

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ**  
**міжвузівської конференції молодих вчених**  
**та студентів**  
**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків - 20 січня 2015 р.)

Харків - 2015

Нами изучены следующие медиаторы синдрома системного воспалительного ответа (ССВО): фактор некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ), интерлейкины (ИЛ)–1 $\beta$ , -2, -4, -6, -8, ПГЕ, а также Zn, Se, BA, BE, общая антиоксидантная активность (АОА) сыворотки крови у 156 детей больных КИ с гладким течением (ГТ) КИ – (99) и – волнообразным (ВТ) – (56), и 28 здоровых детей – контрольная группа (КГ). У 67 детей диагностировали шигеллез, у 48- сальмонеллез, у 41 эшерихиоз. В острый период заболевания отмечалось повышение концентрации провоспалительных цитокинов ФНО $\alpha$  в 70 – 90 раз, ИЛ-1 $\beta$ , -6 в 10-15 раз, ИЛ-8 в 4 раза, ПГЕ - в 20 раз, причем у детей с ГТ заболевания значение данных показателей было в 2-2,5 раза выше относительно детей с ВТКИ. Соответственно уровень противовоспалительных ИЛ-2 повышался в 2,5 раза, а ИЛ-4 – 1,5 у детей с ГТ, а у больных с ВТКИ оставался в пределах физиологических концентраций. Что возможно связано с гипоэргической реакцией иммунной системы на внедрение патогена в организм у детей с ВТКИ. Одновременно отмечалось снижение уровня Zn, Se, BA, BE, а также АОА сыворотки крови всех больных. В динамике патологического процесса (5-6 сутки заболевания) концентрация медиаторов ССВО снижалась в сравнении с острым периодом у пациентов с ГТКИ. Так ПГЕ, ФНО $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$ , -6, -8 в 2 - 2,5 раза, но не достигали показателей КГ, а уровень ИЛ-2 и ИЛ-4 повышался в 4 раза, что клинически проявлялось нормализацией общего состояния пациентов, и угасанием симптомов заболевания. У детей с ВТКИ выявлено повышение уровней про- и противовоспалительных цитокинов в сравнении с острым периодом, которое было сопоставимо с таковым детей с ГТКИ в остром периоде, что клинически проявилось усилением симптомов интоксикации и кишечной дисфункции.

Содержание Zn, Se, BA, BE, АОА к периоду реконвалесценции повышалось, но не достигало у 44%–76% больных показателей КГ. Это может свидетельствовать о незавершившемся воспалительном процессе в организме больных. Выраженность основных клинических синдромов КИ и вариант течения зависели от степени повышения провоспалительных ИЛ и уровня снижения Zn, Se, BA, BE, АОА в сыворотке крови. Таким образом, в остром периоде заболевания у детей повышался уровень провоспалительных ИЛ, в большей степени, что является ответной реакцией организма на внедрение патогена. Вариант течения КИ зависит от концентрации провоспалительных ИЛ в остром периоде заболевания, что по нашему мнению можно использовать в качестве прогностических маркеров течения заболевания и решать тактику ведения больных еще на этапе манифестации патологического процесса. Сохраняющиеся нарушения в периоде реконвалесценции, обосновывают необходимость совершенствования методов патогенетической терапии и реабилитации больных КИ.

**Зайцева О.В., Ильенко Н.А., Кузнецова А.А., Соломенник А.О., Юрко Е.В.,  
Анцыферова Н.В.**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЁЗ**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор Козько В.Н.**

Цель исследования. Изучить эффективность применения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) среди впервые выявленных больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз.

Материалы и методы. Обследовано 36 впервые выявленных больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз. Среди них мужчин было 24 человека, женщин – 12. Средний возраст пациентов составил  $35,6 \pm 2,79$  лет. Всем больным определяли абсолютное и относительное количество CD4+ лимфоцитов в периферической крови. Все больные получали лечение в интенсивную фазу с применением пяти противотуберкулёзных препаратов. ВААРТ проводилась в среднем через 1 месяц после начала противотуберкулёзного лечения, а в одном случае – через 5 месяцев. Никто из пациентов на момент выявления заболевания не принимал ВААРТ. В зависимости от показателей CD4+ лимфоцитов, отражающих состояние клеточного иммунитета, все пациенты были разделены на 4 группы. Первую группу составили больные с количеством CD4+ лимфоцитов более 500 кл/мкл. Во второй группе у больных количество CD4+ лимфоцитов колебалось от 200 до 499 кл/мкл. У пациентов третьей группы количество CD4+ лимфоцитов было 100–199 кл/мкл. В четвертую группу включены больные с количеством CD4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл.

Результаты. У абсолютного большинства пациентов (90%) количество CD4+ лимфоцитов было менее 500 кл/мкл. При этом у 16 (62%) количество CD4+ лимфоцитов был менее 200 кл/мкл. Около 50% от всех пациентов (9 человек) имели CD4+ менее 100 кл/мкл. Наиболее высокий уровень смертности отмечен среди больных с количеством CD4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл – 77% (7 человек). В группе больных с количеством CD4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл (n=9) чаще наблюдались распространенные процессы с диссеминацией и выраженными клиническими проявлениями. У половины пациентов, получавших ВААРТ, существенного положительного эффекта не было 7% больных умерли от генерализации туберкулёзного процесса. В группе пациентов с количеством CD4+ лимфоцитов от 100 до 199 кл/мкл (n=4) умерло 2 человека. В данной группе отмечалось более благоприятное течение туберкулёза. На момент выявления заболевания наблюдались ограниченные процессы. ВААРТ начинали принимать все пациенты, в последующем 2 пациента бросили. Среди пациентов с количеством CD4+ лимфоцитов 200–499 кл/мкл туберкулёзный процесс протекал преимущественно бессимптомно и у 73% больных был выявлен при профосмотре. Умерло в этой группе 12% больных от прогрессирования туберкулёзного процесса. Все пациенты данной группы получали ВААРТ.

Выводы. Количество CD4+ лимфоцитов в периферической крови явилось одним из критериев тяжести течения туберкулёза и определения его прогноза у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз. Эффективность как ВААРТ так и противотуберкулёзной терапии зависит от своевременности их назначения, а также от состояния иммунитета.

**Зоц Я.В., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Калюжный В.А., Копиленко Е.А.**  
**ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ**  
**НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор Козько В.Н.**

Цель. Изучить этиологическую структуру и клиническую картину острых гнойных менингитов за период с 2011 по 2014 года на основании данных ОКИБ г. Харькова. Материалы и методы. За период с 2011 по 2014 года под нашим наблюдением находилось 90 пациентов с острым гнойным менингитом. Для определения этиологии заболевания использовались бактериологические методы и ПЦР ликвора. Результаты.