (12,83 %), хронічний гепатит С – 13 (10,75 %), хронічний гепатит В – 6 (1,65 %). Серед інших причин: туберкульозне ураження печінки на тлі генералізованого туберкульозу у 2 (1,65 %) та жировий гепатоз у 1 (0,83 %). На секції цироз печінки був діагностований у 52 (42,98%) померлих. Етіологія цирозу здебільшого була поєднана: вірусний В+С – 15 (12,39 %), вірусний В+С та токсичний – 13 (10,75 %), криптогенний та токсичний – 11 (9,09 %). Моноетіологія цирозу печінки була діагностована рідше: вірусний С – 11 (9,09 %), вірусний В – 2 (1,65 %). Згідно з класифікацією за Чайлд-П'ю у померлих переважав цироз класу А у 28 (58,33 %) та В у 14 (29,17 %), а клас С встановлено у 6 (12,5 %).

Цироз печінки як самостійну причину смерті встановлено у 22 (18,18 %) померлих ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а безпосередніми ускладненнями, які призвели до смерті були: полісерозит із поліорганною недостатністю – 8 (36,36 %), гепатоцелюлярна недостатність – 7 (31,81 %), та гепатorenальна недостатність – 4 (18,18 %), кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу та шлунку – 4 (18,18 %).

Висновки. Патологія печінки притаманна всім ВІЛ-інфікованим із фатальним завершенням хвороби. В структурі уражень переважають вірусні та криптогенний гепатити, цирози печінки, часто в поєднанні з токсичним патогенетичним компонентом. Як самостійна причина смерті цироз печінки виступає у 18,18 % пацієнтів.

Процик Андрій, Процик Ірина¹

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ В ХВОРИХ З КОМБІНОВАНОЮ ІНВАЗІЄЮ ЛЯМБЛІЯМИ ТА АСКАРИДАМИ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»

¹КЗ «Івано-Франківська станція швидкої медичної допомоги»,
м. Івано-Франківськ, Україна

Protsyk Andrii, Protsyk Iryna¹

EFFICIENCY OF PROBIOTIC USE IN PATIENTS WITH COMBINED INVASION OF GIARDIA AND ASKARIS

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»*

¹Public institution "Ivano-Frankivsk Ambulance Station",
Ivano-Frankivsk, Ukraine
andrprofesor@gmail.com

Summary. *The medical cards of 28 patients with combined invasion of lamblia and ascarid were analyzed. After usage of probiotic, an increase in the content of lactobacterium, bifidobacteria and total level of esherichia was observed. At the same time, the number of alochtonous flora decreased, which was resulted in decreasing of the content of bacteroids, fungi of the genus Candida, conditionally pathogenic enterobacteria and pathogenic strains of esherichia.*

Актуальність. Паразитарні захворювання становлять вагому частку в структурі інфекційної захворюваності. Останній час реєструється все більше випадків мікст-інвазії лямбліями та аскаридами. При поєднаній інвазії клінічна картина характеризується тяжчим перебігом та збільшується частота

ускладнень у пацієнтів, в т.ч. посилюються зміни мікрофлори кишечника.

Мета роботи. Вивчити ефективність застосування пробіотика в комплексній терапії хворих з комбінованою інвазією лямбліями та аскаридами.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 28 пацієнтів, середній вік яких становив $30,71 \pm 1,01$ років. До 1-ої групи ($n=14$) включали хворих, які отримували традиційне базисне лікування, а 2-у групу ($n=14$) - пацієнти, яким в схему базисної терапії додатково було включено пробіотик Ентерол 250, що містить сахароміцети буларді.

Результати дослідження. В 2-ій групі хворих (лікування з додаванням пробіотика) спостерігали більш значні ознаки покращення стану мікрофлори кишечника як по відношенню до результатів, отриманих до початку лікування, так і в порівнянні з даними пацієнтів 1-ої групи. Вміст біфідобактерій ($7,93 \pm 0,22$ Іг КУО/г) та лактобактерій ($7,64 \pm 0,23$ Іг КУО/г) був наближений до показників контрольної групи та дорівнював ($p < 0,05$). Відмічалось незначне зниження кількості бактероїдів ($7,07 \pm 0,22$ Іг КУО/г) ($p < 0,05$). Вміст пептококів ($5,86 \pm 0,18$ Іг КУО/г) був недостовірно менший, ніж в пацієнтів 1-ої групи ($p > 0,05$). Загальний вміст ешерихій ($7,21 \pm 0,21$ Іг КУО/г) підвищувався, ($p < 0,05$), спостерігалось зниження вмісту кишкової палички із слабоферментативними властивостями ($0,57 \pm 0,14$ Іг КУО/г) ($p < 0,05$). Крім того, присутність гемолітичної кишкової палички була виявлена лише у 2-х хворих ($0,14 \pm 0,12$ Іг КУО/г; $p < 0,05$). Також спостерігали майже повну нормалізацію рівня ентерококів ($7,64 \pm 0,23$ Іг КУО/г; $p < 0,05$). Було виявлено зниження вмісту УПЕ, який дорівнював $4,21 \pm 0,21$ Іг КУО/г ($p < 0,05$). Із грибкової флори рівень грибів роду *Candida* був мінімальним ($1,36 \pm 0,20$ Іг КУО/г; $p < 0,05$). Також спостерігали зниження вмісту стафілококів ($2,36 \pm 0,20$ Іг КУО/г), хоча результати не були достовірними по відношенню до групи без застосування пробіотика ($p > 0,05$).

Висновки. Дисбіотичні зміни мікрофлори кишечника при поєднаній інвазії лямбліями та аскаридами характеризуються зниженням рівня нормальної мікрофлори кишечника, зростанням вмісту умовно-патогенних ентеробактерій та появою патогенних мікроорганізмів, в т.ч. грибової флори. При включенні пробіотика Ентерол 250 в комплексну терапію хворих відмічалось достовірне покращення показників мікрофлори кишечника, в порівнянні з результатами до початку лікування та з аналогічною групою без застосування пробіотика.

Сосновенко Дмитро Сергійович
**ЗМІНИ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ
ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ, НЕСПЕЦИФІЧНОЇ
РЕАКТИВНОСТІ ТА АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ У
ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: д. мед. наук, проф. Чемич М. Д.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Sosnovenko Dmitry Sergeevich
**CHANGES GEMMOLOGICAL INTOXICATION, NON-
SPECIFIC REACTIVITY AND INFLAMMATION ACTIVITY IN
PATIENTS WITH HIV-INFECTION**

Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. Chemych M. D.
Sumy State University, Sumy, Ukraine
ecososnovenko@gmail.com

***Summary.** In patients with HIV infection, signs of acute inflammatory processes with a pronounced systemic response of the body to them prevail. Impaired immunological reactivity, autointoxication of the body during the destruction of its own cells due to the action of bacteria pathogenicity factors have been established. At the initial stages of HIV infection, it was revealed: less intense endogenous intoxication, moderately pronounced signs of inflammatory processes; the probability of developing a septic condition is greater in patients in the early stages; pronounced activity of affinity and effector units of immunity.*

Актуальність. У світі з ВІЛ-інфекцією живе близько 37 мільйонів людей. На початок 2017 року в Україні мешкало 238 тисяч людей з ВІЛ усіх вікових категорій. Особливості епідеміології, морфології, неспроможності повного виліковування та сприяючі фактори поширення

збудника, забезпечує безперервну циркуляцію збудника у природі й є актуальною темою для вивчення сьогодні.

ВІЛ уражає імунну систему, формуючи «замкнуте коло», фундаментальною основою якого є гематологічні властивості організму. Дослідження механізму розвитку і тяжкості перебігу патологічних процесів доцільне з використанням інтегративних гемологічних показників. Сьогодні, показники ендогенної інтоксикації як єдині, загальні, сталі показники при різних стадіях захворювання на ВІЛ, з різним перебігом індикаторних захворювань застарілі або вивчені недостатньо для чіткого розуміння картини патогенетичних змін в організмі.

Мета. З'ясувати патологічні процеси шляхом встановлення змін показників ендогенної інтоксикації, неспецифічної реактивності та активності запалення у ВІЛ-інфікованих при різних стадіях захворювання.

Матеріали і методи. Протягом 2015-2018 років обстежено 51 ВІЛ-інфікований. Госпіталізація: планова (80 %), ургентна (20 %). Серед хворих - 38 чоловіків і 13 жінок. Середній вік ($40,75 \pm 1,21$) року. 3 хворих з I стадією, 2 – з II, 6 - з III, 40 – з IV.

Хворі були поділені на три групи: AI - усі ВІЛ-інфіковані, чоловіків 74,5 %, жінок - 25,5 %, середній вік становив ($40,75 \pm 1,21$) року; AII група- 11 осіб з I - III стадіями ВІЛ-інфекції, чоловіки склали 72,7 %, жінки - 27,3 %, середній вік ($44,9 \pm 1,21$) року; AIII - 40 ВІЛ-інфікованих лише з IV стадією хвороби, чоловіків – 75,0 %, жінок – 25,0 %, середній вік ($39,6 \pm 1,31$) року.

Групу порівняння склали 44 клініко-анамнестично здорових донорів крові з Сумського обласного центру служби крові і трансфузіології середнім віком ($37,95 \pm 1,72$) року.

Здійснювали: збір епідеміологічних, клініко-анамнестичних даних; клініко-лабораторні дослідження. Розраховували інтегративні показники ендогенної інтоксикації та імунореактивності.

Результати клінічного спостереження та проведених досліджень були опрацьовані методом варіаційної статистики (t-критерій Стьюдента, хи-квадрат Пірсона) з використанням комп'ютерних програм Microsoft Office Excel 2010, Statistica 10 і онлайн калькулятора (<http://medstatistic.ru/calculators/calchit.html>).

Результати дослідження. Група АІ, виявлено: підвищення рівня ендогенної інтоксикації та активації процесів тканинного розпаду, активність запального процесу і порушення імунологічної реактивності, виражену системну відповідь на запальні процеси в організмі хворих- про що свідчить зростання ЛШ, ІЗЛК та ГПІ. Помірний розвиток декомпенсивної ендогенної інтоксикації, ймовірність розвитку септичного стану – засвідчило підвищення показників РВН, ІР. Про помірну адаптивну реакцію білої крові, розвиток імунодефіцитного стану клітинного типу, зокрема, зниження неспецифічного протиінфекційного захисту, ймовірно внаслідок інтоксикації - про що свідчить зниження І лімф. Зниження ІА та ІЛГ. Збільшення ЯІ, К, ІЛ ШОЕ- свідчать про: переважання реакцій сповільненого типу над гіперчутливістю негайного типу, що призводить до сенсibilізації та запуску алергічних механізмів на тлі інтоксикації організму. Зміни білого паростку крові на антигенну і цитокінову стимуляцію. Інтоксикацію хворих та втрату здатності нейтрофілів елімінувати антигени, що пояснюється збільшенням молодих форм паличкочерних нейтрофілів. Розвиток інтоксикації, запальної реакції середнього ступеню тяжкості. Порушення імунологічної реактивності внаслідок автоінтоксикації організму при деструкції власних клітин при дії бактеріальних токсинів.

Група АІІ, виявлено: менш виражені ніж в інших групах - ендогенна інтоксикація з активацією тканинного розпаду; активність запальних процесів і порушення імунологічної реактивності організму; активність запалення та системну відповідь організму на нього; зсув лейкоцитарної формули вліво, та активність неспецифічного запального процесу з

розвитком автоімунних процесів менш виражені ніж у групах - що підтверджується показниками ЛП, ІЗЛК, ГП, ІСНМ вище норми. Підтверджена наявність ендогенної інтоксикації з розвитком запальної реакції в організмі обстежених пацієнтів. Відсутність декомпенсованої ендогенної інтоксикації - що характеризує зниження РВН. Порушення афекторної і ефекторної ланок імунологічного процесу, активно виражене, на відміну від інших груп; переважання реакцій сповільненого типу над гіперчутливістю негайного типу – пояснюється збільшенням ІСЛМ, ІСНМ.

Група АП, виявлено: стійке та значне підвищення декомпенсованої ендогенної інтоксикації, активного процесу тканинного розпаду, наявність гострого запального процесу та порушення імунологічної реактивності з вираженою системною відповіддю. Зсув лейкоцитарної формули вліво, активацію неспецифічних запальних процесів з розвитком автоімунних явищ. Адаптивна реакція білої крові та імунодефіцитний стан клітинного типу, зниження неспецифічного протиінфекційного захисту; переважання реакцій гіперчутливості негайного типу над реакціями сповільненого типу. Наявність запальної реакції середнього ступеню тяжкості, зміни білого паростку крові на антигенну і цитокінову стимуляцію. Порушення здатності нейтрофілів елімінувати антиген. Порушення імунологічної реактивності внаслідок автоінтоксикації організму при деструкції власних клітин, дії бактеріальних токсинів. Данні підтверджені збільшенням: ЛП, ІЗЛК, ГП, ПП, ПР, ІСНМ, ІСЕЛ, ЯІ, ІК, ІЛ ШОЕ та зменшенням І лімф, ІА, ІЛГ.

Висновки. У хворих на ВІЛ-інфекцію переважають ознаки гострих запальних процесів з вираженою системною відповіддю організму на них. Інтоксикація та запальні реакції легкого ступеню спостерігаються на початкових стадіях, а середнього ступеню на термінальній стадії ВІЛ. Встановлено порушення імунологічної реактивності, автоінтоксикації організму при деструкції власних клітин внаслідок дії факторів патогенності

бактерій. На термінальній стадії з'ясовано: виражена декомпенсована ендогенна інтоксикація з ознаками активного запалення та порушенням імунологічної реактивності, тенденція до зсуву лейкоцитарної формули вліво, активація неспецифічного запалення, розвиток аутоімунних процесів; більш знижується неспецифічний протиінфекційний захист, ніж на первинних стадіях, переважають реакції сповільненого типу над гіперчутливістю негайного типу, частішають виникнення алергічних реакцій на тлі інтоксикації. На початкових стадіях ВІЛ-інфекції виявлено: менш інтенсивна ендогенна інтоксикація, помірно виражені ознаки запальних процесів; ймовірність розвитку септичного стану більше у хворих на перших стадіях; виражена активність афекторної і ефекторної ланок імунітету.

Сохань Антон Васильович, Козько Володимир Миколайович,
Бурма Ярослава Ігорівна, Павлов Володимир Володимирович.

**РОЛЬ НЕЙРОТРОФІЧНОГО ФАКТОРУ МОЗКУ В
УРАЖЕННІ ЗРІЛИХ НЕЙРОНІВ ХВОРИХ НА ГОСТРІ
МЕНІНГІТИ ТА МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТИ**

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

*Sokhan Anton Vasilyevich, Kozko Vladimir Mykolaevich,
Burma Yaroslava Igorivna, Pavlov Volodymyr Volodymyrovich.*
**THE ROLE OF THE NEUROTROPHIC BRAIN FACTOR IN
THE EFFECT OF ARRIVAL NEIGHBOR PATIENTS WITH
ACUTE MENINGITIS AND MENINGOGENECFALITIS**

*Department of Infectious Diseases
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

antonsokhan@gmail.com

Abstract. *To determine the influence of BDNF on the damage of mature neurons in patients with bacterial and viral meningitis and meningoencephalitis, an analysis of the concentration of NSA in the CSR was performed for patients with bacterial and herpesviral meningitis and meningoencephalitis. The analysis of the obtained indicators made it possible to conclude that in patients with meningoencephalitis there is a decrease in the content of BDNF, which contributes to the damage of mature neurons.*

Актуальність. Завдяки визначенню молекул, що є специфічними виключно для клітин головного мозку – нейроспецифічних маркерів (НСМ) з'явилась можливість оцінки ступеня ураження тих чи інших клітин мозку у хворих на різні патології ЦНС. Актуальними є дослідження нейротрофічного фактору мозку – BDNF, що відіграє найважливішу роль у рості й виживанні нейронів, слугує модулятором нейротрансмітерів і

сприяє нейрональній пластичності. BDNF також стимулює ріст нових нейронів з нервових стовбурових клітин (нейрогенез), у головному та спинному мозку. Проте на цей час обмаль даних щодо змін рівнів HCM у ЦСР хворих та впливу порушень функції ГЕБ, метаболічних і ендокринних розладів на ураження клітин ЦНС при гострих М/МЕ.

Мета. Визначення впливу BDNF на ураження зрілих нейронів у хворих на бактеріальні та вірусні менінгіти і менінгоенцефаліти.

Матеріали і методи. Проведено дослідження 203 осіб: 36 хворих на менінгококові М/МЕ, 45 – на пневмококові М/МЕ, 20 – з ВПГ 1,2 М/МЕ, 19 – з ЕБВ М/МЕ, 15 – з ВЗВ М, 14 – з ВГЛ-6 М/МЕ та 15 – з менінгізмом при ГРВІ (група порівняння). У рамках дослідження усім пацієнтам на першу добу лікування проводився аналіз вмісту в ЦСР нейронспецифічної енолази (NSE) – маркеру ураження зрілих нейронів та BDNF. Дослідження концентрації нейроспецифічних маркерів NSE та BDNF проводили за допомогою «сендвіч»-варіанту твердофазного ІФА діагностичними наборами реагентів «NSE» («ХЕМА», Росія), «BDNF» («ChemiKine», США). Математично-статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням ПК із пакетом прикладних програм MS Excel та 6-ї версії програми «BiostatPro», AnalystSoft Inc. Різниця вважалася статистично достовірною при значеннях $p < 0,05$. Взаємозв'язок між отриманими параметрами оцінювали на основі коефіцієнта кореляції (r) Спірмена.

Результати дослідження. Згідно з отриманими даними вміст NSE у першу добу госпіталізації у ЦСР хворих на менінгіт становив: при менінгококовому менінгіті – $18,20 \pm 1,97$ мкг/л, при пневмококовому М – $20,28 \pm 1,91$ мкг/л, при ВПГ 1,2 М – $21,83 \pm 1,21$ мкг/л, при ВЗВ М – $25,08 \pm 1,26$ мкг/л, при ЕБВ М – $25,24 \pm 2,98$ мкг/л, при ВГЛ-6 М – $24,01 \pm 1,23$ мкг/л, у групі порівняння – $15,71 \pm 0,47$ мкг/л. У всіх пацієнтів з М/МЕ в гострому періоді рівень NSE був достовірно вищим, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$).

У хворих на МЕ вміст NSE становив: при менінгококовій інфекції – $25,57 \pm 2,55$ мкг/л, пневмококової – $24,52 \pm 3,11$ мкг/л, при ВПГ 1,2 МЕ – $45,31 \pm 2,88$ мкг/л, ЕБВ МЕ – $36,86 \pm 4,58$ мкг/л, ВГЛ-6 МЕ – $30,78 \pm 2,07$ мкг/л. Рівень NSE у ЦСР не відрізнявся від показників групи порівняння лише у пацієнтів з ентеровірусним менінгітом ($p > 0,05$). У всіх інших групах рівень NSE був вищий за показники групи порівняння ($p < 0,05$). В усіх групах МЕ рівень NSE був достовірно вищим за показники М відповідної етіології ($p < 0,05$). Найвищі рівні NSE отримані у пацієнтів з герпесвірусними МЕ, особливо ВПГ 1,2, етіології.

Вміст BDNF у першу добу госпіталізації у ЦСР хворих на менінгіт становив: при менінгококовому М – $91,12 \pm 3,85$ пг/мл, при пневмококовому М – $83,46 \pm 3,83$ пг/мл, при ВПГ 1,2 М – $72,98 \pm 2,03$ пг/мл, при ВЗВ М – $70,12 \pm 3,23$ пг/мл, при ЕБВ М – $71,57 \pm 2,65$ пг/мл, при ВГЛ- 6 М – $73,21 \pm 2,87$ пг/мл, у групі порівняння – $75,43 \pm 1,32$ пг/мл. У хворих на МЕ – при менінгококовій інфекції – $71,62 \pm 1,12$ пг/мл, пневмококової – $72,21 \pm 1,01$ пг/мл, при ВПГ 1,2 МЕ – $66,88 \pm 2,77$ пг/мл, ЕБВ МЕ – $66,41 \pm 2,16$ пг/мл, ВГЛ-6 МЕ – $65,11 \pm 2,83$ пг/мл. Таким чином, рівень BDNF у ЦСР хворих з менінгітом був вищим за показники групи порівняння лише у хворих на менінгококові та пневмококові менінгіти ($p < 0,05$). У хворих на ВЗВ менінгіт, та у всіх групах МЕ, рівень BDNF був нижчим за показники групи порівняння ($p < 0,05$). У всіх групах хворих з МЕ рівень BDNF був нижчим за показники М відповідної етіології ($p < 0,05$).

Проведення кореляційного аналізу між показниками BDNF та NSE виявило зворотній корелятивний зв'язок (при бактеріальних М $r = -0,61$, МЕ $r = -0,73$; при герпесвірусних М $r = 0,35$, МЕ $r = -0,51$).

Висновки. Отримані нами показники ЦСР з низькими рівнями BDNF у хворих з бактеріальними та вірусними МЕ та наявність зворотної кореляції з тривалістю неврологічних

симптомів свідчать про значення BDNF у патогенезі ураження зрілих нейронів при гострих М/МЕ.

Сухарев Анатолій Борисович
**РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ФАКТОРА В ПЕРЕРИВАННІ
ВАГІТНОСТІ**

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

Sukharev Anatoly Borisovich
**THE ROLE OF INFECTIOUS FACTOR IN PREGNANCY
TERMINATION**

*Department of obstetrics and gynecology
Sumy State University, Sumy, Ukraine*

Zalivna7308@gmail.com

Summary. *The study of the vaginal microflora in pregnant women with a frozen pregnancy. A pathological study of abortion material was performed. It is concluded that the cause of abortion was the microflora of the genital tract.*

Актуальність. У сучасних умовах актуальною залишається проблема внутрішньоутробних інфекцій. Серед причин перинатальних втрат внутрішньоутробна інфекція становить до 40 %. Одним із основних вогнищ інфекції є несанована піхва. Інфекція з цього вогнища йде висхідним шляхом і вражає плід. У більшості випадків це проявляється в загрозі перериванні вагітності. У ряді випадків відбувається внутрішньоутробна загибель плода.

Мета. Вивчення впливу інфекційного фактора як причини вагітності, що завмерла в терміні 12–21 тижні вагітності.

Матеріали і методи. Під наглядом перебували 30 пацієнток віком 18–38 років із завмерлою вагітністю. З них загибель плоду сталася у 11 вагітних в терміні 12-13 тижнів вагітності, у 14 – 14–17 тижнів, і у 5 – 18–21 тижня. Загибелі плода в усіх обстежених жінок підтверджені ультразвуковим дослідженням. Вивчені дані анамнезу, загальний стан при надходженні, надана

допомога, стан послідів і причини загибелі плодів у спостережуваних пацієнток.

Результати та дослідження. Усі вагітні мали ускладнення перебігу поточної вагітності. У 19 (63,3 %) в анамнезі життя відзначені соматичні захворювання: ГРВІ, пієлонефрит, бронхіт, пневмонія. Менструації з 12 років були у 10 (33,3 %) жінок. У інших – з 14-15 років (66,7 %). Гінекологічні захворювання виявлялися у 21 (70,0 %). Найбільш частими були: ерозія шийки матки (у 10 – 47,6 %), хронічний аднексит (у 6 – 28,6 %), порушення менструального циклу (у 5 – 23,8 %). Інфекції, що передаються статевим шляхом, виявлені раніше у 23 – 76,7 % (хламідіоз, гонорея, трихомоніаз). Дана вагітність настала поза шлюбом у 2 (6,7 %) жінок, у 23 (76,6%) у першому шлюбі, у 5 (16,7 %) – у другому. Першовагітних було 13 (43,3 %), повторно вагітних 17 (56,7 %). Вагітність наступила в перші два роки шлюбу у 23 (76,7 %) жінок. 7 (23,3 %) жінок лікувалися з приводу трубно-перитоніального безпліддя. Штучне переривання вагітності було у 14 (46,7 %) обстежених жінок. Мимовільні аборти мали місце у 17(56,7 %). Позаматкова вагітність була у 2 (6,6 %). У 11 (36,6 %) жінок теперішня вагітність проходила без ускладнень У 12 (63,3 %) виникала загроза переривання вагітності. Усі вагітні з загрозою переривання вагітності шпиталились до гінекологічного відділення для обстеження та лікування. Усім вагітним проведено дослідження мікрофлори піхви. У 24 (80,0 %) вагітних був виявлений хламідіоз. Відзначено наявність асоціацій з іншими урогенітальними інфекціями: у 6 (25,0 %) виділені мікоплазми, у 3 (12,5 %) – кишкова паличка, у 12 (50,0 %) – стафілококи, у 3 (12,5 %) – уреоплазма. При госпіталізації до гінекологічного відділення пацієнткам була призначена терапія, спрямована на збереження вагітності. Базисна терапію проводилася згідно чинного клінічного протоколу № 624 МОЗ України. Крім того проводилася санація місцевих вогнищ інфекції із застосуванням свічок бетадіну. Не дивлячись на проведену терапію сталася антенатальна загибель плода у 12

(40,0 %) і у 18 (60,0 %) мимовільний викидень. Вагітність закінчена хірургічним шляхом або застосовувався медикаментозний аборт. Згідно даних патологоанатомічного бюро морфологічні дані плодів представлені наступною патологією: в 11 (36,6 %) випадках венозне повнокров'я внутрішніх органів, внутрішньоутробна генералізована мікоплазмозна інфекція з ураженням легень, печінки та надниркових залоз, при антенатальній загибелі у 4 (25,0 %) та у 6 (33,3 %) –інтранатальній. Гнійно-бактеріальний плацентит, гостре порушення плацентарного кровообігу при антенатальній загибелі плода було у 10 (83,3 %), і при інтранатальній – у 14 (77,8 %) Висхідна бактеріальна інфекція, гнійно-некротичний мембранит, гостре порушення плацентарного кровообігу при антенатальній загибелі були у 8 (66,7 %), а при інтранатальній у 11 (61,1 %). Бактеріальний мембранит, субхоріальний інтервілузит, крововилив вубазально-децидуальну оболонку були у 7 (58,3 %) при антенатальній загибелі і при інтранатальній – у 10 (55,6 %).

Висновок.Таким чином, передумовами для мимовільного переривання вагітності в терміні 12–21 тиждень були обтяжений соматичний анамнез, наявність значного числа запальних гінекологічних захворювань, інфекції, що передаються статевим шляхом, несприятливі результати попередніх вагітностей (аборти, викидні), вагітність поза шлюбом, рецидивуюча загроза переривання поточної вагітності.

Таранченко Анюта Василівна
**АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОТИКРАСНУШНОЇ
ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ЖІНОК, ЯКІ ПЛАНУЮТЬ
ВАГІТНІСТЬ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: к. мед. наук, доцент Ільїна Н. І.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Taranchenko Anyuta Vasylivna
**ACTUALITY PROPHYLAXIS WITH RUBELLA VACCINE, IN
WOMEN PLANNING PREGNANCY**

*Department of Infectious Diseases with Epidemiology
Scientific supervisor: PhD, Associate Professor Ilyina N. I.
Sumy State Univeristy, Sumy, Ukraine*

anyuta3105@ukr.net

***Summary.** Rubella is a contagious disease caused by a virus. In the structure of the causes of infant mortality, rubella consistently holds the second place – 28 %. Congenital rubella syndrome (CRS) is a condition that occurs in a developing baby in the womb whose mother is infected with the rubella virus. Pregnant women who contract rubella are at risk for miscarriage or stillbirth, and their developing babies are at risk for severe birth defects with devastating, lifelong consequences. The best protection against rubella is MMR (measles-mumps-rubella) vaccine.*

Актуальність. Краснуха відноситься до числа найбільш поширених інфекційних захворювань на земній кулі. До недавнього часу її відносили до «малих» інфекцій внаслідок легкого перебігу хвороби. Разом з тим не тільки широке поширення краснухи, а й можливість виникнення синдрому вродженої краснухи (СВК), який не обмежується мертвонародженням і вимушеним перериванням вагітності, робить проблему боротьби з цією інфекцією вкрай актуальним і важливим соціально-економічним завданням.

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

Мета дослідження. Проаналізувати ймовірність вад розвитку плода у жінок, що захворіли на краснуху, які не були щеплені на момент вагітності.

Матеріали та методи. Статистичні дані про захворюваність вагітних жінок на краснуху та виявлення СВК у дітей

Результати дослідження. Щороку на краснуху в Україні хворіє від 2 тис. до 16,2 тис. осіб.

У структурі причин дитячої смертності СВК стабільно посідає друге місце — 28 %.

При інфікуванні вірусом краснухи в першому триместрі вагітності, особливо у перші 8 тижнів, одним з можливих результатів є спонтанні аборти - від 10 до 40 % випадків. Частота синдрому вродженої краснухи у дітей від матерів, які переохворіли на краснуху під час вагітності, складає, за даними різних авторів, від 15 до 59 % (в середньому 20-25 %). При подальшому спостереженні за цими дітьми протягом 2 років у 85 % була виявлена патологія різного характеру і ступеня тяжкості. Вроджена краснуха проявляється з різною частотою в залежності від термінів вагітності, в які відбувається захворювання жінки. Найбільшу небезпеку становить краснуха в перші 3 міс вагітності. Тяжкість захворювання і особливості клінічної симптоматики також визначаються терміном зараження.

У 75 % випадків ураження при синдромі вродженої краснухи носять множинний характер. Прийнято виділяти основні і додаткові клінічні симптоми вродженої краснухи. До основних, крім класичної тріади Грегга, яка в повному обсязі зустрічається вкрай рідко, - вродженої катаракти, іноді в поєднанні з глаукомою, вроджених вад серця і глухоти, деякі автори відносять пігментний ретиніт.

Вроджені вади розвитку у хворих, які перенесли цю інфекцію, складають 32,3 %, серед яких 14,7 % - вроджені вади шлунково-кишкового тракту: 3 % - серця, 8,8 % - вади кісток і суглобів

Висновок. Таким чином, наведені дані щодо наслідків інфікування вагітних жінок безсумнівно вимагають проведення специфічної імунопрофілактики цієї недуги для попередження постнатальної, так і вродженої краснухи.

Федоренко Наталія Миколаївна
**ВПЛИВ TORCH-ІНФЕКЦІЙ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ,
РОЗВИТОК ПЛОДУ ТА ЗДОРОВ'Я МАЛЮКА**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: к. мед. наук, доц. Ільїна Н. І.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Fedorenko Nataliia Mykolayivna
**INFLUENCE OF TORCH-INFECTIOUS ON COURSE OF
PREGNANCY, FETUS DEVELOPMENT AND HEALTH OF
BABY**

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: PhD, Associate Professor Ilyina N. I.
Sumy State University, Sumy, Ukraine
natalia.bolotska@yandex.ua*

Summary. *In pregnant women, TORCH- infections often go asymptomatic in the form of carriers or with fuzzy clinical symptoms, but this does not exclude the possibility of infection with the fetus.*

If infecting the fetus occurs during the third week of pregnancy there are embryopathies. Infection in 8-12 weeks of pregnancy causes negligible defects in the development of the brain, reproductive organs of the fetus. Infection in the third trimester of pregnancy causes fetopathy.

So it is importance of timely diagnosis and adequate treatment of perinatal infections.

Актуальність. Актуальність проблеми TORCH-інфекцій пов'язана із декількома аспектами: велика поширеність їх серед дорослого та дитячого населення, простота й різноманітність у реалізації механізмів передавання, тяжкі, іноді незворотні наслідки після перенесеного захворювання, можливість внутрішньоутробного інфікування з подальшим розвитком вад у

плода, часто несумісних із життям, спричинення тривалого хронічного перебігу захворювань.

Мета. На підставі даних літератури проаналізувати вплив TORCH-інфекцій з вертикальним механізмом передачі на перебіг вагітності і плід.

Результати. Внутрішньоутробні інфекції впродовж останніх років посідають 1-3 місця у структурі причин смертності новонароджених, оскільки питома вага їх складає 2-65 %. Серед дітей, які залишилися живими, інвалідність спостерігається майже у 5% випадків. Частка смертності від вроджених вад розвитку складає 30-35 %.

Внутрішньоутробне інфікування плоду може відбуватися незалежно від перебігу захворювання у матері (маніфестна чи латентна форма). Зараження плоду може відбуватися як висхідним, так і низхідним шляхами. Незалежно від цього відбувається інфікування навколоплідних вод. Плід заражається при заковтуванні їх або аспірації. Можливе інфікування і через шкіру, у випадку її мацерації.

Кожен вид інфекції у плода має свої клінічні прояви.

Якщо інфікування плоду відбувається на третьому тижні вагітності у період органогенезу, виникають ембріопатії - тяжкі вади того органу, який у цей час формується. Інфікування на 8-12 тижнях вагітності спричиняє нетяжкі вади розвитку головного мозку, статевих органів плоду. Інфікування у третьому триместрі вагітності спричиняє фетопатії, менінгіт, енцефаліт, ураження печінки, нирок тощо.

У вагітних ці інфекції часто перебігають безсимптомно у вигляді носійства або з нечіткою клінічною симптоматикою, але це не виключає розвитку тяжко патології у дитини. Хронічні форми інфекції можуть загострюватись під впливом таких факторів, як стрес, різні інші супутні захворювання, білкове голодування, несприятливі екологічні чинники тощо. Вони спричиняють порушення імунного статусу жінки, а сама вагітність, навіть нормальна, через гормональні зміни підвищує сприйнятливність до інфекції. TORCH- інфекції у хворої жінки

часто супроводжуються різноманітними ускладненнями вагітності та пологів - нефропатією, фетоплацентарною недостатністю, мало- і багатоводдям, передчасними пологами, викиднями.

Висновки. Високий відсоток летальності новонароджених визначає важливість своєчасної діагностики й адекватного лікування перинатальних інфекцій. Одним з основних завдань сучасної медицини є збереження здоров'я вагітної жінки та забезпечення народження здорового покоління.

Хелемендик Анастасія Борисівна¹, Фурик Олена Олександрівна¹,
Рябоконь Олена Вячеславівна¹, Бондарева Вікторія Василівна².

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

¹Кафедра інфекційних хвороб
Запорізький державний медичний університет
²КУ Запорізька обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР,
м. Запоріжжя, Україна

*Khelemendyk Anastasiya Borisivna¹, Furik Olena Oleksandrivna¹,
Riabokon Olena Vyacheslavivna¹, Bondareva Viktoriya Vasilivna²*
**CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF THE
COURSE OF ACUTE HEPATITIS B IN THE PRESENT STAGE**

*¹Department of Infectious Diseases
Zaporizhzhia State Medical University
²Zaporizhzhia Regional Clinical Hospital of Infectious diseases,
Zaporizhzhia, Ukraine*

amarkova17@gmail.com

Abstract. *The data on the clinical and laboratory characteristics of the course of acute hepatitis B at the present stage are presented. An analysis of the observation of 37 patients treated at the Zaporozhye Regional Infectious Diseases Hospital.*

Актуальність. Незважаючи на високу ефективність профілактичних засобів щодо вірусного гепатиту В, щорічно первинно інфікуються вірусом гепатиту В (HBV) більше 50 млн. HBV-інфекція посідає 10-те місце у світі серед усіх причин смертності.

Мета. Проаналізувати клініко-лабораторні особливості перебігу ГГВ за даними Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні.

Матеріали і методи. Під клінічним спостереженням було 37 хворих на ГГВ (17 чоловіків та 21 жінок) віком від 20 до 61

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

року. Хворі не мали конфекції іншими гепатотропними вірусами та ВІЛ-інфекцією. Статистична обробка отриманих даних проведена в програмі «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Результати дослідження. Враховуючи клінічні симптоми інтоксикації та рівень біохімічних змін середньо тяжкий та тяжкий перебіг ГГВ реєструвалися майже з однаковою частотою: у 15 (40,5 %) та 16 (43,2 %) пацієнтів відповідно, легкий перебіг – у 6 (16,2 %) хворих, 2 з яких мали затяжний перебіг з хронізацією у 1 пацієнта, та 1 пацієнт з фульмінантною формою гепатиту помер. Більшість хворих 36 (97,3 %) були госпіталізовані в жовтяничному періоді на 9 (6; 12) день захворювання. У більшості пацієнтів продромальний період перебігав по змішаному варіанту із переважанням астеновегетативних (31- 83,8 %) та диспепсичних (26- 70,3 %) проявів, рідше реєструвалися артралгічний (22- 59,5 %) і грипоподібний варіанти (10- 27 %), у 6 (16,2 %) хворих відмічалась екзантема.

При госпіталізації ведучою скаргою була слабкість (33 – 89,2 %) та диспепсичні скарги (23 – 62,2 %), субфебрилітет, артралгії та важкість у правому підребер'ї відмічалась рідше (54 %, 51,4 %, 46 % відповідно). Розвиток жовтяниці та холурії відмічався у переважної більшості хворих (35 – 94,6 %). Збільшення печінки відмічалось у всіх хворих, селезінки – у 16 (43 %). у 11 (29,7 %) хворих - геморагічні прояви поєднувалися з неврологічною симптоматикою у вигляді порушення сну, ністагму, зниження черевних рефлексів, збудження або пригніченням.

У розпал захворювання у всіх хворих був підвищеним загальний білірубін від 25,1 до 365,7 мкмоль/л (Ме 184 (103; 261,2)) та активність АлАТ від 3,89 до 8,1 ммоль/год×л (Ме 6,9 (6,86; 7,35)). Тимолова проба виявилася підвищеною в 81 % хворих – від 4,4 до 24,8 (Ме 9,1 (5,95; 14,3)). Підвищення лужної фосфатази - у 34 (91,9 %) хворих від 112,5 до 942,2 нмоль/с×л (Ме 222,05 (168;299,9)), активність ГГТ підвищена у 35 (94,6 %)

хворих - від 72,2 до 750 од./л. Зниження загального білка - у 8 (21,6 %) хворих від 51 до 64 г/л; зниження частки альбуміну від 39 до 49 % - у 14 (37,8 %) хворих; частка γ -глобулінів збільшувалась від 21 до 37 % у 20 (54 %) хворих; зниження альбумін/глобулінового коефіцієнту зафіксовано у 34 (91,9 %) від 0,63 до 1,38 %. Зниження ПТГ від 30,5 до 71,8 % було у 12 (32,4%) пацієнтів. Зміни в гемограммі хворих на ГГВ: лейкопенія у 1 (2,7%) хворого (3×10^9 /л), лейкоцитоз від 10,1 до $14,8 \times 10^9$ /л у 16,2 %. Лімфоцитоз у межах 41-51 % був виявлений у 4 хворих (10,8 %). У 36 (97,3 %) хворих при госпіталізації були позитивними HBsAg та IgM anti-HBc_{or}, а HBeAg - у 27 (73 %) хворих.

При виписці загальний білірубін залишався вище норми у 14 хворих (37,8 %), активність АЛТ у межах від 0,88 до 5,3 ммоль/год \times л. На момент виписки виявлено збереження циркуляції в крові HBsAg- у 70,8 % (17 із 24), у 1 зберігалась циркуляція HBeAg та ДНК HBV у 15 (62,5 %) хворих. Поява анти-HBe зареєстровано у 11 (45,8 %) хворих, анти- HBs - у 3 (12,5 %). Через 6 міс спостереження анти- HBs у 11 (45,8 %) хворих, та у 1 хворого захворювання набуло хронічного перебігу з циркуляцією HBsAg, HBeAg та ДНК HBV у низькому титрі (менше 50 МО/мл).

Висновки. В сучасних умовах ГГВ майже з однаковою частотою має середньотяжкоюй та тяжкий перебіг захворювання. Маніфестні форми зберігали циклічність перебігу захворювання з найбільш частим змішаним варіантом продромального періоду (з астеновегетативними та диспепсичними скаргами) та типовими клініко-біохімічними змінами в жовтяничному періоді та виявленні HBsAg, IgM anti-HBc_{or} та HBeAg у переважної більшості хворих. Реконвалесценція характеризувалася збереженням HBsAg та сумарних антитіл до HBc_{or} антигену у 70,8 % хворих та ДНК HBV у 62,5 % хворих, сероконверсія з появою анти- HBe у сироватці крові зареєстрована у кожного другого хворого, поява анти- HBs - у 12,5 %, що свідчить про необхідність

диспансерного спостереження хворих з маркерною діагностикою.

Чабан Тетяна Володимирівна, Бочаров Вячеслав Михайлович
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПНЕВМОЦИСТНОЇ ПНЕВМОНІЇ
Кафедра інфекційних хвороб
Одеський Національний Медичний Університет,
м. Одеса. Україна

Chaban Tetyana Volodymyrivna, Bocharov Vyacheslav Myhailovich
CLINICAL CASE OF PNEUMOCYSTIC PNEUMONIA
Department of infectious diseases
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine
chtv@ukr.net

Summary. Description of the clinical case of pneumocystic pneumonia in a patient with HIV-infection.

Актуальність. Перебіг ВІЛ-інфекції супроводжується клінічними симптомами пневмоцистної пневмонії (ПП) у 30-50 % хворих. ПП є типовою опортуністичною інфекцією, характерною для стадії СНІД. Зазвичай, ПП розвивається на тлі вираженого імунодефіциту.

Нижче описаний клінічний випадок захворювання спостерігався нами на базі обласної клінічної туберкульозної лікарні (ОКТЛ).

Клінічний випадок. Чоловік 27 років, поступив в лікарню на 5-му тижні захворювання, коли з'явилась слабкість, ломота в тілі та субфебрилітет. Через 8 днів від початку захворювання температура тіла підвищилась до 39,5⁰ С, з'явився сухий кашель. Обстежений у поліклініці за місцем проживання та з діагнозом: вогнищевий туберкульоз легень?, направлений на лікування до ОКТЛ.

В ОКТЛ хворому призначений курс антибактеріальної терапії, за основним діагнозом - вогнищевий туберкульоз.

За даними анамнезу, за два місяці до теперішнього захворювання був незахищений статевий контакт. При

фізикальному дослідженні виявлено збільшення задньошийних лімфатичних вузлів та дифузна гіперемія слизової ротоглотки.

На рентгенограмі легень при надходженні до стаціонару: інфільтративні тіні, зправа в S3 розмірами 3,0×3,5 см, зліва в S4 3,0×2,0 см. При УЗД черевної порожнини виявлена гепатомегалія. При лабораторному дослідженні: лейкоцити $10,2 \times 10^9$ /л: ϵ -1%, π -4 %, σ -60 %, λ -25 %, μ -10 %, атипові мононуклеари – 9 %, активність ЛДГ- 424 Од/л та АлАТ – 269 Е/л, АсАТ – 159 Е/л. Отриманні позитивні результати ІХА-тестів на ВІЛ-інфекцію, а також невизначений результат імуноблоту та позитивні результати р-24-антиген-тесту (ВектоВІЛ-1) и КомбіБест-ВІЛ-1,2-АГ/АТ тесту. Рівень вірусного навантаження у крові 200,211 копій/мл, а рівень CD4-лімфоцитів – 9 % – 255 кл/мкл (співвідношення CD4/CD8 – 0,12).

На 7-му тижні захворювання відбулось погіршення стану хворого – гарячка до $38,7^0$ С, ломота в тілі, періодична тяжкість у лівому підребір'ї. Зберігався непродуктивний кашель та головний біль

Тоді ж проведена КТ органів грудної клітини: виявлені ділянки інтерстиціальної інфільтрації по типу «матового скла» переважно субплеврально в середніх і задніх відділах легень з обох сторін, а також збільшення лімфатичних вузлів середостіння (до 18 мм) та аксилярних лімфовузлів (до 17 мм), спленомегалія. Був виставлений діагноз: Інфільтративний туберкульоз легень. ВІЛ-інфекція – III клінічна стадія. Пневмоцистна пневмонія, ДН 0. Мононуклеозоподібний синдром.

Почато курс триметоприму/сульфаметоксазолу (ТМП/СМК) в добовій дозі 6400/1280 мг. На другий день лікування температура тіла нормалізувалась, а на третій день – значно покращилось сомопочуття, зменшився кашель.

На 10-му тижні лікування рівень CD4 склав 16 % – 289 кл/мкл (CD4/CD8 – 0,25). У зв'язку з тяжким перебігом ВІЛ-

інфекції була почата антиретровірусна терапія (АРВТ) препаратами абакавір/епівір та іфавіренц на 14-й день лікування ПП. Через 2 тижні від початку АРВТ рівень CD4-лімфоцитів підвищився до 16 % – 579 кл/мкл.

По закінченню 20-денного курсу ТМП/СМК була проведена контрольна КТ органів грудної клітини – інфільтративні тіні зменшилися. Хворий продовжив прийом ТМП/СМК в дозі 480 мг/добу. Після повної регресії всіх клінічних симптомів, нормалізації самопочуття хворий був виписаний на амбулаторне долікування та спостереження.

Клінічні симптоми гострої ВІЛ-інфекції неспецифічні, що, зазвичай, призводить до помилок у діагностиці. Неприятлива епідеміологічна ситуація по ВІЛ-інфекції, яка зберігається, визначає вірогідність зіткнення з таким діагнозом лікаря будь-якого фаху.

Зазвичай клінічна картина ПП у ВІЛ-інфікованих розвивається протягом декількох тижнів та характеризується вираженою задишкою, лихоманкою та непродуктивним кашлем, вираженою дихальною недостатністю, появою ціанозу. В аналізі крові характерно підвищення активності ЛДГ та зниження pO_2 . Рентгенологічна картина ПП у ВІЛ-інфікованих розвивається повільно та значно відстає від клінічної симптоматики.

Діагноз ПП в даному випадку був поставлений на підставі характерної рентгенологічної картини та швидкої позитивної динаміки на тлі лікування ТМП/СМК. Підвищення рівня ЛДГ також є непрямим критерієм діагнозу.

Слід зауважити, ПП виникає при рівні CD4 менше 200 кл/мкл. В даному клінічному випадку рівень CD4-лімфоцитів до початку лікування був вищим. Звертають на себе увагу досить низькі значення CD4-лімфоцитів (8 %) та імунорегуляторного індексу (0,12). Відомо, що зниження CD4-клітин менше 14 % асоційовано з розвитком опортуністичних інфекцій, які загрожують життю, в тому числі й ПП. Можливий відносно високий рівень CD4 у даного хворого та відносно швидка

діагностика захворювання сприяли сприятливому перебігу ПП без розвитку дихальної недостатності.

Чабан Тетяна Володимирівна, Верба Наталія Вікторівна
**ПОКАЗНИКИ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОСТАЗУ
ТА ЦИТОКІНОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Кафедра інфекційних хвороб
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Chaban Tetyana Volodumyryvna , Verba Nataliia Victorivna
**INDICATORS OF THE THROMBOCYTIC LINK OF
HEMOSTASIS AND THE CITOKIN SYSTEM IN PATIENTS
WITH CHRONIC HEPATITIS C**

*Department of infectious diseases
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*
chtv@ukr.net

Summary. 131 patients with chronic hepatitis C were examined, which revealed changes in the platelet count and hemostasis and interleukin-6 levels.

Актуальність. У хворих на хронічний гепатит С (ХГС) мають місце порушення з боку гемостазу, які обумовлені ураженням стінки кровоносних судин (в першу чергу, ендотелій - тунікаінтіма) та формених елементів крові (особливо тромбоцитів), що призводить до порушень у гемостазі. Інтерлейкін-6 (ІЛ-6) володіє подвійною дією. З одного боку він стимулює синтез TNF, з другого – при надмірній продукції TNF пригнічує цей синтез. Тому на сьогодні єдиної думки щодо участі ІЛ-6 у прозапальних і запальних процесах в організмі людини немає.

Мета. Вивчити показники тромбоцитарної ланки гемостазу та рівень ІЛ-6 у хворих на ХГС.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 131 хворих на ХГС. Діагноз ХГС встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних та підтверджували виявленням у

сироватці крові хворих специфічних антитіл (аHCV, аHCVNS3, аHCVNS4, аHCVNS5, аHCV-IgM) методом імуноферментного аналізу (ІФА) та РНК вірусу гепатиту С (RNAHCV) за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Функціонування тромбоцитарної ланки гемостазу вивчали за допомогою таких показників: активованого часткового тромбопластинового часу (АЧТЧ), загальної кількості тромбоцитів (PLT) у периферичній крові, ширини їх розподілу (PDV) та середнього об'єму (MPV). Для встановлення рівня ІЛ-6 застосовували імунохімічний метод з хемілюмінісцентною детекцією (ECLIA) на аналізаторі Cobas 6000 за допомогою тест-системи Roche Diagnostics (Швейцарія). Результат визначали у пг/мл (референтні значення 1,5-7,0).

Всі хворі на ХГС були поділені на 2 групи. До I групи ввійшли 66 хворих на ХГС, у яких мали місце протипоказання до інтефернотерапії. II групу склали 64 хворих на ХГС, які не відповідали досягненням вірусологічної відповіді на лікування інтерферонами.

Результати дослідження. При зверненні хворих на ХГС до гепатоцентру діагностовано зниження PLT 12 (18,18 %) у хворих I групи. Так, у середньому цей показник був нижчим, ніж у здорових осіб, на 45,75 % ($p < 0,001$). У 13 (20,00 %) хворих II групи PLT була нижчою, ніж у здорових осіб, на 51,47 % ($p < 0,001$). У 11 (17,19 %) хворих III групи PLT була меншою за показники у здорових осіб 56,02 % ($p < 0,001$). Змін зазнавали й інші показники тромбоцитарної ланки гемостазу. Так, PDW та MPV збільшувались порівняно із показниками здорових осіб у хворих I групи на 2,63 % і 29,35 % відповідно, у хворих II групи – на 5,45 % і 50,53 %, у хворих III групи – на 14,13 % і 85,48 % ($p < 0,001$). АЧТЧ подовжувалось у середньому в I групі на 2,37 с, в II групі – на 5,62 с, у III групі – на 8,05 с ($p < 0,001$). Клінічно дані порушення проявлялись наявністю кровоточивості ясен, періодичними носовими кровотечами, шкірним васкулітом. Рівень ІЛ-6 у хворих I групи перевищував

показники у здорових осіб на 43,56 %, у хворих II групи – на 45,66 %, у хворих III групи – на 46,46 %. Між показниками тромбоцитарної ланки гемостазу та рівнем ПЛ-6 виявлено наявність помірно вираженого кореляційного зв'язку. При повторному обстеженні через 3 місяці у хворих II групи відбувалась нормалізація показників тромбоцитарної ланки гемостазу та рівня ПЛ-6, тоді як у хворих I групи ці показники залишались на тому ж рівні, а у хворих III групи мали тенденцію до подальшого підвищення.

Висновки. Таким чином, у хворих на ХГС спостерігаються суттєві зміни з боку тромбоцитарної ланки гемостазу та системи цитокінів у вигляді зниження РЛТ, подовження АЧТЧ, збільшення тромбоцитарних індексів та підвищення рівня ПЛ-6, що потребує медикаментозної корекції.

Чемич Микола Дмитрович¹, Лішневська Анастасія Геннадіївна¹,
Івахів Олег Любомирович², Рябіченко Володимир Вікторович³

**ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В УКРАЇНІ.
ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ПЕРЕБІГУ. ПРОБЛЕМИ**

¹Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

¹Сумський державний університет, м. Суми, Україна

²Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та
венеричними хворобами

²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

³Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня
імені З. Й. Красовицького, м. Суми, Україна

*Chemych Mykola Dmytrovich¹, Lishnevskia Anastasiia Gennadiivna¹,
Ivahiv Oleg Lyubomirovich², Ryabichenko Volodymyr Viktorovich³*

***CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN UKRAINE. FEATURES OF
THEIR FLOW. PROBLEMS***

¹Department of Infectious Diseases and Epidemiology

¹Sumy State University, Sumy, Ukraine

*²Department of Infectious Diseases and Epidemiology, Schooling
and Venereal Diseases*

*²State Higher Educational Establishment “I. Ya. Gorbachevskiyi
Ternopil State Medical University, the Ministry of Public Health of
Ukraine”, Ternopil, Ukraine*

*³SRI «Sumy Regional Infectious Clinical Hospital named after
Z. Y. Krasovitsky», Sumy, Ukraine*

n.chemych@kinf.sumdu.edu.ua

Summary. *Despite the fact that according to official statistics on the incidence and prevalence of viral hepatitis in Ukraine over the past 5 years, a more or less stable epidemic situation has developed, it should be remembered that the cases detected are only a small part of the total number of infected people. Among the data from different regions of Ukraine, it was found that the highest incidence of viral*

hepatitis C was observed in the Sumy and Kherson regions, the detection of cirrhosis in these patients was the highest in Dnipropetrovsk, Poltava and Khmelnytsky regions. The largest number of people infected with viral hepatitis B was found in the Sumy and Khmelnytsky regions, and cirrhosis in these patients was found in the Khmelnytsky region.

Актуальність. Вірусні гепатити є однією з найбільш розповсюджених та небезпечних хвороб печінки вірусної етіології у світі. У значній частині інфікованих вірусними гепатиту розвивається цироз печінки чи гепатоцелюлярна карцинома. Досить часто вірусні гепатити реєструються у групах ризику, у тому числі й у медичних працівників. Крім того, згідно з висновками Центру громадського здоров'я МОЗ України, спостерігаються суттєві розбіжності у даних, отриманих з різних джерел офіційної статистики щодо захворюваності і поширеності вірусних гепатитів в Україні.

Мета дослідження. Розрахувати, проаналізувати та порівняти захворюваність на вірусні гепатити у різних областях України за 2017 - 2018 роки.

Матеріали та методи. Розроблено таблицю для заповнення кількісних показників щодо вірусних гепатитів за 2017 - 2018 роки, яку розповсюджено по областям України. Використана матеріали надані: Л. Р. Шостакович-Корецькою, О. П. Шевченко-Макаренко, В. Д. Ткаченко, І. В. Чухаловою (Дніпропетровська область); Н. Я. Пономаренко (Донецька область); Р. С. Остяком (Івано-Франківська область); О. А. Мартиненко (Луганська область); Н. П. Свириденко, Л. Л. Войтенко (Полтавська область); С. М. Панкратовим (Херсонська область); О. В. Піддубною (Хмельницька область); О. Г. Смірною (Кіровоградська область). Статистична обробка даних та аналіз проводилися за допомогою пакету програм Microsoft Office. Захворюваність розраховувалася на 10 тис населення.

Результати дослідження. У 2017-2018 рр найвища захворюваність на ХВГС спостерігалась у Сумській (2,69 та 3,06, відповідно 2017 і 2018 рр.) та Херсонській (3,05; 2,90) областях. Захворюваність за 2018 рік збільшилась у Сумській, Дніпропетровській, Івано-Франківській та Луганській областях, знизилась – у Полтавській та Херсонській, у інших – практично не змінилась. У всіх областях переважав перший генотип вірусу (1a та 1 в). У Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Полтавській та Херсонській областях велика кількість хворих мала не визначений генотип вірусу. Лише у Дніпропетровській та Кіровоградській області виявлявся 4-й генотип вірусу гепатиту С. Найбільша кількість хворих, у яких є позитивний результат РНК HCV, знаходиться у Луганській та Хмельницькій областях (по 100 %).

Найвищі показники вперше виявленого цирозу печінки, асоційованого з ХВГС, у 2018 році були у Дніпропетровській (55,60 %), Полтавській (50,66 %) та Хмельницькій (35,50 %) областях. У всіх областях, крім Сумської (з 14,14 % до 13,13 %, відповідно 2017 і 2018 рр.) та Херсонської (з 19,88 % до 12,83 %, відповідно 2017 і 2018 рр.), частіші випадки реєстрації цирозу печінки у 2018 році порівняно з 2017. Переважна більшість ХВГС у медичних працівників реєструється у Івано-Франківській області (13,29 %, 16,28 %, відповідно 2017 і 2018 рр.), вагома частина випадків – у Сумській (3,70 %; 8,36 %), Полтавській (5,46; 6,91 %), Херсонській (6,83 %, 6,25 %) областях.

Серед проведених досліджень на анти-HCV максимальна кількість позитивних результатів виявлялась у Дніпропетровській (40,28 %; 30,27 %, відповідно 2017 і 2018 рр.), Луганській (31,27 %; 23,29 %), Херсонській областях (21,74 %, 20,04 %) зі зниженням частоти у 2018 році. Серед усіх областей за 2018 рік зменшено кількість пацієнтів, які були проліковані комбінаціями препаратів, що включають пегільовані інтерферони (Пег-ІФН). Але більше 10 % хворих,

що отримували ПВТ, мали схеми з Пег-ІФН у Івано-Франківській та Луганській областях. У Хмельницькій області взагалі не використовували ці схеми для терапії, а у Дніпропетровській області хворі лікувались виключно за схемою 3D-терапії.

Захворюваність на ХВГВ найвища у Сумській (0,41; 0,55, відповідно 2017 і 2018 рр.) та Хмельницькій (0,16; 0,37) областях із наростаючою динамікою у 2018 р. Найбільша кількість випадків ХВГВ + ХВГД у 2018 році була у Донецькій області (2,68 %) та у 2017 – у Луганській (4,00 %).

Найвищі показники виявленого цирозу печінки, асоційованого з ХВГВ було зареєстровано у Хмельницькій області (20,00 %; 12,77 %, відповідно 2017 і 2018 рр.) зі зниженням у 2018 році. Максимальна захворюваність на цироз печінки, асоційований з ХВГВ, була у Івано-Франківській (1,46; 2,08, відповідно 2017 і 2018 рр.) та Полтавській (0,83; 0,64) областях.

Найбільша кількість хворих з позитивним результатом дослідження на ДНК HBV (всього серед усіх хворих на ХВГВ в області) спостерігалась у Дніпропетровській та Хмельницькій областях. Переважна кількість випадків ХВГВ у медичних працівників зафіксована у Сумській (8,89 %; 1,67 %, відповідно 2017 і 2018 рр.) та Хмельницькій (5,00 %, 4,26 %) областях. За проаналізований період найбільша кількість позитивних результатів досліджень на HBsAg виявлялась у Дніпропетровській (40,38 %; 30,27 %, відповідно 2017 і 2018 рр.) та Херсонській (9,11 %; 16,37 %) областях, у Дніпропетровській – з динамікою до зниження у 2018 році, а в Херсонській – до підвищення. У 2018 році значно скоротилось використання Пег-ІФН у всіх областях, але найбільша частина хворих, що лікуються Пег-ІФН, а не нуклеозидними аналогами, залишається в Херсонській та Хмельницькій областях.

Висновок. Висока захворюваність на вірусні гепатити спостерігається у Сумській, Херсонській та Хмельницькій областях. У Дніпропетровській, Полтавській та Хмельницькій

областях вагома кількість хворих виявляється вже на стадії цирозу. У значній кількості пацієнтів не виявляється генотип вірусу. У лікуванні вірусних гепатитів спостерігається динаміка до значного посилення використання препаратів прямої противірусної дії порівняно зі схемами з Пег-ІФН.

Чемич Оксана Миколаївна, Олефір Анна Анатоліївна,
Кравцова Яна Леонідівна

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

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

*Chemych Oksana Mykolaivna, Olefir Anna Anatoliivna,
Kravtsova Yana Leonidivna*

CLINICAL FEATURES OF THE HIV-INFECTION COURSE

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

[*o.chemych@med.sumdu.edu.ua*](mailto:o.chemych@med.sumdu.edu.ua)

Summary. *The pandemic of HIV-infection is a menacing problem for the world community. More than 37 million people are infected, of which only 53% receive specific antiretroviral therapy. Practically on all continents there is a high increase in the disease. Ukraine is one of the first places in Eastern Europe due to the growth of HIV-infection.*

72 people were investigated, including 69,45 % men, 30,55 % women. The median age of patients is (39,02 ± 0,96) years. We identified a low diagnosis of the first and second stages of HIV-infection, compared to the third and fourth stages. Mostly young men are infected. When hospitalizing in patients, non-specific complaints prevail over: weakness, headache, dizziness, loss of appetite, weight loss, nausea/vomiting. In the objective examination, the most common symptoms were lymphadenopathy, enlargement of the liver and spleen. Among opportunistic infections, oropharyngeal candidiasis is most common. In the structure of concomitant pathology, chronic viral hepatitis C and metabolic cardiomyopathy prevail.

Актуальність. За даними Центру громадського здоров'я на початок 2018 р. в Україні проживало 244 000 ВІЛ-позитивних осіб. Станом на 01.01.2019 на обліку знаходилось 142 061 ВІЛ-

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

інфікованих громадян України, з них 46 380 з четвертою клінічною стадією. Сумська область займає проміжне положення серед інших регіонів за кількістю вперше діагностованих випадків.

Мета роботи. Дослідити особливості перебігу ВІЛ-інфекції шляхом вивчення загальноклінічних обстежень

Матеріали та методи. Оброблено медичні карти 72 стаціонарних хворих за 2016-2018 рр., які отримували лікування у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні ім. З. Й. Красовицького, віком ($39,02 \pm 0,96$) року. Серед пацієнтів переважали чоловіки (69,44 %) ($p < 0,001$).

Результати. Хворих з першою клінічною стадією було 6 (8,33 %), третьою – 10 (13,89 %), четвертою – 56 (77,78 %).

При госпіталізації практично у всіх хворих були скарги на слабкість (95,83 %), дещо рідше зустрічалися головний біль (29,17 %), головокружіння (26,39 %), зниження апетиту (25,0 %), схуднення (22,22 %), нудота/блювання (20,83 %). У поодиноких випадках хворі скаржилися на кашель (18,06 %), біль у горлі (16,67 %), погіршення зору (12,5 %), біль у животі (9,72 %), біль в ділянці серця (8,33 %), зниження пам'яті (8,33 %), роздратованість (8,33 %), судоми (6,94 %), задишку (5,56 %), печію (4,17 %), біль в суглобах (4,17 %), жовтушність шкірних покривів (4,17 %), набряки нижніх кінцівок (2,78 %), висипання (2,78 %), біль у м'язах (1,39 %).

При об'єктивному обстеженні найпоширенішим симптомами були лімфаденопатія (91,67 %), збільшення печінки (81,94 %). Збільшення печінки залежало від супутньої патології і було більш виразнішим у пацієнтів з вірусними гепатитами у межах ($3,69 \pm 0,42$) см. У 47,2 % хворих спостерігалось підвищення температури тіла.

При дослідженні діяльності серцево-судинної системи нормокардія виявлялася найчастіше – 56,94 %, рідше тахікардія 40,28 % і в одиничних випадках брадикардія – 2,78 %. Середнє значення систолічного артеріального тиску складало

(119,51±2,22) мм рт. ст., а діастолічного – (80,97±1,25) мм рт. ст. Тобто, серцево-судинна система не була вражена у більшості хворих.

У результаті проведеного аналізу з'ясовано, що частіше порівняно з іншими опортуністичними інфекціями зустрічався орофарингеальний кандидоз – 62,50 %, туберкульоз різної локалізації – 36,11 % і токсоплазмоз головного мозку - 23,61 %.

Із супутньої патології частіше зустрічалися вірусні гепатити (62,50 %) та метаболічна кардіоміопатія (56,94 %), порівняно рідше ангіопатія сітківки обох очей (25,0 %) пацієнтів, енцефалопатія (11,11 %) ($p < 0,001$).

Серед ускладнень анемія зустрічалася найчастіше – у 86,11 % ($p < 0,001$), лейкопенія дещо рідше – у 23,61 %, кахексія – 23,61 %.

Висновок. У результаті проведеного дослідження ми визначили низьку діагностику першої та другої стадій ВІЛ-інфекції, порівняно з третьою, четвертою стадіями. Вражаються переважно чоловіки молодого працездатного віку. При госпіталізації у пацієнтів переважають неспецифічні скарги на: слабкість, головний біль, головокружіння, зниження апетиту, схуднення, нудота/блювання. При об'єктивному обстеженні найпоширенішим симптомами були лімфаденопатія, збільшення печінки та селезінки. Серед опортуністичних інфекцій найчастіше зустрічається орофарингеальний кандидоз. У структурі супутньої патології переважають хронічний вірусний гепатит С та метаболічна кардіоміопатія.

Чернецький Ігор Володимирович
**ІМУНОРЕАКТИВНІСТЬ ТА ІНТОКСИКАЦІЙНИЙ
СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ХВГС**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: асистент Лішневська А. Г.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Ihor Chernetskyi Volodymyrovych
**IMMUNOREACTIVITY AND INTOXICATION SYNDROME IN
PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS C**
Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: assistant Lishnevska A. G.
Sumy State University, Sumy, Ukraine
IgorGO97@gmail.com

Summary. *Establishing the presence of a toxic agent in the body is not enough to explain the diversity of the clinical manifestations of endotoxycosis. Therefore, there is a need to determine the adequate areas of diagnosis of the degree of endotoxycosis. The main difficulties in predicting the treatment of endogenous intoxication are primarily related to the fact that the degree of nonspecific immunoreactivity, endogenous intoxication or inflammation does not always correspond to the severity of the clinical picture of the disease in patients with chronic viral hepatitis C.*

Актуальність. Віруси гепатитів формують синдром ендогенної інтоксикації за рахунок прямого або іммуноопосередкованого цитолізу гепатоцитів, що і є основоположним механізмом патогенезу. Посилення синдрому ендогенної інтоксикації при вірусних гепатитах виникає внаслідок наступних патологічних процесів, а саме: зниження синтезу, а також дезінтоксикаційної і транспортної функції альбуміну; активація перекисного окислення ліпідів, що призводить до накопичення вільних радикалів, що підсилює

ендотоксикоз; імунний дисбаланс, що проявляється при вірусних гепатитах активацією життєдіяльності ендогенної флори і збільшення продуктів її метаболізму; вплив ендогенних токсичних субстанцій. Потрібна розробка простих, доступних, не дороговартісних методів діагностики виразності синдрому ендогенної інтоксикації.

Мета. Встановити особливості змін інтегративних показників імунореактивності та ендогенної інтоксикації у хворих хронічний вірусний гепатит С.

Матеріали і методи. Загальноклінічні методи дослідження (збір епідеміологічного анамнезу, фізикальне обстеження, вивчення клінічної картини захворювання, клінічний аналіз крові); ІФА (виявлення АТ до НСV), ПЛР (виявлення вірусу, генотипу); методи для встановлення ступеню фіброзу печінки (фібротест за METAVIR). Розраховували показники неспецифічної імунореактивності - індекс імунореактивності (ІІР), індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ), індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ), лімфоцитарний індекс (Ілімф), індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів (ІСЕЛ), індекс алергізації (ІА), ядерний індекс (ЯІ); індекси активності запалення - індекс Кребса (ІК), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ІЛГ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛ ШОЕ); інтегративні показники ендогенної інтоксикації – лейкоцитарний індекс інтоксикації (ІІІ), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛК), показник інтоксикації (ПІ), реактивна відповідь нейтрофілів (РВН). Це дозволяє визначити перебіг хвороби, корегувати лікування, прогнозувати висліди. Статистична обробка даних здійснювалась з використанням комп'ютерних програм Microsoft Office Excel 2010 та IBM SPSS Statistic 23.

Результати дослідження. Проведено клініко-лабораторне обстеження 60 хворих, що перебували на лікуванні у Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні імені З. Й. Красовицького. Контрольну групу склали 44 практично

здорових осіб. Для проведення розрахунку виразності інтоксикаційного синдрому вивчали показники загального аналізу крові. Значення більшості показників неспецифічної реактивності та ендогенної інтоксикації у хворих на ХВГС були достовірно вищими (ЛШ – у 5,8 раз, ГПІ – у 5,1, ПІ – у 7,9, ПР – у 1,4, ІСЛМ – у 1,2, Ілімф – у 1,5, ІА – у 1,4, ІЛГ – 1,7 раз) або нижчими (ІЗЛК – у 1,4 раз, РВН – у 1,8, ІК – у 1,4, ІЛ ШОЕ – 4,0 рази) порівняно з практично здоровими особами ($p < 0,05$). Тоді, як ІСНМ, ІСЕЛ, ЯІ практично не відрізнялися у двох порівнюваних групах ($p > 0,05$).

Висновки. У хворих на ХВГС порівняно з практично здоровими особами спостерігається підвищення показників ендогенної інтоксикації (ЛШ, ГПІ, ПІ), неспецифічної імунореактивності (ПР, ІСЛМ, Ілімф, ІА), запалення (ІЛГ); зменшення деяких показників ендогенної інтоксикації (ІЗЛК, РВН) та запалення (ІК, ІЛ ШОЕ).

Sharova Oleksandra Volodymyrivna, Smiyan Oleksander Ivanovych
**LYMPHOCYTE STATUS IN CHILDREN WITH CEREBRAL
PALSY**

*Department of Pediatrics
Sumy State University, Sumy, Ukraine*

Шарова Олександра Володимирівна, Сміян Олександр Іванович
**СКЛАД ЛІМФОЦИТІВ У ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ
ПАРАЛІЧЕМ**

Кафедра педіатрії
Сумський державний університет, м. Суми, Україна
o.sharova@sumdu.edu.ua

Резюме. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це синдром моторних порушень, часто асоційований зі зниженим рівнем фізичної активності, що може призвести до порушення регуляції імунної системи. Часто виникають питання чи потрібно стимулювати імунну систему для попередження даних ускладнень. У нашому дослідженні ми виявили ознаки напруженості імунної системи у дітей з ДЦП, що однак потребують більш глибокого аналізу. Необхідні подальші дослідження для розробки раціональної стратегії імунomodуляції.

Introduction. Cerebral palsy (CP) is an umbrella term for motor dysfunctions caused by brain damage in perinatal period. This condition is often associated with low level of physical activity. It may lead to an increased risk of development of several chronic diseases and immune system dysregulation. Wu et al. described the increased level of TNF-a in children with cerebral palsy in association with severity of CP. This pro-inflammatory cytokine is involved in immune cells regulation and thereby promotes persistent inflammatory state.

Aim. To compare lymphocyte status between children with CP and healthy children.

Інфекційні хвороби в практиці лікаря-інтерніста: сучасні аспекти : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Суми, 29–30.05.2019 р. СумДУ

Materials and methods. Blood samples were collected from children with cerebral palsy (N = 15) and healthy children volunteers (N=12) with white blood cell count within normal range and without clinical symptoms of acute and/or chronic infection. Lymphocyte status (percentage and absolute count of T-lymphocytes (CD2CD3), T-helper cells (CD4), T-suppressor cells (CD8), Natural killer cells (CD16) and B-lymphocytes (CD19, CD22)) was obtained at the time of enrollment and blood draw. Groups were compared using the Mann-Whitney U test and analysis was performed with PRISM software version 8.1.1 (330). Statistical significance was defined as $p < 0,05$.

Results. There were significantly higher levels of T-lymphocytes (median 2168, range = 1192-2958 vs. median 1347, range = 1060-2346), T-helper cells (median 1346, range = 757-1813 vs. median 763, range = 559-1441), T-suppressor cells (median 740, range = 298-1134 vs. median 532,5, range = 355-860), and B-lymphocytes (median 745, range = 566-1373 vs. median 549, range = 300-761) in children with CP. On the contrary, the percentage of CD16 was lower in children under pathologic condition in comparison to healthy volunteers (median 14 %, range = 9-21 vs. median 18,5 %, range = 14-27).

Overall, there was no statistical difference in age ($p = 0,14$) between children with CP and healthy children (median 79,25 months, range = 24-108 vs. median 62,93 months, range = 30-120).

Further investigation with sample size of 18 healthy volunteers and children with CP is required to reach reproducibility of results with power 80 %.

Conclusions. Some publications and clinical guidelines point out that the children with CP are prone to recurrent respiratory infections and there are speculations on necessity to modulate immune response. The results of this investigation demonstrate two things. First, CP is associated with an elevated number of lymphocytes. Second, decreased level of cell-mediated antibody-dependent cellular cytotoxicity agents can be observed under this condition. It may

result in autoimmune diseases due to lack of stimulus-induced response or to the overactivation of these cells. At the moment there are no studies identifying possible effects of moderate physical exercises and/or immunotherapy on lymphocyte subtypes' levels in children under this condition.

At this stage of understanding, we believe that there is need for profound research of immune status in children with CP to develop proper immunotherapy strategies.

Shvets Olga Mykolaivna
**DYNAMICS OF CARBOHYDRATE METABOLISM DURING
ANTI-TUBERCULOSIS TREATMENT**

Department of Phthisiatry and Pulmonology
Scientific supervisor: Doctor of medical science, Professor
Shevchenko O. S.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Швець Ольга Миколаївна
**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ НА
ТЛІ ЛІКУВАННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИМИ
ПРЕПАРАТАМИ**

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Науковий керівник: д. мед. наук, проф. Шевченко О. С.
Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Україна
olga.shvets733@ukr.net

Резюме. *Обстежено 76 хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів із збереженою чутливістю та 64 хворих на хіміорезистентний туберкульоз. На 30-ту добу лікування у хворих на хіміорезистентний туберкульоз, що отримували препарати 2-го ряду, на статистично значимому рівні знизився рівень інсуліну натщесерце та рівень глікемії через 2 години після вуглеводного навантаження, в той час як у хворих на чутливий туберкульоз спостерігалось підвищення рівня глікемії через 2 години після вуглеводного навантаження, що пов'язане із впливом рифампіцину на обмін глюкози.*

Background. Carbohydrate metabolism disorders are often found among patients with pulmonary tuberculosis.

Aim. To assess the dynamics of carbohydrate metabolism during anti-tuberculosis treatment in newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients.

Methods. We examined 76 patients with newly diagnosed drug-susceptible pulmonary tuberculosis (PTB) and 64 patients with drug-resistant PTB. Patients with drug-susceptible PTB received treatment with first-line anti-TB drugs and those in whom drug-resistant TB was diagnosed received treatment with second-line anti-TB drugs. We checked fasting blood glucose (FBG) and insulin levels, performed oral glucose tolerance test (OGTT) and obtained HOMA-IR before treatment and after 30 days of anti-TB therapy.

Results. We found significant decrease of fasting insulin (16.3 microU/L vs 14.47 microU/L) and blood glucose level after 2 hours OGTT (5.77 mmol/L vs 4.33 mmol/L) in patients who were treated with second-line anti-TB drugs. On the contrary, those who received first-line anti-TB drugs, had significant increase in blood glucose level after 2 hours OGTT (4.34 mmol/L vs 5.29 mmol/L). The median level of HOMA-IR value in drug-resistant PTB patients decreased significantly during the treatment (3.31 vs 2.22; $p=0,0057$). The decrease in the HOMA-IR value also occurred in drug-susceptible PTB patients (3.03 vs 2.30), though we did not find statistical significance for these changes.

Conclusion. Our findings indicate to the modeling effect of the second-line anti-TB drugs on the carbohydrate metabolism of patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis. On the contrary, the first-line anti-TB drugs can increase blood glucose level after 2 hours OGTT, due to rifampicin action.

Шевченко-Макаренко Ольга Петрівна
**ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ЕКСПРЕСІЇ мікроРНК-29а У
ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С**
Кафедра інфекційних хвороб
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
м. Дніпро, Україна

Shevchenko-Makarenko Olha Petrivna
**EXPRESSION LEVEL OF MICRO RWA-29A IN PATIENTS
WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C**
Department of Infectious Diseases
*¹SI «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of
Ukraine», Dnipro, Ukraine*
dsmainfect@ukr.net

Summary: The article analyzes the expression level of miRNA-29a (hsa-miR-29a) in 74 patients with chronic viral hepatitis C genotype 1 in the Dnipropetrovsk region, who used an interferon-free regimen of antiviral therapy. The average age of patients was 47.5 ± 1.4 years; men accounted for 51.4%, women - 48.6%. The control group contained of 11 healthy people. Real-time quantitative PCR was performed using TaqMan® miRNA analysis. It was established that the average level of miRNA-29a expression in patients was 44.59 (IQR: 12.50-188.68), in the control group - 2.16 (IQR: 0.71-21.54) ($p < 0.001$).

Актуальність. Спостерігаючи велику кількість досліджень в області гепатології та інфектології, патогенез хронічного вірусного гепатиту С (ХВГС), механізми, що впливають на швидкість прогресування фіброзу печінки, формування цирозу печінки чи гепатоцелюлярної карциноми, ще залишаються повністю не вивченими. Хворі, які на перший погляд мають однакові базові дані перед початком противірусної терапії (ПВТ), по різному відповідають на призначене лікування, не у

всіх хворих формується стійка вірусологічна відповідь (СВВ) та регресія фіброзу печінки.

Науковці продовжують пошуки по виявленню нових генетичних та епігенетичних маркерів різних патологічних станів, у тому числі і при патології печінки. Останнім часом вивчається роль мікроРНК в патогенезі при багатьох хворобах. МікроРНК (miR, miRNA) – це малі некодуючі молекули РНК, які здатні регулювати експресію генів на постраскрипційному рівні. У сироватці крові існують циркулюючі мікроРНК, які досить стабільні, що робить їх біомаркером при різних хворобах, онкопатології, тощо. При патології печінки та вірусних гепатитах також почали вивчати роль різних miRNAs. Вчені продовжують пошуки по виявленню нових мікроРНК (зараз їх відкрито близько 3000), а також розширюють знання з функцій та точок дотику як вже відомих ролей мікроРНК та генів, так і нових позицій.

Мета: вивчити та проаналізувати рівень експресії мікроРНК-29a (hsa-miR-29a) у хворих на ХВГС у Дніпропетровському регіоні.

Матеріали і методи. До дослідження увійшло 74 хворих на ХВГС з 1-м генотипом HCV, яким були призначені інтерферон-вільні режими протівірусної терапії ХВГС з використанням протівірусних препаратів прямої дії терміном на 12 тижнів. Пацієнти перебували на диспансерному спостереженні в Дніпропетровському обласному гепатологічному центрі і отримували ПВТ по державній та обласній програмі на базі гепатологічного відділення Дніпропетровської міської клінічної лікарні № 21 ім. проф. Е. Г. Попкової (інфекційна лікарня). Діагноз встановлювався за клініко-епідеміологічними даними, даними лабораторних досліджень відповідно до клінічних та локальних протоколів. Середній вік пацієнтів становив $47,5 \pm 1,4$ років, середня тривалість хвороби з моменту встановлення діагнозу – $5,91 \pm 0,5$ років. Чоловіки становили 51,4%, жінки – 48,6%. Питома вага наївних пацієнтів становила 70,3%, з досвідом терапії схемами, що містять інтерферон – 29,7%. Рівень експресії мікроРНК-29a (синоніми: hsa-miR-29a,

miRNA-29a) у крові хворих на ХВГС і здорових осіб визначали із застосуванням методики TaqMan® в умовних одиницях на базі відділу загальної та молекулярної патофізіології Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, м. Київ (завідувач відділу - професор Досенко В.Є.). Обробка та аналіз даних проводилися за допомогою програмного продукту Statistica v.6.1®.

Результати дослідження. Дослідження рівня експресії мікроРНК-29а в групах пацієнтів з ХВГС і здорових осіб продемонструвало їх значну варіабельність. Показник коливався від 0,48 до 226,52 у здорових осіб і від 0,41 до 827,6 умовних одиниць в основній групі. Медіана miRNA-29a в контрольній групі становила 2,16 проти 44,59 в дослідній групі при $p < 0,001$ за критерієм Манна-Уїтні. Інтерквартильний розмах (Q_{25} - Q_{75}) у здорових осіб коливався від 0,71 до 21,54 порівняно з дослідною групою: від 12,50 до 188,68 умовних одиниць.

Висновки. Отримані дані рівня експресії мікроРНК-29а в групі пацієнтів з ХВГС свідчать про значне перевищення показників (44,59) порівняно зі здоровими особами (2,16) ($p < 0,001$), що вимагає подальшого вивчення і дослідження в залежності від рандомізації хворих по іншим лабораторним і клінічним показникам, за рівнем фіброзу печінки, схемам лікування тощо. Тим самим застосування нових епігенетичних маркерів відкриває нові можливості у діагностиці та висвітлює нові ланки патогенезу ХВГС, що може у подальшому допомогти в практиці лікаря-інтерніста.

Яркова Анна Андріївна
**ДОЦІЛЬНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У
ВАГІТНИХ ЖІНОК**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Науковий керівник: к. мед. наук, доц. Ільїна Н. І.
Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Yarkova Anna Andriyivna
***EXPEDIENC DIAGNOSIS OF TOXOPLASMOSIS IN
PREGNANT WOMEN***

Department of Infectious Diseases and Epidemiology
Scientific supervisor: PhD, Associate Professor Ilyina N. I.
Sumy State University, Sumy, Ukraine
[*annayarkova@ukr.net*](mailto:annayarkova@ukr.net)

Резюме. *Toxoplasmosis is caused by the protozoan parasite Toxoplasma gondii. Humans are intermediate hosts, and become infected by ingesting uncooked meat infected with tissue cysts (bradyzoites), from ingestion of other food or water contaminated with oocysts, or by transplacental spread of tachyzoites. Once bradyzoites or oocysts are ingested, or tachyzoites have spread through the placenta to a fetus, T gondii rapidly travels to tissues and organs where it encysts.*

Актуальність. Питання ранньої діагностики, оцінки частоти інфікованих токсоплазмозом вагітних, пов'язана через порушення внутрішньоутробного розвитку плода і як наслідок збільшення частоти народження дітей з тяжкими функціональними порушеннями.

Мета. Проаналізувати сучасні статистичні дані поширеності токсоплазмозу серед вагітних жінок

Результати. Інфікованість дорослого населення земної кулі токсоплазмозом становить від 30 до 80 %, у деяких регіонах наближаючись до 90 % (Країни Азії). За останніми даними в країнах СНД інфікованість токсоплазмою жінок дітородного

віку становить 20-30 %. Решта жінок є групою ризику, оскільки 0,5-1 % з них протягом вагітності інфікується *T.gondii*. З первинно – інфікованих під час вагітності жінок 30-40 % передають інфекцію плоду.

За даними Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України спонтанні аборти мали місце у 50,5 % жінок з токсоплазмозом, штучні аборти на вимогу вагітних 19,5 %, мертвонародження складали 22,7 % від числа пологів.

Ризик вродженого токсоплазмозу і його тяжкість залежить від терміну зараження: при захворюванні в 1 та 2 триместрі вагітності ризик самовільного абортів складає 10-15 %, в 3 триместрі ризик вродженого токсоплазмозу складає 75-85 %.

Висновок. Для покращення діагностичного контролю доцільне введення скринінгових обстежень вагітних, і тих, хто планує вагітність.

ЗМІСТ

Інфекційні хвороби в практиці лікаря - інтерніста: сучасні аспекти *Infectious diseases in practice of physician-internist: modern aspects*

	стор.
<i>Бинда Т. П.</i> КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ НА ПІДЙОМІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ	4
<i>Бурнос Я. А., М'якота Т. В.</i> КЛІНІКО – ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С..	7
<i>Васкул Н. В., Мізюк Р. М.</i> КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ ЛАЙМА В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2016-2018 РОКИ.....	9
<i>Васкул Н. В., Бойчук О. П., Винник Е. Ю.</i> ОЦІНКА РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГЕПАТИТ А В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2014- 2018 РОКИ.....	12
<i>Винник Е. Ю., Добровольська А., Кондрин О. Е., Васкул Н. В., Бойчук О. П.</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА КІР В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ НАСТУПНИХ СПАЛАХІВ.....	15
<i>Горбачевський А. О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ХВГ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ	18
<i>Грама А. С., Сміян О. І., Попов С. В., Юсюк Л. А.</i> ДИНАМІКА РОЗПОДІЛУ ЗА НОЗОЛОГІЧНИМИ ОДИНИЦЯМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННІ РОКИ.....	20

<i>Грижак І. Г., Грижак Л. Р., Довганюк Н. Є.</i> ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ АСПЕРГИЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	23
<i>Грищенко С. О., Пінчук В. С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУЧАСНОГО КОРУ У ДОРΟΣЛИХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ ІНФЕКЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ КНП «КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №4» СМР.....	26
<i>Дикий Б. М., Тилищак З. Р., Бойчук О. П., Кобрин Т. З., Кучер А.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНУ МЕНІНГОКОКОВУ ІНФЕКЦІЮ У ДОРΟΣЛОЇ ХВОРОЇ.....	29
<i>Драбинка А. С.</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	33
<i>Juliana J. B.</i> RARE CASES IN INFECTIONISTIC PRACTICE: FELINOSIS	35
<i>Задирака Д. А., Ушеніна Н. С., Оніщенко Т. Є.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ФОРМИ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ	38
<i>Ільїна В. В., Сухонос О. В., Нагорна Л. В.</i> ЕХІНОКОКОЗ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	42
<i>Ільїна Н. І., Чемич М. Д., Ільїна В. В., Рябіченко В. В., Кулеш Л. П.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ЗД-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ...	46
<i>Калашник К. В.</i> РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 В РОЗВИТКУ ЗМІШАНОЇ КРІОГЛОБУЛІНЕМІЇ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	49

<i>Ковалішин М. П., Плакса В. М.</i>	
ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ НА ПОКАЗНИКИ ЦИТОЛІЗУ ТА ХОЛЕСТАЗУ У ХВОРИХ З ВСТАНОВЛЕНИМ ДІАГНОЗОМ ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ.....	52
<i>Козько В. М., Винокурова О. М., Кацапов Д. В., Соломенник Г. О.</i>	
ДОСЛІДЖЕННЯ ГОЛОВНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ПРИ ПОМІРНОМУ ТА ВИРАЖЕНОМУ ФІБРОЗІ ПЕЧІНКИ.....	55
<i>Kozko V. M., Bondarenko A. V., Katsapov D. V., Gavrylov A. V., Didova T. V., Mydlovets V. O.</i>	
OPTIMIZATION OF SPECIFIC DIAGNOSTICS OF CEREBRAL TOXOPLASMOSIS.....	58
<i>Копійченко Т. С., Кузнєцов С. В., Татаркіна А. М., Бурма Я. І., Білоконова Л. А.</i>	
УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ КИШКОВИХ ІЄРСИНІОЗІВ У ДІТЕЙ	62
<i>Лішневська А. Г., Берест О. Б., Чемич М. Д., Паращенко В. А.</i>	
РОЗРОБКА МОБІЛЬНОГО ДОДАТКУ ДЛЯ ANDROID ДЛЯ РОЗРАХУНКУ СТУПЕНЮ ФІБРОЗУ ТА ЦИРОЗУ У ХВОРИХ НА ХВГС	65
<i>Лутай І. В.</i>	
ЛАЙМ – БОРЕЛІОЗ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ	69
<i>Малиш Н. Г., Плакса В. М., Гапієнко А. В.</i>	
ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ	72
<i>Маринчак О. В., Копчак О. В.</i>	
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	75

<i>Мізюк Р. М., Васкул Н. В., Кондрин О. Є.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	78
<i>Moskaliuk V. D., Andrushchak M. O.</i> GENERAL RECOMMENDATIONS FOR THE TREATMENT OF KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH HIV INFECTION	81
<i>Moskaliuk V. D., Andrushchak M. O., Balaniuk I. V.</i> NEFROTOXIC INFLUENCE OF THE PREPARATION THEOPROVIR IN TREATMENT OF PATIENTS WITH HIV-INFECTIIONS	84
<i>Moskaliuk V. D., Balaniuk I. V., Andrushchak M. O.</i> FEATURES OF DYSBIOSIS AFTER PREGNANCY IN HIV-INFECTED	86
<i>Овчаренко І. А., Шевченко О. С., Степаненко Г. Л., Слепченко Н. С., Галицька Л. І.</i> ДИНАМІКА КОНВЕРСІЇ МОКРОТИННЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З РІЗНОЮ ЧУТЛИВІСТЮ ЗБУДНИКА	88
<i>Оніщенко Н. В.</i> ГЕНЕТИЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ІЛ-10 RS 1800896 ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РІВЕНЬ ІЛ-10 В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІЗ ТЯЖКІСТЮ ПЕРЕБІГУ ОПЕРІЗУВАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ	91
<i>Осипко Д. В., Могиленко В. І.</i> РОЗРОБКА АНКЕТИ ДЛЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЗНАНЬ НАСЕЛЕННЯ З ПИТАНЬ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ	94
<i>Пінчук В. С., Панченко О. П., Псарьова О. В., Грищенко С. О.</i> ЗАЛЕЖНІСТЬ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО УРАЖЕННЯ ВІД РІВНЯ CD4 У ХВОРИХ НА ВІЛ- ІНФЕКЦІЮ	97

<i>Пришляк О. Я., Васкул Н. В., Кондрин О. Є., Мізюк Р. М.</i>	
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ФІБРОЗУ ПРЕПАРАТАМИ ПРЯМОЇ ПРОТИВІРУСНОЇ ДІЇ	100
<i>Пришляк О. Я., Тиліщак З. Р., Кобрин Т. З., Мазурок У. Я.</i>	
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОБЛИВОСТІ КОРУ В СТУДЕНТІВ ІФНМУ	103
<i>Прокопович М., Грижак І. Г., Багрій М. М., Дьоміна Н. М., Грижак Л.</i>	
ПОШИРЕНІСТЬ КОІНФЕКЦІЇ ВІЛ/ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ У СТРУКТУРІ ЛЕТАЛЬНОСТІ СЕРЕД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ	106
<i>Процик А., Процик І.</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ В ХВОРИХ З КОМБІНОВАНОЮ ІНВАЗІСЮ ЛЯМБЛІЯМИ ТА АСКАРИДАМИ	109
<i>Сосновенко Д. С.</i>	
ЗМІНИ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ, НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ТА АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ	112
<i>Сохань А. В., Козько В. М., Бурма Я. І., Павлов В. В.</i>	
РОЛЬ НЕЙРОТРОФІЧНОГО ФАКТОРУ МОЗКУ В УРАЖЕННІ ЗРІЛИХ НЕЙРОНІВ ХВОРИХ НА ГОСТРІ МЕНІНГІТИ ТА МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТИ	117
<i>Сухарєв А. Б.</i>	
РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ФАКТОРА В ПЕРЕРИВАННІ ВАГІТНОСТІ.....	121
<i>Таранченко А. В.</i>	
АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОТИКРАСНУШНОЇ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ЖІНОК, ЯКІ ПЛАНУЮТЬ ВАГІТНІСТЬ	124

<i>Федоренко Н. М.</i>	
ВПЛИВ ТОРСН-ІНФЕКЦІЙ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, РОЗВИТОК ПЛОДУ ТА ЗДОРОВ'Я МАЛЮКА	127
<i>Хелемендик А. Б., Фурик О. О., Рябокони О. В., Бондарева В. В.</i>	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	130
<i>Чабан Т. В., Бочаров В. М.</i>	
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПНЕВМОЦИСТНОЇ ПНЕВМОНІЇ	134
<i>Чабан Т. В., Верба Н. В.</i>	
ПОКАЗНИКИ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОСТАЗУ ТА ЦИТОКІНОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	138
<i>Чемич М. Д., Лішневська А. Г., Івахів О. Л., Рябіченко В. В.</i>	
ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В УКРАЇНІ. ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ПЕРЕБІГУ. ПРОБЛЕМИ	141
<i>Чемич О. М., Олефір А. А., Кравцова Я. Л.</i>	
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	146
<i>Чернецький І. В.</i>	
ІМУНОРЕАКТИВНІСТЬ ТА ІНТОКСИКАЦІЙНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ХВГС	149
<i>Sharova O. V., Smiyan O. I.</i>	
<i>LYMPHOCYTE STATUS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY</i>	152
<i>Shvets O. M.</i>	
DYNAMICS OF CARBOHYDRATE METABOLISM DURING ANTI-TUBERCULOSIS TREATMENT	155
<i>Шевченко-Макаренко О. П.</i>	
ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ЕКСПРЕСІЇ мікроРНК-29а У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С...	157

Яркова А. А.
ДОЦІЛЬНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У
ВАГІТНИХ ЖІНОК 160

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, 29–30 травня 2019 року)

Відповідальний за випуск Н. Г. Малиш
Комп'ютерне верстання І. В. Павловської

Стиль та орфографія авторів збережені.

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 10,0. Обл.-вид. арк. 8,93.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.