Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет
Головне управління охорони здоров'я
Харківської обласної державної адміністрації
Обласний центр боротьби та профілактики з ВІЛ/СНІД
Асоціація інфекціоністів України
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків
Асоціація Служби протидії ВІЛ/СНІДу в Україні

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ І ЗАХВОРЮВАНЬ З ПАРЕНТЕРАЛЬНИМ ШЛЯХОМ ПЕРЕДАЧІ

Матеріали науково-практичної конференції

з міжнародною участю

(20-21 жовтня 2011 року, м. Харків)

Харків

2011

УДК: 616.98:578.828+616.97-022.3:616.15]-036-084(063)

Редакційна колегія:
проф., д.мед.н. *В.М. Козько* (відповідальний редактор)
доц. *М.І. Краснов*
доц. *А.В. Бондаренко*
доц. *Г.І. Граділь*
к.мед.н. *К.В. Юрко*
к.мед.н. *О.І. Могиленець*
к.мед.н. *О.Є. Бондар*

Генеральний спонсор:
ТОВ «Рош Україна»

Спонсори:
Dr. Falk Pharma GmbH
MSD
Bayer
Alpen Pharma GmbH
Delta Medical
Медична лабораторія Synevo
Abbott
PROPHARMA
ТОВ «Діалог-діагностик»
PRO.MED.CS
АРТУР-К
Pharmasco

© Харківський національний медичний університет, 2011
© Кафедра інфекційних хвороб ХНМУ, 2011

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ (ФИБРОТЕСТ/АКТИТЕСТ)

Анастасий И.А.

НМУ им. А.А.Богомольца, г. Киев, Украина

В структуре инфекционной патологии вирусные гепатиты занимают одно из первых мест. Угроза для здоровья населения обусловлена, прежде всего, высокой вероятностью развития хронических форм поражения печени – хронического гепатита, цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

Основной путь прогрессирования этих заболеваний — развитие последовательных стадий фиброза с формированием в конечном итоге цирроза и рака печени, что предопределяет плохой жизненный прогноз и короткие сроки выживаемости больных. Раннее выявление и уточнение стадии фиброза позволяет своевременно назначить терапию, направленную на уменьшение темпов его прогрессирования и не допустить развитие цирроза и рака печени.

В настоящее время в клиническую практику активно внедряются неинвазивные методы диагностики фиброза печени. Один из таких методов - ФиброТест/АктиТест. Он отображает стадии фиброза (F0, F1, F2, F3, F4) и активность некровоспалительного процесса (A0, A1, A2, A3) по международной общепринятой системе METAVIR. Неинвазивная диагностика фиброза печени с применением данной методики (BioPredictive, Франция) предназначена для своевременного определения стадии фиброза и контроля за его развитием на фоне терапии, а также для оценки некровоспалительного процесса в печеночной ткани. Оба теста рассматриваются в качестве альтернативы чрезкожной пункционной биопсии печени у пациентов с ХВГ. Широкую известность ФиброТест/АктиТест получили в Европе и США. Первоначально они разрабатывались для больных ХГС и ХГВ, а затем стали применятся и при других нозологических формах хронических заболеваний печени. В настоящее время во Франции эти тесты применяются более чем в 500 частных лабораториях и 37 общественных госпиталях. Фибро-тест включает 5 биохимических показателей: альфа 2-макроглобулин (АМГ), гаптоглобин (Hp), аполипопротеин A1 (AnoAl), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), общий билирубин. Акти-тест - перечисленные выше 5 компонентов и дополнительно аланиновая аминотрансфераза (АлАТ).

Ограничение возможностей ФиброТест/АктиТест:

ФиброТест/АктиТест не следует использовать при острых гепатитах.

Ложноположительные результаты ФиброТест/АктиТест чаще всего могут быть связаны с повышением билирубина из-за причин не связанных с хроническим гепатитом (синдром Жильбера, гемолиз или подпеченочный холестаз (опухоль, желчнокаменная болезнь) или лекарства (лечение рибавирином).

В редких случаях подпеченочного холестаза может наблюдаться изолированное повышение ГГТП при нормальных значениях билирубина.

Снижение концентрации гаптоглобина в результате выраженного гемолиза (протез сердечного клапана, лечение рибавирином) также может приводить к ложноположительным результатам ФиброТест.

Риск ложноположительных результатов может возникать при обострении хронических воспалительных процессов. Например, некоторые воспалительные состояния сопровождаются увеличением гаптоглобина, т.к. он является IL-6-зависимым белком острой фазы. При этом криоглобулинемический васкулит или воспалительные проявления при ВИЧ-инфекции не сопровождаются изменением концентрации гаптоглобина.

В январе 2007 года министерство здравоохранения Франции признало ФиброТест реальной альтернативой биопсии печени. Это послужило поводом к одновременному внедрению тестов в США, Канаде, Великобритании, Израиле, Австрии, Германии, Италии, Испании, Швейцарии, России, Украине и других странах.

В многочисленных исследованиях высказываются предположения, что вследствие ограничения биопсии как метода исследования и рисков, связанных с ее применением, а также в результате улучшения диагностической точности биохимических исследований, неинвазивные методы оценки фиброза печени будут находить все более широкое применение в клинической практике.

СПЕЦИФІКА МНЕСТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ТА ОСОБЛИВОСТІ КАТАМНЕЗУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ. (ПРИНЦИПИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ)

Безсмертний О.В., Гейко М.С.

Державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна;
Харківська обласна психіатрична лікарня № 1 (Україна, Харківська область, с. Стрілеча)

Актуальність теми. Наукові дослідження у галузі психічного здоров'я визначають надання медико-психологічної допомоги (психодіагностичного, психокорекційного спектру) хворим в умовах психіатричного стаціонару. Особливої уваги заслуговує вищевказана допомога хворим шизофренного кола. Однак, на фоні зростання залежності від різних видів психоактивних речовин, асоціальної й дезадаптивної поведінки, зниження якості життя контингентів, непоодинокими є випадки поєднання психічного захворювання із ВІЛ-інфекцією різного ступеня вираженості. Також залишаються недостатньо вивченими патоперсонологічні й мнестологічні якості таких хворих.

Мультидисциплінарний конгломерат соціально обумовлених практик і підходів у шизофренології та психотерапії у клініці інфекційних хвороб опирається на наукомісткий комплекс суб'єктних уявлень про пацієнта. Дані уявлення можуть бути розширені за допомогою дослідження інтрапсихічних якостей під час захворювання на будь-яких етапах терапії.

Одним з таких обґрунтованих феноменів є «внутрішня картина хвороби»

(надалі – ВКХ), детально описане та представлене Р. А. Лурія (1874 – 1944), стало більш голосним в період активного розвитку патопсихології. ВКХ визначає внутрішні суб'єктивні переживаннях, уявлення пацієнта про його хворобу та її причинність (всі місцеві та загальні відчуття за допомогою інтраспективного досвіду). ВКХ визначають чуттєвим, емоційним, інтелектуальним мотиваційним рівнями при використанні клінічної бесіди та спеціальних опитувальників (А. Є. Личко, М. Я. Іванов, 1980; П. Я. Якубов, 1982; Б. Д. Карвасарський, 2007). Психолого-психіатричну феноменологію в дослідженнях ВКХ при ремісії шизофренії вивчала Н. П. Татаренко (1900 – 1986), яка розробила спеціалізовану клінічну схему опитування [інтерв'ю].

Матеріали дослідження. Наше клініко-психологічне дослідження на базі Харківської обласної психіатричної лікарні № 1 (с. Стрілеча) та на базі кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, серед 115 осіб, чоловіків віком 22 – 27 років, які страждають на параноїдну шизофренію 2 – 4 роки, первісно (за своїм методологічним контекстом) було орієнтовано на вивчення особливостей хронологічної організації пам'яті контингенту в ремісії із застосуванням методик симультанно-мнестичної психотерапії (психометодології). Хворі не перебували під впливом продуктивної психотичної симптоматики. У 10 пацієнтів фахівцями інфектологами було діагностовано ВІЛ-інфекцію 1-ої та 2-ої стадії. Інфекційний стаж імунодефіциту складав в середньому – 5,3 років. Ці пацієнти знаходилися на спеціальному обліку.

Мета дослідження полягала в тому, щоб розробити систему супровідної психологічної корекції на підставі аналізу патопсихологічних й нейропсихологічних особливостей хронологічної організації пам'яті у хворих з позицій мнестологічної парадигми психотерапії.

Методи дослідження: клініко-психологічний, психодіагностичний [експериментально-психологічний], клініко-психофеноменологічний, статистичний.

Методики дослідження: орієнтовані на дослідження пам'яті (метод «піктограм» за О. Р. Лурія; мимовільне запам'ятовування за О. М. Леонтьєвим; запам'ятовування рядів цифр (сукцесивні функції); запам'ятовування 10 слів по О. Р. Лурія; Benton Memory Test) використовувалися у поєднанні з вищезазначеною схемою «дослідження внутрішньої картини хвороби при шизофренії» за Н. П. Татаренко (а саме: осмислення навколишнього і психопатологічних проявів; участь реальності у психопатологічних проявах; відчуття деперсоналізації й дереалізації; зміст хворобливих феноменів; відчуття часу).

Результати дослідження. Кількісні та якісні показники за виділеними властивостями психіки представлено нами на прикладі дев'ятьох ВІЛ-інфікованих хворих на параноїдну шизофренію. За отриманими результатами методики «піктограм» О. Р. Лурія у 78,0 % хворих відзначалися неадекватні, формалізовані колоподібні малюнки, за допомогою яких пацієнти у 8,0 % випадків згадували 10 – 12 заданих понять, решта 92,0 % хворих не могли

пригадати пропонованих їм стимулів і характеризувалися одиничними 1 – 3 співзвучними пригадування, множинними асоціаціями не за суттю. За методикою мимовільне запам'ятовування за О.М. Леонтьєвим більшість пацієнтів (77,0 %) за допомогою карток-стимулів не пригадали запропонованих слів-подразників і висували велику кількість асоціацій, які не змінювали якості виконання. Решта пацієнтів (5,0 %) витрачали багато часу на виконання, практично не справляючись з ними, або (18,0 %) мали поодинокі згадування. Методика запам'ятовування рядів цифр виявила послабленість функції короткострокової пам'яті, а саме зниження процесу утримання і хибність відтворення в межах 4 – 5 цифр у середньому в 56,0 % обстежених. Запам'ятовування 10 слів за О. Р. Лурія виявило, що середній показник за вибіркою складає 80,0 % при завчанні 10 слів в три спроби в межах 8 – 10, 61,7 % – при відтворенні цих слів у межах 5 – 7 та 35,0 % – при відтворенні 7 – 8 слів через 1 годину. Показники дослідження зорової пам'яті за Benton Memory Test трактувалися неоднозначно, більшість з них мали відмінності і не піддавалися аналізу, що викликало деякі сумніви у достовірності результатів.

Висновки. Поряд з ослабленням якісних і кількісних показників у відтворенні запам'ятованого, у хворих існували емоційно забарвлена інформація про перенесені психопатологічні явища в період психозу. Дані феномени використовувались для проведення психологічної корекції в межах симультано-мнестичної психотерапії. Часто пацієнти були напружені, відчували страх, тривожність, побоювалися повернення окремих проявів хвороби, деталізували спогади про них та приймали більш активну участь у «терапевтичному» процесі.

За результатами схеми «дослідження внутрішньої картини хвороби при шизофренії» ВІЛ-інфікованих пацієнтів, максимально вираженими показниками були: у 65,5 % – осмислення навколишнього і психопатологічних проявів, у 57,6 % – відчуття деперсоналізації й дереалізації, у 89,1 % – інформативність про відмінність почуття часу.

На підставі вищенаведених феноменів ВКХ нами була розроблена спеціалізована система психологічної корекції, конгруентна клінічним і патоперсонологічним проявам контингенту. Дана система показала свою ефективність у 78,9 % випадків психокорекційного супроводу на прикінцевих стадіях перебування у психіатричному стаціонарі.

Окремим чином слід підкреслити можливості психотерапевтичного (психокорекційного) впливу, пов'язаного із «мішенями» індивідуального стилю переживань стосовно існуючого вірусу імунодефіциту людини. За спеціалізованим інтерв'ю, спрямованим на визначення ставлення до хвороби інфекційного спектру, нами були відокремлені психічні феномени «невизначеного сприйняття оточуючого». Ці феномени полягають у зниженому рівні активності свідомості особистості, збентеженості й розгубленості у поєднанні із вираженими емоційно-вольовими й асоціативними (шизофренічними) порушеннями.

Доведено, що хворі на параноїдну шизофренію, після проведення курсу специфічної симультано-мнестичної психотерапії (психотерапії орієнтованої на

пам’ять), легше піддаються тренінговій супроводжувальній психологічній корекції, яка спрямована на формування більш адекватних уявлень про ВІЛ-інфекцію.

Вдосталь актуальними залишаються питання соціально-комунікативного тренінгу, тренінгу навичок самообслуговування, а також психоосвітніх програм у комплексної реабілітації й абілітації для вказаного контингенту.

Нами проводяться подальші емпіричні медико-психологічні дослідження щодо вивчення окремих явищ особистості пацієнтів на фоні перенесення ендогенних психозів й інших інфекційних хвороб.

ВЗАЄМОЗ'ЯЗОК БАРТОНЕЛЬОЗУ З ІНШИМИ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Бондаренко А.В.[1], Козько В.М.[1], Похил С.І.[2], Черкасов О.П.[3], Великоданов Г.Л.[3]

Національний медичний університет, м. Харків, Україна[1]

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова АМН, України[2]

Обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, м. Харків, Україна[3]

Епідемія ВІЛ/СНІДу в комбінації зі зростанням рівня індикації та ідентифікації мікроорганізмів створили умови для швидкого розширення досліджень бартонельозу. Однак, не зважаючи на його розповсюдженність, а також можливість швидкої прогресії з тенденцією до дисемінації патологічного процесу із залученням практично будь-якого органу, ще не до кінця вирішені питання взаємозв'язку бартонельозу з клініко-епідеміологічними аспектами ВІЛ-інфекції.

З цією метою проведений аналіз сероімунологічного тестування ВІЛ-інфікованих на наявність специфічних антибартонельозних антитіл в зіставленні з комплексними епідеміологічними і клініко-лабораторними даними. Об'єктом дослідження були 176 ВІЛ-інфікованих осіб. Програма загальноклінічного обстеження ВІЛ-інфікованих проводилась з інформованої згоди пацієнтів і включала: 1) оцінку скарг і анамнестичних відомостей з детальним аналізом медичної документації; 2) фізикальний огляд; 3) дослідження периферичної крові з використанням гематологічного аналізатора ABX PENTRA 60C Plus (HORIBA ABX Diagnostics Inc., Франція); 4) імунофенотипування з використанням проточного цитофлюориметра EPICS™ XL™ (Beckman Coulter, США). В аналіз також були включені данні досліджень на наявність маркерів HBV, HCV, *Toxoplasma gondii* та *Mycobacterium tuberculosis*. Визначення рівня вірусного навантаження РНК HIV-1 проводилося методом ЗТ-ПЛР з використанням тест системи Abbott «Real-Time HIV-1». Визначення рівня антибартонельозних антитіл проводили в РНІФ з використанням тест-системи розробленої в співавторстві з лабораторією нових та маловивчених інфекційних захворювань ДУ “Інститут мікробіології і імунології ім. І.І. Мечникова”.

За результатами серологічного дослідження 34,7% ВІЛ-інфікованих дали позитивну реакцію з бартонельозним антигеном, що свідчить про значне

поширення інфекції серед цієї групи населення та про активний характер епідпроцесу. Серед осіб, що дали позитивну реакцію розподіл за рівнем титру антитіл до *Bartonella* spp. становив: 1:64 – 14,8%; 1:128 – 45,9%; ≥1:256 – 39,3%. Інфікування встановлено у всіх вікових категоріях не залежно від статі ($p>0,05$). На основі аналізу епідеміологічних даних встановлено більший відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків у групі осіб, які дали позитивну реакцію з бартонельозним антигеном (44,3% і 25,2%, відповідно). Встановлено прямий зв'язок між інфікуванням бартонелами і наркозалежністю ($\chi^2 = 6,66$, $p = 0,01$; $r = 0,19$, $p = 0,01$) і HCV-інфекцією ($\chi^2 = 4,64$, $p = 0,03$; $r = 0,16$, $p = 0,03$), однак при відсутності статистично достовірного зв'язку з HBV-інфекцією ($\chi^2 = 2,84$, $p > 0,05$; $r = 0,12$, $p > 0,05$) та інфікуванням мікобактеріями ($\chi^2 = 2,56$, $p > 0,05$; $r = 0,12$, $p > 0,05$). Це підіймає питання про можливість гемоконтактного шляху передачі бартонельозу. Прямий зв'язок між інфікуванням токсоплазмами й бартонелами ($\chi^2 = 4,42$, $p = 0,04$; $r = 0,16$, $p = 0,04$) пояснюється високою поширеністю *Bartonella henselae* серед котів, які є основним джерелом хвороби від котячої подряпини.

При аналізі клініко-лабораторних особливостей перебігу ВІЛ-інфекції нами не встановлений статистично достовірний зв'язок бартонельозу ні з еритроцитарною, ні з тромбоцитарною і лейкоцитарною ланками гемограми, хоча бартонели здатні викликати гемолітичні анемії, тромбоцитопенії і гнійно-запальні реакції. Крім того, не зважаючи на те, що імунний статус хворих розглядається як ключовий фактор, що визначає характер процесу, який формується при бартонельозі, рівень CD3, CD4 і CD8 клітин, а також вірусне навантаження не впливали на інфікування бартонелами. Відсутність відмінностей між показниками специфічного і неспецифічного імунного захисту має бути представлена як доказ однакової ураженості цих ланок в обох групах ВІЛ-інфікованих і, у свою чергу, вона вимагає застосування додаткових критеріїв оцінки стану.

Нами був розрахований показник системоутворення (ПС) – показник кореляційної структури, який має найбільший вклад в утворення зв'язків як по кількості, так і по силі. Особливий інтерес викликає ієрархія ПС, що відбиває вклад кожного чинника у формування системи. Одночасне інфікування вірусами гепатитів В і С, а також розвиток анемії призводить до схожих зрушень в гомеостазі в обох групах. Моноінфекція HBV або HCV призводить до більш виражених зсувів в осіб позитивних на бартонельоз. Токсоплазмоз, наркозалежність і туберкульоз мають істотні відмінності у величині ПС, практично в 1,5-2 рази.

На наш погляд, це відбиває перехід від змін на рівні органів або систем до змін на рівні організму, за рахунок чого істотно обтяжується стан хворого. У такому контексті нижчі ПС в групі негативних по бартонельозу є доказом позитивного прогнозу, обумовленого відсутністю інфікування бартонелами. Інфікування бартонелами призводить до більш вираженого порушення гомеостазу, що проявляється збільшенням кількості і величини значущих зв'язків.

Тобто, у разі інфікування бартонелами організм стає більш чутливим до

інших шкідливих чинників. У свою чергу, ці чинники викликають наростання погіршення стану, що як би замикає “порочне коло” і врешті впливає на реактивацію опортуністичних інфекцій. А в цьому випадку реалізація вказаних чинників істотно підвищує ризик маніфестації бартонельозу. Тому у групі хворих позитивних на бартонельоз відмічається більший відсоток осіб з III і IV клінічними стадіями.

МАРКЕРЫ ВИРУЛЕНТНОСТИ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ МИКРООРГАНИЗМОВ

Бондаренко В.М.

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, г. Москва, Россия

Этиологическую значимость оппортунистических или условно-патогенных микроорганизмов определяют преимущественно с учетом источника их выделения и концентрации в клиническом материале.

Однако количественный критерий не является единственно надежным, в связи, с чем при обосновании этиологической значимости выделяемых оппортунистических микроорганизмов следует использовать такие методические подходы: этиологическую значимость имеют любые изоляты из крови, ликвора, плеврального экссудата, закрытых полостей; популяционный уровень изолятов, выделенных из мочи и трахеобронхиальных смывов в концентрации 10^4 КОЕ/мл, из ран в концентрации 10^5 КОЕ/мл, из мокроты и фекалий в концентрации 10^5 КОЕ/мл и более; наличие комплекса факторов патогенности у выделенных культур по результатам лабораторного тестирования фенотипических свойств и выявления генов вирулентности, ассоциированных с кардинальными факторами патогенности и способности к биопленкообразованию.

В отличие от фенотипических маркеров определение у изолята оппортунистических микроорганизмов генов вирулентности осуществляется молекулярно-генетическими методами исследования. Наиболее доступен метод ПЦР, который является более экономичным и мало затратным по времени. Полученные в настоящее время данные свидетельствуют, что основой для формирования вирулентных клонов являются геномы бактерий комменсалов. Сформировавшиеся клоны могут нести геномные «острова» патогенности (ОП), вклад которых в вирулентность связан с рядом особенностей этих генетических элементов. ОП представляют собой кластеры структурных и регуляторных генов патогенности, которые у патогенных штаммов обнаруживаются всегда, у авирулентных – спорадически. Они имеют отличающийся от хромосомы бактерии-хозяина G+C состав, представляют собой дискретную генетическую единицу, окруженную прямыми нуклеотидными повторами, ассоциированы с 3’-областью локусов тРНК и/или IS-последовательностями. ОП, как правило, содержат гены мобильности, входящие в состав бактериофагов, транспозонов или плазмид. Уникальные особенности ОП определяют их способность к распространению среди одного или родственных видов бактерий путем генетического обмена. В состав ОП

могут входить кластеры генов, детерминирующие ключевые этапы взаимодействия возбудителя с чувствительными клетками организма хозяина, включая адгезию, продукцию токсинов, способность противостоять факторам неспецифической резистентности и размножению в ткани.

У патогенных E. coli могут быть обнаружены следующие гены вирулентности: afaE8 (afi mbrial adhesin); astA (aggregative heatstable toxin); clpG (K-88-related adhesin); F17 gene (F17 fimbriae); hlyF (hemolysin); hra (heat-resistant agglutinin); kfi C (K5 capsule); kpsM (K15 capsule); usp (uropathogen-specifi c protein); pic (protein involved in intestinal colonization); tsh (temperature-sensitive hemagglutinin) и vat (vacuolating toxin). У септицемических и уропатогенных штаммов E. coli показана эпидемическая и филогенетическая связь между наличием геномного ОП pks (pks – polyketid synthetase) размером 54 kb, состоящего из 20 открытых рамок считывания, 8 из которых контролируют синтез поликитидной синтетазы, нерибосомную пептидную синтетазу и гибридный пептидополикетид колибактин (colibactin, Cbl). Колибактин относится к цикломодулинам, блокирующим клеточный цикл эукариотической клетки. Ранее было известно, что нерибосомный пептидный гибрид у кишечной группы бактерий является хелатором ионов железа – типа энтеробактина и иерсиниобактина. В отличие от последних, колибактин обладает циотоксическим действием. Гены clbB и clbN являются основными, а гены clbA и clb Q, фланкирующие ОП, дополнительными маркерами Cbl. Геном септицемических штаммов E.coli дополнительно к ОП Cbl содержал гены hra (heat-resistent agglutinin) и vat (vacuolating tonin).

При скрининге 1565 изолятов семейства Enterobacteriacae ОП Cbl был обнаружен в 37,1% случаев у штаммов E. coli (76 из 205), выделенных при инфекционном процессе внекишечной локализации, в 19,7% (у 28 из 142) у штаммов эшерихий, выделенных из фекалий практически здоровых лиц, а также у 5 из 141 штамма K. pneumoniae, у 3 из 11 штаммов Enterobacter aerogenes и у одного штамма Citrobacter koseri. Маркерами вирулентности для E. fergusonii, изолированных при кишечных и внекишечных инфекционных процессах, в 43% случаев были гены вирулентности iss (increased serum survival), prfB (P-related fimbriae regulatory) и в 10% – ireA (siderophore receptor IreA). В наших исследованиях с помощью ПЦР у клинических штаммов различных видов оппортунистических микроорганизмов обнаружены детерминанты ОП, определяющие способность бактерий синтезировать пили S- и P-типов (sfaG, papC), гемолизины (hlyA, hlyB), цитотоксический некротизирующий фактор (cnf-1) и железорегулируемый белок irp-2-ген, входящий в состав «острова» высокой патогенности – HPI (high pathogenicity island). Зарубежными исследователями при характеристике урологических штаммов, изолированных при катетер-ассоциированной инфекции, идентифицирован ОП, обозначенный как ICEPm1, общий для изолятов Proteus mirabilis, Providencia stuartii и Morganella morganii. ОП ICEPm1 кодирует факторы вирулентности, важные для колонизации мочевыводящего тракта, в том числе гены ptg (proteus toxic agglutinin – протейный токсический агглютинин) и детерминанты HPI. У пандемических штаммов Enterobacter

hormaechei выявлены генетические маркеры, включенные в состав ОП, локализованного на плазмиде pQC, несущей гены устойчивости к тяжелым металлам и pili-ассоциированного протеина. Эпидемическая и филогенетическая связь, ассоциированная с наличием у бактерий ОП, установлена также в отношении клинических штаммов Enterococcus faecalis, Streptococcus pyogenes, метициллин-устойчивых Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Burkholderia cepacia и др. С помощью ПЦР и мультилокусного секвенирования получены данные, свидетельствующие о том, что основой для формирования вирулентных клонов оппортунистических микроорганизмов являются родственные бактерии комменсалы.

Мы полагаем, что обнаружение детерминант ОП с помощью ПЦР свидетельствует в пользу этиопатогенетической значимости клинического изолята. Таким образом, вирулентность оппортунистических микроорганизмов тесным образом связана с наследованием ОП:

1. поскольку гены тРНК и IS-элементы универсальны, то теоретически они определяют возможность передачи генов патогенности не только между штаммами одного вида, но и между штаммами различных видов;
2. кластерный характер генов ОП обеспечивает передачу не только структурных генов, но и генов-регуляторов, что предполагает генетическую возможность экспрессии признака;
3. существование универсальных механизмов транспорта биомолекул и его регуляции у бактерий делает теоретически возможной экспрессию бактериями одного вида генов, полученных от бактерий другого вида.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ ШКІРИ

Бочаров В.А., Бондаренко Г.О., Гумененко Л.О., Єрьоменко К.К.

Державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета роботи. Встановити можливу роль умовно-патогенної мікрофлори як можливого чинника алергізації при хронічних дерматозах.

Матеріали й методи. Під спостереженням знаходилось 70 хворих: мікозами ступнів – 30, вульгарними вугрями – 20, рожевими вугрями – 20. Усі пацієнти отримували лікування у відповідності з прийнятими стандартами.

Результати. На фоні такого лікування на шкірі поза локалізацією основних вогнищ ушкодження відмічалась поява еритематозно-папульозної висипки, алергічного характеру. У всіх хворих при бактеріологічному обстеженні кишечника виявлялись: Proteus vulgaris, Bifidobacterium, у деяких – Escherichia coli, при біохімічному дослідженні – підвищення рівней гістаміну в крові.

Відомо, що під дією мікробів, білки, що збереглися, піддаються гнилісному розкладанню з утворенням токсичних сполук і газів: індолу, скатолу, водороду, сірчаного газу, метану, а також біологічно активних сполук, як гістамін, тирамін. Гістамін, за даними деяких робіт, спричиняє слабке звуження вен, але є дослідження, що навпаки – він збільшує об’єм крові, який

міститься у венах. Інші дослідники взагалі заперечують здатність гістаміну ініціювати будь-які веномоторні реакції. Гістамін не впливає на діаметр розслабленої поверхневої вени руки людини, але викликає її розширення за умов попереднього звуження норадреналіном чи серотоніном.

Фізіологічні ефекти гістаміну пов'язані також з його дією на гладенькі м'язи периферійних судин (дилятаційні ефекти), регуляцією функцій жовчного та сечового міхурів, стимулюючим впливом на секрецію соляної кислоти в шлунку, звуженням бронхів; тобто, він також є медіатором «метасимпатичної» частини ВНС. Крім цього, гістамін характеризується нейротрансмітерною функцією та участю в імунологічних реакціях.

Молекулярні дії гістаміну на чутливі клітини реалізуються через мембранні Н1-, Н2- та Н3-рецептори. Н1-рецептори розташовані переважно на клітинах гладеньких м'язів та великих кровоносних судинах; їх активація відбувається за рахунок спазму м'язової тканини – при цьому збільшується судинна проникність, посилюється сверблячка. Через Н1-рецептори реалізуються прозапальні ефекти гістаміну (за рахунок посилення виділення лізосомальних ферментів із нейтрофілів та за рахунок збільшення рівня цАМФ). Активація Н1-рецепторів призводить до деполяризації мембрани клітин і зменшення сили скорочень гладеньких м'язів судин. Вона збільшує вихід іонів калію із клітини, стимулює мобілізацію внутрішньоклітинних іонів кальцію. Активація Н2-рецепторів, навпаки, пригнічує ці процеси. Н2-рецептори присутні в різних тканинах; зв'язування їх з гістаміном стимулює шлунково-кишкову секрецію та синтез катехоламінів; протизапальний ефект гістаміну реалізується за рахунок інгібування виділення лізосомальних ферментів із нейтрофілів.

Крім того, гістамін може посилювати функцію Т-супресорів, на яких є Н2-рецептор, і таким чином, Т-супресори здійснюють супресуючий вплив на імунну систему, тобто – підтримують толерантність.

Висновки. Отримані дані дають підставу для ствердження про можливу роль умовно-патогенної флори кишечника як одного з чинників алергізації організму, при цьому спостерігається реакція і з боку метасимпатичної частини вегетативної нервової системи.

ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕСВИРУСОВ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Браилко В.И., Ходак Л.А.

Областная детская инфекционная клиническая больница, г. Харьков, Украина
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

В структуре нейроинфекций серозные менингиты (СМ) занимают ведущее место и составляют от 30 до 40%.

Среди этиологических факторов СМ в последние годы немаловажная роль принадлежит герпесвирусам в связи с их возможностью персистенции и тропизмом к ЦНС.

Цель: выявить особенности клинического течения серозных менингитов у

детей на фоне инфицирования герпесвирусами.

Материалы и методы: за период 2008 – 2010 гг. под нашим наблюдением в отделении нейроинфекций Областной детской инфекционной клинической больницы г. Харькова находилось 412 детей, больных СМ в возрасте от 1 года до 18 лет, из которых преобладали дети 5 – 12 лет (72%). У всех больных диагноз был подтвержден ликворологически. У 338 больных (82%) этиология СМ осталась неуточненной, у 54 (13,1%) диагностирована энтеровирусная этиология заболевания, у 16 (3,8%) - герпесвирусная, у 4 детей (1%) верифицирована хламидийная и боррелиозная этиология заболевания. Энтеровирусная этиология заболевания устанавливалась путем выделения РНК вируса методом ПЦР из СМЖ и кала, либо серологическим и культуральным методами. При обнаружении ДНК возбудителя методом ПЦР в СМЖ и ранних антител к вирусам(Ig M к ВПГ 1/2т, ВЭБ и ЦМВ, Ig IEA к ЦМВ, Ig G EA к ВЭБ) или атипичным возбудителям (Ig M к хламидиям pn.,ps.,trach.) методом ИФА устанавливалась герпесвирусная или хламидийная этиология СМ.

Результаты исследования показали, что течение энтеровирусных и герпесвирусных СМ определялось этиологическим фактором заболевания и характеризовалось выраженностью гипертензионного синдрома, преобладанием двузначного цитоза и доброкачественным течением при СМ энтеровирусной этиологии и 3-х, 4-хзначным цитозом, затяжным течением и медленной санацией ликвора (в большинстве случаев только на фоне специфической противовирусной терапии препаратами ацикловира) у детей с СМ герпесвирусной этиологии.

У детей с СМ неуточненной этиологии при исследовании ликвора на возможные возбудители получены отрицательные результаты, однако у 156 (43,2%) больных в крови методом ИФА обнаружены специфические антитела (Ig G к ЦМВ, ВЭБ, ВПГ 1/2, ВГЧ-3, ВГЧ-6) к герпесвирусам. Наиболее часто отмечалось инфицирование ВГЧ-6, ГЧ-3 (58,3%). СМ на фоне инфицирования герпесвирусами имели затяжное течение, более длительные сроки санации ликвора и были схожи с группой СМ герпесвирусной этиологии. В анамнезе у этих детей отмечались герпетические высыпания, повторные ОРИ, сиалоадениты, лимфаденопатия. У этих больных не была установлена герпесвирусная этиология СМ, однако назначение ацикловира в качестве этиотропной терапии позволило получить положительную динамику в течение заболевания. Эта группа больных нуждается в более подробном изучении и наблюдении. Возможно длительная персистенция герпесвирусов определяет особенности течения СМ у детей.

Выводы: Таким образом, при обследовании больных с серозным воспалением ликвора, особенно в случаях недифференцированных СМ, необходимо учитывать роль семейства герпесвирусов как вероятного этиологического фактора в формировании острых и затяжных форм серозных менингитов. Это поможет определить тактику терапии и прогноз заболевания.

РОЛЬ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ В ФОРМУВАННІ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДу СЕРЕД ОКРЕМИХ НАЦІОНАЛЬНИХ МЕНШИН ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Брич В.В.

Закарпатський Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

В Україні організація протидії поширенню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетних напрямків державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку. При цьому проблему ВІЛ/СНІДу потрібно вирішувати тільки в зв'язку з конкретними характеристиками розвитку населення та соціокультурними особливостями окремих регіонів Одним з основних напрямків у боротьбі з ВІЛ-інфекцією/СНІДом визначено профілактичний. За оцінками ЮНЕЙДС понад половину всіх коштів, які щорічно необхідні для боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, слід спрямовувати на профілактику. Цей напрямок протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу вимагає багатовекторного підходу з врахуванням різних аспектів впливу на особистість та особливостей культурної та етнічної характеристик цільової групи. Адже протягом життя людина постійно перебуває під впливом тих чи інших факторів суспільного середовища, які в різні періоди життя впливають різною силою на формування особистого світогляду та безпечності поведінки. Формат подачі інформації залежить від способу життя, який ведуть представники тих чи інших груп населення, особливостей їх роботи, способу мислення, культурних цінностей і традицій.

Мета роботи. Оцінити роль соціального оточення у формуванні первинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед окремих національних меншин Закарпатської області.

Матеріали й методи. Соціологічне дослідження проведено на базі Закарпатського Центру з профілактики та боротьби із СНІДом, лікувально-профілактичних закладів області у місцях проживання трьох національних меншин: угорської, румунської та ромської. В дослідженні прийняли участь 1200 респондентів віком 18-60 років (по 400 осіб кожної національності). Опитування проводилось за спеціально розробленою анкетою. В процесі дослідження використані методи: соціологічний, системного аналізу, статистичний.

Результати. У дослідженні прийняли участь 420 чоловіків (35±1,4 %) та 780 жінок (65±1,4 %). Зі всіх опитаних – 46,8±1,4 % (561 особа) перебували в офіційному шлюбі, 11,2±0,9 % (134)– у громадянському, інші – розлучені чи не одружені.

Однією з задач було визначення впливу сім'ї на формування відношення до власного здоров'я. За даними опитування, про власне здоров'я та безпечну поведінку зі своїми рідними розмовляли 533 респонденти (44,4±1,4 %). Найбільше уваги приділяли цьому представники ромської національності – 60,5±2,4 %, в 1,4 рази менше - угорці (45±2,5 %), більш, ніж у 2 рази менше – румуни (27,8±2,2 %). Проте, як джерело інформації про ВІЛ/СНІД, родина

займає одне з останніх місць – на нього вказало лише 45 опитаних осіб (3,75±0,5 %). Натомість друзів назвала вдвічі більша кількість респондентів (7,5±0,8%).

Оскільки робоче місце та трудовий колектив – одне з основних джерел, через яке можна в повній мірі впливати на особистість, саме цей розділ став наступним етапом дослідження. Про отримання інформації на робочих місцях вказали лише 8,8±1,4 % всіх працюючих опитаних, що свідчить про низький рівень цілеспрямованої профілактичної роботи в цьому секторі. Слід зазначити, що більш активно профілактична робота проводилася серед румунських працівників, про що зазначили 12,7±2,6 % осіб вказаної національності.

Зі всіх осіб, що вказали, що виїжджають на заробітки, на робочому місці отримували інформацію тільки 5,7±2,5 % респондентів. Враховуючи особливості західного регіону щодо значного поширення трудової міграції, отримані дані свідчать про недостатнє проведення профілактичної роботи для вказаної цільової групи.

Висновки. Отримані результати дослідження дають підстави стверджувати, що ресурс сім'ї не в повній мірі задіяний у забезпеченні первинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед окремих національних меншин Закарпатської області. На кожному етапі життя людина перебуває в певному середовищі, через яке можливе здійснення впливу на її інформованість, знання, мотивуючи зміну поведінкових реакцій в ту чи іншу сторону. А оскільки людина протягом всього життя постійно перебуває під впливом двох факторів – сім'ї та сімейного лікаря, необхідно посилити цей напрямок за допомогою сімейного лікаря напряму та опосередковано через рідних. З цією метою впроваджуються програми для медичних працівників первинної медико-санітарної ланки.

Доведений недостатній рівень проведення профілактичної роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу на робочих місцях та серед трудових мігрантів вимагає подальших поглиблених досліджень та розробки ефективних програм забезпечення цієї ланки системи протидії поширенню епідемії в регіоні.

ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КРИПТОКОККОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Галинский Ю.Я., Люльченко О.Г., Коломиец Л.Н.

Житомирский областной центр профилактики и борьбы со СПИД, Областной противотуберкулезный диспансер, г. Житомир, Украина

Криптококкоз - это заболевание, возбудителем которого является криптококк. Входными воротами инфекции чаще всего являются верхние дыхательные пути.

Цель работы – распространенность криптококкоза и возможности прижизненной диагностики заболевания.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни и патанатомические заключения ВИЧ-инфицированых пациентов, госпитализированных в отделения Житомирской областной туббольницы с

подозрением на туберкулез в 2010 – 2011г.

За этот период был госпитализирован 201 пациент с диагнозом ко-инфекция ВИЧ + туберкулез. Диагноз ВДТБ за 2010-2011г выставлен 184 пациентам.

Диагноз туберкулез был подтвержден микроскопическим и бактериологическим методом при исследовании мокроты, гистологическим исследованием удаленных периферических лимфоузлов, при отсутствии микобактерии туберкулеза в мокроте - диагноз устанавливался на основании рентгенологической картины и положительного эффекта от противотуберкулезного лечения.

Криптококковый характер менингита был подтвержден при микроскопическом исследовании СМЖ при жизни (окраска по Граму и тушью) и бактериологическим (посев на среду Сабурова).

Диссеминированный криптококкоз был подтвержден при окраске гистологических срезов тканей умерших пациентов (окраска по Граму)

Результаты.

Таблица сравнительных статистических данных за 8 месяцев 2010 и 8 месяцев 2011 года (пациенты, которые были госпитализированны в областной противотуберкулезный диспансер)

Менингит и менингоэнцефалит выставлен 6 пациентам (66,7%), диссеминированный криптококкозный процесс выявлен в 3 случаях (33,3%)

	1-8.2010	1-8.2011
Всего поступило ВИЧ инфицированных с подозрением на туберкулез	101	100
Диагноз туберкулез у ВИЧ –инфицированных был снят и пациент выписан из стационара	8	6
Впервые диагноз туберкулез (ВДТБ) выставлен	59	71
Умерло пациентов с ко-инфекцией ВИЧ + туберкулез	29	26
На секции диагноз не подтвердился	3	2
Из них диссеминированный криптококкоз	1	-
Криптококковый менингоэнцефалит	1	1

За период 2007-2011 диагноз криптококкоз выставлен 9 пациентам .

2007 – 2 случая		2008 – 1 случай		2009-0		2010 - 5 случаев		2011-1 случай	
Менингит	Диссеминированный	Менингит	Диссеминированный			Менингит	Диссеминированный	Менингоэнцефалит	Диссеминированный
1	1-посмертно	1	-	-	-	3	2 посмертно	1 посмертно	-

Проведен анализ историй болезни пациентов с криптококкозом за 2010-2011гг. (6 человек). Частота возникновения криптококкоза составила 3,3%.

Один пациент длительное время (3 года) состоял на диспансерном учете в центре СПИДа. За 1 год до появления клиники менингита он перенес инфильтративный туберкулез легких (МБТ +). При возникновении клиники менингита в СМЖ микроскопическим методом были обнаружены МБТ. При патанатомическом вскрытии и гистологическом исследовании материала диагноз туберкулез был исключен, выставлен диагноз генерализованный криптококкоз (вещество мозга, оболочки, легкие, печень, надпочечники, селезенка). Одному пациенту диагноз ВИЧ был выставлен при поступлении в ОПТД, случай закончился летально, на секции – диссеминированный туберкулез легких не подтвердился, выставлен диагноз диссеминированный криптококкоз (мозговые оболочки, легкие). 2 пациента были поставлены на учет на 3 стадии ВИЧ инфекции за 1-2 месяца до появления клиники менингита. 2 пациентам диагноз ВИЧ и менингоэнцефалит выставлен одновременно.

У 5 (83,8%) пациентов до появления симптомов со стороны ЦНС в течении нескольких месяцев отмечалось повышение температуры тела. Температурная кривая была разнообразной: от субфебрильной постоянной - до чередования периодов апирексии с повышенной температурой тела. У 1 пациента клиника менингоэнцефалита развилась на фоне уже нормальной температуры тела.

Рентгенологическая картина: диссеминированный процесс в легких – 2 случая, средне и нижнедолевая пневмония - 2, множественные мелкие очаговые тени – 1, расширение корней легких -2, инфильтративный туберкулез в фазе рассасывания-1, патология в легких не выявлена -1. Т.е. рентгенологические изменения со стороны ДС выявлялись в 83,3%.

КТОГК проводилась 3 пациентам: легочные поля без инфильтративно-очаговых изменений - отмечено у 2 пациентов, у одного, помимо этого, обнаружено увеличение паратрахеальных лимфоузлы и у одного - паратрахеальных, параэзофагальных, субкориальных, двусторонняя пневмония диагностирована у одного человека.

Кратковременное нарушение сознания вначале заболевания отмечалось у 4 пациентов (66,6%), у 2 пациентов смерть наступила на фоне прогрессирующего нарушения сознания. Головная боль (постоянная или периодическая) отмечалась у всех пациентов (100%). Менингеальный симптомокомплекс - у 5пациентов, отсутствие менингеальной симптоматики – у 1 пациента. Т.о. менингеальный симптомокомплекс разной степени выраженности был выявлен у 83,3% Очаговость в виде ассиметрии лица, односторонней слабости в руке и ноге отмечалась у 1человека (16,7%).

Всем выжившим пациентам выставлялся диагноз туберкулеза и параллельно проводилось противотуберкулезное лечение. При обнаружении криптококка в СМЖ в 3 случаях фтизиатрами диагноз туберкулеза был снят, но после консультации НИИ эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского, противотуберкулезное лечение возобновлено и диагноз

туберкулез выставлен. В 3 случаях (1- менингит, 2 - диссеминированный криптококкоз), а в 1 случае - даже при прижизненном микроскопическом обнаружении МБТ в спинномозговой жидкости, а при более ранней госпитализации и бактериологическим методом в мокроте - диагноз туберкулез патанатомами выставлен не был.

При исследовании СМЖ:- жидкость прозрачная или мутноватая , белок : 0,66- 0,99 г/л, сахар: 2,4-2,1 -1,2 ммоль/л, цитоз: 5-6 клеток – 2 случая, 10-15 клеток-2 сл., подсчет клеток невозможен из-за большого количества дрожжевого грибка - 2 случая. КСП микроскопически в СМЖ обнаружено -1 случай.

Криптококк микроскопически обнаружено в 3 случаях-50%. Использовалась окраска по Граму (2010г.) и окраска тушью (2011г). При исследовании СМЖ на криптококк у части из этих пациентов в условиях районных больниц – грибок обнаружен не был.

В общем анализе крови – снижение Hb (65 – 118 г/л) – 5 случаев (83,3%), в пределах нормы – 1; лейкоциты – в пределах нормы – 1 случай, 3,1-3,5 х 10^9 – 3 случая, 2,4- 2,8 – 2 случая; лимфоциты – в пределах 24-28%.

МРТ головного мозга проводилась в 3 случаях, 1 – патологии не выявлено, 1 – в зоне базальных ядер слева гиподенсивный очаг с четкими контурами; 1 – в проекции базальных ядер по ходу лентикулостриальных артерий, базальных отделах височных отделов периваскулярногиперинтенсивные фокусы и участки с изо- и гипоинтенсивным МРС. Расширение желудочков выявлено не было. Таким образом, поражение вещества головного мозга выявлено в 66,7%.

Проявлений со стороны кожи отмечено не было. Показатели СД-4 клеток в пределах 1% -12 клеток , 3%- 89 клеток, 7,9% - 157 клеток в мм куб. У одного пациента клиника менингоэнцефалита развилась через месяц от начала АРТ.

Выводы:

1. Среди пациентов, госпитализированных в областной противотубдиспансер клиника криптококкоза возникла в 3,3% случаев. Проявления криптококкового поражения ЦНС встречается в 50% случаев, генерализация процесса – в 50%.
2. Криптококкоз возникает на поздней стадии ВИЧ инфекции, в основном у лиц, которые о своем ВИЧ статусе узнали на фоне нарушенного здоровья и при наличии клинических проявлений болезни, при низких показателях СД-4 (меньше 160 кл. в мм куб.)
3. Клиническая картина диссеминированного криптококкоза развивается подостро, проявляется повышением температуры, слабостью, потливостью, снижением веса, анемией и может накладываться на другие заболевания. До появления явлений менингоэнцефалита и без микроскопического и бактериологического подтверждения данная симптоматика не дает основания для уверенной прижизненной постановки диагноза криптококкоза и дифдиагностики от туберкулезного менингоэнцефалита.
4. Фебриллитет неуточненной этиологии - одно из начальних проявлений криптококкоза. Определение наличия криптококкового антигена в крови

даст возможность диагностировать криптококкоз до возникновения менингита и менингоэнцефалита, а также генерализации процесса, а также позволит решить вопрос о присоединении более активной противогрибковой терапии на фоне активного туберкулезного процесса или другой оппортунистической инфекции. Назрела необходимость внедрить в лабораторные службы Украины (государственные или коммерческие) методику определения криптококкового антигена в крови для скринингового обследования пациентов с лихорадкой неустановленной этиологии, что позволит уменьшить смертность от СПИДа.

РОЛЬ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ПАТОГЕНІВ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Гладчук В.Є.[1], Лущан А.А.[2], Кірієнко В.О.[2], Кухарик О.С.[2], Волинська О.В.[2]

Державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна[2]
Національний медичний університет, м. Донецьк, Україна[1]

Мета роботи. З'ясування ролі т.з. «опортуністичних патогенів» в патогенезі захворювань шкіри інфекційної природи.

Матеріали й методи. Під спостереженням знаходилось 100 хворих: мікозами стоп – 30, герпесвірусною інфекцією шкіри (Herpes simplex) - 30, вульгарними бородавками - 10, контагіозним молюском – 5, піодермією – 25. Методом порівняльного аналізу різноманітних способів дослідження збудників цих захворювань визначалась можливість їх патогенності (залежність від властивостей патогену та опірності організму), а також - обґрунтованість призначення лікування у залежності від остаточного лабораторного підтвердження.

Результати. З анамнезу вдалося встановити, що лікарі зазвичай призначали хворим лікування тільки після отримання остаточних результатів лабораторного дослідження. Наступні спостереження за хворими показали, що у випадках, коли лікарі чекали відповіді остаточного лабораторного підтвердження, тривалість наступного лікування достовірно перевищувала терміни терапії, ніж коли пацієнтам призначали лікарські засоби в перший день їх звертання за медичною допомогою. Це стало підґрунтям для необхідності аналізу спроможності збудників інфекційних дерматозів до розвитку власне клінічних проявів захворювання.

У відношенні до грибів, які спроможні викликати захворювання у людини на сьогоднішній день, критерієм їх розподілу на патогенні та опортуністичні є стан захисних систем організму. Інтактні бар'єри (шкіра та поверхні слизових оболонок) є неподоланними для більшості з них; впливають на проникнення мікроорганізмів – значення pH, температура та швидкість регенерації відповідної тканини. Зміна функціональної активності імунної системи – головна причина розвитку мікозів. Умовно-патогенні мікроорганізми, як правило, не викликають інфекційних захворювань у здорової людини. Вони нерідко колонізують шкіру та слизові оболонки, але здатні і до тривалого існування у навколишньому середовищі. Умовно-

патогенні мікроби викликають ушкодження після пасивного переносу у внутрішнє середовище організму (наприклад, при порушенні цілісності анатомічних бар'єрів). Оскільки ці мікроорганізми не мають тропності до тих чи інших тканин, то захворювання не мають вираженої специфічності і більше залежать від ступеню ушкодження органу, ніж від патогенних властивостей збудника. У такому разі, важливою умовою є масивність інфікування і порушення опірності організму.

У разі, коли навіть непатогенні мікроорганізми знаходять «можливість» ініціювати інфекційний процес, їх зазначають як «опортуністичні патогени» [від англ. opportunity, можливість, слушний випадок]. Тобто, «непатогенні» мікроорганізми не здатні викликати пошкодження у здорової людини, але у разі зниження опірності організму (наприклад, наявності захворювання, у тому числі – шкіри) вони пошкоджують організм або посилюють те пошкодження, що вже існує. Більш вірною для характеристики мікроорганізмів є оцінка паразитарних властивостей, оскільки в основі будь-якого інфекційного процесу знаходиться феномен паразитизму. Серед захворювань наших пацієнтів до облігатних паразитів, що їх викликали – можна віднести віруси, оскільки всі етапи їх життєвого циклу зв'язані з організмом хазяїна, а поза межами організму людини – ці мікроорганізми швидко гинуть, або не розмножуються.

Висновки. Сучасні дослідження доводять, що розподіл мікроорганізмів на патогенні та умовно-патогенні не є чітким, бо вони використовують організм хазяїна як джерело свого живлення і тому відрізняються в основному за ступенем паразитизму. У зв'язку з цим, розпочинати лікування при таких захворюваннях слід з перших його проявів (не очікуючи результатів остаточного лабораторного підтвердження).

КАШЕЛЬ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО ПАЦИЕНТА

Гойдык Н.С.[1], Гойдык В.С.[1], Ковтунович Л.И.[1], Гоженко А.И.[2]

Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Одесса, Украина[1]

ГП «Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта»[2], г. Одесса, Украина

Цель исследования. Данное исследование проводилось с целью определить информативность одного из опорных симптомов при постановке диагноза пневмонии – кашля у пациентов с тяжелой иммуносупрессией, вызванной ВИЧ – инфекцией.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное изучение историй болезни 70 пациентов, проходивших лечение в стационарном отделении Одесского центра по профилактики и борьбе со СПИДом. Из них 40 (57,1 %) пациентов было выписано с улучшением, 30 пациентов (42,9 %) умерло. Всем умершим пациентам проводилось патологоанатомическое исследование, подтвердившее диагноз пневмонии. Из числа обследованных мужчин 41 чел. (60 %), женщин - 29 чел. (40 %). Средний возраст выписанных мужчин 36,4±1,8 лет, выписанных женщин 34,1±1,2 года, умерших мужчин 38,5±1,6 лет, умерших женщин 39,3±1,4 года.

Средняя длительность от момента установления диагноза ВИЧ – инфекции до развития данного заболевания среди выписанных пациентов составила 6,6 года у мужчин, 6,2 года у женщин, среди умерших – 7,4 года у мужчин и 5,4 года у женщин.

Результаты. Было установлено, что из 40 выписанных пациентов жалобы на кашель предъявляли только 22 чел. (55 %), при этом отделение мокроты зафиксировано в 12 случаях (30 % от общего количества выписанных пациентов). В тех случаях, когда больные не предъявляли жалоб на кашель, у 10 из 18 чел. (55,6 %) присутствовали рентгенологические признаки пневмонии. Из 30 умерших больных только 8 пациентов (26,7 %) предъявляли жалобы на кашель, при этом рентгенологические признаки пневмонии зафиксированы у 19 пациентов (63,6 %), из них у 12 кашель не отмечался.

При исследовании количества CD_4 – лимфоцитов отмечено, что у 51 пациента (72,9 %) – 25 выписанных и 26 умерших - их уровень был ниже 200 кл/мкл, что соответствует тяжелой иммуносупрессии, то есть в группе выписанных пациентов значительно выше удельный вес больных с умеренной иммуносупрессией. При этом из 30 умерших пациентов у 17 чел. (56,7 %) уровень CD_4 был ниже 100 клеток в микролитре. Из этих 17 чел. жалобы на кашель отмечены только у 2 пациентов. Половых различий ни в одной группе отмечено не было.

Выводы. Прогноз для пациентов с пневмонией тем хуже, чем больше глубина иммуносупрессии. Для случаев тяжелого течения заболевания, закончившихся летальным исходом, характерно частое отсутствие жалоб на кашель по сравнению с группой выписанных больных, несмотря на наличие рентгенологических признаков пневмонии. Данная тенденция углубляется параллельно с уменьшением количества CD_4 – лимфоцитов, что также должно учитываться лечащим врачом. Полученные данные свидетельствуют о том, что отсутствие жалоб на кашель должно оцениваться врачом с осторожностью и не может служить критерием снятия диагноза пневмонии у пациентов с тяжелой иммуносупрессией.

ЗНАЧЕННЯ ЗАПАЛЬНОГО СИНДРОМУ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ ІНФЕКЦІОНІСТА

Гойдик В.С., Гойдик Н.С., Шухтін В.В., Терещенко Р.О., Гоженко А.І.
Обласний Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Одеса, Україна

Мета роботи. Вивчення проявів синдрому відновлення імунної системи на прикладі пацієнтів, що проходили лікування в Одеському обласному Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Матеріали й методи. Запальний синдром відновлення імунної системи (ЗСВІС) – це стан, що розвивається в 5 - 10 % хворих, переважно з рівнем CD4+ – лімфоцитів нижчим, ніж 200 $кл^{-1}$, в термін від 1 тиж. до 3 міс. від початку прийому високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ), і характеризується реактивацією опортуністичної інфекції (найчастіше мікобактеріальної, цитомегаловірусної, токсоплазмозної, криптококової), яка

була пролікована до початку ВААРТ або маніфестацією такої інфекції, яку не було діагностовано до початку противірусної терапії. Нами було обстежено 20 пацієнтів з достовірно підтвердженим діагнозом ЗСВІС, з них чоловіків 12 (60 %), жінок – 8 (40 %). Середній вік пацієнтів складав 42,5 ± 2,7 роки. Після курсу лікування 15 з них були виписані з покращенням, 5 пацієнтів померло. Від виявлення ВІЛ–інфекції до призначення антиретровірусної терапії пройшло в середньому 4,7 роки.

Результати. Було встановлено, що найчастіше ЗСВІС проходив у вигляді туберкульозу різних локалізацій, переважно легень та лімфовузлів – 11 чол., прояви токсоплазмозної інфекції зареєстровані у 5 пацієнтів, криптококова інфекція, генералізований кандидоз, загострення гепатиту С, лімфома головного мозку – по 1 випадку. До початку антиретровірусної терапії лікування опортуністичних інфекцій мало місце в 11 випадків, решта – вперше виявлені захворювання. Рівень CD4+-лімфоцитів до початку терапії у 17 чол. був нижчим за 100 кл/мкл (85 %). При цьому середній рівень CD4+-лімфоцитів до початку ВААРТ в групі виписаних хворих складав 92 кл/мкл, 7,9 %, у померлих хворих – 19 кл/мкл, 1,9 %, тобто, був достовірно нижчим. Середній рівень вірусного навантаження складав 313 177 РНК коп/мкл. На момент розвитку ЗСВІС середній рівень CD4+-лімфоцитів в групі виписаних хворих складав 169 кл/мкл, 11,8 %, у померлих хворих – 77 кл/мкл, 12,7 %. Враховуючи, що час розвитку клінічної симптоматики в досліджуваній групі не перевищував 2 міс., такі темпи приросту рівня CD4+-лімфоцитів можні вважати досить високими. Це є вирішальним фактором, що обумовлює парадоксальність ситуації – відновлення імунної системи призводить до погіршення стану хворого і дає нам підстави запропонувати для визначення даного стану термін синдром імунного рикошету (СІР), як такий, що найбільш вдало відображає суть процесів, які відбуваються в цей час в організмі хворого. Цим також пояснюється отримання кращих результатів лікування при застосуванні коротких курсів гормонотерапії (преднізолон 60 мг на добу або дексаметазон 8 мг на добу протягом 2 тиж., з подальшим зменшенням дози), яка, як відомо, має імуносупресивну дію і дещо нівелює наслідки надмірно швидкого зростання рівня CD4+-лімфоцитів та зростання запалення за рахунок швидкої активації гуморального імунітету.

Висновки. Таким чином, можна сказати, що виникнення синдрому імунного рикошету у конкретного пацієнта в багатьох випадках можна передбачити, якщо враховувати всі дані анамнезу та клініко-лабораторні дані. Лікування опортуністичної інфекції, що розвинулася внаслідок СІР, має кращий результат при застосуванні коротких курсів гормонотерапії та не потребує відміни або заміни схеми ВААРТ. Найкращою можливістю уникнути розвитку СІР є раннє виявлення ВІЛ – інфекції, підвищення ефективності диспансеризації ВІЛ – інфікованих пацієнтів та своєчасне призначення ВААРТ, коли глибина імуносупресії не сягнула критичного рівня. У випадку, коли ВААРТ призначається при CD4 < 100 кл/мкл, можна рекомендувати проведення дослідження імунного статусу пацієнта раніше, ніж це рекомендується діючим протоколом з метою контролювання швидкості

відновлення імунної відповіді і виділення хворих з високими темпами приросту CD4+-лімфоцитів в групу ризику з розвитку CIP, що дозволить підвищити якість надання медичної допомоги таким пацієнтам.

ОСОБЕННОСТИ ТОКСОПЛАЗМЕННОГО ЭНЦЕФАЛИТА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Гойдык В.С., Гуменюк Н.А., Гоженко А.И.

Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Одесса, Украина
ГП «Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта», г. Одесса, Украина

Токсоплазмоз головного мозга является наиболее распространенной паразитарной оппортунистической инфекцией ЦНС у больных ВИЧ-инфекцией. При этом токсоплазменный энцефалит выявляется у 20–30% больных СПИДом и является первым проявлением болезни у половины из них.

Цель работы. Выявить характерные неврологические и клинические особенности течения церебрального токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2009 г. наблюдали 142 больных ВИЧ-инфекцией проходивших лечение в стационарном отделении ОЦПБС с поражением центральной нервной системы (ЦНС), на стадии III - IVB, из которых у 36 (25,4%) установлен диагноз: токсоплазменный энцефалит (ТЭ).

Результаты. Из 36 больных ТЭ на фоне ВИЧ инфекции выписаны 31 человек (86%), умерли 5 больных (14%). ТЭ явился первым, СПИД-индикаторным, заболеванием в 8-ми случаях, что составило 22,2% группы ТЭ. Мужчин - 21 (58,3%) средний возраст 37,5; женщин - 15 (41,7%), средний возраст 35,2. Путь передачи - половой у 22 человек (61%), парентеральный - 14 человек (39%). Возраст 20-29 лет – 4 (11%), 30-39 лет – 23 (64%), 40-49 лет - 9 (25%) человек. Сроки от первых симптомов заболевания ТЭ до госпитализации в среднем составили у мужчин – 1,86 месяца, у женщин - 2,1 месяца. Все больные поступили в стационар с признаками отека и набухания головного мозга, также с умеренными и выраженными симптомами интоксикации. Головная боль на фоне лихорадки или субфебрильной температуры, присутствовала у 100% больных. С учетом явных проявлений очагового неврологического дефицита, у всех больных, в разной степени выраженности, с целью нейровизуализации выполняли магнитно-резонансную томографию (МРТ) и (или) компьютерную томографию (КТ) головного мозга (ГМ). По результатам КТ (МРТ) исследований у всех больных были выявлены признаки локального (очагового) повреждения серого и белого вещества, с количеством фокусов от 1 до множественных. Количественное определение антител класса IgG к Toxoplasma gondii в крови, методом иммуноферментного анализа, обнаружено у 100% пациентов и превышало норму в 1,7 – 21 раз, в среднем в 12,68 раз. Количество лимфоцитов CD4 менее 100 кл/мл у 23 (64%) пациентов, менее 200 кл/мл у 7 (19%) пациентов, менее 300 кл/мл у 6 (17%) больных ТЭ.

Выводы. Характерными клиническими признаками поражения ЦНС

токсоплазменной этиологии в виде ТЭ являются: подострое начало болезни, субфебрильная лихорадка, симптомы общей интоксикации, неврологический дефицит различной степени выраженности. Кратность превышения нормы иммуноглобулинов к Toxoplasma gondii у больных ВИЧ-инфекцией очень вариабельна и не может служить достоверным подтверждением диагноза ТЭ. При этом токсоплазменный энцефалит, как правило, развивается при падении числа лимфоцитов CD4 ниже 100 в мкл. Алгоритм диагностики ТЭ должен предусматривать в обязательном порядке анализ не только клинико-лабораторных данных, но и результатов МРТ- исследования головного мозга как наиболее раннего и информативного метода нейровизуализации патологического процесса. Также установлено, что данная этиология энцефалита часто является первичным СПИД индикаторным заболеванием, хорошо диагностируется на современном лабораторном и рентгеноборудовании и, в целом, имеет благоприятный витальный прогноз.

ХАРАКТЕРИСТИКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД

Гоженко А.І., Горобець О.П., Горобець Г.П., Гойдик В.С.

ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України»

Обласний Центр по профілактиці та боротьбі зі СНІДом, м. Одеса, Україна

На даний час ВІЛ-інфекція/СНІД є однією з найважливіших не тільки медичних, але і соціальних проблем міжнародного рівня. Відомо, що у хворих на СНІД спостерігаються різноманітні порушення органів і систем, що у поєднанні з імунодефіцитом обумовлюють важкість клінічного перебігу та наслідки цього захворювання. Внаслідок цього відбуваються суттєві порушення біохімічних показників гомеостазу, що у значній мірі негативно впливають на перебіг захворювання. У зв'язку з цим метою нашого дослідження було виявити та проаналізувати зміни біохімічних показників крові у хворих на ВІЛ/СНІД.

Матеріали і методи. Проаналізували окремі показники гомеостазу у 100 хворих, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Одеському обласному Центрі по профілактиці та боротьбі зі СНІДом. Вивчали зміни таких параметрів гомеостазу: загального аналізу крові та біохімічних показників крові залежно від абсолютної кількості CD4-Т- лімфоцитів. Дані показники ми аналізували у хворих на початку та завершені лікування.

Результати. Відмічаємо значні зміни показників як загального, так і біохімічного аналізу крові, які мають тенденцію до погіршення залежно від абсолютної кількості CD4-Т- лімфоцитів – збільшились рівні сечовини, креатиніну, зменшились концентрація загального білка та альбуміну, гіпонатріємія, зросла активність ЛДГ, АлАТ, АсАТ, амілази, знижувалась кількість еритроцитів та рівень гемоглобіну з одночасним підвищенням ШОЕ. Слід відмітити, що більшість показників знаходились на верхніх межах норми (білірубін, креатинін) або її перевищували – сечовина, АлАТ, АсАТ, тоді як

виявлялась чітка гіпоальбумінемія, гіпонатріємія.

Висновки. Встановлені значні зміни біохімічних показників крові які мають тенденцію до погіршення залежно від зменшення абсолютної кількості CD4-Т- лімфоцитів та є наслідком широкого кола порушень внутрішніх органів, що спостерігаються у хворих на СНІД. Ефективність лікування СНІДу повинна базуватися не тільки на специфічній та антибактерійній терапії, але й обов'язково включати корекцію функцій паренхіматозних органів залежно від характеру та ступеня їх ушкодження і нормалізацію гомеостазу у цілому.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Голубовская О.А., Шкурба А.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

На сегодняшний день в мире отмечается рост заболеваемости диффузными поражениями печени, основными причинами которых служат парентеральные вирусные гепатиты В и С. актуальность этих гепатитов связана, прежде всего, с серьезными последствиями заболевания – формированием хронических форм, цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы. Вирусным гепатитом С, по экспертным оценкам, в мире инфицировано от 500 тыс. до 1 млрд. людей и около 2 млрд. инфицированных вирусным гепатитом В, 400 млн. из которых имеют хроническую инфекцию.

Основная особенность течения хронических вирусных гепатитов (ХВГ) – скудность клинической симтоматики, вследствие чего это заболевание часто выявляется случайно, клинически манифестируемые формы болезни чаще соответствуют тяжелому поражению печени в виде цирроза. Вместе с тем, ультразвуковое исследование печени помогает правильно поставить диагноз еще на стадии компенсации процесса, тем более, что УЗИ-признаки диффузных поражений печени неспецифичны. Одним из методов современной ультразвуковой диагностики является измерение линейной и объемной скоростей кровотока в v. portae.

Цель исследования: Оценить динамику изменений средней линейной скорости кровотока и его направления при помощи допплеровского дуплексного картирования у больных с разным уровнем фиброза печени по Metavir.

Материалы и методы. Нами было обследовано 65 больных с ХВГ, из них 38 (58,5%) – с ХГС и 27 (41,5%) – с ХГВ. Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных, а также пункционной биопсии печени. У 15 (23,1%) при пункционной биопсии печени обнаружены продвинутый (F3 – F4) фиброз печени, у остальных 50 (76,9%) больных – признаки хронического гепатита с фиброзом F1 – F2. Всем больным проводилось измерение средней линейной скорости кровотока и его направления при помощи допплеровского дуплексного картирования (ДДК).

Исследования проводились на аппарате ультразвуковой диагностики Voluson 730 – Expert.

Результаты и их обсуждение. По литературным данным нормальные показатели портального кровотока составляют 18 – 24 см/сек.

У обследуемых больных с продвинутым фиброзом печени наблюдалось снижение средней линейной скорости портального кровотока в среднем до 11,8±0,7 см/сек, при этом у 4 (26,7%) наблюдался гепатопетальный кровоток, а у 11 (73,3%) – гепатофугальный кровоток; признаки стеатоза печени у больных с гепатофугальным кровотоком отмечался у 5 (45,5%) больных. У больных с фиброзом печени F1 – F2 средняя линейная скорость портального кровотока у 27 (41,5%) составила 16,5 ± 0,8 см/сек, причем у 14 (28%) он был в пределах нормы. У 36 (72%) наблюдался гепатопетальный кровоток, у 9 (18%) – смешанный и у 5 (10%) – гепатофугальный кровоток. У всех больных в этой группе гепатофугальный кровоток наблюдался только при наличии выраженного стеатоза печени ($p<0,05$).

Таким образом, снижение средней линейной скорости портального кровотока закономерно наблюдается у больных с продвинутыми стадиями фиброза печени и у почти трети больных с начальными стадиями фиброза остаются в переделах нормы. ДДК имеет меньшую диагностическую ценность и более выражено у пациентов с ультразвуковыми признаками стеатоза печени.

О НЕФРОТОКСИЧНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Гуменюк Р. В., Гоженко А. И.

ГП « Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта МЗ Украины», г. Одесса, Украина

Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Одесса, Украина.

В настоящее время терапия больных СПИДом стала на много более эффективной, в связи с внедрением в клиническую практику антиретровирусных препаратов. Однако, несмотря на безусловную их клиническую эффективность и восстановление иммунной системы, в ряде случаев применение терапии ограничивается побочным действием. Среди последних важное место занимает нефротоксичность, которая выявлена нами, и по данным источников литературы. Побочные эффекты значительно усложняют лечение, заставляя постоянно балансировать между стабильным подавлением ВИЧ и риском токсичности препаратов. Порой непросто отличить побочные эффекты антиретровирусной терапии от проявлений самой ВИЧ-инфекции. Прежде, чем расценить тот или иной симптом как побочный эффект, нужно исключить другие причины его появления, и произвести оценку выраженности, повторяемости и изменчивости жалоб. Особое значение это приобретает в связи с тем, что у больных СПИДом, как правило, выявляется хронический пиелонефрит или ВИЧ ассоциированная нефропатия.

Нами изучена эффективность антиретровирусной терапии в процессе

лечения 100 больных в сопоставлении с показателями нефрологической симптоматики. Установлено, что наряду с высокой эффективностью антиретровирусных препаратов: ставир(d4T), гептавир(3TC), невимун(NVP), зидолам(3TC), эфавир(EFV), калетра(LPV/r), видекс(ddI), дуовир(3TC), зидовир(ZDV или AZT), нелфин(NFV), о проявлении нефротоксичности у пациентов мы судили по появлению мочевого синдрома. Пациенты, у которых выявлялись нарушения в исходном периоде или диагностирован пиелонефрит (82%), отнесены к группе пациентов с хронической почечной болезнью.

Установлено, что при лечении антиретровирусными препаратами частота осложнений возрастает и проявляется в степени выраженности отдельных показателей мочевого синдрома: лейкоцитурия, эритроцитурия, бактериурия, протеинурия, цилиндрурия, также показателей нарушений азотистого обмена. Таким образом при назначении антиретровирусной терапии больным СПИДом необходимо учитывать исходное функциональное состояние почек и контролировать его в ходе терапии, либо применять одновременно нефропротекторные препараты.

Однако, ни в одного из пролеченных, несмотря на увеличение выраженности мочевого синдрома, поражение почек не достигло степени острой почечной недостаточности. Подчеркнем, что большинство пациентов хорошо переносят АРТ даже годами. Тем не менее рекомендуется, чтобы все пациенты, в том числе не предъявляющие жалоб, регулярно наблюдались у специалиста по ВИЧ-инфекции не менее одного раза в 3 месяца, а при начале новой схемы даже чаще - раз в неделю или раз в две недели с обязательным нефрологическим контролем.

ГЕПАТИТ В В УКРАЇНІ: ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергеєва Т.А., Шагінян В.Р., Рубан О.М.

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

Мета роботи. Вивчити характеристики і сучасні тенденції розвитку епідемічного процесу (ЕП) гепатиту В (ГВ) в Україні.

Матеріали і методи. В роботі використані епідеміологічний, серологічний та статистичний методи дослідження. Багаторічну динаміку захворюваності, що реєструється (1970-2010 рр.), рушійні сили, параметри і тенденції розвитку ЕП ГВ в Україні вивчали шляхом аналізу даних річних звітів МОЗ, Центральної і Київської міської СЕС. При вивченні проявів ЕП ГВ застосовували комплекс описово-оціночних прийомів; визначення динаміки захворюваності і тенденцій розвитку ЕП – методом найменших квадратів, рангового та регресійного аналізу. Проведено сероепідеміологічне обстеження осіб (n=11028), які відносяться до груп здорового населення, а також до контингентів високого соціально - поведінкового ризику інфікування. У сироватках крові цих осіб за допомогою імуноферментного аналізу визначали

HBsAg та анти-HBc.

Результати. Епідеміологічний аналіз реєстрованої захворюваності на клінічно виражені, переважно жовтяничні форми гострого ГВ (ГГВ) в Україні дозволив встановити три етапи розвитку ЕП, котрі відрізнялись за інтенсивністю, кількісними і якісними характеристиками. На першому етапі (1970-1989 рр.) показники захворюваності на ГГВ зросли у 4,6 разу – з 6,8 до $31,5^0/_{0000}$, що знайшло відображення у вираженій тенденції до щорічного приросту захворюваності (середній темп приросту/зниження – $T_{сер.}$ = +5,69%). Провідним фактором, що визначав хід ЕП ГВ на цьому етапі, був штучний парентеральний шлях передачі збудника інфекцій при проведенні медичних лікувально-діагностичних і профілактичних маніпуляцій (питома вага – 75-89%).

Протягом другого етапу розвитку ЕП ГГВ (1990-2002 рр.) намітилась тенденція до зниження показників захворюваності, що реєструється ($T_{сер.}$ = -3,97%), а середній багаторічний показник захворюваності складав $22,21^0/_{0000}$. Особливістю цього етапу розвитку ЕП була зміна домінуючих шляхів передачі збудника інфекції та вікової структури хворих на ГГВ. На фоні зменшення ролі медичних парентеральних втручань у поширенні ГВ зросло епідемічне значення штучного парентерального інфікування при введенні наркотиків (до 40%) та статевого шляху передачі вірусу ГВ (до 20%). У віковій структурі хворих на ГГВ почали превалювати особи 15-29 років (до 70%).

Починаючи з 2003 р., можна виділити третій, сучасний етап розвитку ЕП ГГВ в Україні, для якого найбільш характерною була виражена тенденція до зниження захворюваності, що реєструється – з 14,67 у 2003 р. до $5,17^0/_{0000}$ у 2010 р. (у 2,8 разу, $T_{сер.}$ = -17,8%). Середній багаторічний показник захворюваності складав $7,29^0/_{0000}$. Аналізований період характеризувався провідною роллю інфікування HBV при ін'єкціях наркотичних препаратів і статевим шляхом – відповідно 33,3 та 31,2% (м. Київ). Зберігалась тенденція до зниження питомої ваги хворих, інфікованих при проведенні медичних інвазивних втручань.

Матеріали офіційної статистики не відображають дійсний рівень захворюваності, оскільки вони ґрунтуються на реєстрації переважно клінічно маніфестованих, жовтяничних форм інфекції. Хворі на безжовтяничні, субклінічні форми ГГВ у більшості випадків залишаються нерозпізнаними. Незважаючи на наявність (з 2009 р.) наказу щодо реєстрації хронічних гепатитів В і С (ХГВ, ХГС), хворі на такі форми вірусних гепатитів у більшості випадків не виявляються. Так, у 2010 р. в Україні зареєстровано 1424 хворих на ХГВ ($3,08^0/_{0000}$). Разом з цим, звертають на себе увагу дані, відповідно до яких в Україні спостерігається зростання захворюваності на неверифіковані хронічні гепатити (ХГ). З 1993 по 2010 р. захворюваність на ХГ (з діагнозом, встановленим вперше) зросла з 35,9 до 66,7 $^0/_{0000}$. Сумарні показники захворюваності на неверифіковані ХГ у 2010 р. (за накопичувальним підсумком) склали $769,7^0/_{0000}$. Оцінюючи ці дані, необхідно враховувати, що, за сучасними уявленнями, більше 80% неверифікованих ХГ асоціюються з HBV і HCV.

При проведенні сероепідеміологічних досліджень було встановлено, що частота визначення серологічних маркерів ГВ – HBsAg та анти-HBc при обстеженні ВІЛ-інфікованих осіб складала відповідно 12,6 та 57,7%, споживачів ін'єкційних наркотиків – 13,6 та 43,7%, медичних працівників – 5,4 та 26,8%, пацієнтів лікувальних закладів – 3,4 та 22,7%, вагітних – 1,3 та 15,3%, донорів крові – 0,9 та 9,4%. Показано, що найвищі показники виявлення маркерів інфікування HBV відмічені в епідеміологічно і соціально значущих групах населення.

В результаті проведених досліджень встановлено, що на сучасному етапі розвитку ЕП не виявлені хворі на ГГВ та ХГВ формують прихований компонент ЕП, підтримують його високу активність та являються основними джерелами збудника інфекції.

Висновки. Встановлено широке, проте нерівномірне поширення ГВ серед різних груп населення.

Сучасний період розвитку ЕП ГВ характеризується тенденцією до зниження захворюваності на ГГВ на фоні зростання захворюваності та поширеності хронічних вірусних уражень печінки.

Дійсний рівень захворюваності на гострий і хронічний ГВ в Україні значно перевищує дані офіційної реєстрації.

ЕП ГВ в Україні має інтенсивний, але переважно прихований характер, який формується за рахунок недіагностованих форм гострого і хронічного інфекційного процесу.

На сучасному етапі розвитку ЕП ГВ в Україні провідними шляхами передачі HBV є штучний парентеральний при введенні наркотичних препаратів і статевий. Зберігається можливість інфікування при проведенні медичних інвазивних втручань.

Висока соціальна значимість ГВ в Україні визначає необхідність вдосконалення системи епідеміологічного нагляду, розробки комплексної науково обґрунтованої національної програми боротьби з парентеральними вірусними гепатитами.

ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Дикий Б.М., Матейко Г.Б., Грижак І.Г., Веприк Т.В.

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна.

Герпетична інфекція (ГІ) характеризується як вірусна опортуністична ко-інфекція у осіб з ВІЛ-імунодефіцитом. Ризик активації ГІ зростає із зниженням рівня CD4+ Т-лімфоцитів, прогресуванням клінічної стадії хвороби. За відсутності IgM про гостре інфікування можуть свідчити низькоавідні специфічні антитіла класу IgG. Однак, при активації хронічної ГІ авідність антитіл є висока, тому даний тест неінформативний для діагностики хронічної активної інфекції. Крім того, у хворих на СНІД на підставі низьких рівнів антитіл неможливо виключити наявність активної ГІ.

Верифікація діагнозу активної ГІ має вирішальне значення для корекції

терапевтичних заходів, проведення адекватного лікування, яке забезпечить контроль над реплікацією вірусів простого герпесу, попередить прогресування даної опортуністичної інфекції.

Мета: оптимізувати діагностику ГІ у ВІЛ-інфікованих осіб на підставі комплексного, поетапного клініко-лабораторного дослідження з використанням серологічного і вірусологічного методів.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 100 ВІЛ-інфікованих жінок з різними стадіями хвороби: із I стадією – 24 пацієнток, з II - 37, з III - 22, з IV - 17. Діагноз ГІ встановлювали на основі виявлених змін зі сторони органів і систем, наявності антитіл класу IgM до ВПГ 1/2 в крові, наростанні титру специфічних IgG за результатами ІФА та виявленні ДНК збудника методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у біологічному матеріалі від хворого.

Результати. Діагностику ГІ у ВІЛ-інфікованих осіб оптимізували наступним чином. Верифікацію активних форм ВІЛ-асоційованої ГІ здійснювали шляхом комплексу клініко-лабораторних досліджень, які проводили у два етапи. На першому проводили попередній відбір осіб з ймовірною активною ГІ за клінічними симптомами чи результатами серологічного дослідження та осіб з підвищеним ризиком активації ГІ (у яких були рецидиви ГІ до інфікування ВІЛ або кількість CD4+ клітин менша 350/мкл), а також жінок з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (невиношування вагітності, перенатальні втрати, народження дітей з внутрішньоутробною інфекцією). На другому етапі у осіб з ймовірною активною ГІ проводили підтверджуюче дослідження методом ПЛР для виявлення ДНК вірусів (в крові, ліквері, зішкрібах із уретри, піхви, цервікального каналу, прямої кишки).

Жодного випадку гострої ГІ у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією не зареєстрували. У всіх діагностували різноманітні форми хронічної ГІ, реактиація якої мала місце у 38%, а рецидивний перебіг – у 72% випадків. Так, ВПГ I обумовлював рецидиви назального і лабіального герпесу (30 хворих), його перші клінічні прояви (10 хворих), а також ураження слизової ротоглотки – гінгівостоматит (5 хворих) і фаринготонзиліт (2 хворих) тільки у хворих з I (21) і II (26) стадією ВІЛ-інфекції, які складали відповідно 87,4% і 70,2% від загальної кількості хворих з вказаними стадіями.

ВІЛ-асоційована ГІ з ураженням шкіри і слизових характеризувалась не тільки більш рясними і поширеними елементами везикульозного висипу, але й сповільненим його регресом і тривалістю більше 1 місяця (в середньому 6-8 тижнів). Крім цього, у 30,7% хворих з II стадією ВІЛ-інфекції спостерігали ерозивно-виразкову форму ГІ - глибокі ерозії, їх трансформацію у виразки, які повільно загоювались.

Орієнтовними серологічними критеріями ймовірної активної ГІ при одноразовому дослідженні були рівні антигерпетичних IgG менші 50 МО/мл (39%) чи більші 100 МО/мл (61%), або наявність IgM (4%). Рівень IgG вищий 100 МО/мл вказував на можливу реплікацію ВПГ 1/2, яка на тлі ВІЛ-інфекції підтримувала титр антитіл на високому рівні. Рівень антитіл менший 50 МО/мл

вказував на глибокий імунодефіцит. За наявності позитивного результату дослідження методом ПЛР діагноз активної ГІ вважається підтвердженим. Специфічними маркерами активної ГІ була ДНК ВПГ 1/2 в біологічних середовищах чи крові (40% хворих).

У ВІЛ-позитивних осіб з клінічними проявами активної ГІ виявляли тільки у 4% випадків, а ріст IgG, що очікували через 3-4 тижні, не відбувався. Отже, відсутність специфічних антитіл класу IgM і росту специфічних IgG не виключає наявність хронічної активної ГІ.

Висновок. Аналізуючи значимість серологічних лабораторних методів для діагностики ГІ, можна зробити висновок про неоднозначність трактування їх результатів, необхідність повторювати серологічні тести у динаміці, що підвищує вартість обстежень і не гарантує їх інформативність. Тому метод ІФА завжди доцільно поєднувати з методом ПЛР, що значно підвищує інформативність діагностики ГІ, особливо за умови проведення обстеження у два етапи. На першому – відбір осіб за клінічними симптомами чи результатами серологічного дослідження, з підвищеним ризиком активації ГІ чи обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом. На другому етапі – проведення підтверджуючого дослідження на присутність ДНК ВПГ ½ методом ПЛР у біологічному матеріалі відібраних осіб.

ЗАСТОСУВАННЯ СПЕЦИФІЧНИХ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПЕРЕДАЧІ TORCH-ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ ЖІНОК

Дикий Б.М.[1], Грижак І.Г.[1], Матейко Г.Б.[1], Бойчук О.П.[1], Веприк Т.В.[2]

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна[1]

Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Івано-Франківськ, Україна[2]

Значення TORCH-інфекцій у ВІЛ-інфікованих вагітних зростає у зв’язку з формуванням імунодефіцитного стану складного (вірусного і фізіологічного) ґенезу. З іншого боку їх поширеність серед населення є значною: 30-60% людей інфіковані токсоплазмами, 80-100% цитомегаловірусами та герпесвірусами 1 і 2-го типів. Інфікування дитини можливе в різні періоди розвитку – трансплацентарно, трансцервікально під час пологів, при тісному контакті із матір’ю через пошкоджені шкіру чи слизові оболонки, грудному годуванні.

Мета дослідження: вивчити ефективність профілактики TORCH-інфекцій специфічними гомологічними імуноглобулінами.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилися 21 вагітна ВІЛ-інфікована жінка, у яких діагностовано активна TORCH-інфекція (цитомегаловірусна (ЦМВ), герпетична (генітальний герпес), токсоплазмова). Методом імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням тест систем «Вектор-Бест» (Росія) визначали наявність специфічних імуноглобулінів класів IgG та IgM проти токсоплазм, цитомегаловірусів, герпесвірусів 1 і 2 – го типів; визначали присутність ДНК збудників в крові чи в зішкрібі з шийки матки, методом полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР); наявність цитомегалічних

клітин у піхвовому змиві, слині (у новонароджених). На підставі виявлення високих титрів антитіл (>200 Од/мл проти токсоплазм, > 100 проти цитомегаловірусів, > 100 проти герпесвірусів ½ типу), наявності IgM, або ДНК збудника у крові чи біологічному середовищі встановлювали діагноз активної інфекції гострої чи хронічної (відповідно до клініко-лабораторних даних). З метою лікування і профілактики TORCH-інфекцій у вагітних застосовано відповідні хіміопрепарати та специфічні імуноглобуліни. При цитомегаловірусній інфекції - імуноглобулін людини антицитомегаловірусний (Біофарма) 4,5 мл внутрішньомязово кожен третій день № 5 та ректальні свічки лаферобіону по 1 млн /добу – 10 днів (8 жінок). При токсоплазмозі - імуноглобулін людини проти Toxoplasma Gondii (Біофарма) 4,5 мл внутрішньом'язово кожен третій день №5 та роваміцин 3,0 двічі на день – 20 днів (7 жінок). При гетітальному герпесі - імуноглобулін людини проти вірусу герпесу простого 2 типу 4,5 мл внутрішньом'язово кожен третій день №5 та валавір по 0,5 двічі на день – 7 днів (6 жінок). Зазначене лікування жінки отримували після 26 – го тижня вагітності, а з 22-24 тижня вагітності отримували антиретровірусні препарати з метою профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ.

Результати дослідження. У жінок з активною цитомегаловірусною інфекцією та цервікальною реплікацією віруса спостерігалася хронічна плацентарна недостатність (ХПН) (6), затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР- 1 ступеня) - у 2-х, мутні навколоплідні води – у 2-х, багатовіддя – у 2-х. Після курсу лікування відзначалося зникнення ознак ХПН у 4-х (66,67%), зменшення мутності навколоплідних вод у 1 (50,0%). Перед пологами в цервікальному каналі ДНК ЦМВ виявлено тільки в 1-ї жінки (12,5%). Діти народилися плановим кесарським розтином – 3, природніми пологами - 4 в терміні 39-40 тижнів, а одне передчасно в терміні 29 тижнів. 7 новонароджених не мали ознак внутрішньоутробної інфекції, а в 1-ї дитини виявлені дещо збільшені слинні залози і поодинокі цитомегалічні клітини в слині, хоча ДНК ЦМВ в слині була відсутня.

У жінок із генітальним герпесом перед призначенням лікування виявлені поодинокі висипання на зовнішніх статевих органах, виділення з піхви, явища цервіциту. На УЗД спостерігали мутність навколоплідних вод у 3-х, ХПН – у 3-х. Після лікування мутність навколоплідних вод на УЗД не визначалося, покращилась структура плаценти у всіх трьох осіб. Після лікування симптоми зникли, ДНК герпесвірусу 2 типу в мазку з цервікального каналу не виявлено в жодної жінки. Контрольне дослідження зішкрібу з цервікального каналу перед пологами ДНК герпесвірусу 2-го типу не виявляло. Двоє дітей народилися плановим кесарським розтином, а четверо - природнім шляхом з оцінкою стану 7-8 балів за шкалою Апгар. Герпетичного ураження шкіри, слизових, внутрішніх органів не виявлялося.

У жінок із активною, але безсимптомною хронічною токсоплазмовою інфекцією (IgG проти токсоплазм >200 Од/мл) мала місце патологія плаценти та ХПН, в 1-ї дитини ЗВУР -1 ступеня. В крові ДНК токсоплазм не виявлялося. Після лікування УЗД ознаки свідчили про покращення структури плаценти та

розвитку дитини. Четверо дітей народилися плановим кесарським розтином, а троє - природніми вчасними пологами. В однієї дитини при народженні мало місце гіпоксичне ураження центральної нервової системи, оцінка стану за шкалою Апгар становила 6 балів, клінічних ознак внутрішньоутробного інфікування токсоплазмами не було. Після народження і в три місячному віці антитіла IgM проти токсоплазм відсутні, змін з боку ЦНС та очного дна характерних для токсоплазмозу не виявлено.

Висновок. Застосування специфічних імуноглобулінів проти збудників TORCH-інфекцій у ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, довготривало пригнічує реплікацію герпесвірусів, усуває УЗД ознаки фетоплацентарної недостатності, попереджує перинатальне передавання токсоплазмової, цитомегаловірусної та герпетичної інфекцій від матері до дитини.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИК ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Дикий Б.М., Пришляк О.Я., Приходько Н.М., Грижак І.Г., Дикий О.Б.

Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна, Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Івано-Франківськ, Україна

В останні десятиліття існує стабільна тенденція до зростання кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які також ко-інфіковані гепатотропними вірусами з парентеральним механізмом передачі. За літературними даними близько 70% ВІЛ-інфікованих одночасно інфіковані мікобактеріями, активний туберкульоз розвивається більш, ніж у половини хворих та й за причинами смерті хворих на СНІД туберкульоз посідає перше місце (54%). Лікування ВІЛ-інфікованих хворих із активним туберкульозом складне, грунтується на застосуванні великої кількості препаратів, які володіють гепатотоксичними побічними ефектами, що робить сприятливий прогноз хворого на життя і відновлення працездатності сумнівним.

Мета роботи. Вивчити функціональний стан печінки у ВІЛ-інфікованих пацієнтів із хронічними вірусними гепатитами на тлі антиретровірусного та туберкулостатичного лікування.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 26 ВІЛ-інфікованих пацієнтів з хронічними вірусними гепатитами, одночасно хворими на активні форми туберкульозу. Діагностика вірусних гепатитів здійснювалася шляхом визначення серологічних маркерів: HBsAg, анти-HBc IgG та IgM, сумарні антитіла a-HCV, a-HDV IgG (методом ІФА з використанням тест систем фірми «Dia-Prof»); ДНК HBV, РНК HCV (методом полімеразно-ланцюгової реакції). Морфо-функціональний стан печінки вивчався традиційно за рівнями АЛАТ, АСАТ, білірубіну, білків крові, даних УЗД. Туберкульоз легеневий діагностовано за даними оглядової та комп'ютерної рентгенографії органів грудної клітки, проби Манту, дослідження харкотиння на кислотостійкі палички, посівів на мікобактерію туберкульозу. Позалегеневі форми

діагностували на підставі клінічної картини, результатів бактеріологічних досліджень, дослідження спинно-мозкової рідини, біопсії уражених лімфовузлів, очеревини, УЗД черевної порожнини, плевральних синусів, комп'ютерної томографії черевної порожнини, головного мозку. Проводився огляд суміжний спеціалістів – фтизіатра, невропатолога, оториноларинголога, окуліста, хірурга.

Результати. Серед обстежених 26 хворих чоловіків було 18 (69,2%), а жінок 7 (30,8%), у минулому вони - активні споживачі ін'єкційних наркотиків. З них на період спостереження замісну підтримувальну терапію наркотичної залежності метадолом отримували 20 осіб (15 чоловіків і 5 жінок), інші 6 наркотиків не вживали більше року. У всіх діагностовано хронічний вірусний гепатит: С – у 3 (11,54%), В – у 2 (7,69%), В+С – 21 (80,77%). Вперше діагностований туберкульоз легень вогнищевий у 9 хворих (34,62%), дисемінований – у 3 (11,54%), рецидив вогнищевого туберкульозу легень – у 2 (7,69%), туберкульозний плеврит – у 4 (15,38%), туберкульозний менінгоенцефаліт – у 4 (15,38%), туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів – у 2 (7,69%), туберкульоз внутрішньогрудних, очеревинних лімфовузлів з туберкульозним перитонітом – у 2 (7,69%). Оскільки легеневі й позалегеневі форми туберкульозу визнано СНІД-індикаторними опортуністичними захворюваннями, у всіх пацієнтів встановлена 4 клінічна стадія ВІЛ-інфекції, при чому, рівень CD4+Т-лімфоцитів перебував у межах від 26 до 420 кл в 1 мкл крові (в середньому 167,51±95,34 кл/мкл крові), а вірусне навантаження ВІЛ становило від 120 тисяч до 8,65 мільйонів. Таким чином, усі хворі мали клінічні показання до призначення антиретровірусної терапії (АРТ).

У залежності від періодів призначення АРТ та туберкулостатичної терапії всіх пацієнтів поділили на 4 групи. У групі І перебувало 9 хворих, які отримали повний двомісячний курс інтенсивної фази терапії туберкульозу п'ятьма препаратами (стрептоміцин, ізоніазид, етамбутол, піразинамід, рифампіцин), а з переходом на підтримувальну терапію трьома препаратами (ізоніазид, етамбутол, рифампіцин) їм призначали АРТ. У ІІ групі - 6 пацієнтів вживали АРТ більше 1 року до діагностики й призначення терапії туберкульозу. У групі ІІІ – 4 пацієнти, які перед появою симптомів туберкульозу отримували АРТ впродовж 1-3 місяців. У групі IV - 7 пацієнтів, яким АРТ призначено через 3-4 тижні від початку інтенсивної фази протитуберкульозного лікування.

У більшості пацієнтів, незалежно від груп спостереження, етіології гепатиту, вживання АРТ чи замісної підтримувальної терапії перед призначенням хіміотерапії туберкульозу виявлялася мінімальна активність запального процесу у печінковій паренхімі (нормальні або підвищені не більше, ніж у 2 рази показники АЛАТ і АСАТ), а помірною у 2-х (АЛАТ підвищена в 3-4 рази). У 4-х пацієнтів спостерігався помірний внутрішньопечінковий холестаз (загальний білірубін був у межах 34,3-76,1 мкмоль/л).

У 2-х пацієнтів (22,22%) з І групи, які попередньо не вживали АРТ, через 14-24 днів після призначення п'яти туберкулостатичних препаратів першого ряду активність амінотрасфераз зросла в 4-5 разів та підвищився загальний білірубін (38,9-86,5 мкмоль/л). У цих осіб ще до лікування спостерігалися

ознаки вираженого фіброзу печінки. АРТ призначали по завершенню 2 місячної інтенсивної туберкулостатичної терапії разом із переходом на підтримувальну терапію трьома препаратами першого ряду. Тільки в 1 хворого (11,11%) виникло помірне загострення гепатиту, яке не потребувало відміни терапії, а усунено гепатопротекторною та детоксикаційною терапією.

У 2-х пацієнтів (33,33%) з II групи хворих, які попередньо більше 1 року вживали АРТ, також спостерігалося помірне загострення хронічного гепатиту після призначення інтенсивної туберкулостатичної терапії. Це вимагало корекції схеми лікування із заміною рифампіцину на левофлоксацин, призначення внутрішньовенної детоксикації, глутаргіну, гептралу, урсохолу, що призвело до нормалізації показників цитолізу і рівня білірубінемії.

У 4-х хворих з III групи, які 1-3 місяці отримували АРТ, поява симптомів туберкульозу розцінено як синдром відновлення імунної системи. Призначення туберкулостатичної терапії значно погіршило функціональний стан печінки у 2-х пацієнтів (50,0%) – в 5-8 разів зростали показники цитолізу, підвищувався білірубін (в межах 47,50-106,32 мкмоль/л), збільшувалася в розмірах печінка, пацієнти втрачали апетит, худнули. Їм призначено інфузійна детоксикація та гепатопротекторна терапія, короткий курс преднізолону (15-20 днів) з початковою дозою 40 мг та проводилася заміна рифампіцину на левофлоксацин, що призвело до зменшення явищ загострення. Одному пацієнту лікування продовжено, а іншому - довелося тимчасово відмінити як АРТ, так і протитуберкульозну терапію. Через 3 тижні йому відновлено протитуберкульозну терапію за схемою 2 ряду (ПАСК, ізоніазид, етамбутол, левофлоксацин). А ще через 4 тижні відновлено АРТ (рівень CD4+T-лімфоцитів становив 64 в 1 мкл крові), що також супроводжувалося помірно вираженим загостренням гепатиту, підвищенням АЛАТ до 160,45 ОД/л. Однак, пацієнт продовжив лікування на тлі гепатопротекторної терапії (гептрал, урсохол, глутаргін).

Найчастіше з боку печінки виникали ускладнення у хворих, яким призначали АРТ на тлі інтенсивної фази протитуберкульозного лікування. Так, у 4 хворих (57,14%) з IV групи, через 2-4 тижні від початку АРТ виникло підвищення АЛАТ в 7-8 разів, білірубіну, втрата апетиту, пронос, що розцінено як прояв синдрому відновлення імунної системи. Загострення було усунено курсом парентерального введення преднізолону 60 мг/добу – 8-10 днів, глутаргіну та гептралу.

Висновки. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів із активним легеневим і позалегеневим туберкульозом призначення туберкулостатичної терапії в поєднанні з АРТ часто супроводжується підвищенням клініко-біохімічної активності хронічного вірусного гепатиту. Найвищий ризик загострення виникає в осіб, яким розпочато АРТ за 1-3 місяці до призначення туберкулостатичної терапії або на тлі її інтенсивної фази. Головними негативними чиинниками є гепатотоксичний вплив рифампіцину та автоімунні механізми, які посилюються з розвитком синдрому відновлення імунної системи. Схема хіміотерапії туберкульозу, яка замість рифампіцину включає левофлоксацин характеризується кращою переносимістю.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ТА ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ПОЄДНАНІ ХРОНІЧНІ РЕПЛІКАТИВНІ ФОРМИ ГЕПАТИТУ С ТА ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Дубинська Г.М., Боднар В.А., Коваль Т.І. Ізюмська О.М., Котелевська Т.М., Кириченко Т.С., Сизова Л.М.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: на основі вивчення клініко-патогенетичних особливостей поєднаних хронічних реплікативних форм гепатиту С та Епштейна-Барр вірусної інфекції удосконалити діагностику, лікування та диспансерного спостереження хворих.

За результатами проведеної роботи встановлено, що 92,6 % хворих на хронічний гепатит С (ХГС) виявилися серопозитивними щодо вірусу Епштейна-Барр (ЕБВ), а у 22,8 % з них діагностувалися поєднані реплікативні форми ХГС та ЕБВ-інфекції, які мали особливості перебігу, що слід враховувати в практичній діяльності лікаря.

Так, у клінічній картині хворих як з поєднаною, так і з моноінфекцією ХГС, такі синдроми та симптоми, як астеновегетативний, диспептичний, абдомінально-больовий, гепато-, спленомегалія, субіктеричність склер та слизових оболонок виявлялися практично з однаковою частотою. Однак при поєднаній інфекції достовірно частіше реєструвалися позапечінкові прояви гепатиту (45,0 % проти 23,6 %) у вигляді уражень шкіри (шкірний васкуліт), суглобів (артрити та артралгії), щитоподібної (аутоімунний тиреоїдит) і підшлункової (панкреатит) залоз, а також відмічалися ознаки, властиві ЕБВ-інфекції: лихоманка (70,0 % проти 5,26 %), явища хронічного тонзилофарингіту (75,5 % проти 6,5 %), генералізована лімфаденопатія (80,0 % проти 23,7 %).

За даними аналізу гемограм та біохімічних показників з'ясувалося, що у переважної більшості хворих з поєднаною інфекцією виявлявся лімфоцитоз (70,0 %), моноцитоз (30,0 %) (при моноінфекції ХГС – 14,5 % та 5,3 % відповідно), підвищена активність АлАТ (70,0 %), АсАТ (65,0 %) та ЛДГ (55,5 %) (при моноінфекції - 52,6 %, 48,7 % і 28,9 % відповідно). У хворих з мікст-інфекцією цитолітичний синдром частіше поєднувався з холестатичним (45,0 % проти 26,3 % при моноінфекції), а також реєструвалася диспротеїнемія з низьким альбумін-глобуліновим коефіцієнтом (65,0 % проти 57,9 %), гіпергамаглобулінемія (70,0 % проти 60,5 %) та виявлялися антинуклеарні антитіла (45,0 % проти 23,6 %).

Тобто, за даними клініко-лабораторного обстеження у хворих з поєднаними хронічними реплікативними формами гепатиту С і ЕБВ-інфекції спостерігалися глибші порушення функціонального стану печінки з вираженим аутоімунним синдромом, що знайшло відображення при морфологічному дослідженні гепатобіоптатів. Так, при поєднаній інфекції виявлялися більш виражені апонекротичні зміни гепатоцитів, поліморфізм ядер, некрозо-запальна реакція та фібротичні зміни, а за даними регресійно-кореляційного аналізу вдвічі швидше прогнозувався розвиток цирозу печінки (15,1 роки проти 31,3

при моноінфекції ХГС).

У хворих з поєднаними реплікативними формами ХГС і хронічної ЕБВ-інфекції особливі труднощі виникали при проведенні противірусної терапії (ПВТ) гепатиту. Перед її призначення протипоказання, обумовлені вираженим аутоімунним синдромом та позапечінковими ураженнями, у хворих з поєднаною інфекцією реєструвалися вдвічі частіше порівняно з моноінфекцією ХГС (35,0 % і 18,4 % відповідно). Для таких пацієнтів була обрана лікувальна тактика, яка передбачала першочергове призначення лікування хронічної ЕБВ-інфекції, після проведення якого для більшості хворих виявилося можливим призначити ПВТ ХГС. Загалом, ефективність ПВТ ХГС при поєднаній інфекції була нижчою: лише у 28,3 % хворих вдалося досягти стійку вірусологічну відповідь, у той час як при моноінфекції цей показник виявився вдвічі вищим – 58,8 %.

Таким чином, хворі на поєднані реплікативні форми ХГС і хронічної ЕБВ-інфекції складають групу ризику швидкого прогресування гепатиту з раннім формуванням цирозу печінки, недостатньо відповідають на ПВТ, у зв’язку з чим потребують індивідуального підходу до діагностики, лікування та диспансерного спостереження.

За наявності клінічних та лабораторних ознак, що вказують на можливе поєднання ХГС і хронічної ЕБВ-інфекції до загальноприйнятого комплексу методів діагностики ХГС необхідно включати поглиблене обстеження на предмет виявлення реплікативної форми хронічної ЕБВ-інфекції з визначенням насамперед її молекулярно-біологічних маркерів (ДНК ЕБВ) методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

При встановленому діагнозі ХГС, поєднаного з реплікативною формою хронічної ЕБВ-інфекції, обов’язковим є виконання пункційної біопсії печінки або застосовування неінвазивних біохімічних діагностичних тестів для оцінки ступеня фіброзу, раннього виявлення хворих з цирозом та обрання оптимальної лікувальної тактики.

За наявності вираженого аутоімунного синдрому та позапечінкових уражень, які є протипоказаннями до призначення ПВТ ХГС, необхідно провести лікування хронічної ЕБВ-інфекції, після якого, за умови нівелювання протипоказань, якнайшвидше розпочати ПВТ ХГС. У хворих з поєднаною інфекцією очікувальна тактика з призначенням ПВТ ХГС є небажаною.

На диспансерному етапі у разі неможливості призначення або неефективності ПВТ ХГС необхідне комплексне патогенетичне лікування з урахуванням провідних клінічних, біохімічних синдромів та аутоімунних проявів і активне спостереження з клініко-біохімічним, ультразвуковим обстеженням 2 рази на рік, а при можливості й застосуванням неінвазивних методів оцінки ступеня фіброзу 1 раз на рік.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ПОЛТАВСЬКОМУ РЕГІОНІ ТА ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ TOLL-ПОДІБНОГО РЕЦЕПТОРА 4

Дубинська Г.М., Кириченко Т.С., Коваль Т.І., Коршенко В.О., Михайлова К.І.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна
Обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, м. Полтава, Україна

Мета роботи – охарактеризувати клініко-імунологічні показники у ВІЛ-інфікованих осіб залежно від наявності поліморфізму Toll-подібного рецептора 4(TLR-4).

Матеріали й методи дослідження. Для реалізації поставленої мети обстежили 145 ВІЛ-інфікованих хворих. Для виявлення поліморфізму Asp299Gly гена TLR-4 проводили аналіз поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів методом полімеразної ланцюгової реакції. Кількість CD4-лімфоцитів визначали на проточному цитофлюориметрі FACSCailbur. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за хі-квадратом, t-критерієм Стьюдента. Для пояснення закономірностей змін параметрів та обміркування їх зв'язаності застосовували кореляційний аналіз. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати. Поглиблений аналіз клінічних характеристик ВІЛ-інфекції показав, що у 90 % обстежених діагностували III та IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції. Найчастішими проявами опортуністичних інфекцій були туберкульоз (52, 35,8%), хронічний гепатит С (96, 66,2%), орофарингеальний кандидоз (72, 49,7%), хронічна активна Епштейн-Барр вірусна інфекція (48, 33,1%), схуднення (41, 28,3%), пневмонія (40, 27,6%), оперізуючий (29, 20%) та простий (25, 17,2%) герпес, рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (22, 15,2%), діарея та ангулярний хейліт (14, 9,7%). Рідше виявляли грибкові ураження нігтів, хронічну активну цитомегаловірусну інфекцію, церебральний токсоплазмоз, пневмоцистну пневмонію, прогресуючу множинну лейкоенцефалопатію, саркому Капоші.

Аналіз клінічних характеристик ВІЛ-інфекції в залежності від генотипів TLR-4 показав, що у групі хворих з поліморфізмом TLR-4 туберкульоз та хронічний гепатит С діагностували у 100% обстежених. Хронічна активна Епштейн-Барр вірусна інфекція (75%), оперізуючий та простий герпес (50%) виявлялись також достовірно частіше, ніж у групі хворих без поліморфізму TLR-4.

Аналіз проведених імунологічних досліджень у ВІЛ-інфікованих загалом показав, що кількість СД-4 лімфоцитів >350 клітин/мм³ мали 17,2% осіб, 200-349 клітин/мм³ - 35,8%, 100-199 клітин/мм³ – 30% ,<100 клітин/мм³ - 17,2 % обстежених. Рівень СД-4 лімфоцитів корелював відповідно до клінічних стадій ВІЛ-інфекції з проявами характерних опортуністичних інфекцій. Привертало увагу, що у хворих з поліморфізмом TLR-4 реалізація опортуністичних інфекцій відбувалась при вищих показниках СД-4 лімфоцитів порівняно з

групою хворих без поліморфізму.

Висновок. У групі ВІЛ-інфікованих хворих з поліморфізмом TLR- 4 достовірно частіше діагностувались такі опортуністичні інфекції як туберкульоз, хронічний гепатит С, хронічна активна Епштейн-Барр вірусна інфекція, оперізуючий та простий герпес, активація яких відбувалась при вищих показниках СД-4 лімфоцитів, ніж у групі хворих без TLR-4 поліморфізму.

УРАЖЕННЯ ЦНС У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Дуда О.К., Жигарєв Ю.О.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Ураження ЦНС у хворих з ВІЛ-інфекцією представляють особливу складність у роботі лікаря-інфекціоніста. Відсутність патогномонічних симптомів, необхідність складних інструментальних і лабораторних методів обстеження для розшифровки природи неврологічної патології часто призводить до пізньої діагностики, неефективності етіотропної терапії і тяжких наслідків. Згідно з даними літератури, ознаки ураження ЦНС виявляють при клінічному обстеженні 30% ВІЛ-інфікованих, тоді як при патологоанатомічних дослідженнях - до 80%.

Мета дослідження. Дослідження особливостей ураження ЦНС у стаціонарних хворих з ВІЛ-інфекцією.

Матеріали та методи. У період з листопада 2005 року ми спостерігали 36 хворих на ВІЛ-інфекцією, госпіталізованих у КМКЛ №4 та інші стаціонари м. Києва. Всі хворі мали ураження ЦНС, були у віці від 23 до 47 років, чоловіків – 25, жінок – 11. Крім стандартних інструментальних та лабораторних досліджень, хворим проводили діагностичну люмбальну пункцію з оцінкою показників загального та біохімічного складу спинномозкової рідини, аналізом ліквору методом ПЛР на наявність ЦМВ, T. gondii, M. tuberculosis, посіви ліквору для визначення бактеріальних та грибкових інфекцій, а також МРТ головного мозку.

Результати. Серед уражень ЦНС найбільш часто зустрічався церебральний токсоплазмоз (ЦТ), який діагностовано у 25 хворих. Аналіз клінічного перебігу ЦТ показав, що у 80% хворих захворювання починалося поступово з переважанням симптомів інтоксикації. У 50% хворих був головний біль різної інтенсивності. У розпалі захворювання переважали ознаки важкого ураження головного мозку, характер яких залежав від локалізації патологічного процесу. У всіх хворих відзначали сильну загальмованість, у половини - виражену сонливість. У 65% пацієнтів були виявлені геміпарези, у 50% - осередкові симптоми: парези лицьового нерва, дизартрія, сенсорна афазія. Генералізовані тоніко-клонічні судоми, або ізольовані судоми верхніх або нижніх кінцівок мали місце у 5 хворих. У більшості пацієнтів розвинулися порушення в психічному статусі: зниження пам'яті, не критичність до свого

стану, рідше - слухові чи зорові галюцинації, дезорієнтація в місці і часі. При аналізі складу ліквору більш ніж у половини хворих (55%) підвищення кількості клітин було відсутнє, у 35% - був помірний цитоз з кількістю лейкоцитів до 50 клітин в мкл., У 10% - виражений цитоз (60 - 200 кл в мкл.), переважно лімфоцитарний. Чверть хворих не мали патологічних змін у лікворі. Специфічні антитіла класу IgM в сироватці крові були виявлені при використанні ІФА лише у 10% хворих з ЦТ. Частота виявлення ДНК T. gondii в лікворі склала 30%. При відсутності або пізньому початку етіотропного лікування захворювання прогресувало, розвивався набряк головного мозку, що вело до смерті хворого. Частина хворих померла на тлі проведеного етіотропного лікування. Причини терапевтичної невдачі полягали в генералізованому характері патологічного процесу, розвитку поліорганної недостатності, поєднанні ЦТ з цитомегаловірусною інфекцією (ЦМВІ), туберкульозом, пневмоцистною пневмонією на фоні тяжкого імунодефіциту, відсутністю ВААРТ. Летальність серед хворих на ЦТ склала 35%. Патологоанатомічної особливістю ЦТ була наявність множинних деструктивних вогнищ в речовині головного мозку півкуль і мозочка з наявністю великої кількості паразитів по периферії некрозів мозкової тканини. Поєднання токсоплазмозу і манифестної ЦМВІ мало місце у 15 пацієнтів. Ще у 7 пацієнтів з токсоплазмозом була виявлена активна ЦМВІ (наявність ДНК ЦМВ в крові) без прояву клінічних симптомів хвороби. У 8 хворих токсоплазмоз поєднувався з туберкульозом легенів або генералізованим туберкульозом, причому в половині випадків мала місце і манифестна ЦМВІ. Було також відзначено поєднання токсоплазмозу з пневмоцистною пневмонією, криптококовим менінгітом.

Другою за частотою патологією ЦНС у хворих з ВІЛ-інфекцією стало туберкульозне ураження ЦНС у вигляді менінгоенцефаліту (12 хворих). Захворювання носило тривалий характер, його клінічними проявами служили підвищення температури тіла, млявість, головний біль, з поступовим наростанням їх ступеня вираженості і появою блювоти, сонливості, менінгеальних знаків. Туберкульозний менінгоенцефаліт був діагностований при наявності характерних змін в лікворі (двох-тризначний лімфоцитарний або змішаний цитоз, помірне підвищення білка, низький вміст глюкози в спинно-мозкової рідини). Лабораторним підтвердженням було виявлення ДНК M. tuberculosis в лікворі, в окремих випадках виявлення збудника при мікроскопії спинномозкової рідини. Летальність при туберкульозному менінгоенцефаліті склала 50% (померло 6 хворих) і багато в чому була пов'язана з пізнім зверненням за медичною допомогою.

Цитомегаловірусний (ЦМВ) енцефаліт, що був одним з проявів генералізованої ЦМВІ був діагностований у 4-х хворих. З моменту виникнення перших ознак ураження ЦНС (адинамії, інтелектуально-мнестичних порушень, помірних непостійних головних болів) захворювання набувало швидкоплинний характер із загибеллю хворого протягом декількох тижнів. У розпалі захворювання у хворих з ЦМВ-енцефалітом переважали важкі психічні розлади у вигляді зміни особистості, істотного ослаблення пам'яті за типом фіксаціонної

амнезії, порушення орієнтування в місці і часі, зниження психічної і рухової активності, прогресуючого зниження здатності до інтелектуальної діяльності. Неврологічна симптоматика залишалася мізерною: непостійні головні болі, менінгеальні ознаки, пожвавлення сухожильних рефлексів на кінцівках, ністагм. Зміни в ліквері характеризувалися незначним підвищенням вмісту білка, відсутністю запальної реакції, нормальним вмістом цукру і хлоридів. МРТ-картина ЦМВ-енцефаліту була варіабельна, але характерна: локалізація вогнищ у перивентрикулярній зоні, розширення шлуночків, потовщення їх стінок.

Етіологічна розшифровка уражень ЦНС у хворих на ВІЛ-інфекцією представляє великі труднощі, в основному, через відносну недоступність сучасних методів лабораторної діагностики у більшості стаціонарів. В 20% випадків причина ураження ЦНС залишилася нерозшифрованою. Посмертна розшифровка природи патологічних змін у головному мозку також ускладнена і потребує використання імуногістохімічних і молекулярних методів для виявлення збудника.

Лікування уражень ЦНС проводилася згідно клінічним протоколам, але ефективність його не завжди була високою. Клінічне поліпшення зареєстровано у 17 пацієнтів, 6 хворих померли, у решти відбувалося подальше прогресування СНІД. Це очевидно пов'язано з перериванням призначеної профілактики токсоплазмозу, ЦМВ інфекції, відсутністю специфічної терапії (ВААРТ).

Висновки.

1. Пацієнти з вторинними захворюваннями ЦНС є найбільш важкими і діагностично складними серед ВІЛ-інфікованих хворих, для них характерна висока летальність і високий відсоток інвалідізації

2. За нашими даними, провідною причиною важкої неврологічної патології у хворих на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції є церебральний токсоплазмоз Екстрацеребральні прояви токсоплазмозу, такі як хоріоретиніт, є рідкісними і ніяк не корелюють з ураженням нервової системи.

3. Значну роль у структурі цієї патології також відіграють туберкульозний менінгоенцефаліт та цитомегаловірусний енцефаліт.

4. Етіологічна розшифровка ураження головного мозку при ВІЛ-інфекції вимагає застосування сучасних інструментальних та лабораторних методів діагностики – МРТ, ПЛР.

5. Лікування таких хворих бажано проводити у спеціалізованих стаціонарах, де є запас необхідних препаратів та можливість проводити сучасні лабораторні та інструментальні дослідження.

ВПЛИВ ВИСОКОАКТИВНОЇ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВИЖИВАННЯ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

Живиця Д.Г.

Медична академія післядипломної освіти, м. Запоріжжя, Україна

Протягом останнього часу Україна за темпами росту інфікованих зайняла одне з провідних місць у Східній Європі разом з Російською Федерацією та

Естонією. Рівень розповсюдження ВІЛ-інфекції оцінюється у діапазоні від 1% до 5% населення.

Основа лікування ВІЛ-інфекції на сучасному етапі – високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ). Завдання ВААРТ полягають у пригніченні вірусного навантаження до рівня, який не визначається при проведенні полімеразної ланцюгової реакції на максимально тривалий час (роки) та підвищенні кількості CD4-лімфоцитів. На фоні нормалізації кількості CD4-лімфоцитів можна очікувати значного зниження смертності хворих.

Мета дослідження – оцінка виживання хворих на ВІЛ-інфекцію після початку ВААРТ протягом 5 років спостереження, а також визначення факторів ризику, які безпосередньо підвищують ризик смерті хворих.

Під спостереженням перебувало 80 хворих на ВІЛ-інфекцію. Всім хворим ВААРТ призначалася вперше. Середній вік хворих склав 34 роки (від 18 до 54). Жінок було 40 (50%). Середній строк перебування на диспансерному обліку з моменту виявлення ВІЛ-інфекції склав 5 років (від 1 до 9 років). Більшість хворих (65 %) відносилася до споживачів ін'єкційних наркотиків і, відповідно, основним шляхом інфікування інфікування ВІЛ був парентеральний. Залежно від початкового рівня CD4-лімфоцитів пацієнти були розподілені на три групи: <100 – 37 хворих (46%), 100 – 200 – 22 (28%) і >200 – 21(26%).

Призначення ВААРТ проводилося відповідно стандартів ВООЗ і національних протоколів лікування. Всі хворі розпочинали отримувати комбіновану схему високоактивної антиретровірусної терапії, яка включала два нуклеозидних інгібітори зворотної транскриптази (AZT, 3TC, d4T,) і один ненуклеозидний інгібітор (EFV)

Аналіз виживання хворих проводився за методом Каплана-Мейера. Відношення ризиків та їх 95% довірчий інтервал, отримані в уніваріантній та мультиваріантній моделі пропорційних ризиків Кокса використовувалися для визначення впливу різних факторів на смертність хворих. Значення P менше ніж 0,05 вважалося статистично значимим.

Кумулятивне виживання хворих на 1, 2, 3, 4 і 5 році спостереження склало 95%, 92%, 86%, 86% і 82% відповідно. Померло 14 хворих, серед яких 12 пацієнтів (86%) – у перші 36 місяців лікування.

Одномірний аналіз виявив, що початковий рівень CD4-лімфоцитів менше 100/мкл був значимим предиктором смерті хворих (HR 5,6;95% CI 1,6-20,1, p=0.02).

У многомірному аналізі, пацієнти з рівнем CD4-лімфоцитів менше 100/мкл мали у 5 разів вищий ризик смерті (HR 5,2;95% CI 1.4-19,4, p<0.05), а також наявність позалегеневого туберкульозу підвищувала ризик смерті у 2,2 рази (HR 2,2, 95% CI 1,1-8,3, p<0,05)

Таким чином, ВААРТ значно знижує ризик смерті хворих на ВІЛ-інфекцію при своєчасному початку її призначення, до розвитку тяжких СНІД-індикаторних захворювань і тяжкого імунодефіциту.

ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ІНСЕМІНАЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ (ДИСКОРДАНТНИХ ПОДРУЖНІХ ПАР)

Жилка Н. Я., Чепурнова Н. В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Закарпатський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІД

Внутрішньоматкова інсемінація (ВМІ) є однією із методик допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) і відповідно до наказу МОЗ України від 23.12.2008 №771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій», що застосовується для лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до переносу їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах in vitro.

За Законом України «Про внесення змін до статті 281 Цивільного кодексу України» повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних (п.3, ч.7) . Основним показанням для застосування ДРТ є безпліддя.

Репродуктивна проблема дискордантної подружньої пари за умови дотримання методів профілактики ВІЛ-інфекції заключається у неможливості завагітніти дружині природнім способом, оскільки один із подружжя є ВІЛ-інфікованим, інший – з ВІЛ-негативним статусом. Тобто така ситуація, причиною якої є ВІЛ-інфекція, також пов’язана з безпліддям, а також необхідністю застосування ДРТ.

В Україні відмічається стабільне щорічне зростання нових випадків ВІЛ-інфекції. Станом 01.08.2011 р. в країні офіційно зареєстровано 193 544 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, переважна кількість це люди молодого репродуктивного віку, які планують народження дітей. З них біля 200 складають дискордантні подружні пари (ДПП), що вказує на наявність репродуктивних проблем та негативний вплив її на демографічну ситуацію.

З усіх наслідків будь-якої епідемії найбільш вразливими є демографічні, оскільки тривалість життя людей і їх здоров’я є основними складовими демографічних процесів. Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні розгортається на тлі глибокої соціально-економічної та демографічної кризи. Негативні тенденції у відтворенні населення України формувались протягом багатьох десятиліть, проте в останні роки ці тенденції ще більш загострилися. Погіршення демографічної ситуації прискорилось у зв’язку з погіршенням важливих якісних характеристик населення. Тому демографічній ситуації притаманні особливості, які будуть впливати на підвищення сприйнятливості та уразливості населення до ВІЛ-інфекції, а руйнівний вплив її на виснажений демографічний потенціал країни може мати незворотні наслідки .

Сприйнятливість населення щодо уразливості до ВІЛ-інфекції характеризується сукупністю чинників, які впливають на перебіг епідемії, сприяють або перешкоджають її поширенню. Як середовище ризику виступає суспільство або інша соціально-економічна спільнота, в якій діють чинники, що зумовлюють збільшення ймовірності поширення інфекції, в якій ця інфекція розповсюджу-

ється серед основного населення, а не лише серед якоїсь його групи (наприклад, серед СІН, як це відбувалось деякий час в Україні). Основним чинником, що буде збільшувати сприйнятливість населення до ВІЛ-інфекції, є погіршення його здоров'я, що в кінцевому результаті впливає на тривалість життя.

Загальні втрати населення будуть більші, ніж втрати, обумовлені лише смертністю від СНІДу, у зв'язку з тим, що, окрім прямих, існують непрямі демографічні втрати: померлі від СНІДу не народять дітей, народжуваність у ВІЛ-інфікованих жінок буде нижчою, ніж серед населення в цілому. Епідемія ВІЛ/СНІДу пригнічуватиме народжуваність, з одного боку, як соціально-психологічний феномен, з іншого — як безпосередній чинник, оскільки у ВІЛ-інфікованих жінок народжуваність знижується в середньому на 30% . Дискордантні подружні пари без ризику ВІЛ-інфікування взагалі не можуть мати дітей.

На сьогодні внутрішньоматкова інсемінація є методом вибору вирішення репродуктивних проблем дискордантної подружньої пари.

За умови наявності ВІЛ-інфекції у партнера, проводиться очистка сперми з метою підготовки її для проведення внутрішньоматкової інсемінації ВІЛ-негативній жінці методом центрифугування в градієнті щільності. Якість сперми до- та після процедури очистки визначалась методом проведення автоматичного аналізу на апараті SQA-V. Після цієї процедури сперма використовується для ВМІ.

У випадку, коли ВІЛ-інфікована жінка, а чоловік є ВІЛ-негативним, ВМІ необхідна для запліднення в умовах виключення ризику ВІЛ-інфікування чоловіка.

Нами було проведено внутрішньоматкову інсемінацію очищеною та концентрованою спермою 18 жінкам, з яких 17 жінок були ВІЛ-негативні, одна – з ВІЛ-позитивним статусом. ВМІ проводилась після дворазової стимуляції овуляції в преовуляторний період, а також в період овуляції.

В результаті проведення ВМІ вагітність наступила у 3 жінок (16,7%) У 33,3% випадків з них зареєстрована прогресуюча вагітність (у ВІЛ-інфікованої жінки), що складає 5,6% від загальної кількості жінок, яким проведена ВМІ. У 66,7% випадків вагітність закінчились самовільним викиднем в ранніх термінах вагітності (дві жінки).

Причини відсутності вагітності та її переривання у випадках застосування ВМІ потребує додаткового вивчення з метою виключення додаткових чинників негативного впливу на результати методу ВМІ у дискордантних подружніх пар.

ДО ПИТАНЬ ЕТІОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Козько В.М., Анциферова Н.В., Колодій М.А., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Копійченко Я.І.

Національний медичний університет, Харків, Україна

Захворюваність на HCV-інфекцію тягне за собою в більшості випадків хронізацію патологічного процесу. Хронічний перебіг гепатиту С становить

найбільшу небезпеку через його асимптоматичний перебіг та непостійність симптомів хвороби. Більшість хворих не пов'язують їх з печінковою проблематикою, через що не відразу вчасно можна визначити хронічний процесс. Зростаючий темп розповсюдження гепатиту С привертає увагу до детального вивчення етіологічних чинників та клінічних аспектів цього захворювання.

Метою дослідження було визначення етілогічних мотивів хронічної форми HCV-інфекції та виявлення супроводжуючих її клінічних симптомів.

Було обстежено 206 хворих на HCV-інфекцію. Вік пацієнтів склав від 24 до 61 років (у середньому 53,8±2,5 років). У дослідженні спостерігалися і досліджувалися хворі з помірним ступенем активності гепатиту С. Розподіл пацієнтів по групам за віком та статтю показав, що HCV-інфекція найчастіше була діагностована у групі хворих віком від 33 до 45 років (49,5%); частіше хвороба вражала хворих чоловічої статі .За даними обстеження було встановлено, що в середньому тривалість захворювання коливалася від одного до п'яти років. 77% хворих в анамнезі мали гостру стадію гепатиту.

Характеристика обстеженого контингенту показала, що у 14% хворих хронічна форма гепатиту С була виявлена вперше у ревматолога при обстеженні суглобів пацієнтів. Постійне вживання алкоголю відзначили 30% пацієнтів. Проблеми, пов'язані із вживанням наркотиків виявлені у 24% обстежених. Переливання крові при інших захворюваннях та хірургічному втручанні відзначили 9% пацієнтів. Виникнення хронічної форми гепатиту С 10% хворих пов'язують з проведенням татуювання і пірсингу. 5% обстежених вказали на небезпечний секс, як причину захворювання на HCV-інфекцію. У 24% хворих джерело інфікування не встановлене.

Основні клінічні синдроми та скарги у обстежених продемонстрували безсимптомний процес протікання гепатиту і високий відсоток симптомів, які стосувалися інших органів і систем, які не викликали підозру на залучення печінки в патологічний процес.У хворих спостерігалося зменшення м'язової маси, запасів жиру, що обумовлено порушенням білкового та жирового обміну. При об'єктивному дослідженні у 37 хворих виявлено нерізке виражене збільшення печінки з ущільненням її консистенції. У 15 пацієнтів збільшення та ущільнення печінки поєднувалася зі збільшенням селезінки. У 87% хворих на момент обстеження захворювання перебігало без жовтяниці. Порушення в роботі печінки вели до збоїв в усіх системах і органах. У 63% хворих спостерігалися різноманітні позапечінкові прояви, що нерідко виходили на перший план в клінічній картині і в ряді випадків визначали прогноз захворювання.

У клінічній картині переважали скарги на загальну слабкість, швидку стомлюваність, зниження працездатності (вегето-судинний синдром -75,5 % хворих), периодичну нудоту, почуття гіркоти й сухості в роті, зниження апетиту, нестійкі випорожнення, здуття живота, схуднення, тупий біль у правому верхньому квадранті живота і в надчеревній ділянці, що виникав після їжі, фізичного навантаження або переохолодження (абдомінальний больовий синдром - 81,3 % хворих), тривалу або переміжну біль у суглобах, обмеження

обсягу рухів (суглобовий синдром - 55,7 % хворих), періодичну або тривалу лихоманку неясного генезу (гарячковий синдром - 51,6 % хворих); кровотечі з носа, ясен, підшкірні крововиливи, менорагії (геморагічний синдром - 27,6 % хворих), свербіж шкіри, потемніння сечі, освітлення калу, стійку чи переміжну жовтяницю, дерматит (шкірно-жовтяничний синдром - 18,8 % хворих).

За результатами нашого дослідження виявлено, що гепатит не мав вікових меж, обстежені мали різний вік, але майже половина хворих (49,5%), уражених на хронічний гепатит С, мала вікові рамки від 33 до 45 років, серед яких переважали чоловіки у співвідношенні з жінками 2,5:1. Групи ризику за етіологічними факторами, перш за все, пов'язані з вживанням алкоголю, прийомом наркотиків, переливанням крові, проведеними під час хірургічних операцій, порушенням правил антисептики під час виконання пірсингу та татуювання, безладними статевими контактами. Клінічне обстеження пацієнтів показало, що на перехід гепатиту С в хронічну форму і темпи прогресування перебігу захворювання впливали вік пацієнта, стать та тривалість шкідливих звичок - вживання алкоголю та наркотиків. Основні скарги у обстежених основної групи продемонстрували безсимптомний процес протікання гепатиту і високий відсоток симптомів, які стосувалися інших органів і систем, і які не викликали підозру на залучення печінки в патологічний процес.На перший план в клініці хворих на HCV-інфекцію виступали поза печінкові прояви. Системність ураження, яка спостерігалася у обстежених хворих при HCV-інфекції, відображувала генералізований характер гепатиту С з залученням в патологічний процес багатьох органів і тканин, що ускладнювало своєчасну діагностику. Тому, для встановлення правильного діагнозу необхідне використання комплексу додаткових лабораторних та інструментальних заходів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Козько В.Н[1]., Бондарь А.Е[1, 2], Екимова Н.А.[2], Свердлина О.В.[2]

Национальный медицинский университет[1]

Областная клиническая инфекционная больница[2] г. Харьков, Украина

Диспансеризация больных острыми и хроническими заболеваниями печени вирусной этиологии в г. Харькове осуществляется в областном специализированном консультативном гепатологическом центре (ГЦ) областной клинической инфекционной больницы. В структуре ГЦ имеется консультативный кабинет амбулаторного приема и стационарное отделение. Нормативной базой для работы ГЦ является Приказ МЗ СССР №408 (12.07.1989) и Клинический протокол оказания медицинской помощи больным хроническими гепатитами МЗ Украины (приказ № 271 13.06.2005).

Работа ГЦ осуществляется в следующих направлениях:

Первичная диагностика острых и хронических заболеваний печени инфекционной и неинфекционной этиологии.

Консультативный прием больных с патологией гепатобилиарной системы

различной этиологии;

Проведение комплексного клинического, лабораторного и инструментального (УЗИ, пункционная биопсия печени) обследования пациентов.

Выявление специфических маркеров вирусных гепатитов A, B, C, D, E, G методами ИФА, ПЦР (качественный и полуколичественный анализ), генотипирование вируса гепатита С.

Установление этиологии, фазы репликации, степени активности и стадии хронических вирусных гепатитов, циррозов печени.

Дифференциальная диагностика с хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы.

Амбулаторное и стационарное лечение больных с индивидуальным выбором тактики и схемы современной противовирусной терапии согласно стандартов МЗ Украины и рекомендаций мировых консенсусов специалистов.

Разработка и внедрение системы диспансерного наблюдения, мониторинг за реконвалесцентами, пациентами с хроническими заболеваниями печени.

Оценка эффективности и коррекция специфической терапии.

Все реконвалесценты ОВГ и больные ХВГ нуждаются в последующем диспансерном наблюдении. Длительность и кратность наблюдения зависит от этиологии гепатита, течения болезни, степени активности и стадии заболевания, сопутствующей патологии, тяжести состояния и проводимой терапии. При проведении диспансерного наблюдения используются клинический осмотр, лабораторное (клиническое, биохимическое, вирусологическое) и инструментальное обследование.

Реконвалесцентам ОВГ А, Е проводится: амбулаторное обследование в ГЦ через 1 мес после выписки из стационара; при исчезновения жалоб, нормализации размеров печени и функциональных проб снятие с диспансерного учета через 1 мес в ГЦ и через 3 мес в КИЗе поликлиники; при сохранении клинико-лабораторных отклонений – дальнейшее наблюдение.

Реконвалесцентам ОВГ В, С, D проводится: амбулаторное обследование в ГЦ через 1 мес после выписки из стационара; при исчезновения жалоб, нормализации размеров печени и функциональных проб диспансерное наблюдение в ГЦ и КИЗе через 3, 6, 12 мес; снятие с учета при отсутствии клинических признаков ХГ В и 2х-кратном отрицательном обследовании на HBsAg (HBV ДНК, anti HBs) через 12 мес; при сохранении клинико-лабораторных отклонений – дальнейшее наблюдение.

Больным ХВГ амбулаторное обследование в ГЦ проводится: при минимальной степени активности – каждые 6 мес; при слабой и умеренной степени активности – раз в 1-3 мес; при выраженной степени активности – раз в 1 мес и рассматривается госпитализация.

При проведении противовирусной терапии клинико-лабораторный мониторинг за пациентами и оценка эффективности лечения осуществляется в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации по изучению печени.

На диспансерном учете в ГЦ на 01.07.2011 г. состоит 3105 пациентов. Среди них реконвалесцентов острых вирусных гепатитов (ОВГ) 469 (15,1%)

человек, больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) – 2515 (80,9%), циррозами печени вирусной этиологии – 134 человек (4,3%). Наибольшую группу диспансерного наблюдения составляют больные ХГС – 1986 человек, которые составляют 78,9% от числа пациентов с ХВГ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Козько В.Н.[1], Бондарь А.Е.[1], Краснов М.И.[1], Великоданов Г.Л.[2]

Национальный медицинский университет[1] г. Харьков, Украина

Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом[2] г. Харьков, Украина

Частота HCV-инфекции среди ВИЧ-инфицированных в Восточной Европе составляет 47,7%. Разработка схем высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) позволила значительно снизить заболеваемость и смертность среди ВИЧ-инфицированных пациентов. В настоящее время у больных с коинфекцией HCV/ВИЧ на первый план выходят осложнения заболеваний печени, связанных с хронической HCV- инфекцией.

Цель исследования. Оценка эффективности противовирусной терапии (ПВТ) препаратами пегиллированного интерферона (ПЕГ- ИФН) в комбинации с рибавирином у больных хроническим гепатитом С (ХГС) на фоне ВИЧ-инфекции.

Объект и методы исследования. Обследовано 20 больных с диагнозом: ВИЧ-инфекция, 3 клиническая стадия. Хронический гепатит С, HCV РНК (+), умеренной степени активности. Среди них мужчин – 4, женщин – 16, средний возраст составил 35,1±2,2 года. Генотип HCV 1А/В определен у 40% больных, 3А - у 60%. У двух пациентов диагностирован хронический гепатит В, двенадцать – потребители инъекционных наркотиков. До начала ПВТ больные получали ВААРТ первой линии (2 НИОТ + 1 ННИОТ) в течение 12-18 месяцев, уровень CD4 ≥ 350/мкл, вирусная нагрузка ВИЧ и клинические проявления ВИЧ-инфекции отсутствовали. Дополнительно с ВААРТ пациенты получали ПЕГ-ИФН α2а 180 мкг/нед (10 человек) или ПЕГ-ИФН α2в 1,5 мкг/кг/нед (10 человек) в сочетании с рибавирином 800-1200 мг/сут в течении 48 недель. Эффективность терапии ХГС оценивали согласно рекомендациям ВОЗ.

Р*езультаты исследования*. Биохимический ответ достигнут у 14 пациентов (70%); РВО – 12 (60%); УВО – 10 (50%); рецидив – 2 (10%); отсутствие ответа – 2 (10%); прекращение терапии из-за побочных эффектов до 12 недель – 6 (30%).

Выводы. Широкое распространение коинфицирования ВИЧ/ВГС требует обследования больных с HCV-инфекцией на наличие маркеров ВИЧ-инфекции и, наоборот, включая ПЦР. Применение комбинированной ПВТ препаратами ПЕГ-ИФН и рибавирина у больных ХГС на фоне ВИЧ-инфекции позволило достичь УВО у 50% пациентов. Тактика ПВТ ХГС на фоне ВИЧ-инфекции определяется уровнем CD4, наличием репликакции и генотипом HCV, вирусной нагрузкой, гистологическими изменениями в печени, наличием противопоказаний.

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ПОРАЖЕНИМ ЛЕГКИХ

Козько В.Н.[1], Градиль Г.И.[1], Губина-Вакулик Г.И.[1], Меркулова Н.Ф.[1], Могиленец Е.И.[1], Кацапов Д.В.[1], Колодий Н.А.[2], Амелина Л.М.[2], Юрченко И.С.[2], Гойденко А.А.[2], Завгородняя Н.И.[1]

Национальный медицинский университет[1], г. Харьков, Украина
Центральная научно-исследовательская лаборатория ХНМУ,
Областная клиническая инфекционная больница[2], г. Харькова, Украина

Болезни органов дыхания у пациентов с ВИЧ-инфекцией представлены широким спектром возбудителей (бактериальные пневмонии, вирусные поражения легких, вызванные ЦМВ, ВПГ и осложняющиеся лимфоцитарной интерстициальной пневмонией, грибковые инфекции), возможно также развитие саркомы Капоши, лимфом, рака легкого. Причины пневмонии зависят от числа СД4 лимфоцитов. Пневмоцистная пневмония осложняет течение ВИЧ-инфекции при меньшей выраженности иммуносупрессии в сравнении с цитомегаловирусным поражением. Риск развития бактериальной пневмонии, которая протекает остро, со стремительным прогрессированием симптомов, у пациентов с ВИЧ-инфекцией в 7 раз выше, чем в общей популяции. ВИЧ-инфекция, способствующая росту заболеваемости туберкулезом, признана основной причиной роста смертности среди больных туберкулезом во всем мире, в том числе в странах Восточной Европы. Большая часть выявленных больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией умирает в течение года, чему способствует несвоевременное выявление случаев ассоциированной инфекции туберкулез/ВИЧ, обычно при генерализации заболевания, когда все терапевтические мероприятия оказываются неэффективными. У ВИЧ-инфицированных при первичном инфицировании микобактериями туберкулеза развиваются, как правило, первичные формы туберкулеза с генерализацией процесса. Продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных пациентов при туберкулезном поражении легких сокращается в 10 раз. Известна также атипичность течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных (к примеру, клинико-рентгенологически туберкулез напоминает лимфоцитарную пневмонию), что обусловливает сложность постановки диагноза. Существует рекомендация применять исследование индуцированной мокроты для выявления Pneumocystis carinii (*jiroveci)* [Джон Бартлетт, «*Клинические аспекты ВИЧ-инфекции»*, 2007]. Для выявления этого возбудителя в ткани легкого постмортально рекомендуется окраска - silver methenamine, что позволяет выявить предцисты и зрелые цисты с внутрицистными тельцами, находящимися в просвете альвеол, в составе пенистого экссудата. Считается, что пневмоцистная пневмония у больных СПИДом диагностируется легче, чем при иммунодефицитных состояниях другой этиологии. Такая диагностика связана с «заведомо» предполагаемой причиной появившихся у больного с ВИЧ-инфекцией дыхательных расстройств. Вместе с тем, выявление возбудителя является сложным. Существует 4 показателя, по которым диагноз пневмоцистной пневмонии может предполагаться у больного с ВИЧ-

инфекцией: 1) повышение СОЭ > 50 мм/час; 2) повышение ЛДГ > 220 МЕ; 3) выявление кандидоза или волосатоклеточной лейкоплакии; 4) обнаружение на рентгенограммах диффузных интерстициальных изменений, распространяющихся от корней к периферии. Однако в реальной клинической практике дифференциальная диагностика пневмоцистной пневмонии, поражений легких при ЦМВ-инфекции и туберкулезе часто весьма затруднена.

Цель работы. Изучить клиническое течение, патоморфологические изменения, особенности диагностики атипичных пневмоний у ВИЧ-инфицированных и поражений легких при ассоциированных формах ВИЧ/туберкулез.

Материалы и методы. Проведен анализ 14 историй болезни и клиническое наблюдение с изучением общепринятых клинико-анамнестических данных, сопутствующих наркомании и алкоголизму, результатов аутопсии по материалам 4 протоколов ОКИБ а также результатов микроскопии препаратов в ЦНИЛ ХНМУ, где проводилось дополнительное изучение патоморфологических изменений в ткани легких и других органов при окраске по методу Романовского-Гимза. У 4 умерших пациентов при поступлении в стационар в 2009 г. диагностирована ВИЧ-инфекция IV клинической стадии и внегоспитальная пневмония. У 10 пациентов**,** которые находились на стационарном лечении в ОКИБ г. Харькова в 2002-2007гг., были диагностированы ассоциированные формы - ВИЧ/туберкулез.

Результаты. Среди умерших 4 пациентов все были женщины, средний возраст 38 лет, средний день болезни при поступлении - 26,2, среднее количество койко-дней в стационаре - 6,5. Во всех этих случаях при поступлении в стационар диагностирована ВИЧ-инфекция III-IV клинической стадии, у 3 пациентов тяжелое общее состояние было обусловлено дыхательной недостаточностью. У одной пациентки тяжелая дыхательная недостаточность развилась через 3 дня после госпитализации. После аутопсии у всех пациентов диагностирована двусторонняя пневмония (в 1 случае тотальная). Среди сопутствующей патологии отмечались - хронический апостематозный пиелонефрит, ХПН, хронический гепатит С в 2 случаях, 1 формирующийся цирроз печени, портальная гипертензия, асцит, анасарка, вторичная гипохромная анемия, хронический холецистопанкреатит. В одном случае 2-сторонняя пневмония осложнилась гидрототраксом. Оппортунистические инфекции – кандидоз, цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная пневмония. Фоновая патология: инъекционная наркомания в 2 случаях. На финальной стадии заболевания развивался отек легких, отек-набухание головного мозга с последующей дислокацией ствола мозга. Следует отметить, что при поступлении в стационар клинико-рентггенологически пневмоцистная пневмония была заподозрена только у одной пациентки. У одной пациентки на догоспитальном этапе заподозрен диссеминированный туберкулез легких, диагноз подтвержден фтизиатром, однако паталогоанатомический диагноз - пневмоцистная пневмония. Одна пациентка с мая 2008 года получала антиретровирусную терапию. При изучении результатов аутопсии - оба легких были тяжелыми, мало воздушными, тестоватой или даже плотной

консистенции. Микроскопически в 1 случае отмечалось наличие признаков, характерных для цитомегаловирусного поражения на разных стадиях. Можно предположить, что это либо интерстициальный пневмонит с макрофагально-лимфоцитарной инфильтрацией межальвеолярных перегородок, развивающийся в связи с цитомегаловирусным повреждением эндотелия сосудов микроциркуляторного русла легких, либо прогрессирующее цитомегаловирусное поражение альвеолярной выстилки с появлением в просвете альвеол типичных гигантских клеток – «совиный глаз», с нарастанием пневмофиброза в случае с диффузным уплотнением легких. В 3 случаях микроскопически обнаружены косвенные признаки пневмоцистной пневмонии. При изучении ассоциированных форм - ВИЧ/туберкулез в отдельных случаях наблюдалось течение туберкулеза на фоне хронического гепватита В, С, атипичная клиническая картина, что осложняло своевременную диагностику.

Выводы. 1. Как правило больные с атипичным течением туберкулеза на финальных стадиях ВИЧ/СПИД госпитализируются в инфекционные стационары, что требует использования в комплексном обследовании современных ускоренных методов диагностики. 2. Прижизненнная диагностика и дифференциация интерстициальных поражений легкого у ВИЧ-инфицированных пациентов затруднена. 3. Для выявления Pneumocystis carinii (*jiroveci)* метод окраски по Романовскому индуцированной мокроты часто не применяется, не применяются и специальные окраски микроскопических препаратов. 4. При оценке патоморфологических изменений в ткани легкого микроскопически были использованы косвенные признаки пневмоцистной пневмонии. 5. Ни один из умерших пациентов не получал профилактику пневмоцистной пневмонии котримоксазолом в условиях поликлиники. 6. Сложность дифференциации туберкулеза легких у пациентов с ВИЧ-инфекцией с лимфоцитарной пневмонией и пневмоцистной пневмонией часто вынуждает проводить терапию ex juvantibus.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРРА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Козько В.Н., Загороднева О.В., Гаврилов А.В., Юрченко И.С., Кузнецова А.А.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина
Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков, Украина

По данным официальной статистики, в Украине зарегистрировано более 176 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, из них 35 тыс. случаев СПИДа и свыше 20 тыс. смертей от СПИДа. Около 70% ВИЧ-позитивных лиц имеют неврологические расстройства, но чаще эти изменения выявляются только после смерти. В 10-20% случаев нарушения ЦНС являются первыми проявлениями ВИЧ/СПИДа. При этом клинически выраженная симптоматика встречается значительно реже, чем морфологические изменения в ткани мозга.

Цель работы. Провести анализ заболеваемости поражения ЦНС вирусом

Эпштейн-Барра у ВИЧ-инфицированных больных с последующим летальным исходом, находившихся в ОКИБ в период с 2009 по 2011 г.г.

Материалы и методы. ВИЧ-инфицированные больные в возрасте 28-34 года с поражением ЦНС (из СМЖ во всех случаях выделена ДНК ВЭБ); аутопсийный материал, взятый от умерших ВИЧ-позитивных больных с поражением ЦНС (мягкие мозговые оболочки и ткань головного мозга). Окраска гематоксилин и эозином, по Нислю.

Результаты. Проводя анализ клинической картины очень тяжелого течения ВЭБ-инфекции на фоне иммунодефицита, обусловленного ВИЧ, необходимо отметить, что тяжесть заболевания была связана не только с интоксикационным и менингеальным синдромами, но и энцефалитическим, который проявлялся патологическими рефлексами, страбизмом, анизокорией, мидриазом, симптомами пирамидной недостаточности конечностей. В терминальном периоде у всех умерших наблюдалось вклинение ствола мозга в большое затылочное отверстие, что проявлялось, в первую очередь, углублением нарушения уровня сознания, а также тахикардией, падением артериального давления, нарушением ритма дыхания и его остановкой.

Поражение вещества головного мозга отмечалось у всех больных с тяжелым течением ВЭБ-инфекции на фоне ВИЧ-инфекции, что также было подтверждено на последующей аутопсии.

При патологоанатомическом исследовании во всех случаях наблюдались следующие изменения: напряжение, отек и полнокровие твердой мозговой оболочки. Мягкие мозговые оболочки были тонкие, бледные, прозрачные, напряженные, с резко расширенными сосудами, рисунок извилин сглажен; под ними – резко увеличенное количество слегка опалесцирующей жидкости. Вокруг миндалин мозжечка – борозда от вклинения в большое затылочное отверстие.

На разрезе ткань мозга бледная, отечная. В 1 случае в области медиальной поверхности правой гемисферы мозжечка определялся крупный участок деструкции серовато-желтоватого цвета с буровато-вишневыми очагами. Во всех случаях отмечались как единичные, так и множественные очаги деструкции глубинных структур ткани мозга размером от 0,2 до 7 см различной локализации. В случаях, когда пребывание в стационаре продолжалось не более 16 дней, просветы боковых желудочков были сужены, содержали незначительное количество прозрачной жидкости. При более длительных сроках госпитализации, наоборот, просветы боковых желудочков были резко расширены, содержали значительное количество прозрачной жидкости. Наблюдались также тонкостенные, неравномерно полнокровные сосуды основания мозга во всех случаях.

Выводы. По данным ОКИБ, главный «оппортунист» поражающий ЦНС у ВИЧ-инфицированных больных - вирус Эпштейн-Барра (40%). Заболевание протекает в виде менингоэнцефалита с развитием отека-набухания головного мозга, который явиляется непосредственной причиной смерти.

СПИД-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ КАК КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ / СПИДА

Козько В.Н[1]., Меркулова Н.Ф[1]., Ткаченко В.Г[1]., Маргарит П.И. [2]

Национальный медицинский университет[1], г. Харьков, Украина

Кожно-венерологический диспансер №1, г. Харьков, Украина[2]

Прошло 30 лет от начала пандемии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа). В настоящее время в мире насчитывается 33 млн взрослых и 1,3 млн детей—носителей инфекции и больных, почти 30 миллионов человек уже умерли от болезней, обусловленных СПИДом. Ежедневно в мире регистрируется 7 тыс. новых случаев заболевания. Ежегодно 3 млн больных умирают от СПИДа, и эта причина вышла на 4-е место среди всех причин смерти (в 1990 году занимала 11-е место). Продолжается стремительный рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции в Восточной Европе, на Ближнем Востоке и в Северной Африке.

По оперативным данным комитета с противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу и иным социально опасным болезням при МЗ Украины в июле 2011 года в нашей стране было официально зарегистрировано 1579 новых случаев ВИЧ-инфекции. На тот же период у 193544 лиц выявлено ВИЧ-инфекцию, а у 42233 - диагностирован СПИД, 22895 наших сограждан умерли от СПИДа.

Выявление клинических критериев, свидетельствующих о возможном ВИЧ-инфицировании / СПИДе, в большинстве случаев является отправной точкой в работе практического (семейного) врача для дальнейшей верификации этого заболевания методами специфической диагностики и референс-тестами.

Основными показаниями к тестированию на ВИЧ-инфекцию являются: эпидемиологические, клинические, иммунологические. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции на одного больного приходится в среднем 2,5, а на поздних -3,7 дерматологических симптома (O. Braun-Fa1co, 1986).

Поражения кожи относятся к частым проявлениям у ВИЧ-инфицированных пациентов. Они могут быть первым проявлением ВИЧ-инфекции, указывая на ее наличие своим острым началом, атипичной клинической картиной и повышенной резистентностью к лечению. Спектр поражений кожи и слизистых оболочек при ВИЧ-инфекции достаточно широк, условно можно выделить три группы дерматозов: инфекционные (вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные); неинфекционные (судистые поражения кожи, папуло-сквамозные дерматозы, прочие); неопластические (саркома Капоши, спиноцеллюлярные эпителиомы, В-клеточные лимфомы). Спектр клинических состояний, наблюдаемых при ВИЧ-инфекции и связанных с поражением кожи и ее дериватов чрезвычайно широкий, что обуславливает необходимость настороженности врачей различных специальностей, особенно – дермато-венерологов, инфекционистов и терапевтов. К заболеваниям кожи, которые чаще всего сочетаются с ВИЧ-инфекцией, относятся себорейные дерматиты, ксероз, бактериальные инфекции, вызванные золотистым стафилококком, грибковые инфекции (кандидоз кожи и слизистых рта, глотки,

вульвы и влагалища), а также инфекции, вызванные дерматофитами (микоз стоп, голеней, кистей рук, онихомикоз). Нередко обнаруживаются вирусные инфекции, в т. ч. вызванные вирусами папилломы человека (остроконечная кондилома, вульгарные и подошвенные бородавки), а также инфекции, вызванные вирусом простого и опоясывающего лишая, контагиозного моллюска и вирусом Эпштейна-Барра (волосатая лейкоплакия). Исходя из этого к клиническим показаниями к тестированию на ВИЧ, проявляющимся поражением кожи или ее дериватов, следует относить: кандидоз пищевода, внелегочной криптококкоз, опоясывающий лишай, саркому Капоши, лимфому, тяжелые бактериальные инфекции, себорейный дерматит, герпетическую инфекцию, контагиозный моллюск, остроконечные кондиломы, плоские и обыкновенные бородавки, волосатую лейкоплакию, кандидоз, гистоплазмоз, чесотку, эпителиому, молочницу ротовой полости, персистирующий дерматит, хронический/рецидивирующий отит, туберкулез, дерматомикозы, онихомикозы, ксероз кожи, псориаз, ихтиоз, ладонно-подошвенную кератодермию.

Кожные проявления характерны для всех стадий ВИЧ-инфекции, они многообразны, часто сочетаются несколько дерматозов инфекционного и/или неинфекционного генеза. Именно дерматологические изменения нередко являются прелюдией СПИДа и первым симптомом, заставляющим пациента обратиться к врачу. В раннем распознавании всех стадий ВИЧ-инфекции значительную роль играет знание врачами различного профиля клинических проявлений СПИД-ассоциированных поражений кожи и постоянная настороженность по ВИЧ/СПИДу.

ДИСКРИМИНАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ СПИДОМ

Козько В.М., Меркулова Н.Ф., Градиль Г.И., Краснов М.И., Соломенник А.О., Могиленец Е.И., Винокурова О.Н., Юрко Е.В., Колодий Н.А., Екимова Н.А.,Чирюкина О.И., Дорогинская Е.Т., Блудова Л.А., Купчик И.П.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

В настоящее время во всем мире живут 33,3 миллиона людей с ВИЧ-вирусом иммунодефицита человека. Большинство из них- 22,5 миллиона- в странах Африки. Об этом сообщает Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) в мае 2011 года. Промежуточные результаты последних десяти лет борьбы с ВИЧ/СПИДом выглядят довольно обнадеживающими. По меньшей мере, в 56 странах число новых случаев ВИЧ-инфекции либо стабилизировалось, либо уменьшилось более чем на 25%.

Украина занимает второе место в Европе по темпам развития заболеваемости СПИДом и пятое в мире. В среднем в стране инфицировано 1% взрослого населения. Только в июле 2011 года в Украине официально зарегистрировано 1580 ВИЧ- инфицированных лиц. С января по июль 2011 года - 11946 ВИЧ- инфицированных лиц, в том числе 11934- граждан Украины.

За июль 2011 года умерло от СПИДа 288 человек, в том числе 1 ребенок до 14 лет.

Однако явные глобальные успехи в борьбе с «чумой XX века», в Украине и России на европейском континенте едва ли заметны. В России и Украине, и еще в восемнадцати странах, большинство из которых африканские, зафиксировано более 70% случав ВИЧ-инфицирования. Продолжающаяся пандемия в мире является проблемой трудовых отношений и рассматривается как любое другое социальное заболевание. Правовая защищенность пациента базируется на основе Конституции Украины, Международной Конвенции о правах человека, Законов Украины «Об охране труда», «Основы законодательства Украины по охране здоровья», «Об основах социальной защищенности инвалидов в Украине», «О предотвращении распространения синдрома иммунодефицита (СПИД) и социальной защите населения».

Несмотря на принятые законы , в мире, в том числе и в Украине, имеют место нарушения прав человека в контексте профилактики, лечения и научных исследований в области СПИДа. Эти нарушения касаются в особенности людей, затронутых эпидемией- ВИЧ-положительных и близких, а также уязвимых групп. Уязвимость создается целым рядом экономических, культурных, социальных, поведенческих факторов, таких как бедность, бесправие, дискриминация, враждебное отношение общества, отсутствие доступа к информации, медицинской, социальной и психологической помощи. Это все наше общество. И во всех странах есть люди, сообщества, наиболее уязвимые к ВИЧ/СПИДу (потребители наркотиков, медицинский персонал, гемофилики и др.).

Дискриминационные законы по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИД, отсутствуют. Но в Украине повсеместно нарушаются права человека. Известны многочисленные факты нарушения положений Закона Украины «О предупреждении заражения синдромом приобретенного иммунодефицита и социальной защите населения», особенно части, где речь идет о правах человека с ВИЧ, и о сохранении тайны диагноза. Факт инфицирования иногда разглашается медперсоналом,что крайне недопустимо. Многие не знакомы с правовыми документами и этим Законом. Это порождает их безответственное отношение к сохранению тайны диагноза и, негативно влияет на жизнь людей, которые живут с ВИЧ/СПИД. Нередки случаи травли ВИЧ - инфицированных, необоснованные увольнения и отказ в приеме на работу, окружающие стремятся избегать каких-либо контактов с ВИЧ - инфицированными и, как следствие, разрыв социальных связей, вынужденная смена места работы и проживания. Вследствие угнетенного психического состояния человек часто не находит у себя сил бороться с жизненными трудностями, а чувство одиночества и социальной изоляции мешают человеку обратиться за помощью к другим.

Социальные изменения в обществе - межличностные конфликты, экономические проблемы - приводят к прогрессированию первичной болезни. Поэтому опасения, что конфиденциальность может быть нарушена, служит одной из важнейших причин, из-за которой ВИЧ - инфицированные лица и

лица, подвергающиеся риску заражения, не обращаются в соответствующие службы.

На сегодня в Украине отсутствует единый механизм обеспечения гарантии конфиденциальности диагноза. Квалифицированную помощь и качественное консультирование по вопросам ВИЧ - инфекции возможно получить исключительно только в кабинетах доверия центров СПИДа. А их очень мало и большинству населения недоступно, так как многие живут в небольших городах и селах. Отсутствие и труднодоступность анонимных, добровольных и конфиденциальных служб консультирования и тестирования также служит причиной необращаемости людей из-за боязни последствий положительного результата тестирования и страха перед обследованием. Вследствие вышеизложенного эпидемия набирает силу. Практически каждый ВИЧ - инфицированный столкнулся с многочисленными проблемами, связанными с получением медицинской помощи, даже в экстренных случаях. Часто это был отказ врачей помочь больному, когда они узнавали о его статусе. ВИЧ-инфицированые чаще предупреждают врачей о своем статусе, зная заведомо негативную реакцию со стороны персонала. Однако, по Закону, предупреждать медперсонал не обязательно, так как врач и медсестра, согласно законодательства, должны предпринимать меры предосторожности и профилактики с любым своим пациентом, как заведомо инфицированным.

Права человека в нашем государстве не должны быть просто словами и фразами из документов. Подтверждено фактами из жизни, что когда защищены права человека, инфицируется меньшее число людей, а люди с ВИЧ и СПИДом и их семьи успешее справляются с трудностями. Соблюдение прав дает возможность без дискриминации вести достойную человека жизнь, приносить пользу обществу, помогать попавшим в беду, предотвращая негативное воздействие слухов о ВИЧ-инфекции на общество. Необходимо, чтобы основные права находились в постоянном развитии, активно применялись и тем самым сохраняли свою актуальность в сложных условиях современного мира.

ПРОЯВИ ЦИТОЛІТИЧНОГО ТА МЕЗЕНХІМАЛЬНО-ЗАПАЛЬНОГО СИНДРОМІВ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Козько В.М.[1], Могиленець О.І.[1], Меркулова Н.Ф.[1], Соломенник Г.О.[1], Граділь Г.І.[1], Юрко К.В.[1], Єкімова Н.О.[2], Нікітіна В.В.[2], Чірюкіна О.І.[2]

Національний медичний університет, м. Харків, Україна[1]

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків Україна[2]

Мета – дослідити вираженість цитолітичного та мезенхімально-запального синдромів ураження печінки у хворих на інфекційний мононуклеоз.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 32 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ м. Харкова в 2010-2011 рр. Із них 18 чоловіків (56 %) та 14 жінок (44 %). Середній вік хворих склав 23,8±1,2 роки.

Діагноз встановлювали на підставі клінічних даних, результатів

додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження згідно загальноприйнятих у клінічній практиці критеріїв.

Етіологію захворювання підтверджували виявленням антитіл до вірусу Ебштейна-Барра (EBV) та цитомегаловірусу (CMV) методом ІФА а також виявленням ДНК цих вірусів у сироватці крові методом ПЛР. Для виключення інших причин розвитку гепатиту хворих обстежували методом ІФА на наявність HbsAg та anti-HCV IgG. Після підписання хворими інформованої згоди обстежували їх на наявність антитіл до ВІЛ методом ІФА.

Наявність синдрому цитолізу визначали на підставі вивчення активності АлАТ методом S. Reitman, A. Frankel, 1967 р., а мезенхімально-запального – на підставі тимолової проби фотоелектроколориметричним методом за Маклаганом.

Результати. Серед обстежених хворих у 14 (43,75 %) інфекційний мононуклеоз (ІМ) був зумовлений вірусом Ебштейна-Барра, у 4 (12,5 %) – цитомегаловірусом, у 14 (43,75 %) – було виявлено маркери обох вірусів. Усі хворі були ВІЛ-негативними.

Підвищення АлАТ спостерігалося у 26 осіб, що склало 81,25 %; тимолової проби – у 16 осіб (50 %); одночасне підвищення обох показників – у 15 пацієнтів (50 %). Середній показник АлАТ становив 2,5±0,33 ммоль/(л•год.) при діапазоні від 0,53 до 5,7 ммоль/(л•год.), тимолової проби – 5,2±0,59 одиниць при діапазоні від 1 до 14 одиниць.

Більш виражене підвищення АлАТ спостерігалося у хворих на ІМ, зумовлений мікст-інфекцією EBV+CMV (показник становив 2,97±0,52 ммоль/(л•год.)); при EBV- та CMV-мононуклеозі показник становив відповідно 2,05±0,46 та 2,53±1,35 ммоль/(л•год.). Найвищі показники тимолової проби визначалися в групі хворих на ІМ EBV-етіології (5,89±0,92 од.). Найнижчим він був в групі хворих на CMV-мононуклеоз (3,63±1,72 од.). У хворих на EBV+CMV-мононуклеоз показник становив 4,96±0,94 од. Різниця між групами була недостовірною.

Підвищення АлАТ спостерігалося у 12 з 14 (85,7 %) жінок та у 15 з 18 (83 %) чоловіків; показник становив відповідно 2,73±0,53 та 2,35±0,44 ммоль/(л•год.). Тимолова проба підвищувалася з однаковою частотою в обох групах – у 50 % жінок та 50 % чоловіків. Показник становив 5,78±1,17 од. у жінок та 4,75±0,59 од. у чоловіків. Одночасні прояви цитолітичного та мезенхімально-запального синдромів також були виявлені у половини жінок та у половини чоловіків. Різниця між групами була недостовірною.

Висновки. У більшості хворих на інфекційний мононуклеоз спостерігаються прояви цитолітичного синдрому різного ступеню вираженості.

У половини хворих визначаються також прояви мезенхімально-запального синдрому.

СОСТОЯНИЕ ОБМЕНА ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Козько В.Н., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Анцыферова Н.В., Юрко Е.В., Гаврилов А.В.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Гаптоглобин (Hp) представляет собой белок острой фазы воспаления, основная биологическая функция которого заключается в связывании свободного гемоглобина и предотвращении, таким образом, потери организмом железа. Поскольку синтез Hp происходит преимущественно в печени, есть основания считать, что колебания его уровня наиболее полно отражают функциональное состояние печени и морфологические изменения в ней (Волчкова А.В. и др., 2004; Rosenthal-Allieri M.A. et al., 2006).

Цель исследования – выявить особенности гаптоглобинового обмена у больных хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от биохимической активности процесса, стадии фиброза, генотипа вируса и вирусной нагрузки, пола и возраста пациентов, эффективности проводимой терапии.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 66 больных ХГС, из них мужчин – 41 (62 %), женщин – 25 (38 %). Средний возраст пациентов составил 35,92±1,68 лет. Помимо рутинных методов исследования у больных определяли вирусную нагрузку, генотип вируса методом полимеразной цепной реакции и содержание Hp в сыворотке крови фотометрическим методом в реакции с риванолом с помощью диагностикума фирмы „Реагент” (Украина), в том числе в динамике на фоне проведения стандартной комбинированной противовирусной терапии (n=11). Стадию фиброза и степень активности ХГС по системе FibroMax определяли 20 пациентам.

Контрольную группу составили 30 здоровых доноров. Результаты обрабатывали методами вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента, коэффициента корреляции r, в том числе для малых выборок.

Результаты. Активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) в сыворотке крови обследованных больных составила в среднем 1,33±0,18 ммоль/л·ч при диапазоне значений от 0,35 до 4,29 ммоль/л·ч. Генотип вируса 1в обнаружен у 64 %, 3а – у 36 % пациентов.

Среднее значение Hp в сыворотке крови больных ХГС не отличалось от контрольных цифр (0,82±0,1 г/л и 0,82±0,04 г/л соответственно, $p>0,05$). При этом у 25,71 % больных этот показатель был относительно снижен (<0,5 г/л), а у 8,6 % – относительно повышен (>2 г/л).

Выявлена тенденция к обратной зависимости между содержанием Hp в сыворотке крови больных и вирусной нагрузкой ($r=-0,43$, $p>0,05$), тенденция к более низкому его содержанию у пациентов с генотипом вируса 1в, чем у пациентов с генотипом 3а ($p>0,05$). Какой-либо связи между изучаемым показателем и активностью АлАТ в сыворотке крови больных ХГС, а также их возрастом не обнаружено.

На фоне комбинированной противовирусной терапии и после ее окончания отмечалось значительное снижение содержания Hp по сравнению с

нормой (p<0,001) и исходными значениями (p<0,01), что может быть связано с активацией рибавирином гемолиза эритроцитов, и не позволяет использовать этот показатель в качестве сывороточного маркера фиброза на фоне и после окончания терапии. Низкое содержание Hp в сыворотке крови больных ХГС до начала лечения (<0,25 г/л) ассоциировалось с отсутствием ответа на терапию.

Выводы. Определение Hp как составляющей системы оценки стадии фиброза FibroTest на фоне проведения стандартной комбинированной противовирусной терапии не может являться информативным, так как значения этого показателя резко снижаются даже при незначительном гемолизе, который закономерно наблюдается у больных, получающих рибавирин. В тоже время мониторинг содержания Hp в динамике, учитывая доступность, дешевизну и высокую чувствительность метода, может позволить более точно контролировать активность процесса лекарственного гемолиза у таких больных на фоне комбинированной противовирусной терапии.

Исходно низкое содержание Hp в сыворотке крови до начала лечения при исключении других факторов, приводящих к гипогаптоглобулинемии, может быть использовано в качестве дополнительного прогностического критерия не ответа на противовирусную терапию.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ И К-КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Козько В.Н., Соломенник А.О., Могиленец Е.И., Меркулова Н.Ф., Винокурова О.Н., Ахвердиева И.В., Кузнецова А.А.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

В противовирусной защите организма важную роль отводят естественным клеткам-киллерам (ЕКК), ответственным за спонтанную цитотоксичность (СЦТ), а также К-клеткам, осуществляющим инактивацию клеток-мишеней, сенсибилизированных антителами класса IgG, или, иными словами, антителозависимую клеточно-опосредованную цитотоксичность (АЗКЦ). Известно, что эти процессы in vivo в значительной степени регулируются различными цитокинами, в том числе, интерферонами (ИФН) (Зимин Ю.И. и др., 1984; Чекнев С.Б., 1999).

Цель исследования – оценить СКЦ и АЗКЦ у больных хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от содержания у них альфа- и гамма-ИФН, а также активности АлАТ в сыворотке крови.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 19 больных ХГС (мужчин – 14 (73,7 %), женщин – 5 (26,3 %); средний возраст пациентов 30,25±3,36 лет). Активность АлАТ в сыворотке крови в среднем составила 3,94±0,73 ммоль/л·ч при диапазоне значений от 0,33 до 12,0 ммоль/л·ч. Всем пациентам определяли содержание альфа- и гамма-ИФН в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью коммерческих тест-систем (ООО «Цитокин», НИИ ОЧБ, Санкт-Петербург, Россия). Для изучения СКЦ и АЗКЦ использовали модифицированный фотометрический метод

определения цитотоксичности, основанный на регистрации выхода гемоглобина из лизированных эритроцитов (Грицюк А.И., 1987). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Статистическая обработка полученных данных проводилась методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента и коэффициента корреляции r для «малых выборок».

Результаты. Содержание альфа- и гамма-ИФН в сыворотке крови у обследованных больных было выше, чем у здоровых доноров: 60,74± 20,77 пг/мл ($p<0,02$) и 50,0±11,91 ($p<0,01$) пг/мл (в контрольной группе 6,96±2,25 пг/мл и 10,91±2,88 пг/мл соответственно). СКЦ, отражающая функциональную активность ЕКК, составила 16,01±1,93%, что было достоверно ниже нормальных значений (30,81±2,65 %, $p<0,01$). При этом отмечено наличие тенденции к прямой связи между этим показателем и содержанием гамма-ИФН ($r=0,419$, $p>0,05$), и к обратной связи между СКЦ и содержанием альфа-ИФН ($r=-0,433$, $p>0,05$), а также активностью АлАТ ($r=-0,429$, $p>0,05$) в сыворотке крови. Отсутствие достоверности этих явлений, вероятно, объясняется малым числом наблюдений. АЗКЦ, обусловленная К-клетками, у больных ХГС была также снижена по сравнению с контролем (14,68±1,69 % и 26,88±1,99 % соответственно, $p<0,01$).

Выводы. У больных ХГС выявлено значительное снижение функциональной активности ЕКК и К-клеток периферической крови по результатам цитотоксического теста. СКЦ у этих пациентов имело тенденцию к связи с активностью АлАТ, а также содержанием альфа- и гамма-ИФН в сыворотке крови.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Козько В.Н., Чуйков М.Л., Резникова В.Д.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Городской центр по оказанию медицинской помощи больным ХГС, г. Харьков, Украина

Вирусный гепатит С (ГС) рассматривается ВОЗ как серьезная медико-социальная проблема, которая обусловлена глобальным распространением инфекции, трудностью ранней диагностики и своевременного лечения. А необычно большая частота формирования хронических форм болезни привела к тому, что ГС сегодня занимает первое место в структуре смертности от заболеваний печени [Возианова Ж.И., 2007].

Согласно рекомендаций Консенсусной конференции института здоровья Американской Ассоциации по изучению заболеваний печени (AASLD) от 2004 года в настоящее время наиболее оправдала себя в лечении хронического гепатита С (ХГС) комбинация двух препаратов - пегелированного α-Интерферона и Рибавирина («золотой стандарт»). Эффективность такой терапии составляет от 42 до 80% в зависимости от генотипа вируса. Каких-либо других способов лечения ХГС с доказанной эффективностью, способных

обеспечить элиминацию вируса из организма, сегодня не существует.

Поскольку все пациенты с ХГС являются кандидатами для противовирусной терапии (неэффективной терапии при HCV-инфекции нет!), мы пролечили 62 больных (в т.ч. 23 медицинских работника) в возрасте от 19 до 63 лет с различной давностью заболевания. У 9 из них был дополнительно документирован фиброз, у 3-х цирроз печени класса А-В по Чайдл-Пью. Женщины -32 и мужчин -30. Диагноз ХГС был подтверждён обнаружением в крови РНК HCV не менее 6 месяце и позитивных результатов анти-HCVcor/$NS_{3\text{-}4\text{-}5}$. Все больные получали противовирусную терапию (Пегинтрон + Ребетол -39 или Пегасис + Копегус -21 пациент) в течение 24 недель при 2/3-м генотипе вируса и 48 недель при 1-м. Трое больных с циррозом печени получали Интрон А. У всех пациентов выдержано правило 80/80/80. Частота возникновения побочных реакций на препараты была не выше, указанной в инструкции для их медицинского применения. Результат терапии оценивался по критериям EUROHEP с учётом достижения стойкого вирусологического ответа (СВО).

Ранний вирусологический ответ (РВО) был достигнут у большинства (90%) больных. Однако СВО зарегистрирован в 68% случаев. Последний не зависел от вирусной нагрузки и наличия фиброза, однако был выше у больных с высокой активностью АЛТ (89%) по сравнению с минимальной (53%) и у пациентов с 2/3 генотипом вируса по сравнению с 1-м (80% и, соответственно, 65%). Рецидивы заболевания и «неответчики» чаще регистрировались у больных с 1-м генотипом, у больных с внепечёночными проявлениями и при минимальной АЛТ. У двух пациентов с циррозом печени терапия была приостановлена в связи с появлением осложнений (плеврит, кишечное кровотечение). Мы не нашли коррелятивной связи между вирусной нагрузкой, генотипом и наличием в сыворотке больных анти-NS_5, описанной Сатаровой М.И.(2007). Однако отметили, что анти-NS_5 регистрировались преимущественно у больных с минимальными показателями АЛТ и с внепечёночными проявлениями (29 из 38 обследованных). По всей видимости, антиген NS_5, активируя построение белков вируса (в т.ч. обеспечивающих устойчивость к ИФНу) и подавляя апоптоз гепатоцитов, способствует дополнительной мутации вируса и развитию внепечёночных проявлений.

Таким образом, комплексная противовирусная терапия при ХГС оказывает положительный эффект преимущественно у больных с 2/3 генотипом вируса и у пациентов без внепечёночных проявлений. Минимальные показатели АЛТ и положительный результат анти-NS_5 могут служить ориентировочным тестом прогноза лечения.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ІНФЕКЦІЯМИ З ПАРЕНТЕРАЛЬНИМ ШЛЯХОМ ПЕРЕДАЧІ

Колеснікова І.П., Мохорт Г.А., Петрусевич Т.В., Зубленко О.В., Семенюк О.М., Соколовська О.О., Глушко-Маківська А.П., Козел В.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Загальновизнано, що найефективнішим напрямом протиепідемічного забезпечення населення є система епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями, котра ґрунтується на теоретичних, методичних та організаційних засадах сучасної епідеміології.

Вибір варіанту мети епідеміологічного нагляду за кожною конкретною нозологічною формою обумовлюється рівнем сучасних теоретичних розробок про механізми розвитку епідемічного процесу, потенційною ефективністю протиепідемічних заходів, наявністю та ефективністю засобів специфічної профілактики, а також активністю дії вторинних рушійних сил розвитку епідемічного процесу (природних та соціальних чинників) на кожній конкретній території та станом самої протиепідемічної системи (забезпеченість кадрами, їх досвід, матеріальне забезпечення тощо). Цілі епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями є різними для країн різних регіонів ВООЗ. В Україні потреба в удосконаленні діючої системи епідеміологічного нагляду за інфекціями з парентеральним шляхом передачі обумовлюється необхідністю забезпечення виконання пріоритетних положень 7-ї задачі Програми Європейського бюро ВООЗ «Здоров'я-21: Політика досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ – 21 задача на 21 сторіччя».

За рекомендаціями ВООЗ система епідеміологічного нагляду повинна забезпечувати інформацією, необхідною для раннього виявлення та оперативного проведення відповідних заходів, пов'язаних з окремими випадками або спалахами захворювання. Ці дані дозволяють також визначити тенденції в динаміці захворюваності, фактори ризику і необхідність проведення протиепідемічних та профілактичних заходів (в тому числі й специфічної профілактики).

Сучасна система епідеміологічного нагляду структурно поєднує три функціонально залежних одна від одної підсистеми (рис. 1).

Моніторинг та оцінювання системи епідеміологічного нагляду дуже важливі для визначення якості її роботи шляхом надання доказів достовірності епідеміологічних даних (тобто відсутність підтверджених випадків захворювання дійсно означає відсутність захворювання, а не проблему з їх виявленням та реєстрацією), а також і виявлення тих аспектів, де епідеміологічний нагляд потребує удосконалення.

Як свідчить досвід багатьох країн, в цілому системи епідеміологічного нагляду потребують удосконалення, в межах якого необхідно пов'язати лабораторні та клінічні дані, а також забезпечити своєчасність надання інформації. Необхідно провести також стандартизацію процедур лабораторної діагностики. Крім того, слід розробити більш дієві національні плани боротьби та профілактики інфекційних хвороб.

Епідеміологічний нагляд за інфекціями з парентеральним шляхом передачі повинен проводитися на субклітинному, організменному, екосистемному та соціально-екосистемному рівнях.

При здійсненні епідеміологічного нагляду на субклітинному рівні вивчається етіологічна структура збудника, переважання тих або інших його типів та субтипів, що сприяє розшифровуванню епідеміологічних зв'язків у пошуках джерела інфекції. А генотипування збудників дозволяє диференціювати завезені випадки від місцевих захворювань. Слід зазначити, що в Україні систематичний епідеміологічний нагляд на субклітинному рівні за інфекціями з парентеральним шляхом передачі або ж взагалі не проводиться, або ж здійснюється не в повному обсязі, що пов'язане з недостатнім фінансуванням та проблемою з підготовки кадрів для лабораторної мережі.

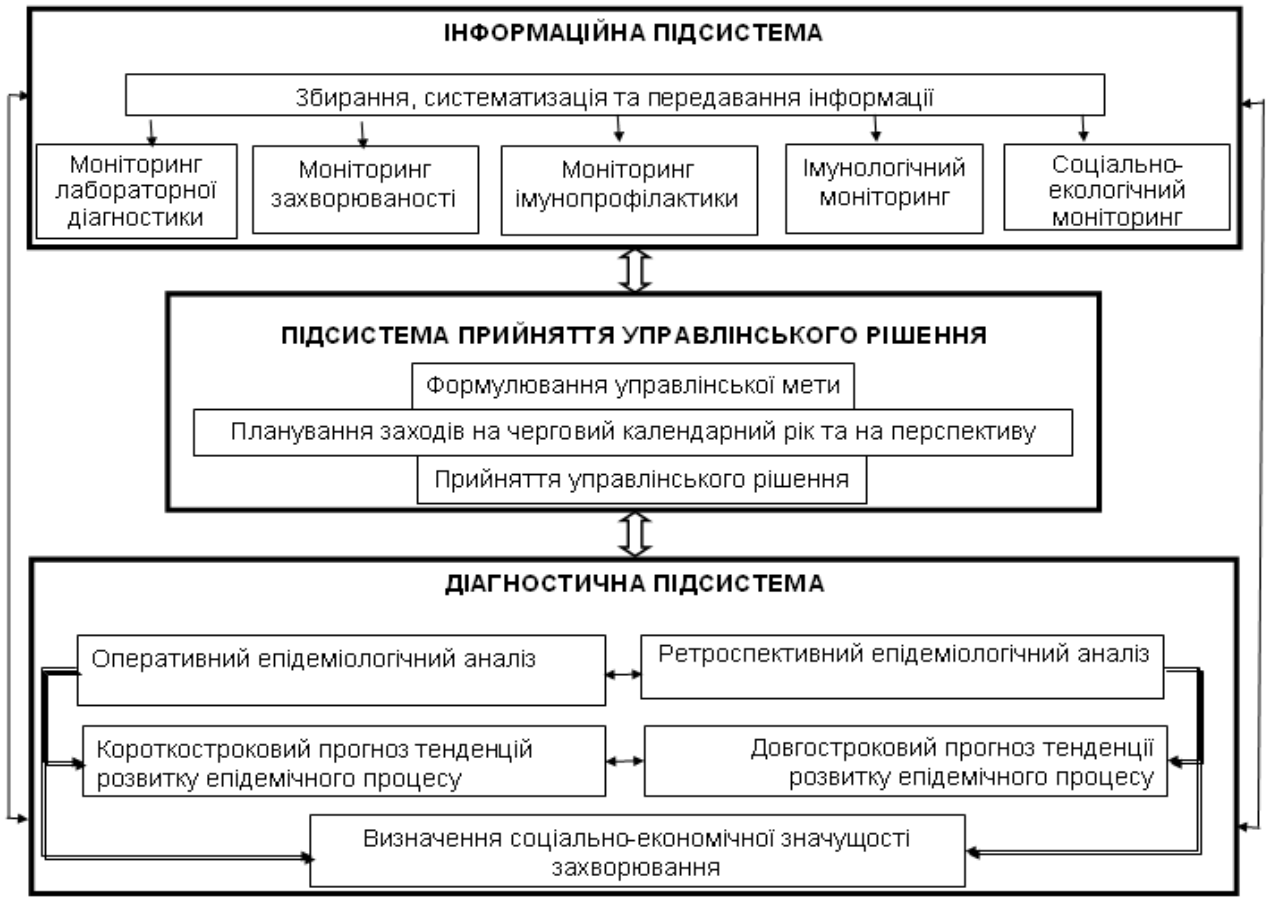


Рис. 1. Структурно-функціональна схема епідеміологічного нагляду

Аналіз ефективності діючої системи епідеміологічного нагляду на організменному рівні дозволив виявити також суттєві недоліки. Зокрема, в багатьох випадках лікарі первинної ланки не з'ясовують щепний анамнез захворілих. Крім того, з метою покращення показників співпадання первинного клінічного діагнозу та лабораторного підтвердження випадків існує необхідність включення до навчальних програм підвищення кваліфікації медичних працівників первинної лікувальної ланки питань з диференційної діагностики зазначених інфекцій.

Епідеміологічний нагляд на екосистемному рівні передбачає аналіз

імунного статусу населення (дорослих, дітей, певних професійних груп), тривалість і напруженість імунітету у щеплених і перехворілих, тяжкість перебігу хвороби у щеплених, наявність хронічних форм, носійства тощо. Важливим елементом діючої системи епідеміологічного нагляду на екосистемному рівні за гепатитом В, епідемічний процес якого керується за допомогою засобів специфічної профілактики, залишається моніторинг вакцинопрофілактики. Однак аналіз його організації виявив чисельні порушення як при здійсненні моніторингу імунологічної ефективності вакцинопрофілактики (при формуванні індикаторних груп населення та проведенні самих досліджень), так і при здійсненні моніторингу епідеміологічної ефективності (недостовірна інформація в обліково-звітній документації, а відтак – неможливість розрахувати індекс та коефіцієнт ефективності вакцинопрофілактики). У зв'язку зі зменшенням довіри населення до вакцинопрофілактики через масштабну антивакцинальну кампанію у ЗМІ та економічні негаразди охоплення профілактичними щепленнями проти гепатиту В у 2010 р. катастрофічно знизилося – до 48,2 %.

Епідеміологічний нагляд на соціально-екосистемному рівні дозволяє визначити динаміку захворюваності та летальності за часом, за територіями, за віковими та професійними групами населення, дає можливість вивчити вплив демографічних змін, міграційних процесів, системи медичного обслуговування та ін. на основні характеристики епідемічного процесу. На цьому рівні епідеміологічний нагляд за інфекціями з парентеральним шляхом передачі в Україні проводиться в межах класичного оперативного та ретроспективного епідеміологічного аналізу, але поза ним залишаються такі важливі питання як, наприклад, здоров'я мігрантів. Отже, і на соціально-екосистемному рівні епідеміологічний нагляд також потребує оптимізації.

Висновок. Діюча система епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями з парентеральним шляхом передачі потребує удосконалення на всіх рівнях. Необхідно констатувати, що удосконалення системи епідеміологічного нагляду в умовах сьогодення неможливе без використання сучасних комп'ютерних технологій, зокрема – впровадження в протиепідемічну практику комп'ютерних програм для забезпечення автоматизованої системи обробки даних, обліку та контролю інфекційних захворювань.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПІЇ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ З ХОЛЕСТАТИЧНИМ СИНДРОМОМ

Копійченко Я.І.[1], Сохань А.В.[1], Анциферова Н.В.[2], Пеньков Д.Б.[2], Копійченко Т.С.[1]

Національний медичний університет, м. ХарківУкраїна[1]

Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Харків, Україна[2]

В загальній структурі захворювань печінки в останній час превалюють парентеральні вірусні гепатити. Вони часто мають прогресуючий хронічний перебіг, ускладнення з розвитком цирозу печінки, печінкової недостатності і гепатоцелюлярної карциноми. Частими синдромами перебігу ВГ є розвиток

інтоксикації та холестазу, які потребують корекції.

Мета роботи: вивчення клінічного ефекту препарату урсолізін у комплексному лікуванні вірусних гепатитів з холестатичним синдромом.

Під нашим наглядом знаходилося 52 хворих на ВГ, який перебігав з розвитком холестатичного синдрому. У 39 діагностований вірусний гепатит В, у 13 – вірусний гепатит С. Діагноз установлювався на основі епідеміологічних, клініко-лабораторних та імунологічних даних. Синдром холестазу з'являвся на висоті жовтяниці і проявлявся шкірним свербіжем різної інтенсивності, збільшенням показників прямого білірубіну, лужної фосфатази та появою характерних ознак при проведенні ультразвукового дослідження.

Усі хворі були розподілені на дві групи. Першу групу склали 27 хворих, які отримували стандартну комплексну терапію, другу – 25 хворих, у яких на тлі базисного лікування на 2-3 тижні жовтяниці застосовувався препарат урсолізін по 3 капсули (900 мг) 1 раз на добу протягом 3 – 4 тижнів (Італія).

Аналіз ефективності застосування препарату урсолізін показав, що у хворих другої групи раніше, ніж у хворих першої групи настає покращення стану, зниження інтенсивності шкірного свербіжу, а також нормалізація біохімічних показників, насамперед, обміну білірубіну, зниження активності АЛТ, АСТ, лужної фосфатази. Препарат добре переносився хворими, побічних дій не зареєстровано.

Таким чином, рослинний препарат урсолізін являється ефективним засобом, який нормалізує секрецію жовчі та моторику жовчовивідних шляхів, що дозволяє рекомендувати його при лікуванні парентеральних ВГ з синдромом холестазу.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В КРАЇНАХ ЄВРОПИ

Краснов М.І.[1], Козько В.М.[1], Черкасов О.П.[2], Кожевникова І.М.[2], Кузнєцова А.А.[1] Юрко К.В.[1]

Національний медичний університет, Харків, Україна[1]

Обласни центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, м Харків[2]

В сучасних умовах в Європі спостерігається зростання кількості ВІЛ-інфікованих за рахунок збереження високого темпу епідемії в країнах Східної Європи. На жаль, Україна не є винятком з цієї тенденції. Станом на 1 жовтня 2009 року в Україні було зареєстровано 156023 осіб, 30002 хворих на СНІД і 17028 померлих від СНІДу. За прогностичними оцінкам UNAIDS епідемія СНІДу в Україні на теперішній час є найбільш загрозливою в Європі і розповсюдження ВІЛ-інфекції серед дорослого населення складає більш 1.63% [UNAIDS report, 2008].

Харківська область займає центральне положення серед різних областей України за темпами розвитку епідемії, але протягом 9 місяців 2009 року в області офіційно зареєстровано 427 ВІЛ-інфікованих громадян України та 1 іноземець, в т.ч. 76 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Показник захворюваності ВІЛ-інфекцією на 100 тис. населення становить 15,4, в той час

як в цілому в Україні цей показник складає 32.0 випадки на 100 населення. В порівнянні з аналогічним періодом минулого року кількість ВІЛ-інфікованих збільшилась в 1,1 рази в Харківській області. Така трагічна тенденція призводить до швидкого зростання смертності від СНІДу. За 9 місяців 2009 року в Харківській області смертність від СНІДу зросла в 1,2 рази. Занепокоєння викликає той факт, що середній вік померлих не перевищує 35 років у 55,6% хворих.

За статистикою ЄС більшість хворих на ВІЛ-інфекцію залишаються поза увагою лікарів, ці відсотки складають 18-80%. Невизначені ВІЛ-інфіковані особи є суттєвою проблемою з точки зору розповсюдження захворювання. Такі особи більш швидко розповсюджують ВІЛ-інфекцію, ніж ті, хто знає про своє захворювання. Тому ефективна протидія розповсюдження ВІЛ-інфекції полягає в ранньому діагностуванні ВІЛ-інфекції. Крім того, досвід показує, що в більшості випадків діагностика ВІЛ-інфекції виконується тільки тоді, коли хворі звертаються за медичною допомогою при прогресуванні захворювання.

Єдиним шансом підтримати цих хворих є призначення антиретровірусної терапії (АРТ). Вірусологічна, клінічна та імунологічна ефективність цього лікування не викликає сумнівів. З 2005 року в Україні при підтримці держави і міжнародних фондів виконується програма АРТ для ВІЛ-позитивних осіб. Але ефективність АРТ залежить від багатьох факторів, одним з яких є клінічна стадія захворювання при якій розпочато лікування. В Україні і країнах Східної Європи зберігаються високі показники летальності від СНІДу, що пов’язано не тільки з клінічними аспектами цієї проблеми, а й обмеженнями фінансування цих програм.

Тому в Європі і в тому числі в Україні в останні роки гостро стоїть питання раннього виявлення і реєстрації ВІЛ-позитивних осіб для ефективного клініко-імунологічного і вірусологічного моніторингу та раннього призначення лікування захворювання [Weber et al. 2005, Sullivan et al. 2005, Delpierre et al. 2007]. Ранньою діагностикою прийнято вважати факт встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції при рівні CD4+ клітин не менше 350 клт/мкл. Такий підхід дозволяє суттєво збільшити тривалість життя і зберегти пацієнта соціально активним для суспільства.

Рання діагностика ВІЛ-інфекції забезпечує профілактичний ефект. Особи, які усвідомлюють наявність захворювання, мають менше значення у подальшому розповсюдженні захворювання в популяції, тому що з ними проводиться постійна профілактична робота і вони отримують своєчасне противірусне лікування [Girardi E, Sabin CA, Monforte AD. 2007, Coenen T, Lundgren J, Lazarus JV, Matic S. 2009].

Тому в США були затверджені нові скринінгові рекомендації щодо обстеження хворих для діагностики ВІЛ-інфекції (Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings, September 22, 2006 CDC). В листопаді 2007 року на конференції “HIV in Europe” ці рекомендації були відхилені для виконання в Європі як невідповідні до європейських умов. Тому була прийнята резолюція для подальшого вивчення ВІЛ-індикаторних захворювань і станів з метою створення

європейського досвіду щодо ранньої діагностики ВІЛ-інфекції.

В розробці нового національного протоколу раннього дослідження на ВІЛ-інфекцію для України є економічна складова, яка ґрунтується на досвіді багатьох країн Старого і Нового світу. Відомо, що при скринінговому дослідженні майже 1% і більше відсотків всього населення країни визначається менший епідеміологічний ефект (відсоток позитивних результатів при кількості витрачених коштів) ніж цільовому, дозорному обстеженні специфічних на ВІЛ-інфекцію груп, в яких розповсюдженість захворювання може складати менше ніж 0,1%.

В умовах коли змінюється пріоритет тих, чи інших шляхів інфікування, що спостерігається в останні роки в Україні, коли починає домінувати статевий шлях інфікування, епідемія ВІЛ-інфекції приймає інші риси. Тому питання вивчення контингентів ризику серед осіб з ВІЛ-індикаторних захворюваннями і станами с точки зору оцінки їх значення для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції, є дуже актуальним і гострим. Таким чином, в цьому аспекті виникає необхідність розширення показів для обстеження на ВІЛ-інфекцію контингентів ризику і перегляд існуючого протоколу щодо обстеження і спостереження за ВІЛ-інфікованими і контингентами ризику.

ПОРУШЕННЯ ЗАХИСНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ В АКТИВІЗАЦІЇ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ

Куц Л.В.[2], Бочарова В.В.[1], Грицай О.Д.[2], Василькова К.В.[2]

Державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна[1]

Національний медичний університет, м. Донецьк, Україна[2]

Мета роботи. Визначення ролі толерантності в прогресуванні більш тяжкого перебігу псоріазу та червоного плескатого лишаю.

*Матеріали й методи***.** Під спостереженням знаходилось 50 хворих: 30 – псоріазом, 20 – червоним плескатим лишаєм. Незважаючи на проведену терапію у відповідності зі стандартами МОЗ України, захворювання у них повністю не регресували, а через короткі проміжки часу – наступали рецидиви. Це спонукало до розширенного імунологічного обстеження пацієнтів та бактеріологічного дослідження мікрофлори кишечнику.

Результати. У всіх обстежених хворих відмічалось зниження вмісту у сироватці крові IgG (від 1,3 до 1,8 рази), IgA (від 1,2 до 1,5 рази), CD3+ (від 1,2 до 1,4 рази), CD4+ (від 1,3 до 1,6 рази), CD8+ (від 1,2 до 1,4 рази), CD22+ (від 1,2 до 1,5 рази), підвищення – IgM (від 1,3 до 1,6 рази). При бактеріологічному дослідженні вмісту кишечнику виявлялась умовно-патогенна мікрофлора. Зазвичай такі дані сполучення імунодефіциту з активацією умовно-патогенної флори свідчать про порушення толерантності.

Отримані дані спонукають до розгляду проблеми ролі толерантності в диференціюванні організмом коменсальної та патогенної флори. Одне з важливих пояснень заключається в тому, що коменсальна флора не здатна потрапляти в Пейєрові бляшки, а залишається у слизі; таким чином, не

відбувається контакту з клітинами імунної системи. Крім того, вважають, що патогенні бактерії можуть індукувати дозрівання та міграцію дендритних клітин, що не можуть робити коменсали.

Слід зважити на деякі відмінності у розумінні термінів, наприклад, симбіоз [від гр. symbiosis – спільне проживання) – спільне довготривале проживання мікроорганізмів в тривало існуючих спільнотах. Коменсалізм – різновид симбіозу, при якому вигоду отримує тільки один партнер (не приносячи «видимої» шкоди іншому); мікроорганізми, що беруть участь в таких взаємовідносинах, – коменсали [от лат. com-,с,+mensa, стіл; буквально – «сотрапезники»]. Одним з механізмів, за допомогою якого імунна система диференціює коменсальну і патогенну флору в останні роки розглядають з позиції ролі Toll-like рецепторів: а) епітелій кишечнику експресує Toll-like рецептори та володіє здатністю продукувати різні цитокіни у відповідь на розпізнавання компонентів бактеріальної стінки (пептидоглікан, ліпотейхоєва кислота, ліпопротеїди) чи бактеріальної ДНК; ці компоненти об'єднують назвою pathogen-assosiated molecular patterns та вони є як у коменсалів, так і патогенів; б) але, патогени – більш сильні активатори Toll-like рецепторів (за рахунок своїх множинних вірулентних факторів – адгезини, інвазини, гемолізини та ін.); в) навпаки, у коменсалів немає вірулентних факторів, та вони живуть в біоплівці на поверхні слизу, погано контактують з епітелієм та їх ліганди слабкі агоністи для Toll-like рецепторів; г) коменсали навіть контактуя з Toll-like-рецепторами на люмінальній поверхні епітеліальної клітини не декретують прозапальні фактори, а патогенні – долають епітеліальний бар'єр , контактують з Toll-like рецепторами на базолатеральній поверхні, декретують мономерну форму флагліну, а також активують дендритні клітини до продукції ІЛ-8 та MIP3α.

Висновки. Таким чином, з проблемою толерантності тісно пов'язані і механізми сінергічного впливу імунодефіциту та активізації мікрофлори в більш тяжкому перебігу псоріазу та червоного плескатого лишаю, що диктує необхідність відповідної корекції виявленних порушень.

СНІД ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Лантух А.П., Хіріна Г.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

У доповіді UNAIDS про Всесвітню епідемію СНІДу 2010 р. було підкреслено, що Україна займає 1-е місце у Європі та Центральній Азії по поширенню СНІДу серед дорослих. Щорічні показники захворювання на СНІД в Україні збільшилися з 2001-го по 2010 рік більш ніж у два рази. Також 1-е місце в Європі Україна займає по поширенню СНІДу серед вагітних жінок. У 2010-му цей показник становив 0,55%, як повідомив Мінздрав України у 2010 р. Отже, СНІД – це архіважлива соціальна проблема і не тільки в межах нашої країни, але у планетарних масштабах.

В цій ситуації держава та церква намагалися з приводу СНІДу використати небезпеку зараження останнім як привід для відновлення

консервативної, репресивної моралі. Але найкращий вихід із цієї ситуації, котра існує – це створення системи громадської солідарності, що має гуманістичний характер. Ця система повинна включати, на наш погляд, чотири моменти:

1) солідарність здорових людей, що виключає презирливо-дискримінаційне відношення до інших груп; навпаки, цим групам слід надавати всіляку допомогу. Мова йде не тільки про гроші (наприклад, у ФРН кожний хворий на СНІД до кінця життя одержує біля сотні тис. євро), а й про інтенсивні медичні дослідження, про моральну підтримку інших груп солідарності, про самокритичне відношення до власної сексуальної моралі;
2) солідарність потенційно інфікованих, котрі не можуть виключити для себе можливість захворювання СНІДом. Вони повинні добровільно пройти тест на СНІД і тим самим внести ясність у власні життєві плани;
3) солідарність інфікованих, що передбачає їх відповідальні дії (перш за все, у сексуальному відношенню), що виключає можливість передачі хвороби, у тому числі шляхом використаних штрикалок для ін`єкцій, донорства тощо;
4) хворим пропонується не тільки солідарність, але і співчуття і втіха. Вимога солідарності – моральна вимога, яка не завжди супроводжується відповідними діями, тому необхідно розглядати ще й політичний аспект цієї проблеми.

Також треба звернути увагу на проблему СНІДу і політичної відповідальності. Політика – це практичні дії, мета яких – благо окремих груп людей. У випадку із СНІДом – захист здорових людей та допомога інфікованим та хворим. Для цього слід провести ряд заходів враховуючи те, що СНІД – це епідемія пандемічного масштабу, проти якої немає ні вакцини, ні лікарських засобів. До цих заходів слід віднести цілий їх коплекс:1) просвіта з приводу СНІДу без моралізаторства та презирства до інфікованих; 2) анонімне тестування; тестування усіх груп ризику і, по можливості, всього населення; 3) у випадку позитивної реакції на СНІД – заборона, що має форму державної постанови, на певні види поведінки (наприклад, наркоманію тощо); 4) у випадку її порушення або при свідомій передачі вірусу – покарання у вигляді ізоляції; 5) тестування на СНІД осіб, що приїздять на роботу із інших країн.

Цивілізовані шляхи запобігання СНІДу – єдиний засіб боротьби із цієї епідемією пандемічного масштабу.

ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Лугова Г.В.[1], Сайног Н.М.[2], Устінова Л.А.[1], Іванько О.М.[1], Набойченко О.В.[3], Філіпенко Л.І.[1]

Українська військово-медична академія Міністерства оборони України[1]
НДІ проблем військової медицини Збройних Сил України[2]
Центральна військово-лікарська комісія Міністерства оборони України[3]

Державна програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009-2013 рр., в основу якої покладені положення стратегічного планування UNAIDS, досвід ефективної громадської відповіді на епідемію та реальна оцінка національних

можливостей, ґрунтується на міжвідомчому підході до вирішення проблеми. Швидке зростання числа захворювань на ВІЛ-інфекцію/СНІД у збройних силах суттєво позначається на боєздатності військ. Військові структури найбільш сприйнятливі до поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ. В надзвичайних ситуаціях військова служба надає унікальну можливість для проведення масштабної профілактики і просвіти з проблем ВІЛ-інфекції серед сприйнятливої і епідеміологічно значимої групи населення, особливо серед молодого поповнення.

*Мета роботи.*Проаналізувати підходи щодо вивчення поширення ВІЛ-інфекції серед осіб груп ризику інфікування та вивчити особливості розвитку епідемічного процесу ВІЛ серед військовослужбовців Збройних Сил України в залежності від віку, причин обстеження, місця призову.

*Матеріали і методи. З*а допомогою епідеміологічного та статистичного методів були проаналізовані реєстраційні карти ВІЛ-інфікованої особи (№ 502-1/о), повідомлення про результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ (502-3/о), квартальні звіти, журнал реєстрації ВІЛ-інфікованих військовослужбовців ЗС України з 1994 по 2009 рр., карти епідеміологічного обстеження ВІЛ-інфекції.

Результати: поширеність ВІЛ-інфекції та деякі інші показники, що характеризують епідемічний процес ВІЛ-інфекції/СНІДу, не можуть бути застосовані в Збройних Силах (ЗС) України, так як для їх розрахунку потрібне тривале постійне диспансерне спостереження за інфікованими на ВІЛ та хворими на СНІД. Тому у ЗС України доцільно аналізувати деякі кількісні статистичні показники, що характеризують структуру ВІЛ-інфікованих, динаміку інфікованості та захворюваності, тощо.

В структурі ВІЛ-інфікованих військовослужбовців ЗС України за різними віковими категоріями питома вага осіб 15-25 років в структурі ВІЛ-інфікованих військовослужбовців в останні роки зменшилась і складала 38,46% (проти 84,35% у 2002-2005 рр.). При цьому частка осіб 26-35 років зросла з 5,22% до 48,72%, осіб старше 36 років – з 4,35% до 10,26%.

Відносне зменшення питомої ваги осіб більш молодшого віку в структурі ВІЛ-інфікованих військовослужбовців ЗС України пов’язане із введенням до серомоніторингу поширення ВІЛ МОЗ України обстеження призовників з 2005 р. Причому при наявності ВІЛ у крові призовника, він звільнявся від проходження військової служби, таким чином, велика кількість ВІЛ-інфікованих не потрапила до лав збройних сил.

Необхідно зважити й на те, що в останні роки в Україні відмічається все більша кількість ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених через наявність клінічних показань. За результатами сероепідмоніторингу, у 2009 р. майже 22% від усіх позитивних результатів було виявлено серед осіб, обстежених за клінічними показаннями, 49% вперше взято під нагляд вже із розвинутою стадією ВІЛ-інфекції, тобто зі СНІДом.

В ЗС України наявна тенденція до збільшення ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених при обстеженні за клінічними показаннями, що відображує ситуацію в цілому в країні. Так, виявлення ВІЛ-інфікованих через здачу ними донорської

крові, переважало в якості причини обстеження у 1996 – 2003 рр. та у 2005 р. Питома вага таких осіб зростала з 47,06% у 1996 р. до 71,79% у 1999 р., потім показник знижувався до 33,33% у 2004 р., коли вперше в структурі ВІЛ-інфікованих військовослужбовців почали переважати обстежені за клінічними показаннями. У 2005 р. питома вага донорів знов переважала і складала 45,83%. З 2006 р. тенденція до збільшення ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених при обстеженні за клінічними показаннями мала виражений характер.

Структура ВІЛ-інфікованих військовослужбовців ЗС України за місцем призову відображує загальний стан поширеності ВІЛ-інфекції по регіонах України. Так, 64,5% ВІЛ-інфікованих військовослужбовців у 1996-2009 рр. були призвані з південно-східних регіонів (Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська області, АР Крим), а також з Київської, Чернігівської областей, м. Києва, тобто з регіонів, які є лідерами серед поширення ВІЛ серед населення України.

Слід відмітити, що найбільше досліджень на ВІЛ призовного контингенту проводиться у Одеській області (приблизно 5-6 тис. досліджень), Тернопільській (2 тис. досліджень), Донецькій, Кіровоградській, Закарпатській (по 1,5 тис. досліджень) областях. Як відомо області західного регіону не відносяться до найбільш уражених на ВІЛ. В той же час майже не проводять обстежень в таких регіонах-лідерах щодо поширення ВІЛ-інфекції серед населення, як АР Крим, Дніпропетровська, Миколаївська, Київська, Чернігівська області, м. Київ.

Висновки.

Введення до серомоніторингу поширення ВІЛ МОЗ України обстеження призовників з 2005 р. виявилося найбільш ефективним профілактичним заходом попередження заносу ВІЛ-інфекції у війська.

В структурі виявлених ВІЛ-інфікованих осіб у ЗС України в останні роки (2006-2010 рр.) збільшення питомої ваги осіб більш старшого віку, а також збільшення питомої ваги осіб, у яких виявлено ВІЛ за клінічними показаннями, відображає ситуацію в цілому серед населення України, але тісно пов’язане із введенням з 2005 р. обстеження призовників на ВІЛ.

Більше 60% ВІЛ-інфікованих військовослужбовців у 1996-2009 рр. були призвані з південно-східних регіонів (Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська області, АР Крим), а також з Київської, Чернігівської областей, м. Києва, які є регіонами-лідерами щодо поширення ВІЛ серед населення.

Обстеження на ВІЛ призовників відкриває можливості всебічного вивчення територіального розподілу виявлених ВІЛ-інфікованих осіб на момент призову до лав збройних сил, зокрема із використанням ГІС-технологій.

Вважаємо за необхідне збільшити кількість обстежень на ВІЛ призовників у регіонах-лідерах щодо поширення ВІЛ-інфекції.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ HBV ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПУ ВІРУСУ ТА ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО СТАТУСУ

Лядова Т.І., Волобуєва О.В.

Національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна

З метою вивчення поширеності генотипів HBV і їх впливу на перебіг захворювання було обстежено 163 хворих з гострим вірусним гепатитом В (ГГВ), з них 85 (52,1%) з легким і 78 (47,9%) із середньотяжким перебігом. В обстежених пацієнтів методом ПЛР ДНК HBV була визначена в 100% випадків. При генотипуванні вірусу ГВ встановлено, що домінуючим генотипом в Харківському регіоні є генотип D (90,8%), значно рідше у хворих з маніфестною формою реєструється генотип А (2,5%). Слід зазначити, що у 6,7% випадків генотип вірусу встановити не вдалося. Серед обстежених хворих з легким перебігом ГГВ генотип D HBV виявлявся з частотою 89,4%, при середньо тяжкому перебігу – 92,3%. ГГВ генотипу А перебігав у легкій і субклінічній формах.

Проведений рестрикційний аналіз дозволив встановити наявність двох геноваріантів (I і II) генотипу D вірусу ГВ. II геноваріант зустрічався частіше, як у групі хворих з легким (57,9 і 42,1%), так і з середньотяжким перебігом (52,8 і 47,2%). Клінічно в переджовтяничному періоді в хворих із I геноваріантом більш часто зустрічалися диспепсичні порушення (зниження апетиту, нудота, тяжкість в підребер'ї), при II геноваріанті – артралгії та підвищення температури тіла.

З метою вивчення особливостей імунної відповіді в залежності від геноваріантів генотипу D, була вивчена динаміка цитокінів у 82 хворих на ГГВ. У розпалі захворювання були виявлені більш високі показники рівнів прозапальних цитокінів (ІЛ-1β, ФНП-α і ІЛ-6) у хворих із II геноваріантом порівняно з такими в хворих з I геноваріантом ($p>0,05$). У той час як рівні ІЛ-4 і ІЛ-2, навпроти, були підвищені у хворих з I геноваріантом ($p>0,05$). У періоді реконвалесценції рівень ІЛ-1β залишався більш високим у хворих із II геноваріантом ($p<0,05$), тоді як сироваткові концентрації ФНП-α і ІЛ-6 не відрізнялися в порівнюваних групах, рівень ІЛ-4 залишався більш високим у хворих з I геноваріантом і в періоді реконвалесценції ($p>0,05$), тоді як сироваткова концентрація ІЛ-2 була більш високою в осіб з II геноваріантом.

Отримані дані свідчать про більш виражену активацію специфічних реакцій гуморальної ланки імунної відповіді в розпалі захворювання в хворих з I геноваріантом, тоді як у періоді реконвалесценції в хворих з II геноваріантом спостерігалася перевага реакцій клітинної ланки імунітету, що підтверджується більш високим вмістом ІЛ-2 і ФНП-α.

Аналіз динаміки основних регуляторних цитокінів у 127 хворих на ГГВ дозволив виявити три типи імунного реагування: I – нормореактивний тип (високий рівень прозапальних цитокінів і цитокінів Тх1 і Тх2) – 80% хворих, II – дисоціативний (високі показники ІЛ-1β, ФНП-α і ІЛ-6 на фоні низьких значень ІЛ-2 і ІЛ-4) у 16% і III – гіпореактивний (низькі концентрації досліджуваних показників) – 5 хворих (4%).

У хворих на ГГВ із дисоціативним типом імунного реагування встановлені відмінності в тривалості основних клінічних проявів і термінах перебування в стаціонарі порівняно з такими симптомами в осіб з нормореактивним типом імунного реагування.

Аналіз результатів диспансерного спостереження за 127 пацієнтами з установленим типом імунного реагування показав, що хронізація процесу спостерігалася у 3,15%, серед них у хворих з дисоціативним і гіпореактивним типами цей відсоток складав – 15,4.

Таким чином, визначення генотипів HBV і спостереження за динамікою регуляторних цитокінів з метою виявлення типів імунного реагування в хворих на ГГВ дозволяє контролювати спрямованість імунної відповіді у бік клітинної чи гуморальної ланки, стежити за динамікою інфекційного процесу і виявити розвиток вторинної імунної недостатності і вчасно провести її корекцію.

ДОСВІД РОБОТИ «КЛІНІКИ ДРУЖНЬОЇ ДО МОЛОДІ»

Макаренко В.Д., Самсоненко В.І., Бєлуха О.А., Привалова Н.П.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна
Міська дитяча поліклініка (МДП) №2, м. Харків, Україна

Виховання здорової дитини та охорона її здоров`я – основні проблеми всіх країн за часів їх існування. Як відомо, вирішення проблеми збереження власного здоров`я закладено в самій людині, у знанні та розумінні нею проблем формування, збереження, зміцнення і відновлення його, а також в умінні дотримуватися правил здорового способу життя. Валеологічний підхід до здоров'я людини, впровадження якого нагально потребує життя, вимагає радикального перегляду системи медичної профілактики.

В основі будь-якої профілактичної програми є використання інформаційних технологій, які забезпечують отримання населенням знань, умінь, навичок, що сприяє збереженню і зміцненню здоров'я людини. В зв'язку з цим вважаємо доцільним поділитися досвідом роботи «Клініки дружньої до молоді» (КДМ), яка була створена в 2007 р. на базі МДП № 2 м. Харкова. Спочатку це було відділення «Медико-соціальної допомоги підліткам і молоді». В червні 2010 року після проходження акредитації відділенню було присвоєно статус КДМ.

Мета створення КДМ – профілактика ВІЛ-інфекції і пропаганда здорового способу життя. КДМ надає медико-соціальну допомогу учням шкіл, коледжів, студентам, молоді підліткового віку, а також батькам і педагогам.

До штату спеціалістів КДМ входять: лікар-педіатр, гінеколог, дерматовенеролог і психолог, враховуючи, що молодь підліткового віку є найбільш уразливим в психологічному плані контингентом.

З початку роботи і до сьогодні відмічається зростання звернень підлітків в 7 разів. При чому значно зросли повторні звернення, що свідчить про високу довіру клініки у молоді. Найбільш часто підлітки звертаються до психолога і гінеколога, що пояснюється анатомо-фізіологічними особливостями даної вікової категорії. Більш за все молодь цікавлять питання контрацепції,

профілактики і лікування захворювань репродуктивної сфери, психологічна допомога.

Робота у відділенні проводиться в індивідуальній та груповій профілактичній формі: бесіди, дискусії, семінари-тренінги, інтерактивні ігри, лекції. Розроблено інформаційні листівки, буклети, анкети, стенди. Значно розповсюдженими останнім часом є заняття в групах. Періодично сумісно з Обласним центром планування сім'ї проводяться акції у вигляді вікторин, семінарів-дискусів, де в якості винагород використовують пам'ятки про здоровий спосіб життя, тести на вагітність, засоби індивідуального захисту.

Окрім пасивного звернення до клініки проводиться активна робота з виїздом співробітників до навчальних закладів.

Таким чином, для формування навичок здорового способу життя, профілактики ВІЛ-інфекції необхідно більш широко втілювати в життя досвід роботи КДМ в усіх дитячих поліклініках міста.

БЫСТРЫЕ ТЕСТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ИССЛЕДОВАНИЙ

Максименок Е.В., Кислых Е.Н., Гришаева И.В., Галецкая М.О.

ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины», г. Киев, Украина

МБФ «Фонд Вильяма Дж. Клинтона», г. Киев, Украина

В последние годы в мире все большую популярность приобретают методы экспресс-диагностики ВИЧ-инфекции с помощью быстрых тестов (БТ), что связано с несколькими обстоятельствами. Во-первых, современная стратегия антиретровирусной терапии и профилактики существенно уменьшает риск вертикальной передачи ВИЧ (во время или после родов) и вероятность инфицирования при аварийных ситуациях (в частности, профессиональный риск медицинских работников), следовательно возможность немедленного получения результатов тестирования способствует рациональному и своевременному применению соответствующих мер профилактики. Во-вторых, использование экспресс-методов в значительной мере способствует идентификации ВИЧ-инфицированных лиц, которые обращаются в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) по поводу любого другого заболевания, с последующим предоставлением им необходимой медицинской и профилактической помощи. Наконец, широкое применение экспресс-методов как одного из компонентов профилактической стратегии, направленной на повышение осведомленности людей относительно собственного ВИЧ-статуса и статуса своих сексуальных партнеров, существенно влияет на активность полового пути передачи возбудителя.

До недавнего времени применения БТ в Украине было ограниченным в связи с неопределенностью их роли и места в алгоритме диагностических исследований. С внедрением в практику здравоохранения нового Приказа МЗ Украины № 1141 «Про затвердження Порядку визначення серологічних маркерів ВІЛ – інфекції та забезпечення якості досліджень, форм первинної

облікової документації щодо визначення серологічних маркерів на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення» сфера применения БТ в ЛПУ значительно расширилась. В настоящее время алгоритм последовательного использования БТ с целью выдачи справки про наличие или отсутствие антител к ВИЧ рекомендовано применять в лечебных учреждениях наркологического, противотуберкульозного и кожно-венерологического профилей, что, безусловно, будет способствовать более раннему и полному выявлению инфицированных лиц. В то же время, широкое применение БТ без соответствующего контроля качества проведенных исследований может привести к увеличению числа неправильных результатов тестирования и, как следствие, дискредитации самого метода.

Для оценки качества работы методом ИФА давно разработаны и успешно применяются контрольные панели, состоящие из нескольких специально подготовленных образцов. Такие панели периодически рассылаются в лаборатории и, на основании полученных результатов тестирования, делают выводы о наличии либо отсутствии систематических ошибок в работе специалистов.

Ситуация с контролем качества роботы БТ значительно сложнее и обусловлена трудностями разработки адекватного контрольного материала, поскольку материалом для исследований, как правило, являются образцы крови, а такие материалы в качестве контрольных использовать невозможно. Эксперты ВОЗ рекомендуют несколько подходов к оценке качества работы БТ при диагностике ВИЧ-инфекции, а именно: «слепое» повторное тестирование всех позитивных и 5-10 % негативных образцов; метод «сухой капли крови»; исследование контрольных панелей сывороток; непосредственное наблюдение за процессом тестирования. Общим недостатком указанных подходов является невозможность их практического применения в Украине в неизменном виде.

Цель работы: апробировать простой и информативный подход к оценке навыков работы специалистов ЛПУ не лабораторного профиля как элемент обеспечения качества исследований с использованием БТ.

Материалы и методы: для оценки навыков работы с БТ разработали опросник, в который были включены теоретические и практические вопросы, а также фотографии результатов исследований с помощью тестов, применяемых в ЛПУ: «DETERMINE HIV ½» и «DoubleCheckGold HIV 1&2 Whole Blood» (оба теста производства Alere™, США). Анкетирование проводилось в течение ноября 2010 г. в 12 ЛПУ Днепропетровской области. В опросе приняли участие 24 респондента – 12 врачей и 12 медицинских сестер, прошедших предварительное обучение на семинарах по использованию БТ.

Результаты. Впервые возможность применения указанного подхода для оценки навыков работы с БТ была показана в работах E. Dax с соавторами из Национальной серологической референс лаборатории (Австралия). Авторы предлагали участникам ответить на ряд вопросов и оценить результаты тестирования БТ по фотографиям до и после соответствующего тренинга. В результате проведенных занятий удалось значительно снизить число неправильно оцененных результатов тестирования, особенно

«ложнопозитивных» и «недействительных».

В нашей работе участникам предлагалось выбрать из нескольких вариантов правильные ответы на вопросы, касающиеся процедуры и оценки результатов исследований БТ, причин неправильных результатов, дальнейших действий при использовании утвержденного алгоритма тестирования с помощью БТ. Также участники должны были оценить результаты БТ по фотографиям как «позитивные», «негативные» или «недействительные». Максимальное количество правильных ответов – 15.

Были получены такие результаты: только 2 медицинских работника правильно ответили на 13 из 15 вопросов (86,7 %); 2 участника правильно ответили всего на 2 вопроса (13,3 %). Доля правильных ответов у остальных респондентов колебалась в пределах 66,7 – 80,0 %. После получения анкет и обработки результатов всем участникам были разосланы правильные варианты ответов.

Наиболее сложным заданием оказался учет результатов тестирования по фотографиям - участники называли «недействительными» как позитивные, так и негативные результаты тестирования. То же касалось и интерпретации «недействительных» результатов по вопросам анкеты. В то же время, вопросы, касающиеся последовательности действий при использовании нормативно регламентированного алгоритма тестирования с помощью БТ, не вызвали затруднений у респондентов.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости регулярного совершенствования знаний, умений и навыков специалистов ЛПУ, использующих БТ в повседневной практике. С нашей точки зрения, при обучении медицинских работников на семинарах-тренингах особое внимание следует уделять собственно процедуре тестирования и практическим навыкам учета результатов разных БТ.

Апробированный нами подход может быть использован в качестве элемента общей системы обеспечения качества тестирования методами экспресс-диагностики.

ГЕНДЕРНИЙ ФАКТОР У ПОШИРЕННІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА СУМЩИНІ

Малиш Н.Г.[1], Чемич М.Д.[1], Піддубна А.І.[1], Грабовий С.Л.[2], Бутенко В.М.[2]

Державний університет, м. Суми, Україна[1]

Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Суми, Україна[2]

З початку 80-х років до теперішнього часу ВІЛ-інфекція зареєстрована більш ніж у 160 країнах світу, що дозволяє розглядати існуючу ситуацію як пандемію. Вірогідність передачі ВІЛ при різних шляхах зараження неоднакова і залежить від таких факторів як ефективність епітеліальних бар'єрів, присутність кліток з рецепторами для ВІЛ, наявність супутніх інфекцій, стадія інфекції тощо. Ризик інфікування ВІЛ при однократному незахищеному статевому контакті становить 0,1-0,5 %, при внутрішньовенному введенні наркотиків – 30 %, при переливанні ВІЛ-інфікованої крові – 90 %, від ВІЛ-

інфікованої матері до дитини у період вагітності та під час пологів – 25-30 %, при грудному вигодовуванні новонародженого – 12-20 %. У світі майже три чверті випадків інфікування ВІЛ відбуваються статевим шляхом, при цьому частота передачі вірусу від чоловіків до жінок у 2-3 разів вище ніж від жінок чоловікам.

Мета роботи – встановити роль жінки в розповсюдженні ВІЛ-інфекції у Сумській області на сучасному етапі.

Матеріали дослідження – форми звітно-облікової документації № 502-1/о, 502-2/о, №2–ВІЛ/СНІД Сумського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом за період 2001-2010 рр.

Методи дослідження – епідеміологічні, статистичні.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2010 р. у Сумській області за даними диспансерного нагляду показник поширеності ВІЛ-інфекції склав 71,4 на 100 тис. нас., СНІДу – 12,8 на 100 тис. нас., що було менше аналогічних показників по Україні відповідно у 3,4 та 11,3 разів. При цьому слід зазначити, що питома вага жінок у структурі ВІЛ-інфікованих осіб була надзвичайно високою і склала 45,1 %.

За останні 10 років епідемічна ситуація на Сумщині характеризується зростанням кількості нових випадків захворювань серед осіб, які були інфіковані ВІЛ під час статевих контактів. Питома вага таких випадків від загальної чисельності офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб зросла з 16,7 % у 2001 р. до 43,8 % у 2010 р., що свідчить про те, що епідемія ВІЛ-інфекції на сучасному етапі поширюється від груп підвищеного ризику, таких як споживачі ін'єкційних наркотиків, до загального населення. Тобто, на нашу думку, епідемічний процес ВІЛ-інфекції на сучасному етапі, пов'язаний з небезпечною сексуальною поведінкою споживачів ін'єкційних наркотиків та їх статевих партнерів.

Як свідчать дані ретроспективного епідеміологічного аналізу, в області спостерігається збільшення частки жінок репродуктивного віку серед загальної кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян - з 26 % - у 2001 р. до 33,6 - у 2010 р. У 2009 р. було зареєстровано найбільшу кількість ВІЛ-інфікованих жінок 15-49 рр. – 76 осіб. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед жінок репродуктивного віку за період 2001 - 2010 рр. зріс більше, ніж у 4 рази - з 5,9 до 24,6 на 100 тис. жін. нас. У 2010 р. рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію жінок репродуктивного віку, перевищував аналогічний показник захворюваності населення області взагалі, в 1,4 рази. Крім того, темп приросту захворюваності жінок на ВІЛ-інфекцію (у 2010 р. – 20 %), був у 3,3 рази більше, ніж темп приросту захворюваності чоловіків (з групи дорослого населення). Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію встановлені серед жінок вікових груп 15-19 та 20-29 рр. (у 2010 р. відповідно - 18,0 і 56,3 на 100 тис. жін. нас.) У структурі ВІЛ-інфікованої молоді –жінки превалюють і складають – 81,1 %, а 96,7 % з них дізналися про свій статус під час вагітності

Аналіз шляхів інфікування ВІЛ показав, що якщо до 2001 р. у більшості випадків (від 50 до 100 %) жінок були інфіковані під час ін'єкційного введення

наркотичних речовин, то вже з 2002 р. провідним шляхом передачі інфекції став статевий, питома вага якого склала у 2010 р. – 67 %.

Негативний вплив епідемії на репродуктивний стан населення області підтверджується результатами сероепідеміологічного моніторингу за поширеністю ВІЛ-інфекції серед вагітних. Показник інфікованості ВІЛ серед вагітних за період часу з 2001 по 2010 р. зріс майже у 5 разів і складає 0,13 %.

Збільшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку сприяло поступовому збільшенню і кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. З 2007 по 2010 рр. від ВІЛ-інфікованих матерів в області народилося майже у 2 рази більше дітей, ніж за попередні 9 років (у 2010 р. – 40 немовлят).

На сьогодні діяльність щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини залишається одним з провідних профілактичних напрямків. Завдяки практиці тестування кожної вагітної жінки, яка вирішила зберегти вагітність, у 2010 р. було виявлено кожну третю ВІЛ-інфіковану жінку. Рівень охоплення антиретровірусною (АРВ) профілактикою вагітних жінок у 2008 р. досяг 96,8 %. Вважаємо, що тільки завдяки здійсненню комплексу заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, вдалося знизити показник вертикальної трансмісії з 25 % - у 2003 р. до 3,1 - у 2008 р. На жаль, у 2009 та 2010 рр. показник охоплення вагітних АРВ - профілактикою, дещо знизився і складав - 94,9 та 92,5 % відповідно, що було пов’язано з тим, що кілька ВІЛ-інфікованих жінок, не перебували на обліку в жіночих консультаціях з приводу вагітності, а поступили в пологи вже у потужному періоді.

Висновки. Поширення статевого шляху інфікування призводить до «фемінізації» епідемії ВІЛ-інфекції у регіоні, що зумовлює необхідність посилення первинної профілактики ВІЛ-інфекції, і в першу чергу серед молоді. Гендерні підходи при розробці таких заходів повинні стати одними з ключових напрямків у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції.

ЗНАЧЕНИЕ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Малый В.П.[1], Швайченко А.А.[1], Полукчи А.К.[1], Пеньков Д.Б[2]., Стародубцева Л.А[2].

МАПО[1], г. Харьков, Украина

Областная клиническая инфекционная больница[2], г. Харьков, Украина

Среди современных инструментальных методов диагностики важное место занимает метод ультразвукового исследования (УЗИ). Особое значение метод УЗИ имеет при диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний гепатопанкреотодуоденальной зоны (ГПДЗ), протекающих с желтухой, что служит основанием для их первоначальной госпитализации в инфекционный стационар с подозрением на вирусный гепатит.

Нами представлен анализ результатов УЗИ, проведенных больным, находившимся в клинике кафедры инфекционных болезней ХМАПО в текущем году. УЗИ выполнялось на аппаратах Logic-100 (США) и ULTIMA PA «Радмир» (Украина) с использованием конвексного датчика 5 мГц по

стандартной методике натощак в режиме реального времени.

УЗИ было проведено 154 больным в возрасте от 18 до 72 лет, которые поступали в клинику с подозрением на вирусный гепатит (ВГ). Большинство из обследованных составляли больные с острым ВГ (ОВГ) - 103 (66,88%). Среди них основная масса была с ОВГА - 38 (24,67%) и ОВГВ-36 (23,38%). Несколько меньше было больных с ОВГС - 25, что составляло 16,23% от общего количества больных. Меньшинство - 4 (2,6%) составили больные с микст-гепатитами: ОВГВ+А, ОВГВ +С и ОВГ неуточненной этиологии. Больных с хроническими гепатитами (ХГ) было обследовано 9,74%, среди которых большинство составили больные с ХВГС-7 (4,54%) и ХГ неуточненной этиологии -6(3,9%).В меньшинстве были больные с ХВГВ - 1,3% и ЦПС-1,35%. При проведении УЗИ выявлялась гепатомегалия (до 2 см), особенно выраженная (до 5-6 см) при наличии вредных привычек в анамнезе -2(1,3%), сочетавшаяся у 1 (0,65%) со спленомегалией. Кроме этого отмечалось наличие мелкой и средней зернистости, диффузное повышение эхогенности паренхимы печени, усиление сосудистого рисунка. При ЦПС были выявлены очаги фиброза, утолщение стенок портальных сосудов, расширение диаметра портальной и селезеночной вен, обнаружена свободная жидкость в брюшной полости, что свидетельствовало о декомпенсации ЦП.

Из 154 осмотренных на УЗИ больных у большинства -137 (88,97%) была обнаружена картина ВГ. Лишь у 3 (1,95%) отмечалась эхоскопическая картина ОВГ в «чистом» виде, т.е. без осложнений и сопутствующих заболеваний, что характеризовалось умеренным (от 0,5 до 1,5 см) увеличением размеров печени, незначительным гомогенным повышением ее эхогенности. У остального большинства (98,1%) были выявлены как различные сопутствующие заболевания ГПДЗ, так и осложнения течения ВГ. Так чаще всего ВГ сочетался с хроническим холециститом - 18 (11,69%), хроническим панкреатитом и/или их сочетанием - 10 (6,5%).У этих больных визуализировалось утолщение стенок желчного пузыря, нередко наличие в нем перетяжек, приводящее к его деформации, увеличение размеров поджелудочной железы и снижение ее эхогенности. Кроме этого ВГ сопровождался развитием внутрипузырного холестаза у 14 больных(9,09%), внутрипеченочного – у 2 (1,4%), а в 1,95% случаев было выявлено их сочетание. У четверти больных были выявлены также эхопризнаки спленита, что характеризовалось умеренным увеличением размеров селезенки, повышением ее эхогенности. Сочетанная эхоскопическая картина ВГ, спленита и холецистопанкреатита отмечалась у 14 больных (9,09%).

У 17 больных (11,03%) диагноз ВГ был снят с помощью УЗИ. Среди этих непрофильных больных у 8 (47,06%) выявлена эхоскопическая картина подпеченочной желтухи, обусловленной у 6 (35,3%) объемным процессом в ГПДЗ, что характеризовалось ультразвуковой картиной расширения внепеченочных и/или внутрипеченочных желчных протоков в зависимости от локализации и давности процесса. У 2 (11,8%). была впервые диагностирована ЖКБ, при которой на УЗИ выявлялись различной величины конкременты в просвете желчного пузыря в виде четких эхопозитивных образований,

оставляющих акустическую дорожку. Кроме этого (также впервые) были выявлены кисты: - эхинококковая киста печени -1 (5,9%), и киста головки поджелудочной железы - 1 (5,9%). У остальных больных были выявлены признаки хронического холецистита -2(11,8%), панкреатита -2 (11,8%), ДЖВП-2 (11,8%), паренхиматозной реакции селезенки -1 (5.9%).

Таким образом, метод УЗИ имеет ценное информативное значение в клинике вирусных гепатитов, позволяет в короткие сроки установить истинную причину желтухи, что способствует своевременному переводу больных в профильные клиники для оказания им специализированной помощи.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ В СЕРЕДОВИЩІ ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ ЯК МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ

Миронюк І.С.

Закарпатський Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м.Ужгород, Україна

Згідно з результатами численних наукових досліджень, наявність інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ) значно підвищує імовірність інфікування ВІЛ статевим шляхом. На виконання заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки в Україні за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» реалізується програма надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ у представників уразливих груп населення як метод попередження передачі ВІЛ. Однак, для даної програми цільовими групами клієнтів є лише споживачі ін’єкційних наркотиків (СІН), робітники комерційного сексу (РКС) та чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ). В той же час як Загальнодержавною програмою, так і рекомендаціями ВООЗ до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ віднесено і інші особливі групи населення, в тому числі і трудові мігранти (гастарбайтери).

Мета даної роботи полягала в визначенні актуальності впровадження окремої програми діагностики та лікування ІПСШ у представників групи трудових мігрантів як метода профілактики статевої передачі ВІЛ на прикладі Закарпатської області.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети нами в Закарпатті було проведено спеціальне епідеміологічно-поведінкове дослідження, що реалізувалося методом анкетування ВІЛ-інфікованих осіб, взятих на диспансерний облік протягом 2007-2010 років. Проаналізовано анкети ВІЛ-інфікованих чоловіків та жінок, які були причетні трудової міграції (легальної та нелегальної). Під причетністю до трудової міграції малось на увазі, що або сам респондент є (був) трудовим мігрантом, або респондент є (був) постійним статевим партнером трудового мігранта. Анкети, зокрема, містили блок питань, що характеризують особливості сексуальної поведінки респондента як в період виїзду на заробітки, так і в період повернення на територію постійного

проживання. Даний блок питань дав можливість оцінити історію респондента щодо епізодів перенесених ІПСШ, наявність і частоту випадкових статевих контактів, практики використання презервативів та інше.

*Результати.*За результатами аналізу даних спеціального епідеміологічного дослідження серед виявлених і взятих на диспансерний облік за 2007-2010 рр. ВІЛ-інфікованих установлено, що серед ВІЛ-інфікованих чоловіків трудовими мігрантами у 2007 р. були 92,3%, у 2008 р. – 77,8%, у 2009 р. – 75,0 %, у 2010 р. – 63,2%. Загалом за 2007-2010 рр. питома вага трудових мігрантів серед виявлених і проанкетованих ВІЛ-інфікованих чоловіків склала 75,5%. Регіони трудової міграції – Росія (Москва, Петербург, Новомосковськ, Тула та ін.) – 70,3%, Київ, Донецьк, Полтава, Миколаїв – 18,9%, Західна Європа – 8,1%, інші регіони (Придністров'я) – 2,7%.

Щодо ВІЛ-інфікованих жінок, то з трудовою міграцією у 2007 році було пов’язано 54,5% з них (сезонними працівниками були або їх партнери, або вони самі), у 2008 р. – 54,5%, у 2009 р. – 67,1%, у 2010 р. – 66,7%. У підсумку за 2007-2010 рр. з трудовою міграцією було пов’язано 59,3% проанкетованих ВІЛ-інфікованих жінок, причому у 35,2% випадків трудовими мігрантами були їх чоловіки або партнери, у 13,0% випадків – вони самі були трудовими мігрантками, а в 11,1% випадків – у трудовій міграції були задіяні як жінки, так і їх чоловіки. Регіони трудової міграції такі ж, як і у чоловіків.

Як легальні, так і нелегальні трудові мігранти більшу частину року працюють за межами області – переважно в регіонах зі значним поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу (Росія, Південно-Східні області України). При поверненні їх додому значно зростає ризик інфікування членів їх сімей, тобто фактично трудові мігранти є групою високого ризику щодо занесення збудника ВІЛ на територію області.

Підтвердженням цього є те, що 70% трудових мігрантів-чоловіків повідомили про сексуальні стосунки з багатьма партнерами; серед мігрантів-чоловіків 59,5% взагалі не знають про ВІЛ-статус свого сексуального партнера; лише 35% використовують презервативи щоразу при сексуальних контактах уже навіть після встановлення ВІЛ-статусу; про сексуальні контакти при виїзді повідомили 56,8% мігрантів-чоловіків, а 24,3% з них відмовились від відповіді. Окрім того, 23,4% мігрантів-чоловіків відмічають епізоди лікування ІПСШ.

Серед трудових мігранток-жінок про сексуальні контакти без презервативу при виїзді повідомили 100%. Причому 57,1% мігранток-жінок взагалі не знають про ВІЛ-статус свого партнера; а щоразу при сексуальних контактах використовували презерватив після виявлення у них ВІЛ-інфекції лише 28,6% з них. Про наявність епізодів ІПСШ мігрантки-жінки відмовились повідомити.

Вищеприведені дані щодо імовірного рівня поширення ІПСШ, особливостей сексуальної поведінки, практики використання презервативів серед трудових мігрантів Закарпаття стосуються лише групи виявлених і взятих на облік ВІЛ-інфікованих. Однак, внаслідок тривалої відсутності представників даної групи на території області та неможливості повного охоплення їх лабораторними обстеженнями на ВІЛ/ІПСШ є вірогідність того, що

поширеність як ВІЛ-інфекції так і ІПСШ серед сезонних працівників насправді є значно більшою. Викликають деякі сумніви рівень правдивості відповідей респондентів щодо перенесених епізодів ІПСШ, в той же час необхідно врахувати і той фактор, що проанкетовані особи можуть і не знати про наявність ІПСШ у них.

Висновок. Отримані нами результати дослідження дають підстави стверджувати, що сексуальна поведінка у представників групи трудових мігрантів є ризикованою щодо інфікування ВІЛ/ІПСШ (що вірогідно і призводить до їх зараження ВІЛ) і, безумовно, внаслідок цього інтенсифікується процес поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення в період перебування трудових мігрантів на території області.

Очевидно, що необхідно провести більш широкі епідеміологічно-поведінкові дослідження серед групи трудових мігрантів для встановлення достовірного рівня поширеності ІПСШ/ВІЛ серед них, особливостей сексуальної поведінки, в першу чергу в регіонах міграції, з метою розробки і впровадження програм профілактики інфікування ВІЛ статевим шляхом. В той же час, представлені результати є підставою для розгляду питання необхідності розробки та впровадження програм діагностики та лікування ІПСШ у представників групи трудових мігрантів як метода попередження поширення ВІЛ статевим шляхом серед загального населення.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В 2010 ГОДУ

Низова Н.Н., Круглов Ю.В., Кислых Е.Н., Марциновская В.А., Максименок Е. В., Нгуен И.В., Шагинян В.Р., Зятюк Я.С.

Украинский центр профилактики и борьбы со СПИД МЗ Украины, г. Киев
ГУ „Институт эпидемиологии и инфекционных заболеваний им. Л.В. Громашевского НАМН Украины", г. Киев, Украина

Цель работы. Изучить распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в 9-ти регионах Украины методом дозорного эпиднадзора (ДЭН).

Материалы и методы. Проведен анализ уровней инфицированности ВИЧ среди ПИН по результатам дозорных эпидемиологических исследований в крупных городах Украины. Критериями выбора городов-участников для проведения ДЭН были: географический; эпидемиологический (включение территорий с разными уровнями распространенности ВИЧ); технологический (достаточное количество представителей целевой группы, наличие подготовленного персонала, возможность осуществления контроля над исследованием); преемственности (наличие результатов дозорных исследований за прошлые годы, исключение – г. Луганск).

Для выявления Ab HIV использовались коммерческие ИФА тест-системы "ДС-У-ІФА-АНТИ-ВІЛ", Метод сбора образцов – анонимный или

конфиденциальный. Каждому представителю целевой группы присваивался персональный код, который фиксировался в дозорном талоне и на пробирке с образцом сыворотки крови

Общее число ПИН, которые были включены в выборку данного исследования, составляло 2 252 человек.

Результаты. Уровень инфицированности ВИЧ среди ПИН по результатам дозорных исследований, проведенных в 2010 году, колебался от 10,8 % (г. Симферополь) до 52,8 % (г. Одесса).

Результаты дозорных исследований по городам были проанализированы в динамике за 2006, 2007 и 2010 года.

Самые высокие показатели регистрировались в Одессе: 54,7% в 2006 г., 55,2% в 2007 г., 52,8% - в 2010 г. Следует подчеркнуть, что, не смотря, на реализацию в Одесском регионе большого количества профилактических программ, направленных на снижение интенсивности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции, данные дозорных исследований свидетельствуют об их низком качестве проведения и недостаточном уровни охвата представителей групп риска.

Высокий уровень инфицированности ВИЧ среди ПИН продолжает наблюдаться в Донецке. Частота выявления Ab HIV в 2006 г составляла 34,8%., в 2007 г. - 41,4%., в 2010 г. - 33,1%.

В Луцке зарегистрированы уровни инфицированности ВИЧ среди ПИН выше 30%, что подтверждает активное распространение ВИЧ в среде потребителей инъекционных наркотиков: 37,6% в 2006 г. и 31,9% в 2010 г.

В Полтаве в 2007 г. и 2010 г. показатели инфицированности ВИЧ среди ПИН снизились по сравнению с 2006 г. и остались практически на одном уровне – 24,4 % и 24,0% соответственно.

Позитивная тенденция к снижению частоты выявления Ab HIV среди обследованных ПИН наблюдалась в Херсоне: 34,8% в 2006 г., 31,6% в 2007 г. и 26,0% в 2010 г.

Значительное снижение частоты выявления Ab HIV отмечается в Симферополе: 49,2% в 2006 г., 42,2% в 2007 г. и 10,8% в 2010 г. Можно предположить, что в 2010 г. из-за изменения методологии привлечения ПИН в исследование произошел так называемый "сдвиг по участию". Возможно, дозорную группу в основном составили участники профилактических программ, у которых уровень знаний и безопасного поведения выше, чем у ПИН, не охваченных такими программами.

По данным официальной статистики Харьковская область относится к регионам с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. Однако уровни инфицированности ВИЧ среди ПИН в г. Харьков по данным ДЭН превышали аналогичные данные по сероэпидмониторингу на протяжении всего исследуемого периода и составляли в 2006 г. 18,4%, в 2007 г. - 17,3%, в 2010 г. – 11,6%.

Сравнение результатов исследований в Сумах в 2006 г. и 2010 г. показало небольшой рост уровня инфицированности ВИЧ среди ПИН – 18,0 и 24,0% соответственно.

В 2010 г. впервые были проведены дозорные исследования в Луганске, где данный показатель был относительно невысоким и составил 14,3%.

Выводы. Показатель инфицированности ВИЧ среди ПИН по данным дозорных исследований остается достаточно высоким (24,0 % – 52,8 %). Сохраняется неравномерное территориальное распространение ВИЧ-инфекции среди данной уязвимой группы.

МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ В УКРАЇНІ У 2010 РОЦІ

Нізова Н.М.[1], Марциновська В.А.[1,2], Бочкова Л.В.[1]

Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, м. Київ, Україна[1]

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна[2]

Мета роботи: проаналізувати заходи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (далі – ППМД), що були реалізовані в Україні у 2010 році, та оцінити стан системи моніторингу та оцінки заходів ППМД на сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції.

Матеріали і методи. За даними оперативної інформації Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз тестування на наявність антитіл до ВІЛ вагітних та оцінено заходи ППМД серед ВІЛ-інфікованих вагітних у 2010 році.

Результати. Однією з важливих складових програми ППМД є серологічне обстеження вагітних на антитіла до ВІЛ. Встановлено, що рівень охоплення плановим обстеженням на антитіла до ВІЛ вагітних в Україні щорічно зростав з 83,8 % у 2001 р. до 99,5 % у 2008 р., а у 2009 р. та 2010 р. він склав 97,8% та 95,5%, відповідно.

За даними сероепідеміологічного моніторингу в період 2001–2008 рр. спостерігалося збільшення не лише кількості обстежень вагітних (з 599,1 тис. до 1 175,6 тис.), але й їхньої питомої ваги від загальної кількості обстежень (з 27,9 до 36,6 %). У цей же період зросла кількість ВІЛ-позитивних результатів обстеження вагітних (з 1 325 до 3 973) та показник інфікованості ВІЛ серед них (з 0,22 до 0,34 %), відповідно. У 2009-2010 рр. зменшилися всі вищезазначені показники тестування вагітних на наявність антитіл до ВІЛ (рис. 1).

Зниження показників за результатами епідеміологічного нагляду у 2009 – 2010 рр., з одного боку, пов’язано зі зменшенням рівня охоплення тестуванням вагітних на ВІЛ, з іншого – може бути наслідком позитивного впливу первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку, що спрямована на підвищення інформованості з питань ВІЛ/СНІДу та формування безпечної статевої поведінки у населення.

Встановлено, що у 2010 р. питома вага ВІЛ-інфікованих жінок серед загальної кількості вагітних складала 0,89%. Даний показник включає всіх ВІЛ-інфікованих вагітних, незалежно від моменту встановлення діагнозу ВІЛ-

інфекції, у т.ч. до вагітності. Найвищі його рівні зареєстровано у Миколаївській (2,65%), Донецькій (1,92%), Чернігівській (1,52%), Одеській (1,45%) та Дніпропетровській (1,33%) областях.

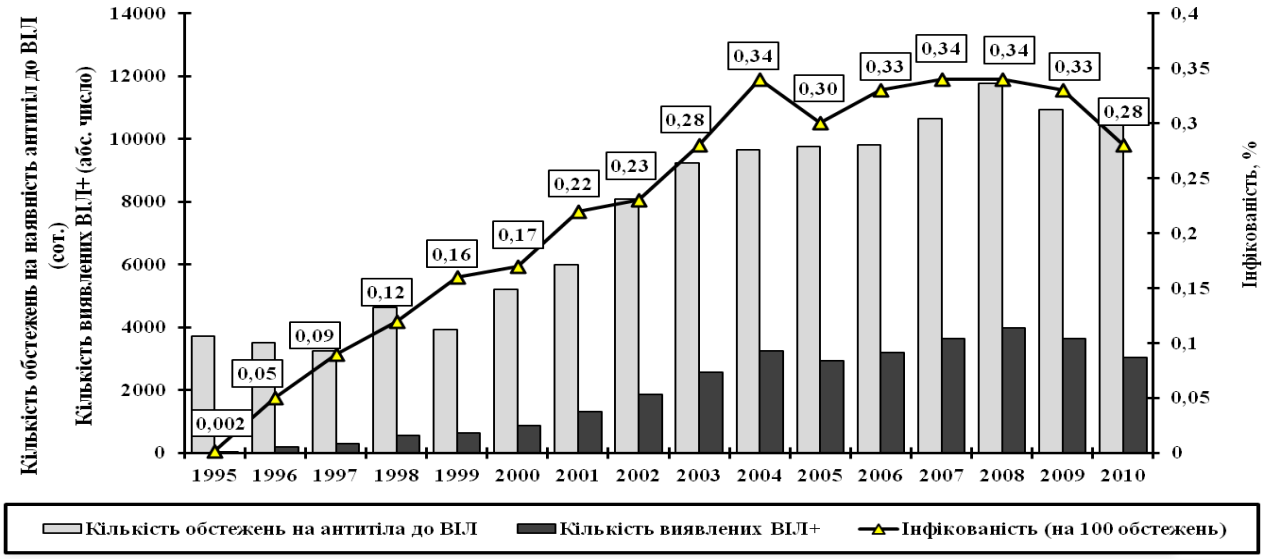


Рис. 1. Обстеження вагітних на наявність антитіл до ВІЛ в Україні (код 109) за період 1995 – 2010 рр.

Привертає до себе увагу той факт, що, на тлі зростання загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних у 2009 – 2010 рр., спостерігається поступове зменшення кількості жінок з вперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом під час вагітності, пологів або після пологів (табл. 1).

Таблиця 1.

Динаміка випадків ВІЛ-інфекції у вагітних (2007-2010 рр.)

Показники	2007	2008	2009	2010
Загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних з них:	4564	4916	5281	5099
Кількість вагітних з відомим ВІЛ-статусом до вагітності	900	983	1353	1675
Кількість вагітних, виявлених під час вагітності, пологів або після пологів	3664 (80,3%)	3933 (80,0%)	3928 (74,4%)	3424 (67,2%)

Із числа жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час звернення у жіночу консультацію, діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений у строк вагітності до 12 тижнів – у 41,1% жінок, у 12 - 26 тижнів – 37,8%, після 26 тижня – 13,4%, під час та після пологів – 7,7%. Отже, 7,7% ВІЛ-інфікованих вагітних не обстежувалися на наявність ВІЛ-інфекції до пологів та не отримали профілактику антиретровірусними препаратами. За даними спеціальних досліджень такі вагітні у 70 – 80% випадках належать до осіб з груп ризику.

У 2010 р. у 3 828 ВІЛ-інфікованих жінок (75,1%) вагітність закінчилася

пологами, з них – 765 роділлям (20,0%) проведено елективний кесарів розтин. Перервалася вагітність у 871 ВІЛ-інфікованої жінки (17,1%). У 400 ВІЛ-інфікованих жінок (7,8%) термін вагітності завершиться у 2011 р.

У минулому році АРВ-профілактику проведено 3625 вагітним, що складає 95% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих жінок, у яких вагітність завершилася пологами. Найменші рівні цього показника зареєстровано в Івано-Франківській (81%), Тернопільській (88%) областях та м. Києві (89%).

За період впровадження програми ППМД в Україні з 2001 р. вдалося понад у 4 рази знизити показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (далі – ЧПМД) – з 27,8% у 2001 р. до 6,3% у 2008 р. Рівень даного показника значно перевищував загальнодержавний у Львівській (16,9%), Запорізькій (12,3 %), Івано-Франківській (12,0 %) областях та м. Севастополі (12,1%).

Висновки.

1. Показано, що результати серологічного обстеження вагітних на антитіла до ВІЛ є інформаційною основою для проведення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
2. Встановлено, що питома вага жінок, які своєчасно не обстежуються на наявність антитіл до ВІЛ та не отримують антиретровірусну профілактику, залишається достатньо високою – 7,7%, що негативно впливає на показник ЧПМД в Україні.
3. Удосконалення системи моніторингу та оцінки заходів ППМД шляхом розробки нових статистичних форм надасть можливість отримати більш поглиблену інформацію щодо впливу факторів ризику на показник ЧПМД на сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, а також дозволить розробити ефективні заходи попередження вертикальної передачі ВІЛ для досягнення ЧПМД в Україні 2%, як цільового індикатора Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 рр.

РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ

Ніколаєва Л.Г., Петюнін Г.П., Черкасов О.П., Бур'ян Г.О., Майстат Т.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Національний фармацевтичний університет

Харківський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІД

Обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим є антиретровірусна терапія (АРТ). АРТ дає можливість відновити функцію імунної системи, знизити захворюваність та смертність, пов'язану з ВІЛ-інфекцією, продовжити життя ВІЛ-інфікованих, підвищити якість життя. Незважаючи на прогрес, який досягнуто, медикаментозна терапія належить до найбільш складних и до кінця не вивчених розділів проблеми ВИЛ-інфекції, оскільки поки не існує жодного лікарського засобу, який мав би тільки позитивний вплив на людину

Антиретровірусні (АРВ) препарати, які застосовуються сьогодні мають

великий спектр виражених побічних ефектів, у тому числі таких які загрожують життю хворого. Очевидно, що ефективність та безпека АРТ залежить від індивідуальних особливостей організму, тому її застосування потребує індивідуального підходу до кожного конкретного пацієнта. Подібний адресний підхід, який лежить в основі персоналізованої медицини, дозволить не тільки підвищити ефективність та безпеку медикаментозних заходів, але й скоротити витрати на дорогі препарати АРТ

Рішення цього завдання можливе тільки на підставі терапевтичного лікарського моніторингу (ТЛМ), оскільки ефект препарату часто залежить від не стільки від його дози, скільки від концентрації в крові та тканинах.

ТЛМ представляє собою інструмент підтримання концентрації препаратів у сироватці в межах терапевтичного діапазону у кожного хворого, з урахуванням його віку, полу, індивідуальної фармакокінетики препаратів, які використовуються, можливості лікарських взаємодій і таким чином дозволяє оптимізувати терапію. Особливо цього потребують діти, у яких концентрації препаратів у сироватці зазнає значних коливань. Ретроспективні дані показують, що концентрації АРВ препаратів у сироватці корелюють з їх противірусною активністю. Це означає, що концентрація препаратів – найважливіший показник, від якого залежить відповідь на лікування. Про актуальність цієї проблеми говорить той факт, що проведення терапевтичного лікарського моніторингу включено до проекту нового Клінічного протоколу з антиретровірусної терапії у дорослих та підлітків МОЗ України від 2010 року. АРВ препарати мають багато характеристик, які потребують моніторингу концентрації у сироватці. У їх числі індивідуальні відмінності фармакокінетики, серйозні наслідки неефективності й токсичності лікування, підтверджена залежність між концентрацією препарату та його ефектом. Так, при прийомі однієї й тієї ж дози інгібіторів протеази (ІП) у концентрації препаратів у сироватці у різних людей можуть відрізнятися більш ніж у 10 разів. Особливо велика розбіжність концентрацій у дітей, що пов’язано з притаманною для них великою варіабельністю параметрів фармакокінетики. Занадто високі або занадто низькі концентрації АРВ препаратів у сироватці можуть мати тяжкі наслідки для хворих. Стабільно низькі концентрації неминуче призведуть до появи стійких штамів вірусу, а високі можуть виявитися токсичними. Оскільки лікування ВІЛ-інфекції проводиться на протязі всього життя, є сенс застосовувати усі можливі засоби, щоб досягнути стійкого ефекту лікування та уникнути ускладнень.

Невирішеним завданням для багатьох АРВ препаратів залишається визначення терапевтичного діапазону. Хворі, які давно отримують лікування і інфіковані вірусом з вираженою, але подоланою стійкістю до АРВ засобів, вірогідно потребують більш високих концентрацій препаратів, ніж ті хворі, які тільки починають лікування. Окрім того, потрібні концентрації можуть мати відмінності залежно від полу, ваги тіла та інших індивідуальних особливостей. Зроблені спроби встановити «нормальний діапазон» концентрацій АРВ засобів, однак він потребує подальшого уточнення.

Якщо зв'язок між концентрацією у сироватці й противірусною активністю

препаратів доведений багатьма дослідженнями, то даних о залежності токсичності препаратів від їх концентрації небагато.

Велике розмаїття методів визначення концентрацій у біологічних зразках для отримання фармакокінетичних параметрів дозволяє вибрати найбільш адекватні з них, які мають високу точність визначення, відтворюваність, економічність і т.п. Широке розповсюдження отримали хроматографічні методи, з яких можна виділити метод високоефективної рідинної хроматографії.

Оптимізація фармакотерапії це не тільки проведення ТЛМ. Можливості клінічної фармакокінетики дозволяють застосовувати нові схеми дозування вже відомих препаратів. Застосування сучасних фармакокінетичних підходів у клінічній практиці дозволяє суттєво скоротити час для вибору оптимальної терапії, зменшити ризик виникнення токсичних ефектів. У деяких випадках співставлення фармакокінетичних даних з фармакологічним ефектом дозволяє зробити висновки про розумне застосування лікарських препаратів з точки зору фармкоекономіки.

В Україні, нажаль, ТЛМ при лікуванні ВІЛ-інфікованих не проводиться.

Вищенаведені дані стали підставою для планування науково-дослідної роботи, яка здійснюється кафедрою епідеміології та ВІЛ/СНІД Харківської медичної академії післядипломної освіти на базі Харківського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІД сумісно з кафедрою фармацевтичної хімії Національного фармацевтичного університету.

Метою даного дослідження є розробка підходів до оптимізації антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованих хворих на підставі терапевтичного лікарського моніторингу.

Реалізація програми дослідження буде сприяти персоналізації контролю за антиретровірусною терапією у різних групах ВІЛ-інфікованих, зниженню ризику розвитку токсичних реакцій, невдач лікування та покращенню якості життя пацієнтів.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПІЇ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Ольховська О. М., Кузнєцова В.М., Піддубна М.А., Бондарєва О.М., Чонка Н.Ю.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Протягом всього часу існування людства кишкові інфекції (КІ), особливо серед дітей раннього віку, залишалися актуальної патологією, яка потребувала постійного удосконалення щодо питань обстеження та лікування хворих.

Мета роботи – удосконалення тактики ведення дітей раннього віку, хворих на КІ, шляхом вивчення клініко-лабораторних особливостей хвороби на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 420 дітей віком 1 міс - 3 років, хворих на бактеріальні КІ, з яких 227 (54,05%) – хворих на шигельоз, 104 (24,76%) – сальмонельоз, 89 (21,19%) – ешерихіоз.

Додатково всім хворим визначали ультразвукові показники центральної та периферичної гемодинаміки.

Результати. Вивчення клінічних ознак виявило, що різні за ступенем тяжкості та збудниками КІ в рівних співвідношеннях характеризуються однотиповими варіантами ураження ШКТ, найчастішими серед яких були середньотяжкі гастроентероколітичні форми (при шигельозі – 63,88%, при сальмонельозі – 64,42%, при ешерихіозі – 48,32%). Клінічний перебіг шигельозу, сальмонельозу та ешерихіозу у дітей раннього віку мав більш схожих ознак (60% при середньотяжких формах, 77% при тяжких формах), ніж відмінних. Виявлено високий відсоток хворих, які поступають до стаціонару з симптомами дегідратації різного ступеню виразності: 41,85% при шигельозі, 41,35% – сальмонельозі, 30,34% – ешерихіозі. За нашими даними, проведення дослідження ультразвукових показників кардіогемодинаміки на ранніх етапах захворювання сприяє своєчасному виявленню ознак дегідратації. До особливостей клінічних проявів КІ на сучасному етапі можна віднести достатньо високий відсоток наявності симптому блювоти і/або зригування (при шигельозі – 41,41%, при сальмонельозі – 52,88%, при ешерихіозі – 43,82%). У поєднанні з іншими клінічними проявами – діареєю, гарячкою, симптомами загальної інтоксикації – блювота сприяла швидкому розвитку ознак кетоацидозу (ацетон в сечі виявлено у 52,38% випадках), що погіршувало загальний стан хворого. Виходячи з вище зазначених особливостей, на нашу думку доцільно в дебюті КІ за умови наявності симптому блювоти до комплексної терапії хворих залучати розчини Реосорбілакту або Ксілату. Нами проведено клініко-лабораторне співставлення перебігу КІ в залежності від вибору стартового розчину при проведенні інфузійної терапії. Одну групу склали 14 хворих, до комплексного лікування якої залучали розчин Реосорбілакту 10-15 мл/кг/добу. Інфузійну терапію 26 дітей проводили глюкозо-сольовими розчинами. В якості об’єктивних критеріїв ефективності лікування було обрано ехокардіоскопічні показники гемодинаміки. Виявлено, що залучення розчину Реосорбілакту до комплексної терапії хворих на КІ призводить до швидкого та тривалого покращення центральної та периферичної гемодинаміки за показниками переднавантаження, систолічної функції міокарду та післянавантаження, що супроводжується позитивною динамікою загально-клінічних симптомів.

Висновки. Вивчення особливостей клінічного перебігу КІ у дітей раннього віку, питання ранньої діагностики ознак дегідратації за допомогою ультразвукових показників центральної та периферичної гемодинаміки є одним з шляхів щодо удосконалення тактики ведення хворих. В дебюті КІ доцільним є використання розчинів Реосорбілакту або Ксілату у хворих з ознаками блювоти і/або кетоацидозу.

ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ СНІД В УМОВАХ ПІВНІЧНО-СХІДНОГО РЕГІОНУ

Піддубна А.І., Чемич М.Д.

Державний університет, кафедра інфекційних хвороб, м. Суми, Україна

В наш час основними глобальними тенденціями пандемії ВІЛ-інфекції залишаються зростання числа нових випадків інфікування ВІЛ та смертей від СНІДу, а темпи розвитку епідемії випереджають медичні та соціально-економічні заходи з її попередження.

Мета роботи: виявити клінічні прояви у госпіталізованих з приводу СНІДу в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького, проаналізувати причини звернення за стаціонарною допомогою, вивчити частоту та характер проявів опортуністичних інфекцій та супровідної патології.

Результати: з січня 2001 р. по вересень 2008 р. в СОІКЛ під наглядом знаходилося 89 хворих у віці від 16 до 44 років з діагнозом "ВІЛ-інфекція", в тому числі 45 чоловіків (50,6 %) та 44 жінки (49,4 %). Серед госпіталізованих вікова група до 18 років склала 1,0 %, 18-29 – 65,2 %, 30-39 – 30,4 %, 40 і старше – 3,4 %. Домінували мешканці з регіонів із високим рівнем інфікування, а саме міста Суми, Шостки та Охтирки. Були обстежені на ВІЛ-інфекцію як споживачі ін'єкційних наркотиків - 45 осіб (50,6 %), вагітні – 15 (16,9 %), особи з чисельними незахищеними сексуальними контактами – 10 (11,3 %), особи з захворюваннями, що передаються статевим шляхом – 6 (6,7 %), донори крові – 6 (6,7 %), за клінічними показаннями – 6 (6,7 %), особи, позбавлені волі – 1 (1,1 %).

Середній термін перебування хворих у стаціонарі склав – (9,0±1,0) дня. 44 особи (49,4 %) госпіталізовано за терміновими показаннями, з них 2 в термінальній стадії хвороби померли у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.

Клінічні прояви ураження нервової системи виявлені у 50 % випадків: менінгоенцефаліт - 2 хворих, туберкульозний менінгіт - 1, енцефалопатія - 8, полінейропатія - 6, астено-вегетативного синдрому - 16, НЦД – 5; кожний 4-й госпіталізований мав психічні та поведінкові розлади пов'язані з вживанням наркотичних речовин.

Відмічалася висока частота ураження печінки. У 77 (86,5 %) хворих спостерігалася гепатомегалія (клінічно та за даними УЗД), у 34 (38,2 %) – збільшення селезінки. Маркери вірусного гепатиту В виявлені у 7 (7,9 %), гепатиту С – 47 (52,8 %) випадках, 15 пацієнтів (16,9 %) мали маркери гепатиту В і С. Токсичне ураження печінки встановлено у 18 осіб (20,2 %).

Ураження шкіри і слизових проявлялися орофарингеальним кандидозом (65 % випадків). Найчастіше відмічалися прояви герпетичної інфекції, оніхомікозу, стрепто-стафілодермії, лейкоплакії язика, ангулярного хейліту, ксерозу шкіри, гострокінцеві кондиломи.

Пневмонія стала причиною звернення за допомогою в 10 (11,2 %) випадках, ГРВІ – у 6 (6,7 %) осіб. Прояви туберкульозу легень діагностовано у

5 (5,6 %) хворих (переважали інфільтративні форми з деструкцією). Туберкульоз позалегеневої локалізації мав місце у 4 осіб (4,5 %), у тому числі випадок менінгіту туберкульозної етіології.

Серед причин госпіталізації сепсис мав місце в 3 випадках (3,7 %), бактеріальний ендокардит – 2 (2,3 %), міокардит, панкардит – по 1 випадку (по 1,1 %). Синдром реконституції відмічено у 3 осіб (3,4 %); синдром виснаження, асоційований з ВІЛ – у 5 осіб (5,6 %).

У 12 ВІЛ-інфікованих (13,5 %) діагностований первинно-латентний токсоплазмоз, у 3 (3,4 %) відмічені прояви ЦМВ-інфекції. У 3 (3,4 %) пацієнтів мали місце прояви раннього скритого сифілісу.

Таким чином, у структурі ВІЛ-інфікованих домінують мешканці міст віком 18-29 років, що споживають наркотики ін'єкційно. Основні причини звернення за медичною допомогою: патологія нервової системи, шкірних покривів, печінки та легень. Більшість хворих, знаходилися на пізніх стадіях захворювання та мала прояви декількох опортуністичних інфекцій. Звертає увагу висока частота поєднання ВІЛ-інфекції з вірусними гепатитами В, С та опійною наркоманією.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОПЛАЗМОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Полукчи А.К.[1], Швайченко А.А.[1], Никитина Н.А.[2], Дмитренко В.М.[2], Гойденко А.А.[2]

Медицинская академия последипломного образования, Харьков Украина,[1]
Областная клиническая инфекционная больница, Харьков, Украина[2]

Известно, что неврологические проявления ВИЧ-инфекции могут быть вызваны как самим ретровирусом, опухолями, цереброваскулярной патологией, токсическим воздействием антиретровирусных препаратов, так и обусловлены оппортунистическими инфекциями. ЦНС в патологический процесс у 70-80 % больных ВИЧ-инфекцией, у 1/3 из них клинические признаки ярко выражены и часто проявляются симптомами менингита и/или менингоэнцефалита (Зайцев И.А., 2008). Среди таких поражений ЦНС при ВИЧ-инфекции, особое место занимает токсоплазмоз головного мозга (ТГМ), развиваются при падении числа СД4-лимфоцитов до уровня 75-125 кл/мкл. Среди больных с церебральной формой СПИДа его доля может достигать 50-70%. (Малый В.П., 2009).

За последние 4 года (2008 – 2011 гг.) в отделении интенсивной терапии (ОИТ) Харьковской областной клинической инфекционной больницы находилось 49 больных с ВИЧ-инфекцией (IV клиническая стадия), у которых отмечались признаки воспаления оболочек и/или вещества головного мозга, причем у 37 (78,8%) больных поражение НС возникало на фоне приема ВААР-терапии. Серозные воспалительные процессы были отмечены у 38 пациентов (77,5%), гнойные у 11 (22,5%). Из них по полу преобладали мужчины – 31 (63,3%), женщин было 18 (36,7%). Необходимо подчеркнуть, что 9 больных (18,3%) были возрасте 41 – 50 лет и длительность ВИЧ-инфекции у них была более 10 лет. У 16 пациентов (32,6%) отмечался летальный исход, у остальных

33 (67,4%) - ремиссия.

Токсоплазмозная этиология (табл. 1) воспалительных процессов НС (как в виде моноинфекции так и в ассоциациях) была установлена выделением ДНК возбудителя из ликвора методом ПЦР у 7 пациентов (14,3%). Изменения в ликворе у больных с ТГМ были серозного характера. Однако, необходимо отметить, что наиболее частым этиологическим фактором поражений ЦНС были герпетические вирусы (моноинфекции и в ассоциации) – 13 человек (26,5%). Обращает на себя внимание высокий удельный вес поражений ЦНС неустановленной этиологии - 51,0%. Это связано с определенными трудностями выявления некоторых оппортунистов при ВИЧ-инфекции – криптококкоза, атипичного микобактериоза, кандидоза внутренних органов, которые также могут проявляться воспалительными процессами в ЦНС.

ТГМ проявлялся менингоэнцефалитами, заболевание сочеталось с кахексией 5 больных, анемией- 4 б-х, кандидозом слизистых оболочек -4 б-х. Характерным был ряд симптомокомплексов: энцефалит + менингит – 7 больных(100%), гемипарезы – 4 (57,1%), судорожный синдром – 3 (42,8%), мозжечковая атаксия – 3 (42,8%). Неврологические проявления поражения головного мозга проявляются в одних случаях преимущественным вовлечением в процесс головного мозга, в других — спинного мозга, в третьих — оболочек, а в четвертых — периферических нервов и корешков.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что токсоплазмы, являются вторыми по частоте (после герпесвирусов) этиологическими факторами поражения головного мозга при ВИЧ. Течение заболевания сопровождается менингеальным синдромом с лимфоцитарным плеоцитозом в спинномозговой жидкости, энцефалитом с мозжечковой атаксией, гемипарезами и судорожным синдром.

Таблица 1.

Этиологическая структура поражений ЦНС при ВИЧ-инфекции

Возбудитель	Удельный вес (%)	Абс. число
Токсоплазма	8,2	4
ВПГ (1, 2 типов)	10,1	5
Микобактерии туберкулеза	8,2	4
Str. pneumonia	6,2	3
ВЭБ	4,1	2
ЦМВ	4,1	2
ВПГ (1, 2 типов) + токсоплазма	4,1	2
ВГЧ 6 типа	2,0	1
ВЭБ + токсоплазма	2,0	1
Возбудитель не выявлен	51,0	25
Всего	100	49

РЕЗУЛЬТАТИ ВПЛИВУ ТЕХНОЛОГІЇ ОЧИСТКИ СПЕРМИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЧОЛОВІКІВ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ АГЕНТІВ НА ФЕРТИЛЬНІСТЬ ЕЯКУЛЯТУ

Потокій Н.Й., Миронюк І.С.

Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

Актуальність. В умовах економічної нестабільності, зниження народжуваності і високого рівня смертності проблеми охорони репродуктивного здоров'я населення набувають особливого соціального значення. По даним ВООЗ, у світі близько 40 млн. пар лікується від безпліддя і більше 2 млн. молодих пар щорічно звертається за допомогою по цьому питанню. Кількість таких випадків постійно зростає, причому це не пов'язано з зростанням населення планети, а основна причина полягає в загальному зниженні чоловічої плідності по всьому світу. Не оминає ця проблема і сім'ї, яких торкнулася епідемія ВІЛ.

За визначенням ВООЗ, під репродуктивним здоров'ям розуміють стан повного фізичного, розумового і соціального добробуту, а не лише відсутність хвороби або недуги в усіх аспектах, що мають відношення до репродуктивної системи, її функцій і процесів. Таким чином, репродуктивне здоров'я передбачає можливість людей мати задовільне і безпечне статеве життя разом з можливістю відтворення, а також свободу вирішувати чи варто вдаватися до відповідних дій, а якщо так — то коли і як часто. Остання умова розуміє право чоловіків і жінок бути поінформованими і мати доступ до безпечних, ефективних, доступних і прийнятних методів планування сім'ї за їхнім вибором, а також інших методів регулювання народження дітей за їхнім вибором, що не суперечать закону, і право мати доступ до відповідних послуг у сфері охорони здоров'я, що дозволили б жінкам благополучно пройти через етап вагітності і родів і надали б подружнім парам найкращий шанс мати здорове немовля.

Сексуальне і репродуктивне здоров'я людей, що живуть із ВІЛ, є однією з важливих складових їх особистого благополуччя, а також їх партнерів і дітей. Завдяки поєднанню зусиль сучасної науки, медицини та ефективних соціальних програм підтримки, сьогодні для людей з ВІЛ вагітність перестала бути складною медичною і етичною проблемою. Завдяки антиретровірусній терапії висока якість життя ВІЛ-позитивних батьків може зберігатися на десятиріччя, що дозволить їм самостійно піклуватись про дитину. Враховуючи поліпшення в очікуваній тривалості життя ЛЖВ, які отримують високоактивну антиретровірусну терапію, у світі зростає кількість ВІЛ-інфікованих пар чи то пар з одним ВІЛ-позитивним партнером, які замислюються про можливість мати дітей.

Досвід багатьох країн свідчить про широкі можливості для доступу до спеціалізованої медичної допомоги у сфері репродуктивного здоров'я осіб і подружніх пар, що вражені ВІЛ.

Загальновизнаною практикою більшості розвинених країн є легітимізація застосування на засадах доказової медицини спеціалізованими професійними

об’єднаннями нових методів допоміжних репродуктивних технологій в рамках діючого законодавства конкретної країни, що дозволяє особам та подружнім парам, хворим на ВІЛ/СНІД, реалізовувати своє репродуктивне право та народжувати дітей.

Мета роботи. Визначення показників фертильності сперми ВІЛ-позитивних чоловіків та впливу обробки сперми (з урахуванням особливостей відмивки, пов’язаних з потребою забезпечення інфекційної безпеки) на її репродуктивну якість.

Матеріали й методи. Дослідження проводилось шляхом надання комплексу послуг відібраним в регіонах України дискордантим щодо ВІЛ-інфекції парам - аналіз нативної сперми, відмивка сперми, аналіз якості сперми після відмивки. Очистка та збагачення сперми проводилася методом центрифугування в градієнті щільності та методом флотації (swim-up) з використанням поживних середовищ для обробки сперматозоїдів SupraSperm® System та Sperm Preparation Medium, виробництва MediCult A/S, Данія. Якість сперми визначалася методом проведення автоматичного аналізу якості сперми на автоматичному аналізаторі SQA-V, виробництва Ізраїль до та після проведення очистки.

Результати. Проведено досліджень на визначення якості сперми до очистки 51 ВІЛ-позитивним чоловікам з дискордантних пар. Оцінку отриманих результатів ми проводили за такою номенклатурою варіантів показників сперми: нормозооспермія – нормальний еякулят; олігозооспермія – концентрація сперматозоїдів менше 20млн./мл; астенозооспермія - (а) - відсоток сперматозоїдів з швидким прямолінійним поступальним рухом із спіральним обертанням навколо своєї осі менше 25; тератозооспермія - менше 30% сперматозоїдів з нормальною морфологією.

Отримані результати до відмивки: нормозооспермія - у 21 осіб (41,18%), зміни в показниках – у 30 осіб (58,82%), в т.ч.: астенозооспермія – 6, астенотератозооспермія – 13, олігоастенотератозооспермія – 10, тератозооспермія – 1.

Відмивка проводилася шляхом центрифугування в градієнті щільності з наступним відмиванням для видалення позаклітинно розташованого ВІЛ та послідуючою обробкою методом флотації (самовільна міграція) сперматозоїдів для отримання зразків рухливих сперматозоїдів, що не містять ВІЛ. Дослідження отриманих зразків дали наступні результати:

Зростання загальної кількості сперматозоїдів у 1 мл сперми констатовано тільки у 2 зразках (3,92%). Концентрація сперматозоїдів у даних зразках зросла на 15,93% в одному випадку і 44,00% в другому. Зниження загальної кількості сперматозоїдів в одиниці об’єму сперми виявлено у 49 зразках (96,08%). В той же час в 42 зразках (82,35%) констатовано зростання питомої ваги активно рухливих сперматозоїдів з швидким поступальним рухом (рухливих категорії а). Так, якщо питома вага сперматозоїдів категорії а в одиниці об’єму сперми до обробки коливалася від 0% до 55,1%, в середньому 21,17%, то після обробки зросла в середньому на 115,36%, і коливалася від 0% до 76,2%, в середньому 45,58%.

Висновки. Результати дослідження нативної сперми отриманої від ВІЛ-позитивних чоловіків свідчать про низьку фертильність обстежених ВІЛ-позитивних чоловіків і потребу впровадження окремих компонентів допоміжних репродуктивних технологій, зокрема очистку та збагачення сперми, в коло ВІЛ-позитивних сімей. Отримані результати свідчать, що очистка та концентрація сперми методом центрифугування в градієнті щільності в поєднанні з методом флотації забезпечує не лише відмивку від ВІЛ, а й дає змогу відібрати найбільш функціонально активні сперматозоїди, що підвищує імовірність настання вагітності. Результати цього дослідження можуть бути використані для розробки організаційно-методичного забезпечення послуг з допоміжних репродуктивних технологій сім'ям ураженим ВІЛ.

ВПЛИВ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ НА РОЗВИТОК СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ АТОПІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ

Резніченко Н.Ю., Хандожко О.Б., Літвінов В.А., Бухинник Г.Є., Мордзинський Р.Б.

Державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета роботи. Проаналізувати цінність наявності синдрому мальабсорбції для з'ясування окремих ланцюгів патогенезу атопічного дерматиту.

Матеріали й методи. Під спостереженням знаходилось 50 хворих на атопічний дерматит; чоловіків - 25, жінок - 25, віком від 18 до 45 років. Всі вони хворіли з раннього дитячого віку і попередньо проведена стандартна терапія здійснювала лише тимчасовий ефект.

Результати. Аналіз анамнестичних даних і клінічного обстеження виявив у хворих наявність симптоматики, яка відповідає т.з. «синдрому мальабсорбції», але не в фазу його явних клінічних проявів, а в період, який зазначають як «легкий перебіг», або «варіант перебігу мальабсорбції з бідною симптоматикою» - тобто, в стадію захворювання, коли його важко діагностувати як можливу причину появи у хворих висипки на шкірі.

В цей період розвитку синдрому мальабсорбції надзвичайно важливим є уважне відношення до скарг пацієнтів, частоти випорожнень, їх консистенції, наявності абдомінального дискомфорту, «безпричинну» втрату ваги, зниження сили м'язів, болі в кістках, неадекватні загострення процесу на шкірі.

Ці ранні прояви синдрому мальабсорбції були в наявності у всіх обстежених нами хворих на атопічний дерматит. Крім того, у 15 (30%) виявлені клінічні прояви, що можуть свідчити про наявність хронічного панкреатиту – болі оперізуючого характеру у лівому підребер'ї, кашицеподібні випорожнення і т.п. 25 (50%) хворих відчували гіркоту у роті, періодичні приступоподібні болі в області правого підребер'я – тобто, ознаки, що є характерними для холестазу.

В західній літературі на сьогоднішній час існує декілька підходів до трактування механізмів розвитку синдрому мальабсорбції.

Одні автори вважають, що основним механізмом його розвитку є т.з.

«синдром надлишкового бактеріального росту», який характеризується обсіменінням проксимальних відділів тонкої кишки умовно-патогенною мікрофлорою, яка надходить з верхніх відділів ШКТ, або ця мікрофлора ретроградно транслокується з товстої кишки.

На думку інших авторів, провідне значення має порушення кліренсу кишечнику – зниження здібності тонкої кишки до елімінації патогенної чи умовно-патогенної флори, яке пов'язано з попередньою антибіотикотерапією. Розлади моторики тонкого кишечнику ведуть до порушень фагоцитарної функції макрофагів слизової оболонки кишечнику, а також виявляється зменшення секреції IgA та блокування адгезії мікроорганізмів на слизовій оболонці.

В той же час, за даними більшості авторів найбільш оптимальним вважається такий підхід до діагностики, коли зусилля клініцистів спрямовуються не на доказ наявності чи відсутності синдрому мальабсорбції, а на встановлення конкретної патології, яка й призводить до порушення всмоктування кишечником. Найбільш перспективним вважається вивчення пограничної області 12-палої та тонкої кишки.

Висновки. У всіх обстежених хворих атопічним дерматитом виявлені ознаки синдрому мальабсорбції. Потребує подальшого дослідження з'ясування факторів, які призводять до порушень сорбційних механізмів кишечнику при цьому захворюванні.

СПЕЦИФІЧНІ СЕРОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ГЕПАТИТІВ В І С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Сергеєва Т.А., Шагінян В.Р., Максименок О.В., Бугаєнко Н.С., Гураль А.Л.
ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ, Україна

Мета роботи: визначення частоти виявлення маркерів інфікування вірусами гепатитів В і С (ГВ і ГС) серед ВІЛ-інфікованих осіб, які належать до різних груп підвищеного ризику зараження збудниками з парентеральним механізмом передачі.

Матеріали і методи. Проведено цілеспрямований серологічний скринінг на маркери інфікування вірусами ГВ (HBV) і ГС (HCV) ВІЛ-інфікованих осіб у рамках крос-секційного дослідження. Серед обстежених були: споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН); жінки, які працюють у сфері комерційного сексу (жінки секс-бізнесу – ЖСБ); особи з симптомами інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ); сексуальні партнери ВІЛ-інфікованих осіб. У зразках сироваток крові визначали HBsAg і антитіла до корового антигену (AbHBc) HBV та сумарні антитіла до HCV (AbHCV) методом імуноферментного аналізу (ІФА) із застосуванням комерційних тест-систем різного виробництва та принципу дії. При проведенні досліджень враховували принцип анонімного незв'язаного тестування, котрий не передбачає ідентифікацію обстежуваної особи. До груп порівняння увійшли особи, не інфіковані ВІЛ, з аналогічними факторами ризику. За контрольні показники вважали результати обстеження на

вказані маркери донорів крові та вагітних, котрі, як правило, розглядають як референтні.

Для визначення сили зв'язку між певними факторами ризику та частотою виявлення маркерів інфікування вираховували показник відносного ризику (ВР).

Результати. Встановлено, що частота виявлення усіх серологічних маркерів інфікування HBV і HCV в осіб, які належать до груп ризику, незалежно від ВІЛ-статусу, достовірно вища (p<0,001) за контрольні показники (табл.).

Таблиця 1.

Частота визначення серологічних маркерів гепатитів В і С

Групи ризику (n)	Виявлені маркери інфікування							
	HBV				HCV		HBV+HCV	
	HBsAg		AbHBc		AbHCV			
	n	%±mp	n	%±mp	n	%±mp	n	%±mp
ВІЛ-інфіковані								
СІН (311)	92	29,3±2,6	191	61,4±2,8	251	80,7±2,2	206	66,2±2,7
ЖСБ (173)	54	31,2±3,5	128	74,0±3,3	143	82,7±2,9	125	72,3±3,4
Особи з ІПСШ (277)	72	26,0±2,6	141	50,9±3,0	202	72,9±2,7	137	49,5±3,0
Партнери (122)	12	9,8±2,7	36	29,5±4,1	55	45,1±4,5	27	22,1±3,8
Вся група (883)	230	26,0±1,5	496	56,2±1,7	651	73,7±1,5	495	56,1±1,7
Не інфіковані ВІЛ								
СІН (715)	62	8,7±1,1	202	28,2±1,7	327	45,7±1,9	177	24,8±1,6
ЖСБ (173)	40	6,4±1,0	153	24,6±1,7	133	21,4±1,6	62	10,0±1,2
Особи з ІПСШ (349)	30	8,6±1,5	60	17,2±2,0	35	10,0±1,6	15	4,3±1,1
Партнери (24)	1	4,2±4,1	5	20,8±8,3	5	20,8±8,3	2	8,3±5,6
Вся група (1709)	133	7,8±0,6	420	24,6±1,0	500	29,3±1,1	256	15,0±0,9
Групи порівняння								
Донори крові (1186)	11	0,9±0,3	112	9,4±0,8	16	1,3±0,3	4	0,3±0,2
Вагітні (900)	10	1,1±0,3	108	12,0±1,1	28	3,1±0,6	22	2,4±0,5
Вся група (2086)	22	1,0±0,1	220	10,5±0,7	44	2,1±0,3	26	1,2±0,2

У ВІЛ інфікованих осіб HBsAg, AbHBc, AbHCV та маркери ГВ+ГС визначались достовірно частіше, ніж в обстежених без ВІЛ-інфекції: відповідно у 3,3; 2,3; 2,5 та 3,7 разу. І серед ВІЛ-інфікованих, і серед осіб, не інфікованих ВІЛ, превалювали маркери інфікування HCV – відповідно 73,7 та 29,3%, що є побічним доказом того, що більшість з обстежених мали досвід вживання наркотиків шляхом ін'єкцій. У віковому аспекті переважали групи віком від 20 до 39 років. Самою ураженою групою ризику серед ВІЛ-інфікованих виявились ЖСБ, в яких показники виявлення усіх серологічних маркерів були найвищими. Високий відсоток наявності AbHCV при обстеженні ЖСБ, інфікованих ВІЛ (82,7%), пояснювався тим фактом, що понад 70% з них не заперечували ін'єкційного споживання наркотиків; тобто, жінки наражалися на «подвійний» ризик інфікування збудниками парентеральних гепатитів та ВІЛ – як статевим шляхом, так і штучно парентерально при введенні наркотиків. Друге за рейтингом місце посідали СІН, потім особи з ІПСШ, і найменші показники були отримані при обстеженні сексуальних партнерів ВІЛ-інфікованих.

В осіб без ВІЛ-інфекції, як і очікувалось, частота виявлення маркерів інфікування HBV і HCV була найбільшою серед СІН. В осіб, яких традиційно відносять до груп високого ризику зараження статевим шляхом (ЖСБ та хворі на ІПСШ), частіше знаходили серологічні маркери HBV-інфекції, що підтверджує переважно цей шлях, оскільки HBV передається при сексуальних контактах значно «ефективніше», ніж HCV. Слід підкреслити, що при зараженні HBV і HCV статевим шляхом до організму людини потрапляють порівняно невеликі дози збудників, що у більшості випадків спричиняє безсимптомні форми інфекції і, внаслідок тривалої персистенції вірусів, призводить до формування хронічного гепатиту. Серед хворих на ІПСШ та ЖСБ накопичується значна кількість осіб з безжовтяничними, субклінічними прихованими формами парентеральних вірусних гепатитів, і ці особи можуть інтенсивно поширювати HBV і HCV серед інших груп населення.

Розрахунок показника ВР дозволив встановити, що для осіб з ІПСШ інфікуванню HBV та HCV могли сприяти наявність супутньої ВІЛ-інфекція та сифілісу; для зараження HCV також відігравав роль вік 40-49 років, а HBV+HCV водночас – 30-39 років. Для ЖСБ перелік статистично доведених кофакторів був ширшим – ін'єкційне споживання наркотиків, ВІЛ-інфекція, сифіліс, наявність 2-х і більше ІПСШ в анамнезі, незахищені сексуальні стосунки – як для HBV, так HCV, і HBV+HCV. Незважаючи на те, що в Україні не легалізований комерційний секс, це не означає, що його нема. Висока інфікованість вірусами гепатитів і ВІЛ представників цієї «професійної» групи являє серйозну небезпеку, оскільки робітників комерційного сексу (і жіночої, і чоловічої статі) певною мірою розглядають як резервуар збудників з парентеральним механізмом передачі в популяції. І якщо раніше це першочергово відносилось до HBV, то в теперішній час подібне твердження є повністю справедливим і у відношенні ВІЛ, і стосовно HCV.

Висновки:

1. Показано високий рівень інфікованості HBV і HCV осіб з груп високого ризику зараження, незалежно від ВІЛ-статусу. Найбільша частота виявлення

серологічних маркерів ГВ і ГС зареєстрована при обстеженні ВІЛ-інфікованих жінок секс-бізнесу, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій.
2. Серед осіб з наявністю серологічних маркерів HBV, HCV і ВІЛ в усіх групах ризику превалюють ідентичні вікові групи – від 20 до 39 років. Жінки з девіантною поведінкою, які відносяться до соціально дезадаптованих верств населення, відіграють активну роль у поширенні збудників парентеральних вірусних гепатитів, ВІЛ-інфекції, ІПСШ.
3. Наявність ефекту взаємодії між вірусами HBV і HCV, ВІЛ та збудниками ІПСШ поряд із поведінковими факторами ризику обґрунтовує актуальність подальшого вивчення сероепідеміологічних особливостей цих інфекцій в різних уразливих групах населення.

ОПТИМІЗАЦІЯ ШЛЯХІВ РОЗРОДЖЕННЯ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ ЖІНОК У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2005-2011 РОКИ

Служинська М.Б., Остап'юк Л.Р., Чайка І.В.

Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Львів, Україна

За темпами розвитку епідемії, Україна - лідер у Східноєвропейському регіоні разом з Естонією та Російською Федерацією. Кількість ВІЛ-інфікованих у Східноєвропейському регіоні становить більше 1 млн. людей. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні розвивається понад 20 років. За цей час одиничні випадки хвороби переросли в повномасштабну епідемію. За даними Українського Центру СНІДу МОЗ України, за час, що минув з початку реєстрації перших випадків інфікування (1987), станом на 01.06.2011р. в Україні виявлено 190 372 ВІЛ-інфікованих, серед них 40 802 осіб захворіла на СНІД, 22 320 хворих померли від захворювань, обумовлених СНІДом. За останні 6 років в Україні, зокрема і в Львівській області, спостерігається зростання статевого шляху передачі ВІЛ від 22,0% в 2005 році до 37,6 за 6 місяців 2011 року і зростання питомої ваги ВІЛ-інфікованих жінок в активному репродуктивному віці. Це зумовлює необхідність своєчасного проведення цим жінкам підчас вагітності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини антиретровірусними препаратами, оптимального вибору методу розродження, штучного вигодовування і призначення профілактики антиретровірусними препаратами новонародженій дитині.

Мета роботи - провести оцінку основних тенденцій шляхів розродження ВІЛ-інфікованих вагітних жінок у Львівській області за 2005-2011 роки.

Матеріали і методи. Усі ВІЛ-інфіковані вагітні жінки були обстежені на наявність антитіл до ВІЛ методом імуноферментного аналізу з наступним проведенням верифікаційних підтверджуючих досліджень на базі Київського науково-дослідного інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського (в 2005-2008 роки), Івано-Франківського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом (2008-2010 роки) та Львівського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом (2010-2011 роки).

З 2008 року проводилося також обстеження вагітних на рівень CD4 клітин методом проточної цитофлуориметрії (на базі Київського міського,

Тернопільського та Ужгородського обласних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом) та на рівень вірусного навантаження в крові (на базі Київського міського, Івано-Франківського та Львівського обласних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом).

Результати. З 2005 по 2011 рік у Львівській області спостерігається постійне зростання кількості ВІЛ-інфікованих жінок, які народили дітей протягом даного часу з 30 жінок у 2005 році, 29-у 2006 році, 40-у 2007, 50-у 2008, 77-у 2009, 81-у 2010, 39-за І півріччя 2011 року. За 2005 рік 29 пологів (96,7%) відбулися через природні пологові шляхи, у 2006 році-всі 30 пологів (100%) відбулися через природні пологові шляхи, у 2007 році-40 пологів (з них всі-через природні пологові шляхи).В 2007 році був прийнятий наказ МОЗ України №716 від14.11.2007 року "Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини", відповідно до якого рекомендовано проводити плановий елективний кесарів розтин при наявності вірусного навантаження в крові ВІЛ-інфікованої вагітної більше 1000 копій РНК/мл крові. В той же час покращилася матеріально-технічна база і зросли можливості щодо визначення рівня вірусного навантаження. Тому вже в 2008 році 20 пологів (40%) відбулися шляхом елективного кесаревого розтину. Але, починаючи з 2009 року кількість елективних кесаревих розтинів у Львівській області почала зменшуватись і становила в 2009 році -26 (33,8 %), в 2010 році-17 (20,9%) та за вісім місяців 2011 року - 9 (18,0 %). Зниження частоти елективних кесаревих розтинів можна пояснити своєчасним взяттям ВІЛ-інфікованих вагітних на облік в жіночих консультаціях та в Львівському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом та призначенням їм ефективних схем профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини трьома антиретровірусними препаратами. На фоні прийому профілактичних схем трьома антиретровірусними препаратами проводилося визначення показників вірусного навантаження двічі (перед початком призначенням схеми і в третьому триместрі вагітності ближче до терміну пологів).В динаміці на фоні прийому препаратів в переважній більшості вагітних рівень вірусного навантаження знижувався нижче 1000 копій РНК/мл крові, що дозволяло вести пологи через природні шляхи. Але на даний час відповідно до Наказу МОЗ України №551 від 12.07.2010 р. "Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків" п.12.3.1. особливості медичного спостереження ВІЛ-інфікованих жінок під час вагітності та відповідних роз'яснень з Комітету з протидії ВІЛ/СНІДу МОЗ України плановий елективний кесарів розтин на 38-39 тижні показаний всім ВІЛ-позитивним вагітним, за винятком випадків, коли вірусне навантаження ВІЛ менше 50 копій/мл на 34-36 тижнях вагітності. Тому найближчим часом знову можна прогнозувати можливе зростання частоти елективних кесаревих розтинів.

Висновки. В Україні, зокрема і у Львівській області, з 2005 по 2011роки на фоні несприятливої епідемічної ситуації спостерігається постійне збільшення кількості пологів у ВІЛ-інфікованих жінок. За останні 6 років у Львівській області спостерігається хвилеподібна динаміка методів розродження цієї

категорії пацієнток з майже 100% переважанням розродження через природні пологові шляхи в 2005-2007 роках, стрімким зростанням частоти елективних кесаревих розтинів до 40% в 2008 році і їх поступовим зниженням до 18% за 9 місяців 2011 року. Проведення заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини дозволила знизити частоту передачі ВІЛ від матері до дитини у Львівській області до 1,2%(за 2010 рік). Це зумовлює появу нової тенденції до зростання кількості повторних вагітностей і пологів при ВІЛ-інфекції у жінок не лише в стадії безсимптомного носійства, а і в третій та четвертій клінічних стадіях. Визначення оптимальної тактики ведення пологів залежно від рівня вірусного навантаження у крові ВІЛ-інфікованої вагітної жінки дозволяє знизити до мінімуму ризик передачі ВІЛ від матері до дитини в пологах. Підвищена увага до даної проблеми на державному рівні (постійне оновлення нормативно-правової документації, що регламентує попередження передачі ВІЛ від матері до дитини) є свідченням високої актуальності поширення ВІЛ-інфекції серед жінок активного репродуктивного віку в Україні.

ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ НА 2011-2014 РОКИ

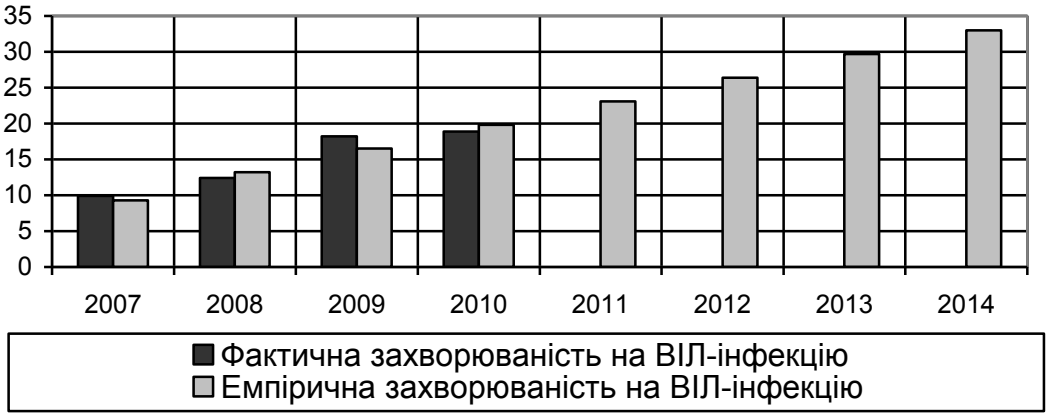
Служинська М.Б., Сороколіт А.Л.

Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, м. Львів, Україна

Стрімке поширення ВІЛ-інфекції в у Львівській області потребує прогнозування (короткочасного і довготривалого) розвитку епідемії.

Для прогнозування розвитку епідемії ВІЛ-інфекції був використаний метод медичної статистики, який дозволяє вимірювати розміри змін, що відбулися упродовж певного періоду часу (за три попередні роки – 2008-2010 роки), та кількісно охарактеризувати тенденції їх розвитку. З даною метою використовувався інтенсивний показник (захворюваність на 100 тис. нас.). Найбільш доступні та прості статистичні методи прогнозування базуються на екстраполяції – збереження закономірностей в майбутньому. Чим коротшим є термін екстраполяції, тим більш надійним та точним є прогноз. Найбільш поширеним методом екстраполяції є метод найменших квадратів.

Розглянемо динаміку захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Львівській області за період 2008-2010 років (на 100 тис. населення).



Даний показник розраховувався на 2011-2014 роки методом найменших квадратів:

Роки	Фактичний рівень захворюваності, Уф	Умовне відхилення, Х	Х²	ХУф	Ух – вирівняні рівні
2008	12,4	-1	1	-12,4	13,2
2009	18,2	0	0	0	16,5
2010	18,9	1	1	18,9	19,8
	∑Уф=49,5	∑Х=0	∑Х² = 2	∑ХУф=6,5	
2011	Прогноз				23,1
2012					26,4
2013					29,7
2014					33,0

$$a = \frac{\sum Y_\phi}{n} = 49{,}5/3 = 16{,}5 \qquad b = \frac{\sum X Y_\phi}{\sum X^2} = 6{,}5/2 = 3{,}3$$

У 2008 = а+вх2008 = 16,5+3,3 х (-1) = 13,2

У 2009 = У2008 + 3,3 = 16,5; У 2012 = У2011 + 3,3 = 26,4;

У 2010 = У2009 + 3,3 = 19,8; У 2013 = У2012 + 3,3 = 29,7;

У 2011 = У2010 + 3,3 = 23,1; У 2014 = У2013 + 3,3 = 33,0

Висновок: При умові збереження існуючих тенденцій розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у Львівській області в 2008-2010 роках, в найближчі чотири роки слід очікувати збільшення показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію щонайменше на 3,3 одиниці на 100 тис. населення щорічно.

Оцінюємо достовірність зробленого прогнозу, розраховуючи коефіцієнт Тейлора:

Роки	Yф	Yх	Yф-Yх	(Yф-Yх)²	Yф²	Yх²
2008	12,4	13,2	-0,8	0,64	153,76	174,24
2009	18,2	16,5	1,7	2,9	331,24	272,25
2010	18,9	19,8	-0,9	0,81	357,21	392,04
				∑=4,4	∑=842,21	∑=838,53

$$U = \frac{\sqrt{\sum (Y_\phi - Y_x)^2}}{\sqrt{\sum Y^2_\phi} + \sqrt{\sum Y^2_x}} * 100 = (\sqrt{4{,}4} / \sqrt{842{,}21} + \sqrt{838{,}53}) * 100 = (2{,}1/58{,}0) * 100 = 3{,}0\%$$

Висновок: Коефіцієнт розходження емпіричних і теоретичних даних не перевищує 5%. Даний розрахунок достатньо точно описує тенденцію збільшення рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення області.

При переведенні інтенсивних показників (поданих вище) в абсолютні числа динаміка розрахункового рівня накопичувальної кількості ВІЛ-інфікованих (з наростаючим підсумком), захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД у 2011–2014 роках та кількості померлих від СНІДу при умові збереження існуючої тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у 2008–2010

роках на найближчі 4 роки (2011–2014 роки) буде виглядати таким чином:

Кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, які перебуватимуть на диспансерному обліку на 01.01 звітного року	Кількість вперше виявлених і зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу	Кількість осіб, які будуть зняті з диспансерного обліку у зв'язку зі смертю від захворювань, обумовлених СНІДом і інших причин
2008 рік – 1225/272	315/114	27
2009 рік – 1505/339	462/118	44
2010 рік – 1764/413	479/153	62
2011 рік – 2025/487	589/237	79
2012 рік – 2285/561	673/321	97
2013 рік – 2545/635	757/405	115
2014 рік – 2805/709	841/489	133

Запропонований прогноз може бути взятий до уваги при формуванні політики в галузі охорони здоров'я області, зокрема стосовно профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також для оцінки демографічних та соціально-економічних наслідків епідемії.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Соломенник А.О.[1], Бондарь А.Е.[1], Колодий Н.А.[2], Могиленец Е.И.[1], Юрко К.В.[1], Винокурова О.Н.[1], Никитина В.В.[2]

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина[1]

Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков[2]

У больных хроническим гепатитом С (ХГС) закономерно обнаруживают различные аутоиммунные феномены. Однако если связь между ними и внепеченочными проявлениями заболевания можно считать доказанной, то их непосредственная роль в повреждении печени по-прежнему окончательно не определена (Буеверов А.О., 1998; Лесняк О.М., 1998; Вирстюк Н.Г., 2002; Мороз Л.В., 2002; Серов В.В. и др., 2003). Необходимым условием доказательства патогенного влияния аутоантител является перенос патологического состояния на лабораторное животное (Ефуни С.С., 1991). Одним из примеров такого успешного переноса можно считать эксперимент А.И. Нестерова на морских свинках, в котором удалось показать, что лейкоцитарная взвесь больных ревматизмом способна пассивно передавать чувствительность замедленного типа к ткани эндокарда подопытным животным. В то же время Кузнецова Н.И. и Сорокина И.А. (Москва) выявили поражение мозга у крыс после введения им сыворотки больных нервно-психическими заболеваниями, содержащей антитела к мозговой ткани, чем

доказали их цитотоксичность.

Целью нашего исследования явилась оценка агрессивности антител к микросомам печени, нативной и денатурированной ДНК (н- и д-ДНК) путем их переноса от больных ХГС на крыс с последующим морфологическим исследованием ткани печени подопытных животных.

Материал и методы. Пассивный перенос аутоиммунного состояния осуществляли по методу Ч.И. Бурштейна (1967). Половозрелым белым крысам линии «Вистар» вводили сыворотку больных ХГС, содержащую аутоантитела к микросомам печени (2 реципиента), к н-ДНК (2 реципиента), к н- и д-ДНК (2 реципиента), к микросомам печени, н- и д-ДНК (2 реципиента) в титре 1:100 и выше подкожно в количестве 0,8 мл шестикратно с интервалом 2-3 дня. Аутоантитела в сыворотке крови больных ХГС определяли методом иммуноферментного анализа с помощью соответствующих тест-систем производства НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова (Москва, Россия). Забивали животных через 1,5 месяца после последнего введения. После декапитации и обескровливания извлекалась печень и помещалась для фиксации в раствор формалина. Затем кусочки органа заливались в парафин, делались срезы, которые окрашивались гематоксилином и эозином и по методу Ван-Гизона. Полученные препараты микроскопировались.

Результаты. Морфологическое изучение ткани печени подопытных животных показало отсутствие каких-либо патологических изменений в ней (дистрофия, воспалительная инфильтрация, некроз, фиброз) по сравнению с печенью контрольных крыс.

Выводы. Таким образом, проведенная нами попытка экспериментального переноса аутоантител к микросомам печени, н- и д-ДНК от больных ХГС половозрелым крысам не позволила доказать их непосредственное патогенетическое значение в повреждении печени при ХГС. Это вполне согласуется с результатами, полученными нами ранее (Козько В.Н. и соавт., 2008), и еще раз косвенно подтверждает существующее предположение о том, что эти и другие аутоантитела при HCV-инфекции носят «сигнальный» характер (Апросина З.Г., 1998) и являются следствием патологического процесса в печени, а не его причиной.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

Сорокина И.В., Шерстюк С.А.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Целью настоящего исследования явилось выявление морфологических особенностей эндокринной части поджелудочной железы детей раннего возраста от ВИЧ-инфицированных матерей.

Материалом исследования послужили 7 поджелудочных желез детей, умерших в возрасте до 1 года, от ВИЧ-инфицированных матерей.

В литературе подобной патологии эндокринной части поджелудочной

железы, при внутриутробной ВИЧ-инфекции, описано не было.

Методы исследования – обзорная гистологическая окраска гематоксилином и эозином. Комплекс гистологических, морфометрических, цитофотометрических исследований проводился на микроскопе Olympus BX-41 с использованием программ Olympus DP-Soft (Version 3:1) и Microsoft Excel. Плотность клеточных элементов пересчитывалась при увеличении 400, в 10 ограниченных полях зрения.

Статистический анализ проведен с помощью стандартного пакета программ Statgraphics.

Результаты. Макроскопически в поджелудочных железах хорошо были различимы основные части такие как головка, тело и хвост. Форма большинства желез напоминала лентовидную (5 случаев), но встречались и молотообразные (2 случая). Железы на ощупь имели плотноэластическую консистенцию, снаружи были покрыты плотной соединительнотканной оболочкой, белесоватого цвета. На разрезе паренхима железы имела серо-розовый цвет, мелкодольчастая.

Микроскопически паренхиму железы разделяли на дольки широкие соединительнотканные тяжи, отходящие от капсулы, в толще которых находились выводные протоки, сосуды и нервы. Паренхима была представлена ацинусами, имеющими альвеолярное строение, и скоплениями α- и β-клеток, выявленных при помощи окраски препарата по методу Маллори.

Клеточный состав островков распределился практически равномерно между α- и β-клетками. β-клетки располагались диффузно по всей площади островков и имели округлой формы умеренно базофильное ядро и эозинофильную цитоплазму. Выявлялись клетки с признаками маргинации ядерного хроматина. При окраске по Маллори в цитоплазме β-клеток определялась темно-синяя зернистость. α-клетки, также как и β-клетки располагались хаотично во всей толщи островков Лангерганса и имели овальную форму. Ядра клеток небольшие, несколько вытянутые, содержали хроматин. Незначительно выраженная цитоплазма содержала оранжевого цвета (при окраске по Маллори) гранулы.

Учитывая данные полученные с помощью морфометрии свидетельствующие об уменьшении плотности эндокриноцитов, большей степенью за счет β-клеток (плотность β- и α-клеток составила 88,87±3,22 и 90,32±3,23 экз. в поле зрения соответственно) и вышеописанную гистологическую картину, можно говорить об уменьшении функциональной активности эндокринной части поджелудочной железы, по сравнению с группой сравнения (мертворожденные от ВИЧ-инфицированных матерей), что, по-видимому, является проявлением истощения компенсаторных возможностей железы.

Вывод: таким образом, в эндокринной части поджелудочной железы детей раннего возраста от ВИЧ-инфицированных матерей выявлено уменьшении функциональной активности, свидетельствующее о срыве адаптационно-компенсаторных возможностей органа.

ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА ПОЗИТИВНИХ ТА НЕГАТИВНИХ ПРЕДИКТОРІВ SVR У ХВОРИХ НА ХГС

Телегін Д.Є.

Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Сучасні протоколи ведення хворих на хронічний гепатит С (ХГС) передбачають обов'язкове урахування вірогідності успіху противірусної терапії, тобто досягнення кожним окремим пацієнтом стійкої вірусологічної відповіді (СВВ).

Мета роботи. З метою виявлення нових та удосконалення існуючих предикторів SVR нами було проаналізовано та співставлено частоту досягнення швидкої та стійкої вірусологічної відповіді на стандартну противірусну терапію у 96 хворих на ХГС 1b генотипу з різними вихідними рівнями стадії фіброзу, що визначалась за шкалою METAVIR із використанням неінвазивного методу Fibrotest.

Матеріали й методи. У ході дослідження усі проліковані хворі були розподілені у три групи порівняння: з відсутнім або мінімальним фіброзом – 24 особи, помірним фіброзом – 53 особи та з вираженим фіброзом та/або цирозом печінки (ЦП) – 19 осіб.

Результати. Частота СВВ у групі хворих із відсутнім або мінімальним фіброзом становила 87,5%. Помітно меншою була частота СВВ у другій групі хворих (із помірним фіброзом) – 64% та у третій групі (із вираженим фіброзом та/або ЦП) – 36,8%. Різниця у частоті досягнення СВВ у пацієнтів трьох груп порівняння є статистично достовірною ($p<0,05$).

Дещо інша залежність спостерігалась при порівнянні частоти ШВВ. Так, у першій та другій досліджуваних групах не помічено статистично достовірної різниці щодо досягнення ШВВ: 82% проти 77% ($p>0,05$). Натомість частота ШВВ серед хворих із F3-F4 ступенем фіброзу була достовірно нижчою, ніж у 1-й та 2-й групах хворих, і складала лише 29% ($p<0,05$).

Окрім виявленої закономірності, нашу увагу привернула також статистично достовірна відмінність у позитивній та негативній прогностичній цінності такої широковживаної ознаки, як ШВВ. Ми зауважили, що позитивна прогностична цінність цієї ознаки є найбільш вагомою у випадках мінімального вихідного ступеня фіброзу (100%) і знижується (71,4%) із наростанням фіброзу ($p<0,05$), в той час як негативна прогностична цінність відсутності ШВВ, щодо досягнення СВВ сягає 100% у хворих з помірним і вираженим фіброзом, але знижується до 75% у пацієнтів із відсутнім або мінімальним фіброзом. А саме, позитивна прогностична цінність ШВВ у хворих 1,2 та 3-ї груп становила 100%-83%-71,4% відповідно; негативна прогностична цінність у цих групах складала відповідно 75%-100%-100%. Іншими словами, з 10 хворих з мінімальним фіброзом, що досягли ШВВ, усі 10 можуть досягти і СВВ, тоді як у випадку вираженого початкового фіброзу лише 7 з 10 хворих із ШВВ зможуть остаточно звільнитися від вірусу HCV. Протилежна ситуація має місце при оцінці негативної прогностичної цінності ШВВ: при незначному фіброзі на час

початку лікування кожний 4-й пацієнт з числа тих, що не досягли ШВВ, все одно залишається кандидатом на досягнення СВВ, натомість, жоден з хворих з вираженим фіброзом, що не досяг ШВВ, не має шансів на стійку вірусологічну відповідь.

Висновки: Визначення стадії фіброзу за допомогою неінвазивного методу Fibrotest до початку ПВТ можна вважати вагомою прогностичною ознакою при визначенні шансів пацієнта на досягнення СВВ. Позитивна прогностична цінність ШВВ є найвищою у пацієнтів з мінімальною вихідною стадією фіброзу і суттєво знижується у хворих із вираженим фіброзом. Негативна прогностична цінність ШВВ, навпаки, знижена у хворих з мінімальним вихідним ступенем фіброзу.

РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Черкасов О.П., Кожевнікова І.М., Югай Е.В., Єськова Л.І., Неффа О.А.
Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м.Харків

АРТ є невід'ємним компонентом програми надання комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД. Основною метою АРТ є збереження здоров'я, покращення та подовження життя ВІЛ-інфікованої людини. Ефективна АРТ має профілактичне значення, оскільки у випадку не визначального рівня вірусного навантаження ВІЛ у крові пацієнта, суттєво знижується ризик передачі вірусу від нього.

З економічної точки зору, забезпечення належного доступу до АРТ призводить до зменшення навантаження на систему охорони здоров'я шляхом заощаджень витрат на лікування опортуністичних інфекцій, госпіталізацію та стаціонарне лікування, догляд за важкохворими.

Об'єкт і методи дослідження: Для оцінки ефективності програм лікування ВІЛ/СНІДу в Україні за рекомендаціями ВООЗ, у 2008 році було запроваджено єдину систему моніторингу за пацієнтами на АРТ, основану на когортному принципі спостереження. Всі дані для аналізу, отримані на підставі форм №56 «Звіт про надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД» та №57 «Звіт про дорослих та дітей, які розпочали АРТ у когорті та лікуються 6, 12, 24 та 36 міс.», затверджених наказом МОЗ України від 07.04.2008 року № 187 «Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо їх заповнення».

Епідеміологічні дослідження.

За весь період епіднагляду з 1987 по 01.07.2011 р. в області офіційно зареєстровано 5273 ВІЛ-інфікованих громадян України та 50 іноземців, показник на 100 тис. 191,5 (Україна – 415,7). Хворих на СНІД – 684 та 3 іноземця, показник – 24,8 (Україна – 89,0). Померло хворих на СНІД – 467, в т.ч. від СНІД – 458 осіб, показник – 16,6 (Україна – 48,7).

Протягом 1 півріччя 2011 року в області зареєстровано 270 ВІЛ-інфікованих громадян України та 3 іноземці. Серед вперше зареєстрованих

інфікованих в поточному році - 49 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, в т.ч. 1 іноземець. Показник захворюваності ВІЛ-інфекцією на 100 тис. населення складає 9,9 (Україна – 19,1).

В порівнянні з аналогічним періодом минулого року кількість ВІЛ-інфікованих збільшилась в 1,1 рази (2010 р. – 260 – показник – 9,4). Зростання даного показника відбулося в основному за рахунок збільшення рівня захворюваності в закладах департаменту виконання покарань, на долю якої припадає 32,2% (88 випадків) від усіх зареєстрованих ВІЛ-інфікованих.

Досить високою залишається частка парентерального шляху передачі – 43,5% (119 осіб) проти 35,0% у 2010р. (91 особа). Статевий шлях становить 34,4% (94 осіб) від усіх зареєстрованих проти 37,7% у 2010 р. (98 осіб) Більшу частину зареєстрованих ВІЛ-інфікованих складають чоловіки – 55,3% (151 особа), жінок – 44,4% (122 особи).

За останні роки в області відмічається фемінізація ВІЛ-інфікованих 2009 р.-34,3%, 2010 р. – 41,9%, 2011 р. – 44,7 %.

Найбільш ураженою віковою групою є працездатна група осіб віком від 20 до 40 років, на долю яких припадає 69,2% (2010р. – 63,5%).

Протягом І півріччя 2011 року встановлено діагноз СНІД 111 особам, показник на 100 тис. населення – 4,0 (Україна – 8,0). В порівнянні з аналогічним періодом минулого року кількість хворих на СНІД зросла в 2,5 рази (2010 р. – 44 особи, показник – 1,6). Зростання захворюваності пояснюється, в першу чергу, включенням до IV клінічної стадії легеневого туберкульозу, який превалює в структурі СНІД-індикаторних захворювань і складає 70,0%. Кожного року зростає кількість зареєстрованих в області хворих на поширену стадію ВІЛ-інфекції. Протягом 2007 року відсоток III та IV клінічної стадії ВІЛ-інфекції складав 37,67% від усіх вперше зареєстрованих осіб з діагнозом ВІЛ-інфекція, у 2008 році-39,77%, 2009 р.-43,6%, 2010 р.-57.0%.

За звітний період померло 38 хворих на СНІД, в т.ч. від СНІДу - 34, показник на 100 тис. населення – 0,9 (Україна – 3,1). В порівнянні з аналогічним періодом минулого року кількість померлих збільшилась в 1,3 рази (2010 р. – 26 випадків, показник – 0,9). Показник смертності зріс за рахунок смертності в закладах департаменту з питань виконання покарань, питома вага якої склала 41,2% (14 осіб). Серед померлих від СНІДу, діагноз СНІД в поточному році було встановлено 23 особам (67,6%), з них посмертно діагноз встановлено 21 особі (91,3%). Частина померлих у віці до 30 років складає – 17,6% (6 осіб). Питома вага споживачів ін'єкційних наркотиків серед померлих склала – 70,6% (24 осіб).

В цілому показники захворюваності на ВІЛ/СНІД та смертності від СНІД у 2011 році в районах області перевищують аналогічні показники у м. Харкові в 1,3 – 2,0 рази.

Результати та їх обговорення

За період 6 місяців 2011 року з 364 осіб, виявлених з антитілами до ВІЛ, взято під диспансерний нагляд 226 осіб або 62,1% проти 62,7% в 2010 році (210 особи з 335). Всього станом на 01.07. 2011 р. під диспансерним наглядом в

області перебуває 2254 громадян України та 14 іноземців, показник на 100 тис. – 81,9 (Україна – 247,3.), в т.ч. 204 дитини, з яких у 44 діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено; 211 хворих на СНІД, показник - 7,7 (Україна – 33,9), серед хворих на СНІД – 7 дітей.

Станом на 01.07.2011р. безпосередньо в центрі профілактики і боротьби зі СНІДом на диспансерному обліку знаходились 2000 ВІЛ-інфікованих осіб, з них 1796 дорослих та 204 дитини.

Впровадження антиретровірусної терапії в Харківській області розпочалося з травня 2005 року. Станом на 01.07.2011 року антиретровірусну терапію отримують 569 хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД (535– дорослих та 34 дитина).

Безпосереднє проведення АРТ в ХОЦПБС здійснюють 4 мультідисциплінарні команди (3 бригади працюють з дорослими пацієнтами і 1 – з дітьми та їх батьками).

За даними форми № 56 загальна потреба в АРТ Харківській області, станом на 01.07.2011 року, становить 622 особи, охоплення АРТ складає 92% від загальної потреби, у тому числі потреба у лікуванні дорослих забезпечена на 91%, дітей – на 100%.

У загальній потребі в АРТ частка осіб чоловічої статі складає 50,6% (315 осіб), жіночої статі – 49,4% (307 осіб). Серед осіб, які отримують АРТ, чоловіки складають 48,2% (274), жінки – 51,8% (295), що свідчить про рівний доступ чоловіків та жінок до АРТ.

Розраховані коефіцієнти співвідношення кількості осіб, які отримують та які потребують АРТ, на 100 випадків захворювання СНІДом (таб.6,таб.7) показують, що по Харківській області на 100 випадків захворювання СНІДом АРТ отримує 270 осіб, а потребує 295 (середньоукраїнські показники: 134 отримують, 197 потребують АРТ). Тобто, до отримуючих АРТ і до «списку очікування» входять не тільки особи зі СНІДом (клінічними проявами), але і інші, які також мають показання до АРТ, визначені клінічними протоколами.

За даними звітної форми № 57 проведено узагальнення інформації про когорти пацієнтів, які розпочинали АРТ в період травень 2005-серпень 2011 років, сформовано агреговані когорти: період «Травень 2005-Серпень 2011», сформовано агреговані когорти з тривалістю лікування 6, 12, 24, 36, 48, 60, 72 міс., визначено показники утримання на АРТ, структуру функціонального статусу та прихильності до АРТ в когортах пацієнтів через 6, 12, 24, 36, 48, 60, 72 міс. лікування, що дозволяло оцінити ефективність лікування за визначеними проміжками часу.

Когорта – це група ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, які розпочали АРТ протягом одного місяця Узагальнені дані когортного аналізу за період з травня 2005 року по серпень 2011 року показали, що через 12 місяців лікування 81,0% осіб, які розпочинали АРТ в когортах, продовжували її отримувати (мінімальний показник виживання), 8,5% осіб - померли протягом року після початку лікування та 10,5% перервали АРТ переважно з немедичних причин.

З метою оцінки впливу АРТ на стан здоров’я пацієнтів здійснюється моніторинг їх функціонального статусу.

Наведені результати когортного аналізу зміни функціонального статусу у пацієнтів під впливом АРТ на початку лікування та через 6, 12, 24, 36, 48, 60, 72 міс. Спостерігається чітка тенденція до покращення фізичного стану пацієнтів на АРТ, прямо пропорційно до тривалості лікування. Якщо на початку АРТ лише 60% пацієнтів відповідали критеріям функціонального статусу «Працездатний», то через 6 років відсоток зростає до 88%.

Невід'ємною складовою успіху АРТ є забезпечення прихильності до лікування, тобто дотримання чітких рекомендацій щодо своєчасності та правильності прийому АРВ-препаратів.

Зазначені результати підтверджують теоретичні дані, що прихильність до АРТ формується протягом перших 6-12 міс. лікування. В когорті пацієнтів, які отримують АРТ 6 років, 96,0 % демонструють високу прихильність до АРТ, що є необхідною умовою забезпечення ефективності лікування і попередження розвитку резистентності ВІЛ до лікарських засобів.

Через 6 років від початку АРТ продовжує її отримувати майже 77% пацієнтів, з них 88% має функціональний статус «працездатний», що свідчить про позитивний соціально-економічний вплив АРТ.

Наведені узагальнені показники, зокрема виживання, утримання на АРТ, вказують на позитивні тенденції в системі надання допомоги хворим, і в той же час, підкреслюють важливість забезпечення доступу до лікування для усіх, хто його потребує.

Всього з 2005 року по 2011 рік. в Харківській області вибуло 169 осіб з числа взятих на АРТ.

Високий відсоток відмов від лікування активних споживачів наркотиків (37,3%) вказує на необхідність розширення замісної підтримувальної терапії з метою покращення прихильності ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків до лікування.

З метою лабораторного моніторингу ефективності антиретровірусної терапії пацієнтам проводяться імунологічні та вірусологічні дослідження.

Визначення вірусного навантаження у пацієнтів, які отримували АРТ більше 6 місяців та у ВІЛ-інфікованих вагітних проводилося на базі вірусологічної лабораторії Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, та з грудня 2010 року – на базі Харківського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом. З числа осіб, що отримують антиретровірусну терапію більше 6 місяців у 2010-2011 роках було обстежено 1200 осіб, з них у 36 осіб вірусне навантаження було > 1000 РНК-копій/мл (неефективність АРТ склала 3.0%). За результатами аналізу причин неефективності АРТ у 25 осіб проведено заміну терапії на схеми II ряду.

Станом на 01.07.2011 р. отримують схеми АРТ 1-го ряду 528 ВІЛ-інфікованих хворих (92,8%), 2-го ряду -41 хворий (7,20%).

Серед схем АРТ 1-го ряду найчастіше вживаними комбінаціями є: AZT+3TC+EFV – 38,5% (203) осіб; AZT+3TC+LPV/r – 29,0% (153) осіб; TDF+3TC+LPV/r - 7,6% (40) осіб; TDF+3TC+EFV – 7,0% (37) осіб; AZT+3TC+NVP – 4,7% (25) осіб; D4T+3TC+EFV – 3,6% (19) осіб.

Серед схем 2-го ряду найчастіше призначаються комбінації:

TDF+3TC+LPV/r (31,7%), TDF+ABC+LPV/r (9,8%), ABC+3TC+LPV/r (17,1%), AZT+3TC+ABC (17,1%).

59,1% (312 осіб) отримують схеми АРТ 1-го ряду на основі ННІЗТ, 40,5%(214 осіб) – на основі ІП.

Серед хворих, які отримують схеми 2-го ряду – 25% на основі ІП, 17,1% на основі ННІЗТ, 17,1% на основі 3-хНІЗТ.

Показники утримання ВІЛ-інфікованих пацієнтів на АРТ та на схемах 1 ряду через 12 місяців на рівні 83% та 82% відповідно вказують на використання належних схем лікування та прихильність стандартним протоколам лікування. Забезпечення високого рівня утримання пацієнтів на ефективних схемах АРТ 1 ряду є не лише економічно обґрунтованим, але й служить профілактикою розвитку і поширення резистентності ВІЛ до лікарських засобів.

Висновки

Запроваджена в Україні система моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дозволяє визначати регіональні показники для продовження АРТ, формувати потребу для продовження АРТ.

Щорічно зростає кількість ВІЛ-інфікованих осіб, що отримують антиретровірусну терапію. Але, для досягнення впливу АРТ на перебіг епідемії необхідно забезпечити:

-вчасне виявлення осіб, які можуть бути інфікованими, але ще необізнані щодо свого статусу, і, відповідно, несвоєчасно звертаються за медичною допомогою (кожного року зростає кількість зареєстрованих в області хворих на поширену стадію ВІЛ-інфекції: з 37,7% у 2007 році від усіх вперше встановлених діагнозів до 57% у 2010 році).

-регулярне диспансерне спостереження за ВІЛ-інфікованими, які перебувають на диспансерному обліку.

На сьогодні специфічне лікування проводиться тільки на базі обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Для удосконалення диспансерного нагляду та забезпечення доступу до АРТ хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Харківській області заплановане відкриття сайтів супроводу антиретровірусної терапії у Лозівському, Первомайському та Куп'янському районах, де наразі проводяться підготовчі роботи.

- розширення замісної підтримувальної терапії з метою покращення прихильності ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків до лікування.

Подальше розширення програми АРТ потребуватиме удосконалення діючої моделі лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

ИТОГИ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ (ОПЫТ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА)

Черкасов А.П.[1], Козько В.Н.[2], Краснов М.И.[2], Югай Э.В.[1], Задорожная Е.И.[1], Еськова Л.И.[1]

Областной центр профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом, г. Харьков[1]

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина[2]

Бесспорно, ВИЧ/СПИД ещё многие годы будет серьёзной проблемой всего человечества. Особенно большую тревогу у мирового сообщества в отношении проблемы распространения СПИДа вызывают некоторые страны Африки и страны бывшего СССР, среди которых Украина занимает одно из первых мест по темпам эпидемического распространения ВИЧ-инфекции. По данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом МОЗ Украины по состоянию на 01.07.2011 г. в Украине официально зарегистрировано 191965 случаев заболевания среди граждан Украины, из них 41508 с диагнозом СПИД, 22607 человек умерли от СПИД.

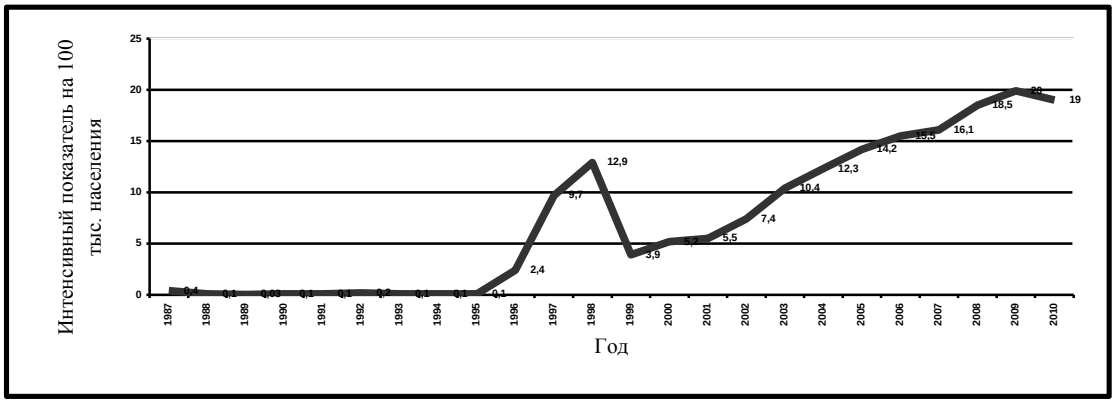


Рис.1. Показатели ежегодной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в области за период с 1987 г. по 01. 01. 2011 г. (в интенсивных показателях на 100 тыс. населения).

ВИЧ-инфекция регистрируется во всех регионах Украины. Наибольшая распространённость ВИЧ-инфекции регистрируется в 6 регионах: Донецкая область – 24482 случаев, интенсивный показатель на 100 тыс. населения 553,6, Днепропетровская – 19282 случаев (578,2), Одесская – 12807 случаев (538,6), г. Киев – 7718 случаев (280,0), АР Крым – 6766 случаев (346,1), Николаевская – 6381 случаев (539,3), при показателе в Украине – 252,7. Харьковская область занимает 21 ранговое место по интенсивным показателям распространенности ВИЧ на 100 тыс. населения.

В Харьковской области работа по выявлению ВИЧ-инфицированных начата с 1987 г. с обследования доноров и иностранных граждан. К массовому выявлению больных и носителей ВИЧ приступили в 1988 г. на базе двух лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции – в областном центре службы крови и областной клинической больнице. В настоящее время в области функционирует 8 диагностических лабораторий. В лабораториях проводятся скрининговые исследования, в лаборатории центра СПИДа - верификационные исследования.

В области созданы условия для доступного обследования на ВИЧ-инфекцию, в т.ч. и анонимного.

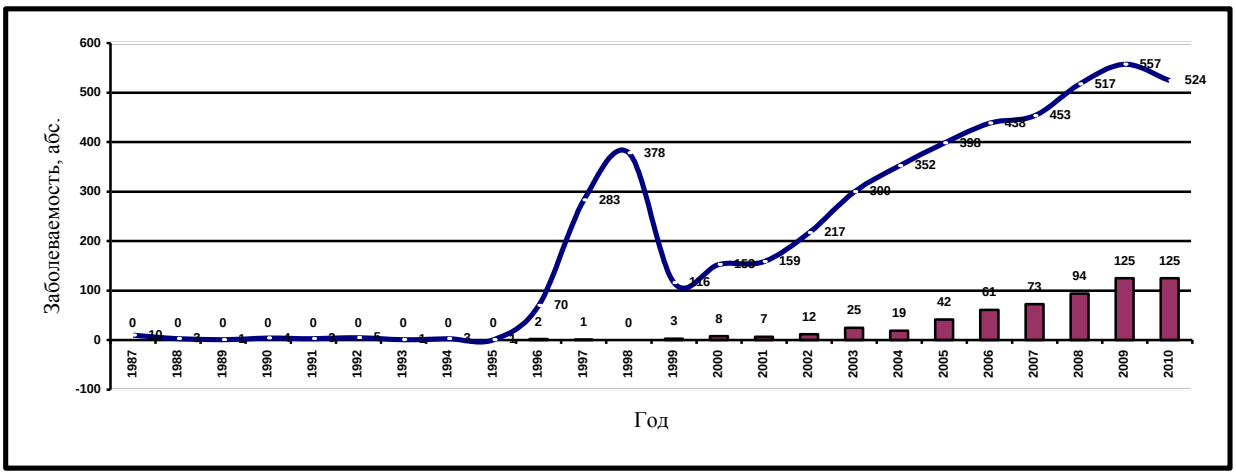


Рис. 2. Динамика ежегодной заболеваемости ВИЧ-инфекцией/ СПИДом в области за период с 1987 г. по 01.01.2011 г. (в абсолютных показателях).

Во всех районах области открыто 31 кабинетов «Доверие», два из них в г. Харькове – Областном центре СПИДа и студенческой больнице. В кабинетах «Доверие» можно не только обследоваться на ВИЧ-инфекцию, в т.ч. анонимно, но и получить услуги по дотестовому и послетестовому консультированию.

Для увеличения охвата диагностикой наиболее уязвимых групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков, женщины секс бизнеса, функционирует передвижная амбулатория, выделенная Международным благотворительным фондом «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». В ней представители групп риска могут пройти осмотр врачей, обследоваться на ВИЧ «быстрыми тестами» и получить консультацию по вопросам ВИЧ/СПИД.

Исследование сывороток крови проводится методом ИФА с использованием тест-систем как отечественного, так и импортного производства, с последующим подтверждением первичных положительных результатов в лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции областного центра профилактики и борьбы со СПИДом. Обследование граждан Украины и иностранцев, находящихся на законных основаниях на территории страны, проводится согласно Закона Украины «О предупреждении заболевания СПИДом и социальной защите населения», регламентирующего добровольность (при желании анонимность), бесплатность и доступность обследования.

Обязательному лабораторному исследованию на наличие ВИЧ-инфекции подлежит пуповинная кровь и кровь, полученная от доноров крови и её компонентов, а также обследование доноров других биологических жидкостей, клеток и тканей для трансплантации.

Самый высокий показатель обследования отмечен в 1992 г. (11140,6 на 100 тыс. населения), начиная с 1994 г. показатели обследования постепенно снижались, а с 1998 г., с введением добровольности тестирования на ВИЧ, регламентированного Законом Украины от 03.03.1998 г № 155/98-ВР,

показатели обследования стали ещё ниже (3606,3 - 4922,0). Несмотря на снижение показателей обследования населения, регистрация ВИЧ-инфекции, начиная с 1998 г., увеличивается с 12,9 до 19,0 в 2010 г., что характеризует интенсивность распространения эпидемического процесса в области, рис. 1, 2.

В эпидемический процесс с 1996 г. стали вовлекаться доноры крови. Пик выявляемости ВИЧ-инфицированных среди доноров был зарегистрирован в 2003 г., когда было выявлено 79 доноров, уровень инфицированности - 0,1%. В последующие годы, включая 2010 г., наблюдается постепенное снижение уровня инфицированности среди доноров.

ВИЧ-инфекция среди беременных была впервые выявлена в 1998 г. (1 случай), практически начиная с 1998 г., в области ежегодно увеличивается количество женщин репродуктивного возраста, у которых выявляется ВИЧ-инфекция (в 2010 г. – 59 случаев), что отражено на рис. 3.

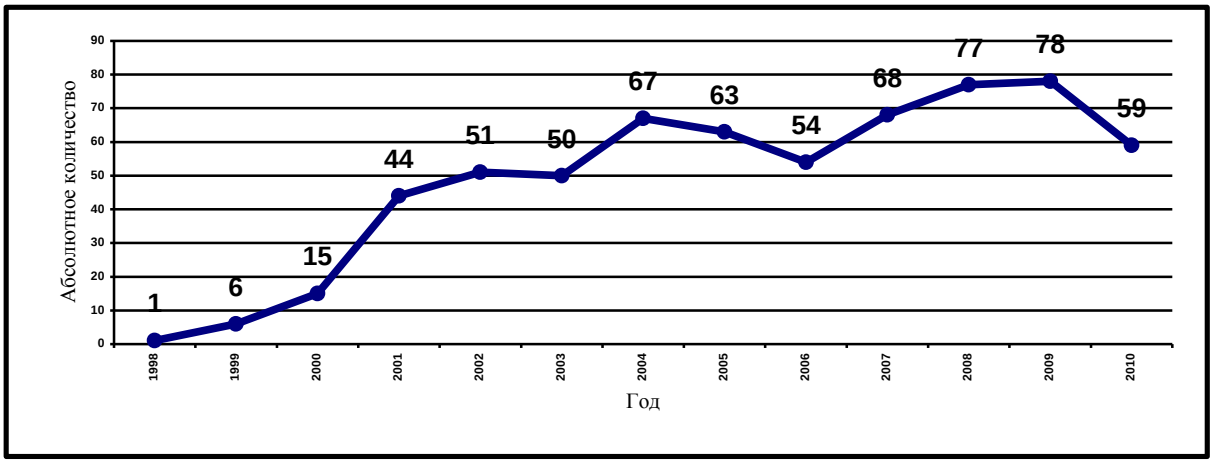


Рис. 3. Показатели ежегодной регистрации ВИЧ-инфекции среди беременных за период с 1998 г. по 01.01.2011 г. (в абсолютных показателях).

Первый случай ВИЧ-инфекции в области был зарегистрирован в 1987г. у иностранного гражданина (Руанда), прибывшего в г. Харьков на учёбу. Согласно действующего в то время законодательства, он был депортирован из СССР. В последующие годы (до 1990 г.) ВИЧ-инфекция регистрировалась только у иностранных граждан. Первые случаи ВИЧ-инфекции у граждан Украины выявлены в 1991 г. у лиц, находившихся длительное время за рубежом и инфицировавшихся половым гетеросексуальным путём.

Период с 1987 по 1995 гг. характеризовался как предэпидемический, когда выявлялись единичные случаи ВИЧ-инфекции (31 случай), в основном среди иностранцев (23 случая). С 1996 г. область вовлечена в эпидемию ВИЧ/СПИД, начавшуюся в Украине с конца 1994-1995гг. Рост заболеваемости за 1996 г. более чем в 2 раза превысил предыдущий уровень (70 случаев, интенсивный показатель на 100 тыс. – 2,3) за счёт вовлечения в эпидемический процесс потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

В последующие годы тенденция роста, наметившаяся с 1996 г., сохранилась. В 1997 г. официально зарегистрировано 283 случая, интенсивный показатель на 100 тыс. – 9,7; в 1998 г. – 378 случаев, интенсивный показатель –

12,9; в 1999 г. (с введением добровольного тестирования на ВИЧ, регламентированного Законом Украины от 03.03.1998 г. № 155/98 – ВР) снижается уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией до 116 случаев, интенсивный показатель – 3,9. Начиная с 2000 г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией растет – 153 случая – интенсивный показатель – 5,2; 2001 г. – 159 случаев – интенсивный показатель – 5,5. Ежегодные темпы прироста составляли от 4 до 38 %. В 2010г. официально зарегистрировано снижение темпов прироста до – 5,6% (524 случая, интенсивный показатель – 19,0).

Интересным является момент сопоставления показателей серологического обследования населения и уровней заболеваемости среди населения области. В предэпидемический период (1987–1995 гг.), когда регистрировались единичные случаи заболеваний ВИЧ-инфекцией, показатели серологического обследования составляли от 6436,6 до 11140,6 на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости 1998 г. и последующий (с 2005 г.) ежегодный рост заболеваемости, превышающий «пик» 1998 г., происходит на фоне уменьшения показателей охвата обследованием населения в эти годы, которые колеблются от 4340,7 в 2005 г. до 6017,3 в 2010 г. Такая тенденция может свидетельствовать об активизации эпидемического процесса. Причём в это же время происходит снижение удельного веса парентерального механизма заражения, обусловленного заболеваемостью среди лиц употребляющих наркотики.

Первые случаи диагноза СПИД зарегистрированы в 1996 г., интенсивный показатель на 100 тыс. – 0,07. Начиная с 1999 г. отмечается тенденция к ежегодному росту числа больных с терминальной стадией (СПИД). Темпы прироста в этот период составили от +19,7 до +121,2. В 2010 году по сравнению с 2000 годом заболеваемость СПИДом возросла более чем в 11 раз (2000г. – 8 случаев, интенсивный показатель – 0,3, 2008г. - 111 случаев, интенсивный показатель – 4,0). Темпы прироста заболеваемости СПИД в 2010г. составили + 22,7% (рис. 4).

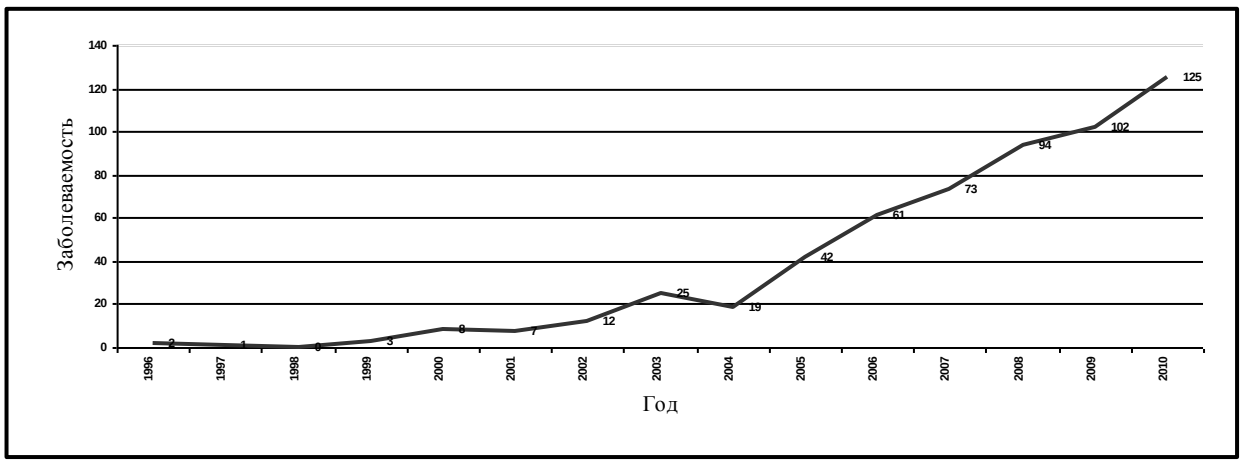


Рис. 4. Динамика ежегодной заболеваемости СПИДом в области за период с 1996 г. по 01.01.2011 г. (в абсолютных показателях).

Следует отметить, что большую часть среди заболевших СПИДом

составили лица мужского пола (66,3%) в возрасте от 20 до 50 лет (94,7%), в анамнезе у которых отмечалось инъекционное употребление наркотиков (55,3%).

Аналогичная ситуация отмечается и по смертности от СПИДа. Первый умерший зарегистрирован в 1996 г.. Начиная с 2000 г. количество умерших ежегодно увеличивается. И если сравнить смертность в 2000 г. с 2010 годом, то она увеличилась в 23 раза (2000 г. – 3 случая, интенсивный показатель - 0,1, 2010 г. – 71 случай, интенсивный показатель – 2,5). Ежегодные темпы прироста смертности составляли от +22% до +150%. Однако, в 2010 году наметилась тенденция к снижению данного показателя, темпы прироста смертности составили -4,3% (Рис. 5).

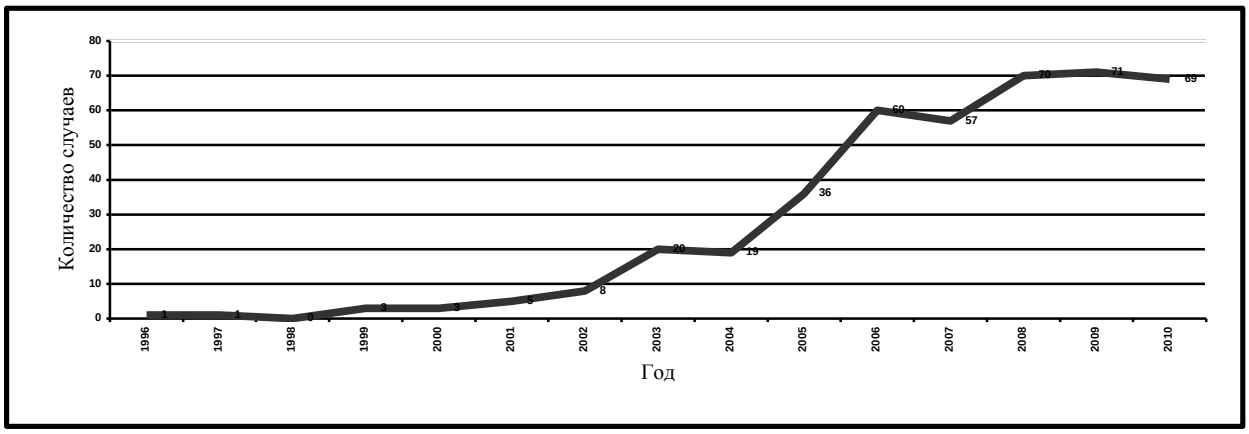


Рис. 5. Динамика ежегодной смертности от СПИДа в области за период с 1996 г. по 01.01.2011 г. (в абсолютных показателях).

В предэпидемический период (1987–1995 гг.) ведущим путём передачи был гетеросексуальный, через незащищённые половые контакты. Начиная с эпидемического подъёма заболеваемости (1996 г.), обусловленным проникновением ВИЧ в среду наркозависимых, ведущим путём заражения становится – парентеральный, пик которого достиг в 1997 г. – 82,7%. Необходимо отметить, что впервые за последние годы, в 2010 году удельный вес гетеросексуального пути передачи превысил парентеральный и составили 40,3% и 36,1% соответственно. Рост числа инфицированных половым путём свидетельствует о переходе ВИЧ-инфекции в социально адаптированные слои населения. Этот факт подтверждает и увеличение количества ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста, что способствует постепенному увеличению количества детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей, с 1 случая в 1996 г. до 96 детей в 2010 г.

По состоянию на 01.07.2011 г. на учёте состоит 197 детей, из которых у 42 диагноз ВИЧ-инфекции подтверждён, у 7 детей установлен СПИД.

В структуре заболеваемости по гендерному признаку большая часть приходится на мужчин, которая в среднем составляет – 57,3%; на долю женщин – 42,7%. (Рис. 6).

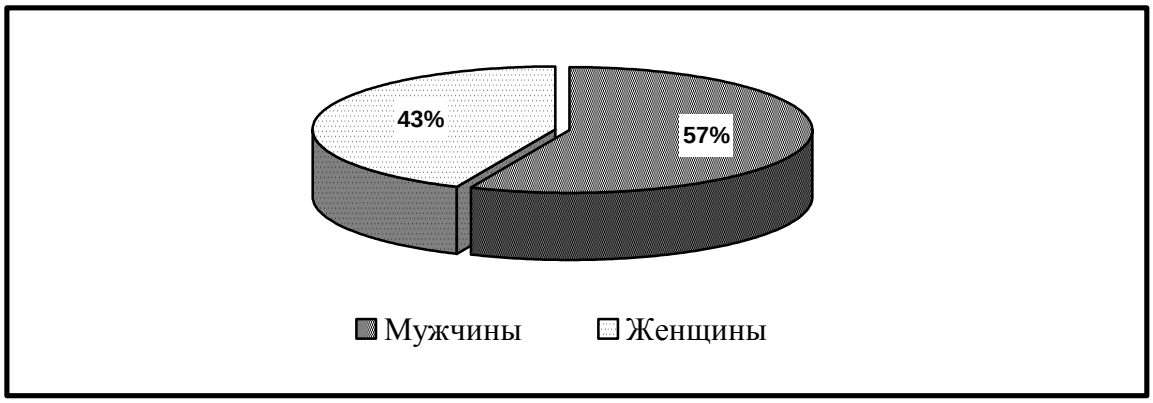


Рис. 6. Распределение ВИЧ-инфицированных по полу (%).

Анализ возрастной структуры среди ВИЧ-инфицированных свидетельствует, что подавляющее большинство из них составляют лица в возрасте 25-49 лет. Удельный вес этой возрастной группы составляет около 65,0%.

За весь период эпидемического надзора с 1987 по состоянию на 01.01.2009 г. официально зарегистрировано 5273 случая ВИЧ-инфекции. Всего по состоянию на 01.07. 2011 г. под диспансерным наблюдением в области находится 2254 граждан Украины и 14 иностранцев, показатель на 100 тыс. – 81,9. (Украина – 247,3), в т.ч. 204 ребенка, из которых у 44 диагноз ВИЧ-инфекции подтверждён; 211 больных СПИДом, показатель - 7,7 (Украина – 33,9), среди больных СПИДом – 7 детей. ВИЧ-инфекция регистрируется на всех административных территориях области. Наибольшая диспансерная группа – это пациенты с I и II стадией заболевания (рис 7.)

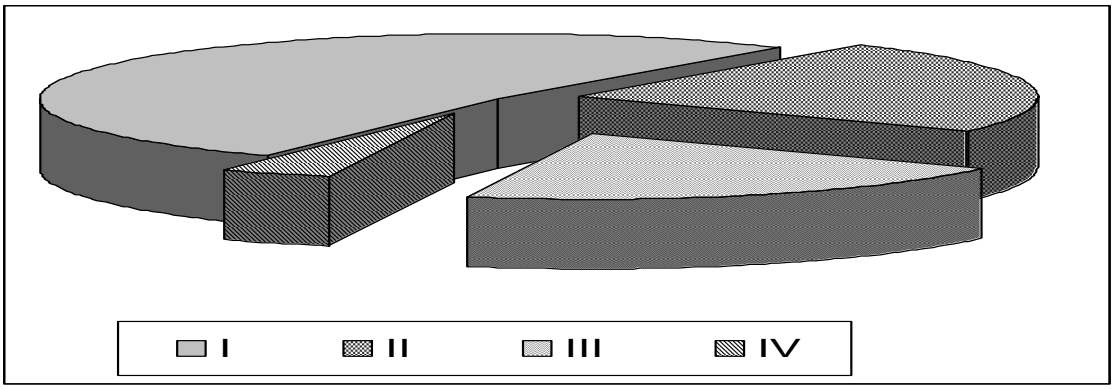


Рис. 7. Клинические стадии диспансерных групп ОПЦБС.

Таким образом, можно отметить, что эпидемический процесс в Харьковской области характеризуется умеренными темпами распространения заболевания.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРОТИ ГЕПАТИТУ В У М. КИЄВІ

Шагінян В.Р., Гураль А.Л., Сергеєва Т.А., Максименок О.В., Мишко О.В., Ігнатенко Т.П., Манько В.Г.

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

Мета роботи. Оцінити епідеміологічну та імунологічну ефективність вакцинації проти гепатиту В (ГВ) новонароджених у м. Києві.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на ГВ серед різних вікових груп дітей за період 2001-2010 рр.; серологічні дослідження методом імуноферментного аналізу 201 сироваток крові дітей віком від 1 до 11 років (167 щеплених та 34 не щеплених проти ГВ) на наявність маркерів ГВ (HBsAg, анти-HBc та анти-HBs), гепатиту С (анти-ВГС). Також визначали напруженість імунітету проти ГВ у щеплених дітей; захисними вважали титри анти-HBs ≥ 10 мМО/мл.

Результати. Епідеміологічний аналіз показав, що показник захворюваності на гострий ГВ (ГГВ) у м. Києві за період 2001-2010 рр. в цілому знизився майже в 6 раз – з 40,6 до 6,9 на 100 тис. населення. Зниження відбувалося в усіх вікових групах жителів міста з найбільш стрімкими темпами серед дітей віком 3-6 років (табл. 1), що можна пояснити впливом вакцинації на інтенсивність епідемічного процесу. Разом з цим, темп зниження захворюваності серед дітей 0-2 років виявився більш повільним порівняно з дорослим населенням, серед якого частка охоплених щепленнями незначна. Таким чином, можна припустити, що на зниження рівнів захворюваності на ГГВ впливає не лише вакцинація, а й інші фактори, у першу чергу, зміна структури захворювань у бік переважання прихованих, безсимптомних форм ГВ, які, як правило, не реєструються. Така тенденція є характерною не тільки для України, а й для більшості країн Європи. У зв'язку з цим епідеміологічну ефективність вакцинації проти ГВ (хвороби з переважно безсимптомним перебігом), на відміну від більшості інших інфекцій, проти яких проводяться щеплення, слід розраховувати за результатами обстеження щеплених та не щеплених осіб.

Таблиця 1.

Тенденції епідемічного процесу гепатиту В серед деяких вікових груп населення м. Києва (2001-2010 рр.)

Вікові групи	Середній багаторічний темп зниження захворюваності (Тсер.)
0-2 р.	-14,73 %
3-6 р.	-26,53 %
Дорослі	-21,89 %
Все населення	-21,72 %

У жодного з обстежених дітей (щеплених і не щеплених) не були виявлені маркери інфікування вірусами парентеральних гепатитів, що свідчить про невисоку інтенсивність епідемічного процесу HBV-інфекції серед дитячого

населення м. Києва. Щодо анти-HBs, то вказані антитіла у захисному титрі (≥ 10 мМО/мл) були виявлені у 99 з 167 щеплених дітей (59,3±3,8%). У 21 дитини (12,6%) зареєстровані порушення схеми вакцинації або її неповний курс (1 або 2), тому розрахунки імунологічної ефективності вакцинації здійснювали на підставі аналізу результатів дослідження 146 зразків сироваток крові дітей, вакцинованих відповідно до Календаря профілактичних щеплень. В даній групі анти-HBs у захисному титрі виявлені у 89, тобто імунологічна ефективність вакцинації склала 61,0±4,0%, а серед дітей, щеплених з порушенням схеми Календаря – 57,1±10,8%. Різниця між показниками в обох групах щеплених дітей не сягала статистично значущого рівня, і у будь-якому разі отримані результати нижчі за наведені в літературі – 72-97%.

Для оцінки епідеміологічної ефективності вакцинації проти ГВ необхідні більші обсяги обстежень даного контингенту дітей.

Наступним фрагментом дослідження було визначення напруженості імунітету в залежності від часу між останнім щепленням та обстеженням дитини. Найбільша кількість дітей з захисними титрами антитіл (63,2%) припадала на щеплених понад 5 років тому (рис. 1), що, наш погляд, може свідчити лише про більш якісне проведення вакцинації проти ГВ у попередні роки. Отримані дані також можуть вказувати, що формування імунної відповіді на вакцину та збереження антитіл у захисних титрах не залежить від строків після закінченої вакцинації (у дослідження не були включені діти, щеплені більше 10 років тому).

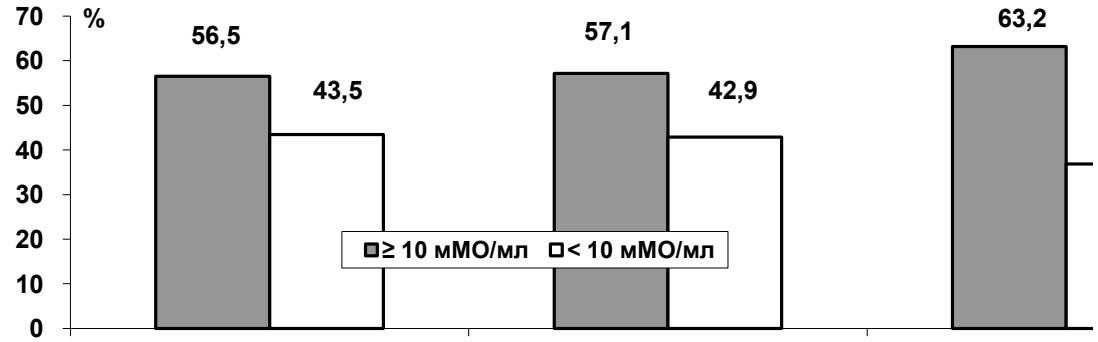


Рис. 1. Питома вага дітей с захисними титрами антитіл в залежності від строку після щеплення

Таблиця 2.

Питома вага дітей з захисними титрами антитіл, щеплених у різному віці

Початок вакцинації (кількість дітей)	Питома вага дітей з різними титрами анти-HBs (%)	
	≥ 10 мМО/мл	< 10 мМО/мл
При народженні (72)	62,5±5,6	37,5±5,7
До року (46)	65,2±7,0	34,8±7,0
В 1-2 роки (15)	60,0±12,6	40,0±12,6
Старші 2-х років (10)	60,0±15,5	40,0±15,5

За даними дитячих поліклінік міста, серед обстежених дітей при народженні було щеплено 50,4%, до року – 32,2%, від року до двох – 10,5%, старше двох років – 7,0%. Статистично достовірної різниці в імунологічній

ефективності вакцинації в залежності від строків її початку не встановлено (табл. 2).

Висновки. Зниження показників захворюваності на ГГВ у м. Києві протягом 2001-2010 рр. спостерігається в усіх вікових групах, що не може бути пояснено тільки впливом вакцинації.

Серед обстежених здорових дітей віком 1-10 років не було виявлено інфікованих збудниками гепатитів В та С.

Серед дітей, вакцинованих проти гепатиту В відповідно схемі Календаря профілактичних щеплень, антитіла у захисних титрах виявлені у (61,0±4,0)% обстежених.

Питома вага дітей з захисними титрами анти-HBs не залежала від часу, що пройшов після щеплення – до 2-х років, 2-5 та 5-10 років.

Більше 80% обстежених дітей були щеплені проти гепатиту В у перший рік життя. Імунологічна відповідь на вакцину не залежала від строку її початку.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Шевченко О.С., Матвеева С.Л., Сенчева Т.В., Юрченко О.Н.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель работы: проанализировать сложившуюся на 2010 год эпидемиологическую ситуацию относительно ко-инфекции ВИЧ/ТБ в Харьковской области.

Материалы и методы: материалом для данной работы послужили медицинские карты стационарных больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, были использованы рентгенологические, лабораторные, математические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Нами было обследовано 89 впервые выявленных больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулез, которые находились на стационарном лечении в ОПТД №1 г. Харькова в 2010 году. Из них - 58 мужчин и 31 женщина, что составляет 65,2% и 34,8% соответственно. Наиболее часто ВИЧ/туберкулез регистрировался в возрасте от 25 до 44 лет как среди лиц мужского (93,4%), так и женского (83,8%) пола (54 и 26 человек соответственно). Превалирующей локализацией туберкулеза у лиц с ко-инфекцией является туберкулез легких (77,53%). Активный туберкулез легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией диагностирован у 69 больных, из них - 45 мужчин (77,6%) и 24 женщины (77,4%). Бактериовыделение установлено у 52 больных (58,43%), среди них было 39 мужчин (67,2%) и 13 женщин (41,2%). Причем, у большинства больных (38 человек) этиология туберкулеза была подтверждена бактериоскопическим методом (из них мужчин – 27 (46,6%), женщин – 11 (35,5%)). Бактериологическим методом подтверждение диагноза достигнуто у 14 больных (мужчин – 13 (22,4%), женщин – 1 (3,2%)). Деструкции в легких определялись у 29 больных (42,03%), из них - у 20 мужчин (34,5%) и у 9 женщин (29%).

Внелегочный туберкулез выявлен у 14 больных с ко-инфекцией (9

мужчин (15,5%) и 5 женщин (16,1%)). Среди внелегочных форм превалировал туберкулез органов дыхания, который был выявлен у 11 больных (8 мужчин (88,9%), 3 женщины (60%)). Туберкулез костей и суставов – диагностирован у 1 мужчины(11,1%), туберкулез периферических лимфатических узлов - у 1 женщины (20%), милиарный туберкулез – у 6 больных (у 4 мужчин (44,4%) и 2 женщин (40%)).

Рецидив туберкулеза был установлен у 21 больного с ко-инфекцией (у 18 мужчин(31%) и 3 женщин(9,7%)).

Выводы. Среди обследованных больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулез преобладают мужчины трудоспособного возраста, как правило, социально-дезадаптированные и с поведенческими факторами риска. Активный туберкулез легких на фоне ко-инфекции с одинаковой частотой встречается как у мужчин, так и у женщин. При этом бактериовыделение, а также процент случаев рецидива туберкулеза достоверно чаще наблюдались у лиц мужского пола.

ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПРОДВИНУТОМ ФИБРОЗЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Шкурба А.В, Голубовская О.А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев.

Основным средством борьбы с вирусом гепатита С (ВГС) является противовирусная терапия (ПВТ). Именно она обеспечивает решение основной цели – получение стойкого вирусологического ответа. Однако не всегда создается возможность полноценного применения ПВТ. В нашей практике встретились ситуации, когда у больных ПВТ изначально была абсолютно противопоказана, когда в результате проведения ПВТ не было стойкого ответа, когда ПВТ проводилась, но больной не выдержал, в первую очередь, из-за выраженых побочных действий. В этой ситуации достижение стойкого вирусологического ответа невозможно, однако есть необходимость решения трех оставшихся целей борьбы с ВГС: предотвращение печеночной недостаточности, снижение гистологического прогресса, предупреждение развития гепатоцеллюлярной карциномы, чтобы дать возможность полноценно продлить жизнь больного, дав ему шанс дождаться новых препаратов и/или методов ПВТ.

Цель исследования: оценить эффективность предложенной поддерживающей терапии у больных с продвинутым фиброзом (F3-F4, Metavir) при ВГС.

Материалы и методы: Нами в течение 3-х лет проводилась поддерживающая терапия у 32 больных ВГС с наличием продвинутого фиброза печени по результатам биопсии. У всех этих больных диагноз ВГС был подтвержден обнаружением РНК ВГС в ПЦР, генотипированием, наличием антител в ИФА, а ПВТ была неуспешной или не проводилась по вышеуказанным причинам. Поддерживающее лечение включало стационарный этап и последующее амбулаторное лечение в режиме «нон-стоп». Перед

началом поддерживающей терапии у больных создавалась установка на необходимость модификации жизни (создание четкого представления у пациента в отношении своего заболевания, ознакомление его с последствием отказа от поддерживающего лечения, диетизация рациона, формирование четкого режима питания и др.). На стационарном этапе больным проводилось интенсивная терапия, направленная на максимальное уменьшение явлений хронической печеночной энцефалопатии и геморрагического синдрома, как основных проявлений печеночной недостаточности. В коррекции геморрагического синдрома использовались ингибиторы протеаз, сеансы плазмофереза, этамзилат и другие препараты в зависимости от клинической ситуации. Проводилась неинвазивная детоксикация (ограничение поступления белка в кишечник, сифонные клизмы, лактулоза). Инвазивная детоксикация включала в себя экстракопоральное (плазмоферез по показаниям), ренальное (кристаллоидные растворы с небольшим форсажем диуреза) и метаболическое (препараты L-орнитина L-аспартата, адеметионина и др.) направление. В конце стационарного этапа поддерживающей терапии подключались препараты урсодезоксихолевой кислоты, которые наряду с другими препаратами метаболического направления решали вопрос предотвращения или снижения гистологического прогресса. Урсодезоксихолевая кислота применялась и в качестве препарата, предотвращавшего развитие гепатокарциномы. Контрольную группу составили 30 больных ВГС, которые получили только базисную терапию в предыдущие годы. Проводилось обследование больных на аппарате ультразвуковой диагностики Voluson 730 – Expert, биохимическое исследование на полуавтоматическом анализаторе Abbott.

Результаты и их обсуждение: В основной группе отмечено улучшение после проведения стационарного этапа показателей мочевины крови (с 3,2±0,7 до 5,1±0,6 $p<0,05$), белковых фракций (уменьшение уровня γ-глобулинов с 23,3±0,4 до 17,2±0,5 $p<0,05$), снижение активности аминотрансфераз (АлАТ с 78±5,2 до 33±3,1 и АсАТ с 92±7,1 до 42±3,5 $p<0,05$). Исследование показателей ультразвуковой плотности печени не показало их нарастания, качественная оценка состояния паренхимы печени не изменилась. Наблюдалось снижение средней линейной скорости портального кровотока до 11,8±0,7 см/сек, в процессе наблюдения достоверного его дальнейшего снижения не выявлено. В течение времени наблюдения не отмечено перехода фиброза в цирроз печени или прогрессирования имевшегося, как по результатам УЗД, так и при интерпретации повторных биоптатов.

На амбулаторном этапе наблюдалась стабилизация вышеназванных показателей, лишь у 2 больных (5,88%) в результате ухудшения показателей на амбулаторном этапе пришлось провести повторный стационарный цикл.

В контрольной группе у 14 больных (46,67%) в течение наблюдения произошла трансформация более низкой степени фиброза в цирроз печени или прогрессирование имевшегося, 4 больных (13,34%) умерло от нарастающей печеночной недостаточности, у 2 больных (6,67%) в период активного наблюдения была обнаружена гепатокарцинома. Достоверного снижения активности АлАТ, АсАТ, улучшения ультразвуковых данных у пациентов

внутри этой группы не получено. Сравнение качественных и количественных показателей у больных основной и контрольной группы показало достоверность полученных различий (коэффициент корреляции 0,76, корреляция Пирсона 0,59, $p<0,01$).

Таким образом, предложенная нами схема поддерживающего лечения у больных с продвинутым фиброзом при ВГС, у которых ПВТ по разным причинам была неуспешна или не могла быть проведена, позволяет задержать прогрессирование печеночной недостаточности, гистологических изменений и гепатокарциномы.

РЕЗУЛЬТАТИ СЕРОЛОГІЧНОЇ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ТА ВІЛ-НЕГАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ

Шостакович-Корецька Л. Р.[1], Литвин К. Ю.[1], Маврутенков В. В.[1], Андрусенко В.П.[2], Кушнєрова О.А.[1], Волікова О.О.[1], Шевченко О. П.[1], Гавриленко Л. О.[3]

Державна медична академія, м. Дніпропетровськ, Україна[1]
Дніпропетровський ОКЗ протитуберкульозний диспансер, Україна[2]
КЗ Дніпропетровська міська клінічна лікарня №21, Україна[3]

На сьогоднішній день туберкульоз є одною з головних причин летальності ВІЛ-інфікованих хворих. Так, за даними ВООЗ, кожний п’ятий смертельний випадок ВІЛ-інфекції у світі – пов'язаний з туберкульозом. Велика кількість летальних випадків обумовлена несвоєчасністю діагностики, особливо позалегеневих форм. Існуючі на сьогоднішній день спеціальні дослідження або мають малу чутливість, або потребують багато часу для отримання результатів. Вважається, що інформативність серологічних методів діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих нижче, як за рахунок дефекту імунної відповіді так і за рахунок значної питомої частки атипових мікобактеріозів. У різних джерелах існують суттєві розбіжності, стосовно результатів, отриманих при проведенні серологічних досліджень та у визначенні ефективності їх використання для діагностики туберкульозу, особливо при ВІЛ-інфекції.

Метою нашої роботи було визначення інформативності серологічного експрес-дослідження крові у хворих на туберкульоз при наявності та відсутності ВІЛ-інфекції.

Всього з різними формами туберкульозу до обстеження було залучено 25 хворих, віком від 22 до 52 років. 14 з них мали позитивний результат дослідження на ВІЛ. Туберкульоз органів дихання на тлі ВІЛ-інфекції був діагностований у 6 пацієнтів, а позалегеневі форми - у 8 пацієнтів (6 - туберкульоз нервової системи, 2 – туберкульозна периферична лімфаденопатія). Всі пацієнти з негативним результатом дослідження на ВІЛ мали різні форми туберкульозу органів дихання, у тому числі - 6 – дисимінований та 5 - інфільтративний туберкульоз легень, що було підтверджено рентгенологічно. Всі хворі на момент дослідження отримували протитуберкульозні препарати. Тривалість лікування складала від 9 днів до 4

місяців. ВІЛ-позитивні пацієнти були залучені до обстеження перед початком ВААРТ.

Серологічну діагностику туберкульозу проводили з використанням експрес-касети фірми Dialab (Австрія). В основі тесту - хроматографічний імунний аналіз для якісного визначення IgM та IgG-антитіл до M. tuberculosis.

За результатами дослідження антитіла класу IgM до збудника туберкульозу виявлені у 7 хворих (54,5%) (всі з туберкульозом органів дихання в інтенсивній фазі лікування), з яких 6 були ВІЛ-негативними (45% пацієнтів означеної групи) та тільки у одного пацієнта з ВІЛ-інфекцією була зафіксована наявність антитіл (IgM) до збудника туберкульозу. Результат дослідження сироватки крові хворих на наявність IgG-антитіл до M. tuberculosis у всіх випадках був негативним.

Таким чином, нами визначена достатньо низька діагностична значимість імуноферментного експрес-аналізу при різних формах туберкульозу, особливо у пацієнтів з наявністю ВІЛ-інфекції, що не дозволяє використовувати цей метод, як єдиний для встановлення діагнозу. У той же час, враховуючи бистроту отримання результатів, не виключена доцільність застосування означеного тесту, як додаткового у комплексній діагностиці туберкульозу разом з іншими методами.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

Шустваль Н.Ф.[1], Волобуева О.В.[2], Лядова Т.И.[2] , Ещенко К.И.[1]

Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина[1]

Национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков, Украина[2]

Цель исследования – изучить распространенность и особенности клинического течения миокардита у больных инфекционным мононуклеозом.

Обследовано 135 больных инфекционным мононуклеозом в возрасте от 17 до 32 лет, которые находились на стационарном лечении в Харьковской областной клинической инфекционной больнице. Острый миокардит, вызванный вирусом Эпштейн-Барра, был диагностирован у 35 (25,9%) больных, из них среднетяжелая форма миокардита была у 21 больного, тяжелая – у 14 больных. У большинства больных миокардит развивался в первые 6 дней заболевания.

В комплексное обследование больных входили общеклинические методы, бактериологическое и вирусологическое исследования, определение активности АлАТ, АсАТ, С-реактивного белка, регистрация электрокардиограмм в 12-ти стандартных отведениях, ультразвуковое исследование сердца.

В клинике миокардита доминировали жалобы на тахикардию, боль в груди или в области сердца, перебои в деятельности сердца, общую слабость, быструю утомляемость, появление отеков на нижних конечностях на фоне острой фебрильной лихорадки. Боль в области сердца является наиболее частым и одним из ранних симптомов миокардита, может быть разной интенсивности и продолжительности, не связанной с физической нагрузкой.

Одышка нередко предшествует болевому синдрому, характерны ощущение сердцебиения и перебоев в работе сердца.

Миокардит с незначительной или без дисфункции левого желудочка может протекать и без кардиальных симптомов. Первыми проявлениями миокардита были быстрая утомляемость, повышенная потливость, артралгии, астенизация. У пациентов с признаками дисфункции левого желудочка наиболее частыми симптомами являлись проявления застойной (чаще левожелудочковой) сердечной недостаточности (одышка, усталость, дискомфорт в области сердца). У всех больных с тяжелым и среднетяжелым миокардитами наблюдалось увеличение размеров сердца, глухость I тона, акцент II тона на легочной артерии, короткий систолический шум на верхушке, нарушение сердечного ритма.

Рентгенологическое исследование оказывалось информативным лишь у больных с диффузным миокардитом, когда можно выявить дилатацию и изменения амплитуды сокращений сердца, признаки застоя в легких.

При эхокардиографическом исследовании удавалось определить увеличение размеров полостей сердца, снижение сократительной функции миокарда левого желудочка (реже правого желудочка), гипо- или акинезия различных участков миокарда, сопутствующий экссудативный перикардит, внутрижелудочковые тромбы.

Существенное значение в установлении диагноза имеет электрокардиографическое исследование. Наиболее часто на фоне синусовой тахикардии отмечались неспецифические изменения зубца Т и сегмента S-T, а также снижение амплитуды всех зубцов, снижение сегмента S-T вниз или вверх от изолинии в одном или нескольких отведениях, увеличение интервалов P-Q, QRS и QT. Регистрировались различные нарушения ритма и проводимости, предсердные и желудочковые экстрасистолы, атриовентрикулярные блокады различной степени вплоть до полной блокады ножек пучка Гисса. Изменения ЭКГ в острый период характеризовались быстрой сменой патологических признаков, часто их совокупностью и полной нормализацией картины ЭКГ при выздоровлении.

Данные лабораторных исследований в диагностике миокардитов у больных инфекционным мононуклеозом неспецифичны и противоречивы. У больных с тяжелым миокардитом повышалась активность креатинфосфокиназы, лактатдегидрокиназы, реже повышалась активность аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, содержание С-реактивного протеина в крови. У больных с легким и среднетяжелым течением миокардита содержание С-реактивного белка в крови существенно не изменялась.

Поражение миокарда при инфекционном миокардите может быть следствием прямой инфильтрации инфекционного агента в миокард, воздействия токсинов, которые выделяются возбудителями непосредственно в сердце или достигают его гематогенным путем, поражения эндотелия мелких венечных артерий с развитием коронариита, а также результатом развития иммунопатологических реакций.

Особенности миокардита вирусной этиологии обусловлены возможным

прямым проникновением вируса в кардиомиоциты с последующей репликацией и цитотоксическим эффектом вплоть до лизиса кардиомиоцитов или опосредованным действием через гуморальные и клеточные иммунные реакции в миокарде.

В патогенезе миокардита большое значение имеет активация ферментных систем и высвобождение биологически активных веществ (гистамина, серотонина, брадикинина, ацетилхолина, оксида азота, цитокинов и др.), что вызывает повреждение сосудов микроциркуляторного русла сердечной мышцы, развитие гипоксии и повреждение кардиомиоцитов с образованием микронекрозов.

Включение в состав комбинированной терапии вирусного миокардита панавира или валавира положительно сказывается на клинико-гемодинамическом статусе больных, обеспечивает полную элиминацию из крови вируса Эпштейн-Барра, ускоряет процесс выздоровления больных, не вызывает побочных эффектов и отрицательных влияний, что позволяет рекомендовать эти препараты для широкого клинического применения при лечении вирусных миокардитов.

ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ В СИСТЕМІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ В ТА С

Чумаченко Т.О.[1], Коваленко О.С.[1], Клещар Л.О.[2], Советнікова А.В.[2], Цукор Н.Г.[2]

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина[1],
Харківська міська санітарно-епідеміологічна станція, м. Харків, Україна[2]

Система епідеміологічного нагляду за вірусними гепатитами В (ГВ) та С (ГС) включає вивчення динаміки епідемічного процесу та факторів, що впливають на кількісні та якісні його прояви – охоплення щепленнями проти ГВ, якість проведення стерилізації медичного інструментарію й обладнання, якість дезінфекції в лікувально-профілактичних установах та інших закладах підвищеного ризику інфікування парентеральними гепатитами (перукарні, салони краси та інше), рівень носійства тощо (Марієвський В.Ф., Гураль А.Л., Шагінян В.Р., Сергеєва Т.А., 2006, 2009). На показники захворюваності ГВ та ГС впливає повнота реєстрації випадків інфекції, однак клініка вірусних гепатитів проявляється від стертих безжовтяничних форм до виражених маніфестних форм захворювання, тому маломаніфестні та безсимптомні форми інфекції не завжди виявляються та реєструються. Крім того, особливістю патогенезу вірусних гепатитів є хронізація інфекційного процесу, який в багатьох випадках набуває латентного перебігу та призводить до таких ускладнень як цироз печінки та гепатоцелюлярна карцинома, які діагностуються. Тому, для підвищення ефективності епідеміологічного нагляду за парентеральними гепатитами, необхідно вивчати динаміку захворюваності на хронічні ГВ та ГС, рівень якої може бути одним з маркерів інтенсивності циркуляції збудників інфекції серед населення.

Метою роботи була оцінка інтенсивності епідемічного процесу

парентеральних вірусних гепатитів з урахуванням хронічних форм інфекції у великому промисловому місті на прикладі м. Харкова в сучасних умовах.

Матеріали і методи. На підставі офіційних даних міської санітарно-епідеміологічної станції м. Харкова проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на гострі форми ГВ та ГС за період 2002 – 2010 рр. та хронічні форми ГВ та ГС, які були зареєстровані у 2010 р. Періоди дослідження обрані з урахуванням початку реєстрації ГС та хронічних форм гепатитів.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз показав, що за період, що вивчався, відмічалась тенденція до зниження захворюваності на ГВ та ГС. При цьому інтенсивний показник захворюваності на ГВ знизився в 5,7 рази та сягав в 2002 р. 19,4 на 100 тис. населення, в 2010 р. – 3,4 на 100 тис. населення, а середньорічний темп зниження захворюваності на цю інфекцію дорівнював (15,4 ± 0,03) %. Інтенсивний показник захворюваності на ГС за період 2002 – 2008 рр. знизився в 2,3 рази і складав 4,2 і 1,8 на 100 тис. населення в 2002 р. і 2008 р. відповідно, однак з 2009 р. захворюваність на ГС почала зростати і дорівнювала 2,4 і 3,4 на 100 тис. населення в 2009 р. і 2010 р. відповідно. Середньорічний темп зниження захворюваності на ГС за період 2002 – 2010 рр. склав (5,8 ± 0,02 %), що в 2,7 рази нижче ніж середньорічний темп зниження захворюваності на ГВ за аналогічний період ($P< 0,05$).

З 2010 року у м. Харкові розпочато реєстрацію хронічних вірусних гепатитів. За період січень – грудень 2010 р. виявлено 72 випадки захворювань, серед яких хронічний ГС відмічався в 76,4 % випадків, що майже в 5 разів більше ніж частка хворих на хронічний ГВ, питома вага яких склала 13,9 %. При цьому на 1 випадок вперше виявленого хронічного ГВ припадало 3 випадки гострого ГВ, на 1 випадок гострого ГС припадало 1,8 випадків вперше виявленого хронічного ГС. Це свідчить про наявність не виявлених і не зареєстрованих гострих форм інфекції і існування прихованого компоненту епідемічного процесу, одним із маркерів якого є рівень захворюваності на хронічні форми гепатитів.

Аналіз вікової структури захворілих показав, що віковий склад хворих на хронічні ГВ та ГС суттєво відрізнявся, так, серед осіб з хронічним ГВ відсоток дітей від 0 до 17 років дорівнював 56,3 %, а серед осіб з хронічним ГС цей показник склав 1,8 %, такий низький відсоток захворілих на хронічний ГС може бути пов'язаний з більш тривалим прихованим перебігом захворювання та пізньою маніфестацією інфекції. Цей висновок також підтверджують результати аналізу вікової структури дорослих хворих на хронічні вірусні гепатити, який показав, що хронічний ГС частіше виявлявся у віці 30 – 39 років (38,9 %) та у осіб старше 50 років (33,4 %), а хронічний ГВ у віці 20 – 29 років (42,8 %).

Звертає увагу високий відсоток хронічних форм ГВ серед дітей. Слід підкреслити, що у 2010 р. переважно хворіли діти до 2 років (33,3 %) та підлітки (55,6 %), що може бути пов’язано з відсутністю у них щеплень проти ГВ. Це підтверджують результати аналізу захворюваності на гострі форми ГВ та стану щепленості дитячого населення. Захворювання на ГВ серед дітей до 14

років в 2007 – 2009 рр. не реєструвались, а в 2010 р. зареєстровано 7 випадків захворювань, з них 5 (71 %) серед дітей віком 1 – 2 років. В той же час показник охоплення щепленнями проти ГВ дитячого населення в 2004 – 2006 рр. досягав майже 100 %, а в 2008 р. і 2009 рр. знизився та склав 57,7 % та 58,3 % відповідно. В 2010 р. цей показник дорівнював лише 46,8 %. Цей факт свідчить про значущість вакцинопрофілактики дитячого населення для попередження як гострих, так і хронічних форм ГВ. Це особливо важливо в умовах інтенсивної циркуляції збудника та наявності прихованого компоненту епідемічного процесу, про який також свідчить носійство HbsAg серед населення, включаючи вагітних жінок, показник інфікування яких склав понад 0,9 % у 2007 – 2008 рр. і 0,6 – 0,7 % в 2009 – 2010 рр.

Висновки. Таким чином, включення спостереження за хронічними формами ГВ та ГС в систему епідеміологічного нагляду за парентеральними гепатитами є доцільним та своєчасним і дозволяє більш точно оцінювати кількісні та якісні прояви епідемічного процесу цих інфекцій. Рівень захворюваності на хронічні форми інфекцій може бути одним з маркерів інтенсивності циркуляції збудників серед населення та характеризувати якість лікарської допомоги хворим. Результати епідеміологічних досліджень підтвердили необхідність проведення профілактичних щеплень проти ГВ дитячому населенню. Зниження охоплення дітей щепленнями проти ГВ супроводжується зростанням рівня захворюваності дітей.

АНГЛОМОВНА СЕКЦІЯ

THE ROLE OF POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) IN THE LABORATORY DIAGNOSTIC OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM (CNS) INFECTIONS IN CHILDREN

Gaman E.S., Kuhar D.I., Knizhenko O.V., Zozulia N.I.
Kharkiv Region Pediatric Infectious Clinical Hospital, Ukraine

Background. Acute meningitides and encephalitises are the most commonly inflammatory processes which affect the central nervous system and are the most severe infectious diseases, occur mainly in infants and secondarily, older children and adolescents. Generally these diseases are caused by viruses (Herpes simplex virus, Human Herpes virus type 6, Cytomegalovirus, Epstein Barr virus, Varicella Zoster virus and Enterovirus) and bacteria (Neisseria meningitides, Streptococcus pneumonia, Haemophilus influenza etc.). Clinical and neurodiagnostic tests are often assisted by laboratory examination of cerebrospinal fluid (CSF), as an essential part of the diagnostic workup in suspected CNS infection. Conventional laboratory diagnostic methods, such as growth of a microorganism in culture and detection of specific antibody, are generally poor in the diagnosis of CNS infection. PCR, with its speed and high molecular sensitivity, has great potential for the diagnosis of CNS infections.

Aim. The aim of our study is approbation of PCR in the laboratory diagnostic of CNS infections in children.

Method. From a total of 123 children hospitalized in Kharkiv Region Pediatric Infectious Clinical Hospital during the period 2010-2011, with suspected clinical symptoms and signs of meningitis and meningoencephalitis, all CSF and blood samples were analyzed by white blood cell count, measurement of glucose, protein, as well as by conventional bacteriologic culture and serological methods. If samples showed altered CSF markers that were consistent with meningitis in general, they were further investigated by PCR for bacterial and viral pathogens. CSF (0.5 ml) is collected by lumbar puncture and transported to the laboratory at 4°C in a sterile screw-cap vial. For detection of DNA and RNA by PCR we used a commercially available kit (AmpliSense®) according to the manufacturer's instruction. The viral and bacterial nucleic acid (both DNA and RNA) was separately isolated by using «Sorb-B» (AmpliSense®) DNA Kit and «Ribo-sorb» (AmpliSense®) RNA Kit and added to premix that contains optimal concentration of all the components necessary for DNA\cDNA synthesis as well as amplification in a single 0,2ml tube. This assay was performed in CFX 96 (BioRad).

Results. Of the 123 patients, 107 (87,5%) were found to be positive for meningitis after CSF examination, based on white blood cell count and differentiation, glucose, protein. 19 (17,75%) had confirmed bacterial meningitis, as diagnosed by either culture and/or PCR. Of these 19 cases, 14 (73,68%) were detected only by PCR, and 5 cases (26,32%) were confirmed by PCR and culture. The predominant microorganism was Neisseria meningitidis 11 (58 %), followed by Streptococcus pneumoniae 6 (31,6%), Haemophilus influenzae 2 (10,4%). Viral

genom was detected in 58 CSF samples (54,2%): 6,1% Cytomegalovirus, 1,2 % Herpes simple virus, 1% Epstein Barr virus and 45,9% Enterovirus. Coinfections were found in 2 patients: in one case Herpes simple virus plus Neisseria meningitides and in another one Neisseria meningitides plus Streptococcus pneumonia.

Conclusion. The PCR is the most sensitive of the existing rapid methods to detect microbial pathogens in clinical specimens. In particular, when specific pathogens that are difficult to culture in vitro or require a long cultivation period are expected to be present in specimens, the diagnostic value of PCR is known to be significant. For instance, it is known that the sensitivity and specificity of a PCR assay is dependent on target genes, primer sequences, PCR techniques, DNA extraction procedures, and PCR product detection methods. The results obtained in this study demonstrate the convenience of the application of the molecular assays in the laboratory diagnosis of the meningoencefalitises of different etiology. Besides this, it is also a very valuable tool for the clinical management of the patients and for the execution of the epidemiological studies.

EARLY ANTIRETROVIRAL THERAPY AND MORTALITY AMONG HIV-INFECTED PERSONS

Kozko V.[1], Krasnov M.[1], Kuznetsova A.[1], Cherkasov A.[2], Zadorogna K.[2]

National Medical University, Kharkov, Ukraine[1]

AIDS Center, Kharkov, Ukraine[2]

Background: In Eastern Europe countries with a high seroprevalence of human immunodeficiency virus type (HIV-1), HIV infection contributes relatively significantly mortality in despite of ART. We investigated antiretroviral-treatment strategies in different clinical groups HIV in dependence of early or late diagnosis and initiation of ART.

Methods: HIV-infected 18 to 62 years age with a CD4 lymphocyte percentage (the CD4 percentage) of 25% or more were randomly assigned to receive antiretroviral therapy (LPV/rtv or NEL or EFV + AZT and 3TC) when the CD4 percentage decreased to less than 10% or clinical criteria were met (the deferred antiretroviral-therapy group) or to immediate initiation of antiretroviral therapy in group with normal CD4 (>350 cell/mc) (the early antiretroviral-therapy groups).

Results: We found that over 65% patients were diagnosed in late stages (C2-C3) who received deferred antiretroviral therapy as compared with early antiretroviral therapy. The main reason of such condition that over 35% patients had been forced to come a doctor due to severe opportunistic infection and were firstly diagnosed as HIV-infected patients.

Median follow-up of 48 weeks (interquartile range, 24 to 72), antiretroviral therapy was immediately initiated in 66% patients in dependence of clinical indications. 9.1% patients in the deferred-therapy group died versus 0.5% patients in the early-therapy groups (hazard ratio for death, 0.24; 95% confidence interval [CI], 0.11 to 0.51; P<0.001). In 26% patients in the deferred-therapy group versus 0.1 patients in the early-therapy groups, disease progressed to CDC stage C or severe stage B (hazard ratio for disease progression, 0.25; 95% CI, 0.15 to 0.41; P<0.001).

Conclusions: Early HIV diagnosis and early antiretroviral therapy reduced mortality over 70% and HIV progression above

AIDS-RELATED LESIONS OF SKIN AND MUCOUS MEMBRANE

Kozko V., Khromykh A., Merkulova N.
National Medical University, Kharkov, Ukraine

Background: the spread of HIV/AIDS in Ukraine have acquired the character of the epidemic. According to rating data 1-1,5% of Ukrainians are infected, more than half of them do not know about their disease. Early diagnosis can reduce the intensity of the epidemic process. The timely holding of antiviral therapy can control the course of infection. The main indications for testing for HIV infection are: clinical, epidemiological, immunological.

The aim of the study: to identify clinical criteria indicating possible HIV infection for the early and timely diagnosis, for further verification the disease-specific methods and prescription of appropriate therapy.

Materials and methods of research: patients with AIDS-associated lesions of skin and mucous membranes, clinical, epidemiological, laboratory and instrumental methods.

Results and conclusion: Skin lesions are frequent, often the first manifestation of HIV infection, indicating its presence by acute onset, atypical clinical presentation and increased resistance to treatment. The destruction of skin and mucous membranes, which are often combined with HIV infection include seborrheic dermatitis, xerosis, bacterial infections caused by S. aureus, fungal infection (candidiasis of skin and mucous membrane of mouth, pharynx, vulva and vagina), and infections caused by dermatophytes (mycosis of foot, legs, hands, onychomycosis). Frequently detected viral infections, such as human papillomavirus (pointed condyloma, vulgar or plantar warts), and infections caused by herpes simplex and herpes zoster, molluscum contagiosum, and Epstein-Barr virus (hairy leukoplakia).

THE CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ERHLICHIOSIS INFECTION

Kozko V.N., Pochil S.I., Iurko K.V., Mogilenets O.I., Reshetnik A.V.
National Medical University, Kharkov, Ukraine

Purpose. Investigation of the clinical picture and laboratory diagnostics of ehrlichiosis.

Methods. The researches were performed by the department of infectious diseases KNMU. The study included 68 patients. In 14 patients ehrlichiosis has been confirmed by microscopical, cultural methods and method of PCR-detection. From them 9 - men, and 5 – women. The middle age of patients was 42,22 years.

Results. In 8 patients (57,1 %) a mixed infection of ehrlichiosis and Lyme disease was observed. Patients with ehrlichiosis complained of fever – in 85,7 % of cases, headache (78,6 %), myalgia (64,3 %), appetite loss (57,1 %), general weakness

(64,3 %). Pain in the epigastric area of the stomach (35,7 %), nausea (42,8 %), vomiting (21,4 %), diarrhea (21,4 %), the phenomena of catarrhal pharyngitis (28,6 %) were more rare symptoms. More rarely, maculopapular rash – in 2 patients (14,3 %), lymphadenopathy – in 4 patients (28,6 %) were observed. 9 patients (64,2 %) with ehrlichiosis developed leukopenia, thrombocytopenia, – in 9 patients (64,2 %), anemia – in 8 (57,1 % of cases). In blood serum growth of the AsAT level – in 12 patients (85,7 % of cases), the AlAT – in 7 (50 %) are defined.

Together with the Scientific Research Institute of I.I. Mechnikov we conducted a research of samples of blood of patients with ehrlichiosis. During light and fluorescent microscopy in granulocytes and blood monocytes intracytoplasmic morula-like formations are appeared, which are probably the diagnostic criterion of ehrlichiosis. In the experimental test line of promyelocytic suspension of human cells Hl-60 the potential effectiveness of the method of accumulation of ehrlichiosis agents to identify the ability of this pathogen to induce morula formation is confirmed.

Conclusions. Positive results of the PCR-detection of Ehrlichia in samples of blood from infected people, homogenates of ticks, infected cells Hl-60 confirm that the territory of east region of Ukraine is a circulation area of Ehrlichia, which are capable of causing corresponding infectious diseases of people.

ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATE, CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ANTIRETROVIRAL DRUG USE IN HIV-POSITIVE PATIENTS

Mocroft A., Kirk O., Reiss P., De Wit S., Sedlacek D., Beniowski M., Gatell J., Phillips A.N., Ledergerber B., Lundgren J.D.

EuroSIDA Study Group

HIV Epidemiology and Biostatistics Group

Research Department of Infection and Population Health, Division of Population Health, University College London Medical School, Royal Free Campus, London, UK

Chronic kidney disease (CKD) in HIV-positive persons might be caused by both HIV and traditional or non-HIV-related factors. Our objective was to investigate long-term exposure to specific antiretroviral drugs and CKD.

Design: A cohort study including 6843 HIV-positive persons with at least three serum creatinine measurements and corresponding body weight measurements from 2004 onwards.

Methods: CKD was defined as either confirmed (two measurements >or=3 months apart) estimated glomerular filtration rate (eGFR) of 60 ml/min per 1.73 m or below for persons with baseline eGFR of above 60 ml/min per 1.73 m or confirmed 25% decline in eGFR for persons with baseline eGFR of 60 ml/min per 1.73 m or less, using the Cockcroft-Gault formula. Poisson regression was used to determine factors associated with CKD.

Results: Two hundred and twenty-five (3.3%) persons progressed to CKD during 21 482 person-years follow-up, an incidence of 1.05 per 100 person-years follow-up [95% confidence interval (CI) 0.91-1.18]; median follow-up was 3.7 years

(interquartile range 2.8-5.7). After adjustment for traditional factors associated with CKD and other confounding variables, increasing cumulative exposure to tenofovir [incidence rate ratio (IRR) per year 1.16, 95% CI 1.06-1.25, P < 0.0001), indinavir (IRR 1.12, 95% CI 1.06-1.18, P < 0.0001), atazanavir (IRR 1.21, 95% CI 1.09-1.34, P = 0.0003) and lopinavir/r (IRR 1.08, 95% CI 1.01-1.16, P = 0.030) were associated with a significantly increased rate of CKD. Consistent results were observed in wide-ranging sensitivity analyses, although of marginal statistical significance for lopinavir/r. No other antiretroviral drugs were associated with increased incidence of CKD.

Conclusion: In this nonrandomized large cohort, increasing exposure to tenofovir was associated with a higher incidence of CKD, as was true for indinavir and atazanavir, whereas the results for lopinavir/r were less clear.

FATAL AND NON-FATAL AIDS AND NON-AIDS EVENTS IN HIV-1 POSITIVE INDIVIDUALS WITH HIGH CD4 COUNTS ACCORDING TO VIRAL LOAD STRATA

Reekie J.[1], Gatell J.[2], Yust I.[3], Bakowska E.[4], Rakhmanova A.[5], Losso M.[6], Krasnov M.[7], Francioli P.[8], Kowalska J.D. [9], Mocroft A.[1]

EuroSIDA Study Group

University College London Medical School, London, UK[1];
Hospital Clinic, Barcelona, Spain[2]
Ichilov Hospital, Tel Aviv, Israel[3];
Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS, Warsaw, Poland[4];
Medical Academy Botkin Hospital, St Petersburg, Russia[5];
Hospital JM Ramos Mejia, Buenos Aires, Argentina[6];
Kharkov State Medical University, Kharkov, Ukraine[7];
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switerland[8];
Copenhagen HIV Programme, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark[9]

This study compared the incidence of fatal and non-fatal AIDS and non-AIDS events in HIV-positive individuals with a CD4 count >350cells/mm^3 between viral load strata, low (<500copies/ml), intermediate (500-9999.9 copies/ml), and high (≥10000copies/ml).

Methods. Individuals contributed person years at risk if their most recent CD4 count was >350cells/mm^3. Follow-up was censored if their CD4 count dropped below 350cells/mm^3. Poisson regression analysis investigated the relationship between viremia and the incidence of AIDS and non-AIDS events.

Results. 354 AIDS events occurred during 51732PYFU, crude incidence rate of AIDS across the three strata was 0.53, 0.90, and 2.12 per 100 PYFU respectively. After adjustment, a higher rate of AIDS was observed in individuals with moderate (incidence rate ratio [IRR] 1.44, 1.02-2.05, p=0.03) and high viremia had a higher rate (IRR 3.91, 2.89-5.89, p<.0001) compared to a low viremia. 572 non-AIDS events occurred during 43784PYFU, the crude incidence rates were 1.28, 1.52, and 1.38 per 100 PYFU respectively. After adjustment, particularly for age, region of Europe and starting cART, there was a 61% (IRR 1.61, 1.21-2.14, p=0.001) and 66% (IRR 1.66,

1.17-2.32, p=0.004) higher rate of non-AIDS in individuals with intermediate and high viremia compared with low viremia.

Conclusion. In individuals with a CD4 count >350cells/mm^3, an increased incidence of AIDS and a slightly increased incidence of non-AIDS was found in those with uncontrolled viral replication. The association with AIDS was clear and consistent. However, the association with non-AIDS was only apparent after adjustment and no differences were observed between intermediate and high viremia.

A COMPARISON OF THE LONG-TERM DURABILITY OF NEVIRAPINE, EFAVIRENZ AND LOPINAVIR IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE IN EUROPE: A EUROSIDA STUDY

Reekie J., Reiss P., Ledergerber B., Sedlacek D., Parczewski M., Gatell J., Katlama C., Fätkenheuer G., Lundgren J.D., Mocroft A.

EuroSIDA study group

Research Department of Infection & Population Health, University College London Medical School, Royal Free Campus, London, UK

Objectives: The durability of combination antiretroviral therapy (cART) regimens can be measured as time to discontinuation because of toxicity or treatment failure, development of clinical disease or serious long-term adverse events. The aim of this analysis was to compare the durability of nevirapine, efavirenz and lopinavir regimens based on these measures.

Methods: Patients starting a nevirapine, efavirenz or lopinavir-based cART regimen for the first time after 1 January 2000 were included in the analysis. Follow-up started ≥ 3 months after initiation of treatment if viral load was <500 HIV-1 RNA copies/mL. Durability was measured as discontinuation rate or development/worsening of clinical markers.

Results: A total of 603 patients (21%) started nevirapine-based cART, 1465 (51%) efavirenz, and 818 (28%) lopinavir. After adjustment there was no significant difference in the risk of discontinuation for any reason between the groups on nevirapine and efavirenz (P=0.43) or lopinavir (P=0.13). Compared with the nevirapine group, those on efavirenz had a 48% (P=0.0002) and those on lopinavir a 63% (P<0.0001) lower risk of discontinuation because of treatment failure and a 31% (P=0.01) and 66% (P<.0001) higher risk, respectively, of discontinuation because of toxicities or patient/physician choice. There were no significant differences in the incidence of non-AIDS-related events, worsening anaemia, severe weight loss, increased aspartate aminotransferase (AST)/alanine aminotransferase (ALT) levels or increased total cholesterol. Compared with patients on nevirapine, those on lopinavir had an 80% higher incidence of high-density lipoprotein (HDL) cholesterol decreasing below 0.9 mmol/L (P=0.003), but there was no significant difference in this variable between those on nevirapine and those on efavirenz (P=0.39).

Conclusions: The long-term durability of nevirapine-based cART, based on risk of all-cause discontinuation and development of long-term adverse events, was comparable to that of efavirenz or lopinavir, in patients in routine clinical practice across Europe who initially tolerated and virologically responded to their regimen.

RELATIONSHIP BETWEEN CURRENT LEVEL OF IMMUNODEFICIENCY AND NON-ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME-DEFINING MALIGNANCIES

Reekie J., Kosa C., Engsig F., Monforte A., Wiercinska-Drapalo A., Domingo P., Antunes F., Clumeck N., Kirk O., Lundgren J.D., Mocroft A.

EuroSIDA Study Group.

University College London Medical School, London, UK

In the combined antiretroviral therapy (cART) era, non-acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-defining malignancies account for more morbidity and mortality in human immunodeficiency virus-infected patients than AIDS-defining malignancies. However, conflicting data have been reported on the relationship between immunodeficiency and the development of some non-AIDS-defining malignancies.

Methods: A total of 14,453 patients from the prospective, multinational EuroSIDA cohort were included. Malignancies were classified as virus-related, non-virus-related epithelial, and other. The incidence of non-AIDS-defining malignancies was calculated stratified by current CD4 count. Poisson regression was used to investigate factors associated with the development of non-AIDS-defining malignancies.

Results: A total of 356 non-AIDS-defining malignancies occurred, with an incidence rate of 4.3 per 1000 person years of follow-up (95% confidence interval [CI], 3.8-4.7); 172 (48.3%) were virus-related, 135 (37.9%) were non-virus-related epithelial, and 49 (13.7%) were classified as other. Anal (69 cases), lung (31 cases), and melanoma (13 cases), respectively, were the most common non-AIDS-defining malignancies within each group. After adjustment, current CD4 was associated with virus-related non-AIDS-defining malignancies (incidence rate ratio [IRR], 0.81 per doubling; 95% CI, 0.75-0.88; P < .0001) and non-virus-related epithelial non-AIDS-defining malignancies (IRR, 0.84; 95% CI, 0.75-0.95; P = .004), but not with other non-AIDS-defining malignancies (IRR, 1.04; 95% CI, 0.83-1.31; P = .73). Current CD4 count was also associated with anal cancer (IRR, 0.86; 95% CI, 0.75-0.99; P = .03), Hodgkin lymphoma (n = 52; IRR, 0.83; 95% CI, 0.73-0.95; P = .005), and lung cancer (IRR, 0.76; 95% CI, 0.64-0.90; P = .0002).

Conclusions: A low current CD4 count was associated with an increased incidence of certain non-AIDS-defining malignancies. Starting cART earlier to reduce the proportion of patients with a low CD4 count may decrease the rate of developing many common non-AIDS-related malignancies. A randomized trial to explore this strategy is urgently needed.

THE ROLE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY IN THE INCIDENCE OF PANCREATITIS IN HIV-POSITIVE INDIVIDUALS IN THE EUROSIDA STUDY

Smith C.J., Olsen C.H., Mocroft A., Viard J.P., Staszewski S., Panos G., Staub T., Blaxhult A., Vetter N., Lundgren J.D.

Royal Free and University College Medical School, London, UK.

Aim: This study investigated the incidence of pancreatitis and its association with antiretroviral therapy (ART), focusing on stavudine and didanosine.

Methods: EuroSIDA has collected information on pancreatitis since summer 2001. All identified cases have been verified by the coordinating center. Individuals were followed from June 2001 or the date of entry into EuroSIDA (whichever occurred later) until a diagnosis of pancreatitis or the last study visit. Factors associated with pancreatitis were investigated using Poisson regression. Cumulative lengths of exposure to didanosine without stavudine, stavudine without didanosine, stavudine with didanosine, and other ART were time-updated variables. Treatment variables were fitted with a 6-month time lag.

Results: There were 43 (nine presumptive) pancreatic events in 9678 individuals during 33 742 person-years (incidence 1.27/1000 person-years). The incidence among those with no, 2 or less and over 2 years' exposure to ART including stavudine and didanosine was 1.24, 1.73 and 0.78/1000 person-years, respectively. In multivariable analysis, higher baseline CD4 cell counts were associated with a decreased risk of pancreatitis. There was no evidence of an association of pancreatitis with cumulative exposure to didanosine and stavudine, didanosine without stavudine, stavudine without didanosine, or other ART.

Conclusion: We observed a low overall rate of pancreatitis in the years 2001-2006, and did not find an association of an increased incidence of pancreatitis with cumulative exposure to antiretroviral agents generally, and to didanosine and stavudine in particular.

A PILOT STUDY TO DETERMINE THE PREVALENCE OF HIV IN PERSONS PRESENTING FOR CARE WITH SELECTED CONDITIONS: PRELIMINARY RESULTS FROM HIV IN EUROPE STUDY

Sönnerborg A., Mocroft A., Lundgren J., Raben D., Gatell J., d'Arminio Monforte A., Vassilenko A., Hadziosmanovic V., Bergovac J., Sørensen H., Zuin M., Cusini M., Clumeck N., Gazzard B., Rockstroh J.

HIV Indicator Diseases Across Europe Study Group

Purpose of the Study. A pilot study was initiated in Autumn 2009 to better define which diseases have a HIV prevalence of >0.1 % as HIV testing of populations with a HIV prevalence above this has shown to be cost-effective. The preliminary results are reported here.

Methods. A detailed questionnaire was completed for persons presenting with 8 different indicator diseases; sexually transmitted disease (STD), malignant lymphoma (LYM), cervical or anal cancer/dysplasia (CAN), herpes zoster (HER), ongoing

mononucleosis-like illness (MON), unexplained leukocytopenia / thrombocytopenia lasting >4 weeks (CYT), and seborrheic dermatitis/exanthema (SEB).

Results. 1482 persons have so far been included in the pilot phase by June 2010 from 29 surveys taking place in Austria, Belarus, Belgium, Bosnia, Croatia, Denmark, Germany, Italy, Poland, Spain, Sweden and Ukraine. Selected characteristics of the patients are shown in the Table. Almost 40% reported a previous HIV test; this was highest in the STD (59.0%), HEP (47.5%) and SEB (44.2%) groups. Median age was highest in the LYM group (53 years), and youngest in the MON group (24 years). 104 persons (7.7%) reported one of 5 specific HIV-related symptoms in the previous 5 years (mononucleosis, oral candidiasis, herpes zoster, unexplained leukocytopenia/thrombocytopenia or seborrheic dermatitis); these symptoms were highest in the HER (33.3%), SEB (31.1%) and LYM (21.2%) groups. 134 had visited an STD clinic in the previous 5 years including over half of the STD group (56.3%). 152 had been hospitalized in the previous 5 years; the highest proportion was seen in the HEP group (70.3%). Many of the planned surveys have shown difficult to implement because of reluctance towards introducing routine HIV testing among specialists who are not used to/worried about performing an HIV test. A number of persons have tested HIV-positive.

Conclusions. The first results of this pilot study demonstrates the potential benefit of guided HIV testing of patients with selected indicator diseases, as a number of persons have been identified to be HIV-positive. A significant proportion of the persons had previously been hospitalized or reported HIV-associated symptoms but had not been tested. Physicians in some specialties are however reluctant to adopt this testing strategy.

PREDICTING OF SUSTAINED VIRILOGICAL RESPONSE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C BY COMBINATION OF VIRAL, LIVER AND GENOMIC BIOMARKERS

Telehin D., Kozko V., Bondar O., Costa J.M.,, Munteanu M., Kobryn T., Ngo Y., Thibault V., Moussalli J., Ratziu V., Benhamou Y., Dubins'ka G., Poveda J.D., Poynard T.

National Medical University, Lviv, Ukraine
National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Pasteur-Cerba, Cergy-Pontoise, France
Hepatology, Biopredictive, Paris, France
Virology Department Pitié Salpêtrière Hospital, Paris, France
Hepatology Department Pitié Salpêtrière Hospital, Université Pierre et Marie Curie
Assistance Publique Hôpitaux de Paris Liver Center, Paris, France
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Background and aim. Three polymorphisms of the genes, for interferon-lambda-3 (IL28B), inosine triphosphatase (ITPA) and for bilirubin uridine diphosphate-glucuronosyltransferase (UGT1A1) are associated with efficacy and adherence to treatment (interferon and ribavirin) in patients with chronic hepatitis C. The assumption was that the liver fibrosis stage estimated with FibroTest instead of

biopsy was still an independent predictor of sustained virologic response (SVR), when these new polymorphisms were evaluated.

Methods. Patients receiving standard therapy were analyzed retrospectively for IL28B polymorphisms, ITPA, and UGT1A1. The prognostic factors for SVR at baseline were combined in multivariate analysis in a construction group (157 patients) and validated in a validation group (79 patients).

Results. The main features in construction groups and validation were: male 59% vs 59%, median age 46 vs 41 years, Caucasian ethnicity 76% vs 100%, HCV RNA> 600.000IU/mL 52% vs 49%, advanced fibrosis 49% vs 48%, important activity 38% vs 58%; HCV genotypes (G) were: G1 57% vs 82%, G2/G3 23% vs 18%, G4/G5 20% vs 0% and SVR 47 % vs 63%. The prevalence of IL28B (rs12979860) genotype CC was 33% vs 35%, CT 48% vs 52%, and TT 19% vs 13%. In multivariate analysis the 5 most predictive factors for SVR were [odds ratio (95% CI)]: HCV genotype 2/3 6.22 (92.54-15.23), low FibroTest 3.41 (0.73-16.07), IL28B genotype CC 3.32 (1.29- 8.53), high ActiTest 2.24 (0.53-9.49) and HCVRNA< 600.000 1.73 (0.85-3.51). The combination of 5 factors most predictive of SVR in the construction population had an AUROC (95%CI) =0.743 (0.655-0.810, p< 0.0001 vs random), which was validated in the validation population, AUROC (95%CI) = 0.753(0.616-0.849, P=0.0007 vs random), not different from the construction population P=0.88. FibroTest remained significantly predictive of SVR [OR=0.24 (0.07-0.84), p=0.03], after taking into account the IL28B CC genotype, viral load, ActiTest and the genotype of HCV.

Conclusion. Fibrosis stage assessed by FibroTest is an independent predictor of SVR, after accounting for the IL28B genetic polymorphism. A combination of five baseline biomarkers could simplify the baseline prediction of SVR.

ІНШЕ

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРОВ СОРБИЛАКТА И РЕОСОРБИЛАКТА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПОЧКЕ У ДЕТЕЙ

Абдуфатоев Т.А., Икромов Т.Ш., Саломов А.К.
Институт последипломной подготовки медицинских кадров, Таджикистан

Операционная кровопотеря до сих пор остается одним из наиболее частых и грозных осложнений при оперативном вмешательстве на почке. В определенной степени эта проблема представлялась решенной в связи с широкой организацией банков донорской крови за рубежом и центром крови в нашей стране. Однако широкое применение донорской крови выявило серьезные недостатки, связанные с ее применением: инфицирование вирусами гепатита и СПИДа, аллергические реакции, метаболические нарушения и развитие тромбогеморрагических осложнений при большом объеме трансфузии, нарушения со стороны гемостаза и другие (А.В. Вахидов, 2006; Т.А. Абдуфатоев, 2006). Все это вызывает интерес как в мире, так и в нашей стране к разработке различных кровесбергающих методик, которые позволяют отказаться от применения или уменьшить количество используемой донорской крови. К числу таких кровесбергающих методик относится методика умеренно-гиперволемической гемодилюции (УГГ). УГГ нами ранее были разработаны с применением гемодилютантов: полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, желатеноль, плазмы, альбумин, 10% глюкозы, раствор Рингера. Однако все эти гемодилютанты имеют положительные и отрицательные стороны действия.

В доступной литературе мы не нашли работ, по применению гемодилютантов с применением растворов многоатомного спирта (реосорбилакт и сорбилакт). Тем не менее имеются работы, о большой эффективности реосорбилакта и сорбилакта при инфузионной терапии, к которым относится улучшение гемодинамики и микроциркуляции, дезинтоксикационный и энергетический эффект, стимуляции перистальтики и диуреза, коррекции кислотно-основного состава. По данным R.W. Lewis (1981) получал положительный эффект путем защелачивания мочи парентеральным введением 1,9% раствора натрия лактата больным при обструкции мочекислыми камнями почек и мочевыводящих путей. Следует отметить, что широкого применения растворов многоатомного спирта в практике хирургии, реаниматологии и интенсивной терапии детского возраста не нашло своего места.

Цель работы. Изучение эффективности гемодилюционних свойств растворов многоатомного спирта при УГГ в оперативной урологии детского возраста.

Материалы и методы. Исследованию подвергались 42 детей с односторонним одиночным (23), множественными (5) и двухсторонним (7) камнями почки, врожденным односторонним (4) и двухсторонним (3) гидронефрозом. Дети были в возрасте до 1 года – 3, от 1 года до 3 лет – 9, от 3 до 7 лет – 13, 8 – 14 лет – 17 . У всех больных наблюдался хронический

пиелонефрит. У 17 (40,5%) больных наблюдалась хроническая почечная недостаточность (ХПН) – 1 ст. - у 6, 2 ст. – у 8 и 3 ст. у - 3. 42 больным производились 52 операции: пиелолитотомия с нефростомией – 15, нефролитотомия с нефростомией – 25, неопиелоуретроанастомоз – 10, нефрэктомия – 2. Все больные оперировались под общей комбинированной центральной аналгезией с высокочастотной искусственной вентиляцией легких чистым кислородом ручным способом. Больные в зависимости от состава гемодилютантов, проводимой УГГ были разделены на 2 группы. 1 группу составили 23 больных, которым проводилась УГГ раствором реополиглюкина, 10% глюкозы и желатинолой 10 мл на 1 кг массы ребенка. П группа – 19 детей, которым осуществлялись УГГ раствором сорбилакта, реосорбилакта 1:1 по10-12 мл на 1 кг массы тела ребенка + плазмы по 10 мл на 1кг массы ребенка. За 40 – 50 минут до начало операции под премедикацией (дроперидол или ГОМК, атропин и димедрол в возрастной дозировке) осуществлялись УГГ внутривенно струйным введением гемодилюдантов. УГГ производилась из расчета 15-20 мл на 1 кг массы тела ребенка. Недостающие части гемодилютанта восполнялись с 10% раствором глюкозы или раствором Рингера. УГГ считались достигнутым при снижении концентрации гемоглобина на 15 ± 1,5% и гематокрита на 20 ± 2,0% от исходного уровня. Эффективность проводимой УГГ осуществлялась путем изучения центральной гемодинамики – тетраполярной реографии, газов крови – оксигемометрии, легочной шунт – кислородным методом, почечного кровотока – проба Реберга-Тареева, минутный диурез, коагулограммы – унифицированной программы, токсичности крови - парамециновый тест.

Результаты. У 1 группы больных после УГГ отмечалось снижение периферического сосудистого сопротивления на 11 ± 1,6%, вязкость крови на 7,5 ±1,2%, фибриноген на 12,6±2,1%, свертываемость по Ли-Уайту на 20±2,5%. Отмечалось увеличение ударного (на 15,3±2,7%) и минутного (на 12±3,5%) объема сердца, почечного кровотока (на 8,5±1,5%) и минутного диуреза (на 15±2,2%). PO2 было 88±3,2 мм рт. ст., PCO2 – 34,6±2,1 мм рт. ст., Sat. O2 – 97,5±1,2% и легочной шунт – 1,6±0,3%. Средний объем интраоперационного кровотечения составлял 16±1,3 мл на 1 кг массы тела ребенка. У 9 (39,1%) больных гемоглобин и гематокрит снижались более на 30%. Выживаемость парамеций (ВП) были 29±2,5 мин. Этим больным в конце операции потребовались трансфузии эритроцитарной массы. У П группы больных снижение периферического сосудистого сопротивления, вязкости крови, фибриногена, свертываемости крови были почти одинаковыми как 1 группы больных. Отмечалось увеличение ударного (на 12,2±1,8%), минутного (на 10±1,2%) объема сердца, почечного кровотока (на 10,2±0,9%), минутного диуреза (17±1,3%) по сравнению с 1 группой больных были статистически достоверным ($P<0,05$). PO2 составляло - 92±2,0 мм рт. ст., PCO2 - 29±1,6 мм рт. ст. и Sat. O2 – 98,3 ± 0,6%, легочной шунт – 1,0±0,5%. ВП - 32±2,1 мин. Средний объем интраоперационного кровотечения был 8 ± 0,8 мл на 1 кг массы ребенка. Следует отметить, что только 4 (21%) из 19 больных в конце операции были показания к трансфузии эритроцитарной массы.

Таким образом, у II группы больных проводимые УГГ с применением растворов многоатомного спирта и плазмы по сравнению с 1 группой оказались достоверно эффективными. У этих больных достигались увеличение растворимости и транспорт кислорода в плазму, снижение токсичности крови и сохранение баланса свертывающей и антисвертывающей систем. Следует отметить, что наличие в составе сорбилакта и реосорбилакта защелачивающего компонента 7% натрия лактата компенсирует теоретическую возможность образования рецидивных камней.

СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРИОБРЕТЕННЫМ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ

Бодня Е.И., Боброва О.В., Бодня И.П.

Медична академія післядипломної освіти, г. Харьков, Украина
Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков, Украина

Токсоплазмоз - широко распространенное паразитарное заболевание, относящееся к группе зоонозов. Эта инвазия встречается повсеместно, число инвазированных токсоплазмами в мире достигает 1,5 млрд. человек. что превышает общее число инфицированных вирусом гепатита В.

Для токсоплазмозной инвазии характерно отсутствие патогномоничных симптомов и выраженный полиморфизм клинических проявлений с поражением различных органов и систем. Клинические проявления токсоплазмоза в значительной степени связаны с состоянием иммунной системы макроорганизма и могут варьировать от латентных (субклинических) до септических (крайне тяжелых) форм с летальными исходами.

Под нашим наблюдением находилось 143 больных хроническим приобретенным токсоплазмозом в стадии обострения в возрасте от 17 до 75 лет (51 мужчина и 92 женщины, что составляло 35,7% и 64,3% соответственно), которые находились на стационарном лечении в Харьковской областной клинической инфекционной больнице.

Наличие хронического приобретенного токсоплазмоза у больных, а также отсутствие синдромосходных заболеваний (грипп, ОРВИ, гепатит, ВИЧ-инфекция и др.) было строго верифицировано. Клинико-лабораторное обследование больных позволило установить, что все обследованные больные находились в хронической фазе заболевания, легкой и/или средней тяжести течения.

Одним из наиболее частых проявлений хронического приобретенного токсоплазмоза является гепатолиенальный синдром. Печень – центральная метаболическая система организма (центральный «гомеостат» или «метаболический мозг»), выполняющая интегральную функцию, обеспечивающая системную адаптацию обмена веществ и энергии.

Наиболее частыми проявлениями гепатолиенального синдрома у обследуемых больных было увеличение печени на 2-3 см (у 91,6% больных), что клинически сопровождалось болезненностью и чувством тяжести в области

правого подреберья (у 86% больных), горечью во рту (у 63,6%). Болезненность края печени при пальпации достоверно чаще (P<0,05) определялась у больных с часто рецидивирующим течением заболевания, что в 100% случаев сочеталось с увеличенными болезненными периферическими лимфатическими узлами. Увеличение размеров селезенки (перкуторно, пальпаторно и по данным ультразвукового исследования) регистрировалось у 14,7% больных.

Признаки дискинезии желчевыводящих путей по гипомоторному типу (положительная желчнопузырная симптоматика, данные фракционного дуоденального зондирования и ультразвукового исследования) были выявлены у 60,8% пациентов.

Дисфункция кишечника с признаками спастического колита и задержкой стула на 2-3 суток фиксировалась у 21,1 % больных, на периодические послабления стула жаловались 30,8% больных.

При анализе результатов исследований биохимических показателей крови было установлено, что средние значения находились в пределах нормы, за исключением уровней АлАт, АсАт и тимоловой пробы. Содержание альбуминов в крови достоверно отличалось (P<0,05) от контрольной группы и находилось на уровне нижней границы нормы у 30,1% больных, в то же время у 21,34% больных содержание альбуминов превышало норму. Уровень α1-глобулинов достоверно отличался от контроля и превышал показатели нормы у 42,7% больных (P<0,05), что свидетельствует о нарушении белковосинтезирующей функции печени.

При анализе полученных результатов оценивали не просто тот или иной показатель, а все полученные данные в совокупности, что позволило установить особенности их соотношений у каждого больного.

Для оценки состояния периферической крови при токсоплазмозе мы учитывали не просто лейкоцитарную формулу, а определяли изменения соотношений форменных элементов периферической крови, исходя из того, что в формировании реакции организма в ответ на инфекцию или инвазию важную роль играют лейкоциты. Известно, что лимфокины, вырабатываемые Т-лимфоцитами, осуществляют регуляцию нейтрофилов, эозинофилов, моноцитов, активируя или дегранулируя неспецифические эффекторные клетки. Для количественной оценки структуры и дифференциации элементов крови нами проведено определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) у 143 больных токсоплазмозом и у 40 практически здоровых лиц. ЛИИ у здоровых лиц составлял в среднем 1,25±0,25 (пределы колебаний 0,9-1,3), у больных токсоплазмозом − 1,03±1,16 (колебался в пределах от 0,019 до 6,23). В пределах нормы ЛИИ был только у 15 (10,5%) больных токсоплазмозом. У 70,6% больных ЛИИ был значительно ниже нормы и колебался в пределах от 0,019 до 0,63. Повышение ЛИИ, как правило, наблюдалось чаще при низком (ниже 3%) содержании эозинофилов в периферической крови и отмечалось у 27 (18,9%) больных. Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что вычисление ЛИИ позволяет уточнить характер и направленность изменений в крови при паразитарной инвазии. Повышение ЛИИ при низком уровне эозинофилов свидетельствует о преобладании мононуклеарной реакции в ответ

на инвазию. Как показали исследования, чрезмерное снижение ЛИИ могут свидетельствовать о нарушении реактивности организма. Представленная картина выявленных изменений и взаимосвязей содержания элементов периферической крови отражает динамичность ответной реакции организма на инвазию.

Таким образом, отсутствие клинических проявлений и нарушений биохимических показателей, характерных для поражений печени, у большинства больных хроническим приобретенным токсоплазмозом связано, по-видимому, с огромными компенсаторными возможностями печени, а также с индивидуальными и адаптивно-компенсаторными возможностями организма. Проведенные клинические исследования подтверждают, что хронический приобретенный токсоплазмоз в стадии реактивации характеризуется многообразием клинических проявлений, связанных с преимущественной локализацией возбудителя.

ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ

Бодня Е.И., Велієва Т.А., Бодня І.П.

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Ехінококози — гельмінтози людини з найтяжчим перебігом хвороби і разом з тим широко розповсюджені серед сільськогосподарських, домашніх і диких тварин. Ці обставини привертають до них особливу увагу. Експериментальні моделі ехінококозів гідатидозного і мультилокулярного (альвеококозу) використовуються в багатьох науково-дослідних лабораторіях світу.

З чотирьох видів цестод, що належать до роду Echinococcus (Rudolphi, 1801), найбільше епідеміологічне і епізоотологічне значення мають Echinococcus granulosus (Batsch, 1780) і E. multilocularis (Leuckart, 1863). E. oligarthrus, (Diesing, 1863) і E. vogeli Rausch, Bernstein, 1972 зустрічаються в Південній і Центральній Америці. E. granulosus широко розповсюджений на всіх континентах, за винятком Антарктиди. Ареал E. multilocularis обмежений Північною півкулею, де найбільш інтенсивна циркуляція паразита відзначається в Азіатській частині СРСР, на Алясці, на півночі США, у Канаді, Японії, країнах Центральної Європи.

Усередині ареалу E. granulosus (ехінокок гідатидозний, чи однокамерний) утворює паразитарні системи більш ніж з десятьма видами м'ясоїдних (дефінітивних хазяїнів гельмінта) і шістьма-десятьма видами переважно травоядних (проміжних хазяїнів). E. multilocularis (ехінокок багатокамерний, чи альвеокок) залучає у свій біоцикл шість видів плотоядних і близько сорока видів гризунів.

Ехінококи, що належать до одного виду, але отримані з різнорідних паразитарних систем чи географічно віддалених регіонів, відрізняються рядом морфологічних, біологічних та інвазивних властивостей. Таксономічне положення цих ізолятів поки не зовсім з’ясоване. Найчастіше внутрішньовидові генетичні варіанти ехінококів у вітчизняній і закордонній літературі

позначаються як штами (species) паразита (Кротів, 1996; і ін.). У їх утворенні велике значення мають особливості репродуктивного циклу цестод. У результаті самозапліднення дорослих особин мутації, що звичайно рецесивні, у 1/4 зигот, а потім і лярвоцист виявляються фенотипічно, а під час партеногенезу (формування протосколексів) копіюються у величезних кількостях, що різко збільшує імовірність залучення в біологічний цикл нового генетичного різновиду чи штаму паразита (Smyth J., Smyth M., 1964). Розрізняють овечачий, кінський, свинячий і ін. штами E. granulosus, що відрізняються за своїми властивостями (Матчанов і ін., 1977; Кузнєцов і ін., 1978; і ін.).

В останні роки Ю.К. Богоявленський і його учні розробляють новий напрямок у вивченні механізму дії антигельмінтиків − вивчення морфофункціональних змін у тканинах гельмінтів на тлі впливу антигельмінтиків. При цьому використовують методи світлової й електронної мікроскопії, гістології і гістохімії. Комплекс цих методів дозволив, зокрема, установити, що застосовуваний в практичній медицині для консервативної терапії ехінококозів людини мебендазол має вибіркову активність відносно кутикулярної оболонки альвеокока мультилокулярного, викликаючи в ній незворотні морфологічні зміни: відторгнення зародкового шару з наступною його дегенерацією, що призводить до загибелі лярвоцист альвеокока (Казанцева, 1984; Богоявленський і ін., 1986).

У комплексі заходів важливе місце належить виявленню хворих на ехінококоз і їх лікування. Однак лікування хворих на ехінококоз наявними дотепер препаратами недостатньо ефективно.

В основу роботи поставлена задача вдосконалення способу лікування ехінококозів, у якому за рахунок застосування препарату альбендазол досягається протипаразитарний ефект у хворих на ехінококози, тому підвищується ефективність лікування та запобігається або зменшується частота і тривалість загострень ехінококозів.

Поставлена задача вирішується в способі лікування ехінококозів шляхом застосування традиційної терапії, яка містить симптоматичне лікування, та протипаразитарного препарату, де діючою речовиною був альбендазол. Препарат призначають у дозі 400 мг х 2 рази на добу протягом 28-30 днів.

Препарат (1 таблетка містить 200 або 400 мг альбендазолу, що відноситься до бензимидазолілкарбаматів) є високоефективним засобом при моно- і поліінвазіях, спричиняє ларвицидну, овіцидну і верміцидну дію (діє згубно на дорослі особини, яйця і личинкові форми паразитів). Застосовується при лікуванні як порожнинних, так і тканинних гельмінтозів, а також міазів і інших казуїстичних паразитозів у людини.

Спосіб дозволяє зменшити частоту і тривалість рецидивів за рахунок згубної дії протипаразитарного препарату на всі стадії розвитку гельмінта.

Прийом препарату протягом 28-30 днів – умова, необхідна і достатня для знищення гельмінта, прийом препарату менш 400 мг х 2 рази на день не робить необхідної лікувальної дії.

Нижче приведений приклад використання заявленого способу.

Приклад. Хворий Ю., 32 років, звернувся зі скаргами на субфебрільну температуру, біль у правому підребер'ї. Хворий був обстежений на ехінококози, імуноферментне дослідження було позитивним, в печінці було виявлено при ультразвуковому дослідженні 25-26 кист розміром до 1,5 см. Хірургічне лікування застосувати було неможливо.

У зв'язку з цим було призначено комплексне лікування, що включало альбендазол у дозі 400 мг х 2 рази в добу протягом 28-30 днів. Стан хворого покращився, зникли всі скарги. Суб'єктивне поліпшення стану сполучалося з поліпшенням показників біохімічних показників крові, Т- і В- клітинної ланки імунітету. При ультразвуковому дослідженні кількість кист зменшилась до 3-4. Повне клінічне благополуччя, відсутність рецидивів свідчать про стабілізацію процесу та видужання.

Усі хворі, що одержували альбендазол, відзначали його гарну переносимість. У жодного з хворих, що спостерігаються, не було відзначено ніяких побічних явищ, що клінічно та лабораторно можна було б пов'язати з застосуванням препарату.

СПОСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРЕПАРАТІВ КЛІЩА РОДУ DEMODEX

Бодня К.І., Лавриненко М.В., Ревенко Ж.А., Колесник К.І.
Медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

У прохолодному і вологому середовищі кліщі зберігають життєздатність до трьох тижнів, а в сухому повітрі – до півтори доби.

Однак у зіскрібках на липкій стрічці, можливо під дією липкої речовини стрічки, кліща роду Demodex зберігаються менше доби. Це може створювати деякі труднощі при лабораторній діагностиці. Якщо пацієнт доставить зіскрібки більш, ніж через 6 годин після того, як переніс липку стрічку зі шкіри на предметне скло, то зменшується імовірність виявлення кліща, а при малій чисельності паразита можливий помилково негативний результат.

Тому на кафедрі медичної паразитології та тропічних хвороб Харківської медичної академії післядипломної освіти було поставлено задачу удосконалення способу збереження препаратів кліща роду Demodex у зіскобах на липку стрічку, при цьому досягається створення умов, подібних до умов життя кліща, за рахунок чого збільшується термін його зберігання.

Перші вдалі спроби зберегти в препаратах кліща роду Demodex були проведені старшим викладачем кафедри медичної паразитології та тропічних хвороб Колесник К.І. Свіжі зіскрібки поміщали у вологу камеру (закриту чашку Петрі, на дно якої був покладений вологий фільтрувальний папір), де вдавалося зберегти кліща роду Demodex від 1 до 3-х діб при температурі 17-19°С. Такі тимчасові препарати використовувалися в навчальній роботі кафедри. Але після 3-х днів зберігання кліщі під плівкою руйнувалися. Крім того, якщо клейка речовина стрічки насичувалась водою, то втрачала прозорість, набуваючи матово-білого кольору.

Для вивчення можливості більш тривалого зберігання препаратів кліща роду Demodex на липкій стрічці нами були використані дві речовини:

соняшникова олія і 50%-й водний розчин гліцерину, які, за припущенням, могли створити умови, подібні до умов існування кліща (постійна вологість, наявність жироподібних речовин).

Соняшникова олія – рідкий жир, який легко проникає під плівку, доступний, але на повітрі може загуснути, а при тривалому зберіганні може псуватися (прогоркати).

Гліцерин – трьохатомний спирт, є обов'язковою складовою жирів і масел. У невеликих кількостях міститься в крові тварин. Добре проникає під плівку, не псується при зберіганні. В лабораторній діагностиці застосовується для виявлення яєць гельмінтів (50%-й розчин) і приготування постійних препаратів яєць гельмінтів (у складі гліцерин-желатину).

Відповідно до завдань дослідження нами було обстежено 58 хворих, були отримані позитивні зіскрібки, які поміщали в дві чашки Петрі по два зіскрібка в кожну. В одній чашці Петрі під плівку зіскрібка було додано соняшникову олію, в іншу – 50%-й розчин гліцерину. Чашки Петрі зберігалися в умовах кімнатної температури і вологості. Після додавання під плівку 50%-го розчину гліцерину живі кліщі зберігали рухливість протягом 3,5 годин.

Зіскрібки проглядалися кожен день, одночасно досліджувалися відмінності якості зберігання в соняшниковій олії і гліцерині.

У всіх пацієнтів були виявлені особини кліща роду Demodex fjlliculorum hominis brevis різного ступеня збереження: загиблі пошкоджені – близько 1/3 загальної кількості; загиблі неушкоджені – близько 1/2 загальної кількості; живі, що зберегли рухливість – близько 1/6 загальної кількості.

Проведене дослідження дало можливість вирішити задачу збереження препаратів кліща роду Demodex у зіскрібках на липку стрічку за допомогою соняшникової олії або 50%-го водного розчину гліцерину та зробити висновок, що можливо зберегти препарат кліща Demodex fjlliculorum hominis brevis практично без видимих змін протягом 47 діб (за нашими даними).

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ В УКРАИНЕ ФИНАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЧЕМПИОНАТА ЕВРОПЫ ПО ФУТБОЛУ 2012 ГОДА

Голодных А.В.

Главное управление МЧС Украины в Харьковской области, г. Харьков, Украина

Организация проведения чемпионата Европы 2012 года по футболу является приоритетной задачей, которая ставится перед нашим государством. Данный турнир проводиться под эгидой УЕФА совместно Украиной и Польшей с 8 июня по 1 июля 2012 года.

Наибольшими рисками для здоровья участников, болельщиков и гостей могут быть заболевания, связанные с употреблением непривычной для них еды и воды, пищевые отравления, контактирование с больными инфекционными болезнями, перегревание или переохлаждение, а также несчастные случаи, аварии прочее.

Внимание к данной теме обусловлено тем, что неблагоприятными

факторами для здоровья участников, болельщиков и гостей являются распространение инфекционных заболеваний и пищевые отравления. С учётом отсутствия опыта проведения в Украине такого массового мероприятия, необходимо отработать чёткий алгоритм действий врача-инфекциониста в условиях чрезвычайной ситуации.

При проведении массовых мероприятий чемпионата не исключается угроза совершения террористических актов с применением биологических агентов. Наиболее эффективным способом применения биологического оружия считается аэрозольный, позволяющий осуществлять заражение воздуха и местности на больших территориях, вызывая массовые заболевания.

Признаки, характерные при использовании биологических агентов: заявления террористов об использовании возбудителя и их ответственность за совершённое действие или выдвижения соответствующих требований; подозрительный взрыв, вызвавший небольшой взрывную волну, или пламя; несанкционированное опрыскивание, распространяющееся над местностью или выявление брошенных средств разбрызгивания; брошенные лабораторные контейнеры со специфическим маркировкой или необычные емкости; необычные рои насекомых; распространение по направлению ветра; потребность в координации и направленности действий всех уполномоченных структур.

Рекомендуемые первоочередные меры безопасности в очаге и индивидуальная защита: приближаться с наветренной стороны; находиться с наветренной стороны; сообщить о случае руководство, уполномоченные организации, санитарно-эпидемиологическую службу (экстренное извещение); сведение времени контакта с неизвестным веществом до минимума; использование костюма противохимической защиты или противочумного костюма; организация работы по выявлению больных; организация первичной изоляции больных; проведение общей экстренной профилактики в определение загрязнителя (оказание неотложной медицинской помощи по протоколу АВС, симптоматическая терапия); проведение карантинных и ограничительных мер, запрет употребления пищевых продуктов и питьевой воды без их санитарной экспертизы; выявление, обследование, изоляция и наблюдение за контактными; проведение дезинфекции, дезинсекции и дератизации; соблюдение мер личной гигиены.

На чемпионат планируется прибытие в Украину около 2 млн. гостей и участников, что повышает риск ухудшения санитарной и эпидемической ситуации в 5 раз.

Обеспечение санитарного и эпидемического благополучия во время проведения чемпионата в принимающих городах, на путях передвижения участников, болельщиков и гостей осуществляется путем: повышения качества предоставления и доступности необходимых медицинских услуг лицам с признаками инфекционного, паразитарного заболевания, пищевого отравления; полного укомплектования медицинским персоналом и оборудованием учреждений здравоохранения и государственной санитарно-эпидемиологической службы в принимающих городах; соблюдение единых

требований к организации и проведению экстренных мероприятий при проведении чемпионата в местах проведения массовых мероприятий чемпионата (на стадионах, в фан-зонах); координации действий учреждений здравоохранения, государственной санэпидслужбы с органами и подразделениями МЧС, МВД, СБУ, других заинтересованных министерств и служб в принимающих городах.

Таким образом, обеспечение санитарного и эпидемического благополучия является одним из основополагающих факторов успешного проведения чемпионата, а правильная организация взаимодействия сил и средств учреждений здравоохранения с подразделениями МЧС, МВД и другими уполномоченными структурами должна предотвратить возникновение чрезвычайных ситуаций техногенного и природного характера.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ І СЕРОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ НЕМОВЛЯТ НА ТОКСОКАРОЗ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Захарчук О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З часу введення офіційної реєстрації токсокарозу (1991 р.), ураженість населення цією інвазією зросла більше, ніж у 20 разів, у тому числі й серед дітей. Однак особливості проявів та діагностики токсокарозу висвітлені в літературі, в основному, у дітей після першого року життя. Про токсокароз у дітей грудного віку є тільки окремі і суперечливі публікації.

Мета дослідження: дослідити клініко-лабораторні і серологічні особливості перебігу токсокарозу у немовлят на Буковині.

Матеріали й методи: представлені результати клініко-лабораторного та серологічного обстеження 38 дітей (24 хлопчиків і 14 дівчаток, 63±8% і 37±8% відповідно) віком від 6 до 12 місяців, що проживають у Чернівецькій області. 30 (79±7%) з них були жителями районів і 8 (21±7%) - жителями міста Чернівці. Обстеження дітей проводилося протягом 2005-2007 рр. у Чернівецькій обласній дитячій клінічній лікарні № 2. У всіх дітей ретельно вивчалися анамнестичні дані. Крім анамнезу життя і хвороби, велика увага приділялася епідеміологічному, алергічного і акушерському анамнезу. При клініко-лабораторному обстеженні дітей застосовувалися клініко-епідеміологічні, біохімічні, серологічні, імунологічні методи дослідження.

Для виключення мікст-інвазій визначалася наявність антитіл до антигенів аскарид, лямблій, опісторхів і трихінел за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). У всіх дітей триразово досліджувався кал на яйця гельмінтів. Крім того, диференційний діагноз проводили з захворюваннями, що супроводжуються еозинофілією і харчовою алергією, яка найчастіше зустрічається в цьому віці. Результати вважалися достовірними при $P<0,5$. У ряді випадків використовувався метод статистичного аналізу з застосуванням критерію χ 2.

При серологічному обстеженні у 16 з 38 дітей (42,11%) у сироватці крові були виявлені антитіла до токсокар. Серопозитивні результати серед дітей

грудного віку становили 4,16% від загальної кількості позитивних імунологічних реакцій. При вивченні епідеміологічного анамнезу було встановлено, що в сім'ях дітей цієї групи постійно або періодично проживали собаки.

При клініко-лабораторному обстеженні та аналізі отриманих результатів особлива увага приділялася діагностичній значущості виявленої окремої ознаки, що оцінювалася в балах (за Глікманом, 1978), визначалася сума балів, що дозволило якісно і кількісно оцінити клінічні прояви у кожного хворого. Аналіз частоти і характеру клініко-лабораторних проявів у кожної дитини дозволив встановити, що сума балів (за Глікманом) у них коливалася від 24,5 до 30 і більше. При цьому у

середнього ступеня тяжкості. Клінічні прояви у дітей цієї групи були різноманітними і неспецифічними.

Останнім часом деякі дослідники поряд з вісцеральною і очною формами виділяють неврологічну форму токсокарозу. Майже у всіх дітей (88±8%) зазначені клініко-лабораторні прояви мали перебіг на тлі неврологічних порушень. В основному, переважали загальномозкові розлади у вигляді вираженої астенізації, підвищеній збудливості, неспокійного переривчастого сну. У деяких дітей відзначалися рефлекторні порушення, менінгіальні симптоми, судомні посмикування, напади за типом petit mal, відставання загального розвитку. Зазначені порушення не мали будь-якої специфічності. Таким чином, клінічні прояви токсокарозу у дітей грудного віку поліморфні і неспецифічні, що залежить не тільки від інтенсивності інвазії й характеру поширення личинок в органах і тканинах, але й від стану імунної системи дитини. Імунна відповідь на антигенний подразник у новонароджених і дітей перших місяців життя ще слабка і має ряд особливостей. Відбувається перерозподіл процентного вмісту імуноглобулінів: зниження імуноглобулінів А і М і відносно високий вміст імуноглобуліну G, що свідчить про розвиток дисімуноглобулінемії. Цей дисбаланс сироваткових імуноглобулінів, наявний у практично здорових дітей грудного віку, посилюється у дітей, інвазованих токсокарами, що є однією з ознак імунодепресії. Це підтверджується і результатами визначення коефіцієнта співвідношення IgG/IgA, а також коефіцієнтом гуморального імунітету. Протягом 6-9 місяців постнатального розвитку дитина використовує материнські антитіла. Встановлено, що в перші місяці життя у дитини переважає пасивний імунітет за рахунок материнського імуноглобуліну G, який легко долає плацентарний бар'єр і проникає в тканини, маючи більш високу афінність і менші розміри молекул. Імуноглобулін G, маючи високу специфічність, активно бере участь в імунній відповіді і, одночасно, впливає на активність інших механізмів відповіді клітинного та гуморального імунітету, визначаючи його повноцінність. У відповідь на інвазію відбувається утворення антитіл, які є важливим індикатором імунних перебудов і зумовлюють різноманітність клінічних проявів. Гіпергаммаглобулінемія, що відображає ступінь протипаразитарного захисту, була встановлена у всіх дітей. Проведений ІФА з антигеном T. canis, показав позитивні результати - наявність специфічного імуноглобуліну G з титром 1:

800 і вище. Позитивна серологічна реакція у всіх дітей цієї групи з титром специфічних антитіл 1:800 і вищим з великим ступенем ймовірності свідчить про наявність у них токсокарозу. Таким чином, на підставі результатів клініко-лабораторного та клініко-серологічного обстежень у дітей було встановлено діагноз: токсокароз, хронічна стадія, вісцеральна форма.

Що стосується шляхів зараження токсокарозом дітей грудного віку, то можна з великою ймовірністю стверджувати, що зараження дітей в грудному віці може відбуватися не тільки звичайним шляхом, але і трансплацентарно та трансмаммарно. Нечисленність повідомлень щодо двох останніх шляхів зараження дітей грудного віку можна пояснити не тільки рідкістю подібних випадків, але, більшою мірою, можливо внаслідок рідкісного обстеження на токсокароз вагітних і новонароджених.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Капустник Н.В.

КУЗ «Специализированный городской клинический родильный дом № 5», г. Харьков, Украина

Одной из основных причин нарушений репродуктивного здоровья женщины и бесплодия в современных условиях является проблема воспалительных заболеваний придатков матки (ВЗПМ). Эти заболевания отличаются по тяжести и давности воспаления и составляют около 65% среди амбулаторных и до 30% среди стационарных больных. В последнее время существует мнение, что в их возникновении и хронизации немаловажную роль играет эндотелиальная дисфункция, в частности, содержание эндотелина-1 (ЭТ-1), значение которого в патогенезе ВЗПМ выяснено недостаточно. Существующие способы лечения этих больных не всегда эффективны.

Цель работы. Изучение эффективности озонотерапии в комплексном лечении ВЗПМ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 56 пациенток с различной степенью тяжести ВЗПМ. Всем больным была проведена традиционная терапия, согласно клиническим протоколам МОЗ Украины. Определялся уровень ЭТ-1 иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов ELISE. В зависимости от используемого метода лечения ВЗПМ все пациентки были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 23 женщины, которым применялись общепринятые методы лечения, такие как антибактериальная терапия, витаминотерапия, физиотерапия. Вторую клиническую группу составили 22 больные, у которых комплекс лечебно-профилактических мероприятий включал помимо общепринятого медикаментозного воздействия озонотерапию. Контрольную группу составили 11 больных, у которых не было выявлено гинекологической патологии.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе уровень ЭТ-1 колебался от 7,6 до 9,7 пг/мл и в среднем составил 8,5 ± 1,1 пг/мл. У всех женщин с ВЗПМ уровень ЭТ-1 был достоверно ниже контрольных цифр и

составил в среднем 4,08±0.84 пг/мл ($p < 0.05$). После проведения комплексного лечения больных ВЗПМ с включением озонотерапии 91,7% отметили достоверно позитивный клинический эффект, в то время как эффективность применения традиционных способов лечения составила 69.2%. Следует отметить, что уровень ЭТ-1, определяемый после проведения профилактических мер, во второй клинической группе имел достоверную тенденцию к росту, практически достигая контрольных цифр.

Выводы. Таким образом, полученные результаты демонстрируют, что ЭТ-1 играет значительную роль в патогенезе ВЗПМ, а применение озонотерапии является эффективным методом лечения и профилактики данной патологии.

ПОТЕНЦІАЛ ЛАБОРАТОРНИХ МОДЕЛЕЙ З ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИМ СТАНОМ ТВАРИН ДЛЯ ВИВЧЕННЯ НОВИХ І ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Козько В.М., Бондаренко А.В., Юрко К.В., Похил С.І., Чигиринська Н.А., Тимченко О.М.

Харківський національний медичний університет МОЗ України
ДУ "Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова АМН України", м. Харків, Україна

За два останні десятиріччя суттєво змінились уявлення стосовно закономірностей та механізмів виникнення нових інфекційних захворювань і перспектив еволюції відомих збудників опортуністичних інфекцій до категорій патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, які набувають достатнього самостійного патогенного потенціалу викликати певні нозологічні форми інфекційних хвороб як в імунокомпрометованих, так і в імунокомпетентних осіб. У попередній час основними рушійними чинниками, завдяки дії яких "виникали" нові патогени, вважались: створення та впровадження у практику принципово нових методів досліджень, що дозволяло виявити і описати раніше недоступні для вивчення мікроорганізми; глобальні екобіологічні зміни оточуючого середовища (як результат інтенсивного техногенного впливу діяльності людей), що супроводжувалось виходом раніше невідомих збудників за межі їх природних ареалів циркуляції та інші. У теперішній час, основним активним біологічним осередком ("біореактором") в якому виникають нові і еволюційно зростає рівень вірулентності відомих патогенні (у тому числі збудників опортуністичних інфекцій) вважається популяція людей із імунокомпрометованим станом, в першу чергу хворих на ВІЛ-інфекцію/ СНІД. Підтвердженням такої точки зору є дані про відкриття в кінці XX-го, початку XXI-го століття переважної більшості (майже 90 %) нових інфекційних хвороб (із виділенням і класифікацією раніше невідомих збудників) саме в імунокомпрометованих осіб (переважно у пацієнтів із ВІЛ-інфекцією/ СНІДом). Науковці різних країн світу із високим рівнем вірогідності прогнозують, що і в подальші роки така тенденція буде домінуючою. При цьому, в якості обґрунтування наводяться результати досліджень, які свідчать про: постійне зростання популяції людей із імунокомпрометованим станом (в тому числі

кількості ВІЛ – інфікованих людей); тривале (часто впродовж усього життя) збереження в організмі таких людей збудників і послідовне проходження останніми фаз “резервації”, “селекції”, “формування інфекційно-активних форм”, “ендогенної епідемії”, “екзогенної епідемії” (накопичення і поширення нового варіанта збудника в популяції людей); високий відсоток існування стану одночасної інфікованості імунокомпрометованого організму декількома видами (типами) потенційних патогенів та можливість розмноження останніх і досягнення в організмі хазяїна їх високих концентрацій, тощо.

Лабораторні моделі для експериментального відтворення інфекційних хвороб людини традиційно розроблюються для вирішення таких наукових завдань: вивчення особливостей патогенезу захворювань, у тому числі патогістологічних змін у клітинах, тканинах та органах, які найбільше вражаються збудником; встановлення закономірностей перебігу імунологічних реакцій та формування специфічного і перехресного імунітету до різних інфекцій; виділення високо спеціалізованих і вибагливих до умов життєдіяльності збудників, яких не вдається виростити на поживних середовищах і культурах евукаріотичних клітин; дослідження біологічних властивостей патогенів, включаючи оцінку рівня їх вірулентності та встановлення мінімальної інфікуючої дози; визначення виду тварин, які відіграють роль природного джерела (“хазяїна”) інфекції та механізмів передачі патогенів; вивчення фундаментальних аспектів виникнення і перебігу місних інфекцій; експериментального визначення результативності (специфічності, чутливості, відтворюваності) методів лабораторної діагностики інфекційних хвороб, а також ефективності етіотропної терапії та засобів специфічної імунопрофілактики. Аналіз наукових робіт, опублікованих закордонними фахівцями щодо розробки лабораторних моделей з метою вивчення нових і опортуністичних інфекцій дозволяє зробити ряд важливих узагальнень. В першу чергу слід відмітити, що єдиної достатньо уніфікованої моделі для дослідження вказаних інфекцій не створено, тобто для розв’язання вище вказаних завдань створюються лабораторні моделі для кожної окремої нозоформи інфекційного захворювання. Наприклад, при вивченні групи нових бактеріальних трансмісивних інфекцій – анаплазмозу (АІ), бартонельозу (БІ), єрліхіозу (ЕІ) пропонуються оригінальні лабораторні моделі для відтворення окремо АІ, БІ, або ЕІ. Іншою закономірністю є прагнення науковців відтворити ці захворювання саме на тих видах тварин, які є природним джерелом інфекції (основним організмом-хазяїном патогенів). Тому, наприклад, для проведення досліджень за тематикою: АІ запропоновано використовувати велику рогату худобу, овець, білохвостих оленів, деревних щурів, білонових мишей; БІ – домашніх котів і бавовняних щурів; ЕІ – собак і білохвостих оленів. Такі лабораторні моделі хоча і дозволяють в експерименті адекватно відтворювати природний перебіг досліджуваних інфекцій, але мають ряд суттєвих недоліків, пов’язаних із їх недоступністю, високою вартістю, труднощами утримання в умовах лабораторії та проведення експериментів, відсутністю сингенних ліній таких тварин та комерційних імунобіологічних препаратів для дослідження закономірностей перебігу імунологічних реакцій, формування специфічного

імунітету, тощо. Крім того, використання тварин, які є природнім джерелом інфекції, як і застосування імунокомпетентних дрібних, найбільш поширених лабораторних тварин (мишей, щурів, мурчаків, тощо) має ще і той великий методичний недолік, який полягає у безсимптомному або у слабковираженому клінічному перебігу у них індукованих інфекційних захворювань (які майже ніколи не закінчуються їх загибеллю) з послідуючим самовільним видужанням та швидкою елімінацією збудника, що суттєво відрізняється від перебігу інфекційного процесу в імунокомпрометованих людей. Все вище вказане спонукає науковців адаптувати лабораторні моделі шляхом використання спеціальних ліній лабораторних тварин із визначеним типом вродженого імунокомпрометованого стану. Проте, такі лінійні лабораторні тварини є відносно дорогими, досить дефіцитними, потребують спеціально створених умов утримання, що перешкоджає їх широкому практичному використанню для діагностики і вивчення нових та опортуністичних інфекційних захворювань. Дотого ж, характер вродженого імунокомпрометованого стану кожної конкретної лінії вказаних тварин не відображає широкий спектр можливих набутих порушень функції імунної системи у популяції людей, як і не враховує вірогідної клітинної, тканинної та органної тропності кожного із нових патогенів. Тому, найбільш перспективним потенціалом для вирішення багатьох завдань при вивченні нових та опортуністичних інфекцій є лабораторні моделі, які ґрунтуються на використанні дрібних безпородних тварин із штучно створеним (індукованим) імунокомпрометованим станом. Останній вдається сформувати шляхом введення піддослідним тваринам хімічних сполук, які володіють певним спектром імунодепресивної дії. В теперішній час вже існує великий перелік препаратів які характеризуються широким спектром різних механізмів імунодепресії, що дозволяє здійснювати обґрунтований вибір і застосовувати ті із них, які забезпечують найбільш адекватне відтворення потрібного імунокомпрометованого стану у піддослідних тварин. Саме такий методичний підступ використано при виконанні міжгалузевої прикладної НДР "Наукове обґрунтування лабораторної моделі для біологічного методу діагностики трансмісивних інфекційних захворювань, обумовлених бактеріями родів Anaplasma, Bartonella, Ehrlichia" (№ державної реєстрації, галузевий шифр 103/2011, бюджетне фінансування НАМН України, КПКВ 6561040 термін виконання 01.2011-12.2013рр.).

ОСОБЕННОСТИ ИОННОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.

Козько В.Н., Граматюк С.Н.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Последние десятилетия характеризуются все большим распространением персистирующей HCV-инфекции среди населения планеты. Скрытое или малосимптомное течение хронического гепатита С, сопряжено с напряжением работы функциональных систем дезинтоксикации, с последующим истощением их резервов и формированием эндогенной интоксикации (ЭИ) на уровне

внеклеточного матрикса и клеток, что играет важную роль в запуске системных нарушений саморегуляции, реактивности организма и иммунитета в целом. ЭИ в настоящее время рассматривается как основа возникновения и прогрессирования хронических заболеваний внутренних органов и, соответственно, как важный интегральный критерий их тяжести. Литературные данные свидетельствуют, что между изменением ионного гомеостаза и процессами матриксного взаимодействия существует тесная связь. Особая роль в этих превращениях отводится ионам Na^+, K^+, Ca^{2+} ,Mg^{2+}, Zn^{2+}, Cu^{2+}, Fe^{2+} которые обеспечивают решающую роль в контроле над процессами дифференцировки и пролиферации клеток.

Целью работы было изучение показателей ионного обмена и его влияние на ЭИ у пациентов с хроническим гепатитом С.

Материалы и методы: обмен ионов металлов у обследуемых пациентов изучали атомно-абсорбционным методом, для проведения анализа образцы проб подвергались предварительному озолению и экстрагированию по Е.А. Лойко и Г.О. Бабенко.

Результаты исследования. Изучение обмена ионов металлов в сыворотке крови больных с хроническим гепатитом С обнаружило динамическое изменение их содержания, характеризующееся повышением уровня одних и снижением других микро- и макроэлементов. Так, концентрация ионов K^+ была повышена на 54,3%; Mg^{2+} - 139,2%; Na^+ - 12,3%, Zn^{2+} -15,2%; Cu^{2+}-46,7%. Содержание Ca^{2+} снижалось на 32,3% и Fe^{2+} на 14,2%. Учитывая кофакторную, регуляторную и энергетическую функцию ионов Na^+, K^+, Ca^{2+} ,Mg^{2+} , Zn^{2+}, Cu^{2+} а также установленную динамику их содержания можно предположить, что при данной патологии на первый план будут выступать нарушения окислительно-восстановительных процессов, биоэнергетики и тканевого дыхания, которые обеспечивают переключение при фиброзообразовании, переход ее на анаэробный тип дыхания.

РОЗРОБКА РНІФ-ТЕСТ СИСТЕМ ДЛЯ СЕРОДІАГНОСТИКИ АНАПЛАЗМОЗУ

Козько В.М., Похил С.І., Юрко К.В., Соломенник Г.О., Могиленець О.І., Гвоздецька М.Г., Чигиринська Н.А., Тимченко О.М., Давидова Т.В.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

ДУ "Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова АМН України"

Об'єкт дослідження - зразки крові (сироватки) осіб, укушених кліщем та зразки крові (сироватки) від клінічно здорових людей (донорів крові); препарати лінії суспензійних клітин промієлоцитів людини HL-60, інокульованих зразками клінічного матеріалу від осіб, укушених кліщем та гомогенатами кліщів сімейства Ixodidae, експериментальні зразки анаплазмозного антигену і протианаплазмозних кролячих імуноглобулінів.

Мета роботи. Створення і лабораторне випро-бовування РНІФ-тест-систем для діагностики анаплазмозної інфекції (АІ).

Методи дослідження – мікробіологічні, біологічні, імунологічні,

біохімічні, статистичні.

Розроблено експериментальні зразки двох типів вітчизняних РНІФ-тест-систем для серодіагностики АІ: перший тип – для виявлення в зразках клінічного матеріалу (кров, пунктат лімфовузлів, селезінки, кісткового мозку, секційний матеріал та ін.) антигенів збудника АІ (клітин і мікроколоній бактерій роду Anaplasma); другий тип – для визначення рівня антитіл проти збудника АІ в сироватці крові людей. Охарактеризовано властивості зразків імунобіологічних препаратів, які входять до складу РНІФ-тест-систем для діагностики АІ: корпускулярного анаплазмозного антигену (АнгАІ); протианаплазмозних кролячих імуноглобулінів (протиАнапКрIg).

Експериментальний зразок АнгАІ, виготовлений із ліофілізованої бактерійної маси штаму A. marginale ВИЭВ 1 характеризується задовільним рівнем "технологічності", антигенної активності, здатності вступати в імунологічні реакції із протианаплазмозними антитілами, адсорбуючи їх на своїй поверхні. Встановлено, що АнгАІ має певний рівень природної антигенної подібності з аналогічними антигенами клінічно-значущих видів рикетсій, бартонел, бруцел, фрацізел, що обумовлює можливість перехресних імунологічних (серологічних) реакцій між АнгАІ та сироватками крові (імунодіагностичними препаратами) із високим титром антитіл проти вказаних груп мікроорганізмів.

Експериментальний зразок протиАнапКрIg, отриманий із імунних поліклональних кролячих сироваток, при використанні повного корпускулярного АнгАІ має концентрацію білку (4,002±0,257) мг/мл і титр 1:(26,7±7,1). Діагностичний препарат постадсорбованих (корпускулярним антигеном F. tularensis) протиАнапКрIg характеризується концентрацією білку (2,213±0,077) мг/мл, робочим титром 1:8, високим рівнем специфічності і при виявленні та ідентифікації АнгАІ (клітин і мікроколоній АІ) в досліджуваних зразках методом РНІФ дозволяє отримати чіткі диференційні ознаки характеристик люмінесценції: колір, ступінь яскравості, морфологічні особливості мікроколоній (морул) і клітин збудника АІ, їх присутність і подібність в декількох полях зору препарату досліджуваного зразку.

Проведено лабораторно-клінічне випробування експериментальних РНІФ-тест-систем для виявлення АнгАІ та визначення АнтАІ при тестуванні двадцяти модельних зразків (які включали гомологічні і гетерологічні по відношенню до АнгАІ та до протиАнапКрIg, відповідно, корпускулярні антигени, діагностичні антивидові сироватки та імуноглобуліни), а також – сто одного зразку клінічного матеріалу (сироваток крові осіб, укушених кліщем, і клінічно здорових людей – донорів крові).

Встановлено, що використання з метою діагностики АІ експериментального зразку РНІФ-тест-системи для виявлення АнгАІ забезпечує проведення цілеспрямованих лабораторних досліджень зразків клінічного матеріалу із межею чутливості (8,5±3,3)×105 корпускул АнгАІ/мл, рівня специфічності (93±5) % і відтворюваності (94±3) %. А використання експериментального зразку РНІФ-тест-системи для визначення титру АнтАІ в

сироватках крові людей забезпечує можливість проводити серодіагностику АІ із рівнем вказаних показників – (0,249±0,067) мг білку АнтАІ/мл, (84±5) % і (78±7) %, відповідно.

Висновки. Вперше в Україні створено експериментальні зразки двох типів РНІФ-тест-систем для діагностики АІ: перший тип – для виявлення в зразках досліджуваного матеріалу антигену збудника АІ, другий тип – для визначення рівня (титру) протианаплазмозних антитіл в сироватці крові; розроблено проекти відповідних інструкцій з їх використання. Експериментальним шляхом при тестуванні двадцяти модельних і ста тридцяти шести зразків біологічного матеріалу визначено рівні чутливості, специфічності та відтворюваності результатів досліджень при використанні вказаних тест-систем.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ АМІКСИН У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ГЕРПЕСВІРУСНІ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТИ

Козько В.М., Сохань А.В., Копійченко Я.І.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

За даними численних досліджень встановлено, що від 65 до 90% населення земної кулі інфіковано одним або кількома типами герпес вірусів (ГВ). Клінічні прояви герпесвірусної інфекції надзвичайно різноманітні і можуть проявлятися в будь-яких органах чи тканинах організму в гострих, дисемінованих формах чи безсимптомно.

У структурі нейроінфекцій герпесвірусні ураження центральної нервової системи (ЦНС) посідають особливе місце як за тяжкістю клінічних проявів і несприятливістю прогнозу, так і за особливостями морфологічних змін. Нині герпесвірусний енцефаліт (ГЕ) є одним з найпоширеніших вірусних енцефалітів. Його питома вага в структурі вірусного енцефаліту становить майже 70%. На теперішній час відбувається активний пошук оптимальних схем терапії даного захворювання. Більшістю дослідників оптимальним вважається комплексний терапевтичний підхід з використанням противірусних (ацикловір чи його похідні), імуномоделюючих та патогенетичних препаратів.

У комплексному лікуванні хворих на гострий герпесвірусний менінгоенцефаліт середньої тяжкості ми використовували препарат Аміксин. Під нашим спостереженням знаходились 59 хворих. Хворі були розділені на 2 групи – 1 група хворих (n=32), що отримували у комплексному лікуванні Аміксин, друга група (n=27) – хворі, що отримували препарат Циклоферон. У даних хворих ми окрім клінічних даних ми визначали вміст у периферичній крові клітин з маркером CD-3, CD-4, CD-8, CD-16, CD-19 та INF-γ. У групі хворих, що у комплексному лікуванні отримували Аміксин ІС достовірно раніше зникали вогнищеві симптоми ураження ЦНС, нормалізувались показники клінічного аналізу ліквору, головний біль, слабкість Аналізуючи динаміку змін вмісту CD-3, CD-4, CD-8, CD-16, CD-19 та INF-γ в періоді реконвалесценції та у залежності від варіанту лікування, слід зазначити, що у першій групі спостерігались істотно вища кількість Т-лімфоцитів с антигеном CD-4, CD-16, також вищий вміст INF-γ. В той же час препарат не впливав на

кількість Т-лімфоцитів с антигеном CD-3, CD-8, CD-19. Таким чином порівняльний аналіз отриманих даних свідчить про те, що застосування вітчизняного препарату Аміксин ІС в комплексному лікуванні хворих на герпес вірусні менінгоенцефаліти сприяє більш швидкому усуненню вогнищевої симптоматики, швидшій нормалізації показників клінічного аналізу ліквору, зменшенню тривалості знаходження хворих у стаціонарі та основних симптомів захворювання. Застосування Аміксину ІС дозволяє скоротити обсяги і тривалість дезінтоксикаційної та патогенетичної терапії. Отриманий досвід дозволяє рекомендувати запропоновану схему терапії Аміксином ІС у комплексному лікуванні хворих на гострі герпесвірусні менінгоенцефаліти.

ВЗАЄМНИЙ ВПЛИВ МЕТАБОЛІТІВ МІКРОБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ТА КЛІТИН ОРГАНІЗМУ В РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ

Корецька О.Ю., Гладчук В.Є., Пугач Г.В., Василенко А.В., Масло Д.В.

Державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета роботи. Вивчити наявність синдромів порушення всмоктування та у хворих дерматозами, що спричинені опортуністичною інфекцією.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих дерматозами, збудники яких відносять до умовно патогенної мікрофлори шкіри – по 15 пацієнтів з вульгарними акне, рожевими вуграми, еритразмою, маласезіозом.

Результати. У всіх обстежених виявлена наявність т. з. синдрому «роздратованого» кишечника, що проявлялось абдомінальними болями або відчуттям дискомфорту в області кишечнику, непостійного характеру, але з хронічним перебігом. Біль частіше локалізувався в нижньому квадранті черевної порожнини і полегшувався після дефекації або відходження газів.

З інших абдомінальних симптомів відмічались метеоризм, відчуття розпирання, газоутворення.

Порушення акту дефекації були у вигляді закрепу, діареї або нестійких випорожнень. Причому, діарея інколи спостерігалась більше 2 тижнів, супроводжувалась негайними позивами на дефекацію, наявністю слизу (інколи крові) в випорожненнях, відчуттям неповної дефекації.

Найчастіше всього пацієнти пов’язували появу цих симптомів із вживанням певних харчових продуктів (особливо – молока), штучних замінників цукру, алкоголю.

Серед інших чинників частина пацієнтів вказувала на нерегулярний прийом їжі, а також – на наявність сімейної схильності до цього захворювання.

Кишечні симптоми супроводжувались різноманітними порушеннями психофізіологічного стану (тривожність, депресія, іпохондрія і навіть страх, обумовлений наявністю кишкової симптоматики).

Отримані дані диктують необхідність ретельного обстеження хворих з наданням великої уваги вивченню стану мікрофлори кишечника. Ця мікрофлора відіграє суттєву роль в процесах травлення в товстому кишечнику (на відміну від тонкого, де її відносно мало). Серед її численних функцій

(синтез вітамінів, створення імунного бар'єру шляхом пригнічення патогенних мікроорганізмів, стимуляція розвитку імунної системи організму та ін.) важливе місце займає – участь в обміні речовин.

Під впливом мікрофлори відбувається не тільки зброджування вуглеводів, але й гнилісне розложення білків. Саме цьому необхідне збалансоване харчування, яке урівноважує процеси бродіння та гноїння, які й обумовлюють в найбільшій мірі вказану вище симптоматику.

Висновки. Порушення механізмів взаємного впливу метаболітів мікрофлори кишечнику та клітини хазяїна диктують необхідність ретельного обстеження у хворих дерматозами органів травлення (інструментального, лабораторного, культурального та ін.). Перспективним напрямком подальших досліджень може стати вивчення таких механізмів у відношенні мікробіоти шкіри та клітин шкіри. Це може сприяти розробці нових методів лікування та профілактики захворювань шкіри, які спричинені опортуністичними збудниками.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХЛАМІДІЙНІ ПНЕВМОНІЇ

Кузнецов С.В., Кучеренко О.О.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи - вивчити особливості імунної відповіді хворих на хламідійні пневмонії.

Матеріали і методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 26 хворих на хламідійні пневмонії віком 3 місяці – 3 роки і 21 практично здорової дитини аналогічного віку, які склали контрольну групу. Верифікацію діагнозу проводили на підставі клініко-епідеміологічних даних, результатів рентгенологічного обстеження органів грудної клітини, виявлення маркерів хламідійної інфекції у змивах трахеобронхіального секрету і крові методами ІФА та ПЛР. За допомогою стандартних комерційних тест-систем у крові хворих визначали відносний вміст СД3, СД4, СД8, СД20 клітин, а також IgA, IgM, IgG.

Результати. Обстеження виявило, що у хворих на хламідійні пневмонії виявляються значні зміни імунного статусу у порівнянні з групою здорових дітей. Відмічено достовірне підвищення рівня лейкоцитів хворих з хламідійними пневмоніями у порівнянні з контрольною групою. Визначено зниження абсолютної кількості Т-лімфоцитів на фоні незначної реакції В-клітинної ланки імунітету, а саме: достовірне зниження рівня СД3, СД4 клітин. За результатами досліджень ми спостерігали зниження рівня СД8, СД20., але воно було не достовірним. Суттєвої різниці при визначенні рівня імуноглобулінів IgA, IgM, IgG виявлено не було, достовірно підвищувався тільки рівень IgM.

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що хламідійні пневмонії перебігають у пацієнтів на фоні зміненого імунного статусу, що обумовлює, вірогідно, їх тривалий перебіг і може бути підставою щодо удосконалення

терапевтичної тактики.

СИМБИОЗ HELICOBACTER PYLORI И GIARDIA LAMBLIA ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ

Савицкая Е.В.

Медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Проблема лямблиоза является одной из наиболее актуальных в детском возрасте. По данным ВОЗ (2010) его распространенность в детской популяции составляет 655 случаев на 100000 детского населения. Эта цифра может колебаться в большую или меньшую сторону в зависимости от социально-бытовых, жилищных условий, состояния иммунной системы, возможностей диагностики лямблиоза, а также настороженности врачей по поводу данной паразитарной инвазии. Актуальность лямблиоза у детей во многом обусловлена тем, что его клинические проявления часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологической патологии, включая функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, синдрома избыточного роста кишечной микрофлоры в тонкой кишке, мальабсорбции, поливитаминной недостаточности, а также развитием аллергических заболеваний - рецидивирующей крапивницей, атопическим дерматитом, гастроинтестинальной формой пищевой аллергии, которые без адекватной терапии приобретают рецидивирующее течение.

Целью исследования являлось выявление частоты встречаемости у детей дошкольного и младшего школьного возраста гастродуоденальной патологии ассоциированной и неассоциированной с хеликобактериозом, лямблиоза кишечника, анализ и сравнение особенностей течения при изолированном хеликобактериозе и сочетанной патологии (хеликобактериоз и лямблиоз).

В соответствии с избранной целью и поставленными задачами нами было обследовано 120 детей. Основными критериями включения детей в группу являлось: наличие клинически и инструментально подтвержденной патологии желудка и/или двенадцатиперстной кишки; возраст детей от 3 до 11 лет включительно, что соответствовало дошкольному (от 3 до 7 лет) и младшему школьному (от 7 до 11 лет) возрасту в соответствии с классификацией возрастных периодов Н.П. Гундобина; 3) согласие родителей и детей на участие в исследовании. Во всех случаях гастродуоденальная патология была ведущим диагнозом.

Анализируя характер болевого синдрома при сочетанной патологии оказалось, что в этой группе боли носили разлитой характер, имели большую интенсивность и длительность. В то время как, при изолированном хеликобактериозе клиническая симптоматика характеризовалась более частым наличием болей в верхнем отделе живота, чаще отмечались ночные боли, что больше соответствовало клинике гастродуоденальной патологии. При анализе частоты встречаемости диспептических симптомов у обследованных больных существенных различий характера и выраженности диспептических явлений не

выявлено. Статистически достоверным различием оказалось только наличие нарушения аппетита при сочетанной патологии, что связывалось с более выраженными явлениями интоксикации при сочетанной патологии. Степень выраженности симптомов хронической интоксикации ожидаемо была больше в группе больных с сочетанной патологией. При анализе общего объективного статуса было отмечено, что при сочетанной патологии чаще отмечалась пальпаторная болезненность в эпигастральной и околопупочной областях, положительный симптом Менделя также превалировал и статистически достоверно выше отмечалась пальпаторная болезненность в этой группе. При проведении инструментальных методов исследования (в частности, ФГДС), нами была отмечена тенденция к разграничению поражения: эндоскопически у детей с изолированным хеликобактериозом преимущественно поражалась область луковицы ДПК, а при сочетанной инвазии – постбульбарные отделы, что полностью соответствует данным литературы.

Таким образом, гастродуоденальная патология у детей дошкольного и младшего школьного возраста, обусловленная контаминацией HP и Giardia lamblia, достоверно различается по характеру болевого синдрома, диспептического синдрома и степени выраженности явлений интоксикации. Целесообразно при наличии гастродуоденальной патологии проводить более тщательное обследование на наличие лямблиоза. На первичном звене педиатрической службы необходимо помимо этиологической диагностики гастродуоденита проявлять настороженность в отношении возможной сочетанной патологии (лямблиоз).

ПРИМЕНЕНИЕ СОРБИЛАКТА И РЕОСОРБИЛАКТА У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ

Саломов А.К., Абдуфатоев Т.А., Ибодов Х.И., Икромов Т.Ш.

Институт последипломной подготовки медицинских кадров, Таджикистан

Актуальность. В современных условиях в комплексном лечении тяжелых больных ведущее место занимает инфузионно-трансфузионная терапия. На сегодняшний день накоплен значительный клинический опыт и разработана схема инфузионно-трансфузионной программы с использованием новых препаратов в интра- и послеоперационном периодах лечения детей с хирургическими патологиями. Однако существует множество инфузионных сред, используемых специалистами для коррекции нарушений функционирования органов и систем, как в критическом состоянии, так и с целью профилактики нарушения гомеостаза в организме больного. Следует отметить, что все лекарственные средства, инфузионные растворы имеют свои показания и противопоказания для применения. Так, кристаллоидные растворы используются с целью коррекции электролитного состава крови, но около 60% вводимой жидкости при этом уходит в интерстициальное пространство, что неприемлемо для быстрой коррекции гиповолемии, подержания адекватного сердечного выброса и объема циркулирующей крови. Коллоидные растворы вводятся в основном для восстановления гемодинамики и гемореологических

свойств крови. – за счет увеличения коллоидно-осмотического давления крови смещается фильтрационно-реабсорбционное взаимоотношение на уровне артериол и венул в сторону фильтрации, что увеличивает приток крови из интерстиция в сосудистое русло, однако многие из них накапливаются в межклеточном пространстве и обуславливают отечный синдром. В этом отношении препараты сорбилакта и реосорбилакта являются многокомпонентные полифункциональные препараты разнонаправленного действия. Уникальность этих инфузионных сред определяется содержанием как коллоидного так и кристаллоидного компонента в их составе.

В настоящее временя достаточно широко известно как фармакологическое действие, так и клинический эффект применения сорбилакта, как дезинтоксикационного и способствующего восстановлению микроциркуляции и коррекции метаболического ацидоза, в борьбе с парезом кишечника в послеоперационном периоде. Однако специальных работ по применению препаратов многоатомного спирта (сорбилакт и реосорбилакт) при инфузионной терапии детей с хирургическим сепсисом недостаточно.

Цель исследовании: оценка эффективности сорбилакта и реосор- билакта в комплексном лечении больных детей с хирургическим сепсисом.

Методы исследования. В отделении детской реанимации клиники детской хирургии ТИППМК с 2007 года сорбилакт и реосорбилакт использовали при хирургических патологиях (перитонит, острой бактериальной деструктивной пневмонии (ОБДП), остеомиелит) в пред- и послеоперационном периодах в качестве эффективной коррекции реологии, дезинтоксикации, средства в профилактике пареза кишечника после операции.

В исследование включены 59 детей всех возрастных групп от 3 мес. до 2 года, находившиеся на лечении в тяжелом состоянии (перитонит –16, ОБДП – 18, остеомиелит – 25). Больные в зависимости от характера проводимой инфузионной среды разделены на две группы. По принципу других способов лечения больные были рондонизированные. 1 группа (контрольная) – 20 больных, которым проводились традиционные способы инфузионной терапии (10% глюкоза, раствор Рингера, реополиглюкин, гемодез) и П группа (основная) – 39 детей, которым в качестве инфузионной терапии применялись – сорбилакт, реосорбилакт из расчета 10 мл на 1 кг массы тела ребенка и раствор Рингера.

Всем детям для оценки эффективности лечения проводилось клинико-биохимическое исследование, с определением ЭИ (эндогенная интоксикация), ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации), МСМ (масса средних молекул), изучение ПОЛ (перекисное окисление липидов), МДА (малоновый диальдегид), СОД (супероксидисмутаза), АОС (антиоксидантная система), аскорбиновая кислота (АК), АлАт, АсАт, глюкоза, показатели электролитов K^+ и Na^+, а также проводилось мониторное наблюдение (монитор model BSM 2301K Японии).

Результаты и их обсуждение. У всех больных при поступлении наблюдались метаболические изменения на ЭКГ, тахикардия (ЧСС - 128±12 уд. В мин) и нарушение дыхания с проявлением одышки (ЧД – 64±5 дыхательных движений в мин), увеличение PO_2 до 50±3,5 мм рт. ст. У 44 больных

отмечалось поражение печени (увеличение печени на 2-3 см из под края реберных дуг). У 32 из 59 детей отмечалось повышение температуры тела до 38,6±0,3˚С, у остальных был субфебрилитет. Хирургический сепсис у всех больных был подтверждён клинически и у 35 (59,3%) детей лабораторно.

У всех больных при поступлении кроме клинических проявлений, отмечались признаки активного воспалительного процесса, выраженные явления эндогенной интоксикации, повышение перекисного окисления липидов с угнетением антиоксидантной защиты организма (табл.1).

Основными принципами лечения детей с хирургическими сепсисом являются: инфузионно-трансфузионная терапия, тщательный подбор антибиотиков с одновременным воздействием на граммположительную, граммотрицательную, хирургическая тактика.

Задача инфузионно-трансфузионной терапии является детоксикация, улучшение реологических свойств крови и гемодинамики, коррекции КОС, нормализация электролитного баланса, восстановления пассажа кишечника, устранение нарушения газообмена и гипоксии. С этой целью всем больным в комплексную инфузионную терапию до операции и в послеоперационном периоде применялся сорбилакт и реосорбилакта из расчета 5-8 мл/кг 2 раз в течении суток 4-5 дней.

Результаты исследования показали, что применение сорбилакта и реосорбилакта в комплексной терапии оказывает положительное влияние.

Таблица 1

Сравнительные оценки показателей эндогенной интоксикации и активности воспалительного процесса организма до и после комплексной терапии

Показатели	При поступления	Контрольная группа		Основная группа	
		На 3 сутки	На 7 сутки	На 3 сутки	На 7 сутки
ЛИИ ед	4,8±0,8	3,2±0,7	2,1±0,5*	2,5±0,7*	1,1±0,9*
МСМ ус.ед	0,53±0,1	0,47±0,02	0,32±0,005*	0,38±0,006*	0,28±0,003*
ПЖП мин	19±1,2	23±0,5	28±0,45*	26±0,52*	29±0,54*
СОД ус.ед	2,3±0,12	2,9±0,2	3,1±0,7*	3,2±0,4*	4,2±0,51*
МДА моль/л	8,1±0,9	6,5±1,2	4,2±0,8*	4,1±1,0*	3,5±0,12*
АсАт	2,91±0,26	2,12±0,34	1,56±0,43	1,1±0,4*	0,79±0,23*
АлАт	1,81±0,31	1,64±0,42	0,89±02	0,9±0,2	0,61±0,14*
Лейкоциты $\times 10^9$/л	15±2×10^9/л	14±1х10^9/л	8±0,9х10^9/л	10±0,5х10^9/л	7±0,5×10^9/л*
СОЭ мм/ч	42±5,12	37±2,1	23±3,23*	27±2,3*	14±0,51*

Примечания: х* - статическая достоверность с данными при поступление и в процессе лечение (Р>0,05)

Эффект применения проявлялся в улучшении динамики состояния, нормализации показателей гемодинамики, снижении уровня эндогенной интоксикации, ЛИИ, МСМ, нормализации показателей ПОЛ и МДА и активации АОС, восстановлении пассажа кишечника.

Выводы. В результате проведенной комплексной терапии на 4-5 день с применением сорбилакта и реосорбилакта у больных с хирургическим сепсисом способствует достоверному снижению уровня интоксикации, стабилизации гемодинамики; при этом не наблюдается выраженных нарушений осмотических и пластических свойств эритроцитов, нормализуются буферные резервы крови, а раннее восстановление кишечной моторики (2-3 сутки), без использования дополнительных стимулирующих перистальтику средств, позволяет раньше начать энтеральное питание и уменьшить гиперкатаболические реакции в организме.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕДИНОВОЙ РЕАКЦИИ ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ H. PYLORI ПРИ ЭШЕРИХИОЗЕ

Ткаченко С.О., Зимина М.С.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Кишечные инфекции (КИ) – большая группа патологических состояний желудочно-кишечного тракта, занимающая по частоте регистрации одно из ведущих мест, особенно среди детского континента населения.

Среди КИ одним из наиболее распространенных заболеваний является эшерихиоз. Патогенетические механизмы развития эшерихиоза в доступной литературе освещены достаточно ярко. Вместе с тем, особенности их у детей, инфицированных H. pylori, практически не рассматривались. А между тем, согласно современным статистическим данным уровень инфицированности детей H. pylori из года в год нарастает.

Цель исследования. Установить особенности реакции интерлейкинов крови детей, больных эшерихиозом на фоне инфицированности их H. pylori.

Материалы и методы. На базе областной детской инфекционной клинической больницы г. Харькова клинико-лабораторно обследовано 47 детей в возрасте одного – трех лет, больных эшерихиозом. Из них 28 (1 группа) – не имели сопутствующей инфекции и 19 (2 группа) – переносили эшерихиоз на фоне имеющегося хеликобактерного инфицирования. По возрасту больных, этиологии заболевания, его тяжести и другим параметрам группы были репрезентативны.

Наряду с общепринятым клиническим и лабораторно-инструментальным обследованием у всех детей определялись уровни интерлейкинов ІЛ-1□, ІЛ-4, ІЛ-6, фактора некроза опухоли (ФНО) в крови больных в динамике. Цифровые результаты их определения сопостовлялись с физиологическими, взятыми из литературных источников.

Результаты исследования. Установлено, что у всех больных в остром периоде эшерихиоза происходит значительное повышение содержания в крови всех исследованных интерлейкинов. При этом, уровни ИЛ-1, -4, -6 значительно выше, а ФНО – ниже у детей, инфицированных H. pylori. Выявлено, что наиболее значимая разница в показателях детей сравниваемых групп, определяется между цифровыми характеристиками количественного содержания ИЛ-4 и ИЛ-6. К периоду реконвалесценции уровни интерлейкинов оставались высокими у всех больных. Вместе с тем у детей 1 группы регистрировался рост содержания ИЛ-4 в крови при отсутствии такового у детей 2 группы, и, одновременно у больных, инфицированных H. pylori – снижался уровень ИЛ-1β. По-видимому, своеобразие цитомединовой реакции больных, инфицированных H. pylori, обуславливает и своеобразие у них симптомокомплекса эшерихиоза, в чем мы и убедились при проведении математического анализа взаимосвязи клинических и изученных лабораторных параметров.

Выводы:

У детей, больных эшерихиозом на фоне инфицированности H. pylori, реакция интерлейкинов крови имеет отличия, что, по-видимому, является звеном патогенетической цепи формирования особенности у них клинической картины болезни.

Различия в реакции интерлейкинов крови детей детей, инфицированных и неинфицированных H. pylori, при эшерихиозе могут быть использованы в качестве дифференциально-диагностических критериев фонового инфекционного статуса больных.

ЕТІОЛОГІЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ, ВИКЛИКАНИХ ГРАМНЕГАТИВНИМИ БАКТЕРІЯМИ ПРИ РІЗНИХ НОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМАХ ОСНОВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Штанюк Є.А., Остапенко О.М., Мінухін В.В.

Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Чугуївська районна санітарно-епідеміологічна станція Харківської області, Україна

Гнійно-септичні ускладнення суттєво заважають здійсненню ефективної медичної допомоги, тому вивчення етіології цих захворювань є актуальною проблемою клінічної мікробіології.

Метою цього дослідження було вивчення етіології гнійно-запальних ускладнень у хворих, що знаходились в неінфекційних відділеннях та на амбулаторному лікуванні в центральній районній лікарні міста Чугуєва.

Матеріали та методи. Матеріал для бактеріологічного дослідження брали стерильним тампоном з ран, з черевної порожнини під час операцій на внутрішніх органах, з зіву, носу та з інших місць в залежності від профілю хворого та сечу.

Матеріал засівали на цукровий бульйон, кров’яний агар (КА), середовища

Ендо або Плоскірєва. Виділені чисті культури мікроорганізмів ідентифікували за загальноприйнятими методиками після чого отримані наукові результати обробляли статистично.

Результати та обговорення. Від хворих, які знаходились на стаціонарному та амбулаторному лікуванні в ЦРЛ міста Чугуєва, було виділено 718 аерофільних умовно-патогенних мікроорганізмів (що становило 84,77% від числа виділених культур). Переважну більшість із них складають грамнегативні бактерії - 398 шт. (55,43%). Мікроорганізми були ідентифіковані, як Escherichia coli, Klebsiella spp., Citrobacter diversus, Citrobacter freundii, Enterobacter aerogenes, Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Providencia rettgeri, Pseudomonas aeruginosa.

Частіше всього виділялася E.coli – 286 шт. (71,86% від загальної кількості грам негативних мікроорганізмів). Інші збудники були причиною гнійних ускладнень рідше: Klebsiella spp. – 44 шт. (11,05%), C. diversus–23 шт. (5,78%), E. aerogenes–15 шт. (3,77%), P. mirabilis - 14 шт. (3,52%), C. freundii 5 шт. (1,26%), P. aeruginosa - 5 шт. (1,26%), P. vulgaris 4 (1%), P. rettgeri 2 (0,5%).

В наступних дослідах нами була проаналізована структура захворювань, спричинених грамнегативною мікрофлорою. Було доведено, що найчастіше грамнегативні бактерії викликають інфекції сечовивідних шляхів - 321 шт. (80,65%), серед яких переважали штами E. coli - 241 ізолятів (60,55 %). Мікрофлора, яка спричинила гнійні ускладнення сечовивідних шляхів, була представлена 34 шт. (8,55%) Klebsiella spp., 14 шт. (3,52%) C. diversus, 12 шт. (3,02%) P. mirabilis, 11 шт. (2,76%) E. aerogenes, по 3 (0,75%) шт. C. freundii та P. vulgaris, 2 шт. (0,5%) P. aeruginosa і 1 шт. (0,25%) P. rettgeri.

З черевної порожнини було виділено 39 шт. (9,8%). Найбільшу частку ускладнень становили гострий флегмонозний апендицит та перитоніт. Серед збудників цих захворювань були виділені E. coli 26 (6,53%) шт., по 4 (1,01%) шт. Klebsiella spp. та C. diversus, 3 (0,75%) P. aeruginosa, по 1 (0,25%) шт. E. aerogenes та C. freundii. При дослідженні гною з ран різного походження (травма, післяопераційна рана та ін.) виділено 20 шт. (5,03%), серед яких переважали культури E. coli – 10 (2,53%) шт. При дослідженні слизу із зіву виділено 8 (2,01%) шт., в тому числі E. coli – 6 шт., при дослідженні слизу із носу виділено 7 (1,76%) шт. E. coli (0,76%), з іншого матеріалу (мокрота, кон'юнктива ока) нами було виділено 3 (0,75%) шт. Klebsiella spp. – 2 шт. (0,5%) та P. rettgeri – 1 шт. (0,25%).

Таким чином, при аналізі етіологічної структури гнійно-запальних захворювань хворих ЦРЛ міста Чугуєва, що знаходились на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в залежності від патології, було встановлено, що серед збудників госпітальних інфекцій переважають штами E. coli та Klebsiella spp.

Інфекції сечовивідних шляхів займають провідне місце в структурі гнійно-запальних захворювань. Найчастіше збудниками цих захворювань були E.coli, Klebsiella spp. Заслуговує на увагу те, що 241 штамів (60,55% відносно загальної кількості виділених грамнегативних бактерій), що спричинили захворювання сечовивідних шляхів, було віднесено до E. coli.

Висновки:

1. Із клінічного матеріалу виділено і ідентифіковано 398 штамів грам негативних бактерій, які спричинили гнійно-запальні ускладнення у хворих багатопрофільного неінфекційного стаціонару. Найчастіше причиною таких ускладнень були E. coli (71,86% від загальної кількості грам негативних бактерій), Klebsiella spp. (11,05%).
2. Аналіз виділеного мікробного пейзажу довів, що у пацієнтів з захворюваннями сечовивідних шляхів, при захворюваннях черевної порожнини та при нагноєнні післяопераційної рани переважає E. coli.

ЗМІСТ	
Анастасий И.А. **НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ (ФИБРОТЕСТ/АКТИТЕСТ) …….**	**3**
Безсмертний О.В., Гейко М.С. **СПЕЦИФІКА МНЕСТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ТА ОСОБЛИВОСТІ КАТАМНЕЗУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ. (ПРИНЦИПИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ) ……..**	**4**
Бондаренко А.В., Козько В.М., Похил С.І., Черкасов О.П., Великоданов Г.Л. **ВЗАЄМОЗ'ЯЗОК БАРТОНЕЛЬОЗУ З ІНШИМИ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ……**	**7**
Бондаренко В.М. **МАРКЕРЫ ВИРУЛЕНТНОСТИ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ МИКРООРГАНИЗМОВ ……..**	**9**
Бочаров В.А., Бондаренко Г.О., Гумененко Л.О., Єрьоменко К.К. **СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ ШКІРИ ……....**	**11**
Браилко В.И, Ходак Л.А. **ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕСВИРУСОВ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ ……**	**12**
Брич В.В. **РОЛЬ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ В ФОРМУВАННІ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДу СЕРЕД ОКРЕМИХ НАЦІОНАЛЬНИХ МЕНШИН ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ……..**	**14**
Галинский Ю.Я., Люльченко О.Г., Коломиец Л.Н. **ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КРИПТОКОККОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ……**	**15**
Гладчук В.Є., Лущан А.А., Кірієнко В.О., Кухарик О.С., Волинська О.В. **РОЛЬ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ПАТОГЕНІВ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ….**	**19**
Гойдык Н.С., Гойдык В.С., Ковтунович Л.И., Гоженко А.И. **КАШЕЛЬ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО ПАЦИЕНТА ……**	**20**
Гойдик В.С., Гойдик Н.С., Шухтін В.В., Терещенко Р.О., Гоженко А.І. **ЗНАЧЕННЯ ЗАПАЛЬНОГО СИНДРОМУ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ ІНФЕКЦІОНІСТА ……..**	**21**

Гойдык В.С., Гуменюк Н.А., Гоженко А.И. ОСОБЕННОСТИ ТОКСОПЛАЗМЕННОГО ЭНЦЕФАЛИТА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ……..……	**23**
**Гоженко А.І., Горобець О.П., Горобець Г.П., Гойдик В.С. ХАРАКТЕРИСТИКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД ……..... **	**24**
Голубовская О.А., Шкурба А.В. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ ……	**25**
Гуменюк Р. В., Гоженко А. И. О НЕФРОТОКСИЧНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ……	**26**
Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Сергеєва Т.А., Шагінян В.Р., Рубан О.М. ГЕПАТИТ В В УКРАЇНІ: ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ……	**27**
Дикий Б.М., Матейко Г.Б., Грижак І.Г., Веприк Т.В. ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇУ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ……..……	**29**
Дикий Б.М., Грижак І.Г., Матейко Г.Б., Бойчук О.П., Веприк Т.В. ЗАСТОСУВАННЯ СПЕЦИФІЧНИХ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПЕРЕДАЧІ TORCH-ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ ЖІНОК ……...	**31**
Дикий Б.М., Пришляк О.Я., Приходько Н.М., Грижак І.Г., Дикий О.Б. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИК ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ……	**33**
Дубинська Г.М., Боднар В.А., Коваль Т.І. Ізюмська О.М., Котелевська Т.М., Кириченко Т.С., Сизова Л.М. ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ТА ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ПОЄДНАНІ ХРОНІЧНІ РЕПЛІКАТИВНІ ФОРМИ ГЕПАТИТУ С ТА ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ……..	**36**
Дубинська Г.М., Кириченко Т.С., Коваль Т.І., Коршенко В.О., Михайлова К.І. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ПОЛТАВСЬКОМУ РЕГІОНІ ТА ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ TOLL-ПОДІБНОГО РЕЦЕПТОРА 4 ……..	**38**

Дуда О.К., Жигарєв Ю.О. **УРАЖЕННЯ ЦНС У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ……..…**	**39**
Живиця Д.Г. **ВПЛИВ ВИСОКОАКТИВНОЇ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ВИЖИВАННЯ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ ……**	**41**
Жилка Н. Я., Чепурнова Н. В. **ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ІНСЕМІНАЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ (ДИСКОРДАНТНИХ ПОДРУЖНІХ ПАР) ……..**	**43**
Козько В.М., Анциферова Н.В., Колодій М.А., Соломенник Г.О., Бондар О.Є., Копійченко Я.І. **ДО ПИТАНЬ ЕТІОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ……**	**44**
Козько В.Н., Бондарь А.Е, Екимова Н.А., Свердлина О.В. **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ ……...**	**46**
Козько В.Н., Бондарь А.Е., Краснов М.И., Великоданов Г.Л. **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ…..**	**48**
Козько В.Н., Градиль Г.И., Губина-Вакулик Г.И., Меркулова Н.Ф., Могиленец Е.И., Кацапов Д.В., Колодий Н.А., Амелина Л.М., Юрченко И.С., Гойденко А.А., Завгородняя Н.И. **КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ПОРАЖЕНИМ ЛЕГКИХ …….**	**49**
Козько В.Н., Загороднева О.В., Гаврилов А.В., Юрченко И.С., Кузнецова А.А. **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРРА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ……...…….**	**51**
Козько В.Н., Меркулова Н.Ф., Ткаченко В.Г., Маргарит П.И. **СПИД-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ КАК КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДА ……**	**53**
Козько В.М., Меркулова Н.Ф., Градиль Г.И., Краснов М.И., Соломенник А.О., Могиленец Е.И., Винокурова О.Н., Юрко Е.В., Колодий Н.А., Екимова Н.А.,Чирюкина О.И., Дорогинская Е.Т., Блудова Л.А., Купчик И.П. **ДИСКРИМИНАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ СПИДОМ …...……...…….**	**54**

Козько В.М., Могиленець О.І., Меркулова Н.Ф., Соломенник Г.О., Граділь Г.І., Юрко К.В., Єкімова Н.О., Нікітіна В.В., Чірюкіна О.І. ПРОЯВИ ЦИТОЛІТИЧНОГО ТА МЕЗЕНХІМАЛЬНО-ЗАПАЛЬНОГО СИНДРОМІВ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ …….	**56**
Козько В.Н., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Анцыферова Н.В., Юрко Е.В., Гаврилов А.В. СОСТОЯНИЕ ОБМЕНА ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ……	**58**
Козько В.Н., Соломенник А.О., Могиленец Е.И., Меркулова Н.Ф., Винокурова О.Н., Ахвердиева И.В., Кузнецова А.А. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ И К-КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ……..…	**59**
Козько В.Н., Чуйков М.Л., Резникова В.Д. КОМПЛЕКСНАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ……..	**60**
Колеснікова І.П., Мохорт Г.А., Петрусевич Т.В., Зубленко О.В., Семенюк О.М., Соколовська О.О., Глушко-Маківська А.П., Козел В.М. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ІНФЕКЦІЯМИ З ПАРЕНТЕРАЛЬНИМ ШЛЯХОМ ПЕРЕДАЧІ ...	**62**
Копійченко Я.І., Сохань А.В., Анциферова Н.В., Пеньков Д.Б., Копійченко Т.С. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПІЇ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ З ХОЛЕСТАТИЧНИМ СИНДРОМОМ ……	**64**
Краснов М.І., Козько В.М., Черкасов О.П., Кожевникова І.М., Кузнєцова А.А., Юрко К.В. СУЧАСНІ АСПЕКТИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В КРАЇНАХ ЄВРОПИ ……	**65**
Куц Л.В., Бочарова В.В., Грицай О.Д., Василькова К.В. ПОРУШЕННЯ ЗАХИСНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ В АКТИВІЗАЦІЇ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ ……..……	**67**
Лантух А.П., Хіріна Г.О. СНІД ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ……	**68**
Лугова Г.В. , Сайног Н.М. , Устінова Л.А. , Іванько О.М., Набойченко О.В., Філіпенко Л.І. ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ……...	**69**
Лядова Т.І., Волобуєва О.В. КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ HBV ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПУ ВІРУСУ ТА ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО СТАТУСУ ……..	**72**

Макаренко В.Д., Самсоненко В.І., Бєлуха О.А., Привалова Н.П. ДОСВІД РОБОТИ «КЛІНІКИ ДРУЖНЬОЇ ДО МОЛОДІ» ……...	**73**
Максименок Е.В., Кислых Е.Н., Гришаева И.В., Галецкая М.О. БЫСТРЫЕ ТЕСТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ИССЛЕДОВАНИЙ	**74**
Малиш Н.Г., Чемич М.Д., Піддубна А.І., Грабовий С.Л., Бутенко В.М. ГЕНДЕРНИЙ ФАКТОР У ПОШИРЕННІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА СУМЩИНІ ……...	**76**
Малый В.П., Швайченко АА., Полукчи А.К., Пеньков Д.Б., Стародубцева Л.А. ЗНАЧЕНИЕ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ....	**78**
Миронюк І.С. АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ В СЕРЕДОВИЩІ ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ ЯК МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ……	**80**
Низова Н.Н., Круглов Ю.В., Кислых Е.Н., Марциновская В.А., Максименок Е. В. , Нгуен И.В., Шагинян В.Р., Зятюк Я.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В 2010 ГОДУ ……...	**82**
Нізова Н.М. , Марциновська В.А. , Бочкова Л.В. МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ В УКРАЇНІ У 2010 РОЦІ ……..	**84**
Ніколаєва Л.Г., Петюнін Г.П., Черкасов О.П., Бур'ян Г.О., Майстат Т.В. РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ …….	**86**
Ольховська О. М., Кузнєцова В.М., Піддубна М.А., Бондарєва О.М., Чонка Н.Ю. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПІЇ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ …….	**88**
Піддубна А.І., Чемич М.Д. ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ СНІД В УМОВАХ ПІВНІЧНО-СХІДНОГО РЕГІОНУ …….	**90**
Полукчи А.К., Швайченко А.А., Никитина Н.А., Дмитренко В.М., Гойденко А.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОПЛАЗМОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ……...	**91**

Потокій Н.Й., Миронюк І.С. РЕЗУЛЬТАТИ ВПЛИВУ ТЕХНОЛОГІЇ ОЧИСТКИ СПЕРМИ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЧОЛОВІКІВ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ АГЕНТІВ НА ФЕРТИЛЬНІСТЬ ЕЯКУЛЯТУ ……..	**93**
Резніченко Н.Ю., Хандожко О.Б., Літвінов В.А., Бухинник Г.Є., Мордзинський Р.Б. ВПЛИВ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ НА РОЗВИТОК СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ АТОПІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ …..	**95**
Сергеєва Т.А., Шагінян В.Р., Максименок О.В., Бугаєнко Н.С., Гураль А.Л. СПЕЦИФІЧНІ СЕРОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ГЕПАТИТІВ В і С у ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ...……	**96**
Служинська М.Б., Остап'юк Л.Р., Чайка І.В. ОПТИМІЗАЦІЯ ШЛЯХІВ РОЗРОДЖЕННЯ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ ЖІНОК У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2005-2011 РОКИ…….....	**99**
Служинська М.Б., Сороколіт А.Л. ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ НА 2011-2014 РОКИ ……..	**101**
Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Колодий Н.А., Могиленец Е.И., Юрко К.В., Винокурова О.Н., Никитина В.В. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С ……	**103**
Сорокина И. В., Шерстюк С. А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ …….	**104**
Телегін Д.Є. ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА ПОЗИТИВНИХ ТА НЕГАТИВНИХ ПРЕДИКТОРІВ SVR У ХВОРИХ НА ХГС ……..	**106**
Черкасов О.П., Кожевнікова І.М., Югай Е.В., Єськова Л.І., Неффа О.А. РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ …….	**107**
Черкасов А.П., Козько В.Н., Краснов М.И, Югай Э.В., Задорожная Е.И[1], Еськова Л.И. ИТОГИ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ (ОПЫТ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА) ……	**112**
Шагінян В.Р., Гураль А.Л., Сергеєва Т.А., Максименок О.В., Мишко О.В., Ігнатенко Т.П., Манько В.Г. ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРОТИ ГЕПАТИТУ В У М. КИЄВІ ……..	**118**

Шевченко О.С., Матвеева С.Л., Сенчева Т.В., Юрченко О.Н. АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ…	**120**
Шкурба А.В, Голубовская О.А. ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПРОДВИНУТОМ ФИБРОЗЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С …….	**121**
Шостакович-Корецька Л. Р., Литвин К. Ю., Маврутенков В. В., Андрусенко В.П., Кушнєрова О.А., Волікова О.О. , Шевченко О. П., Гавриленко Л. О. РЕЗУЛЬТАТИ СЕРОЛОГІЧНОЇ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ТА ВІЛ-НЕГАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ …….	**123**
Шустваль Н.Ф., Волобуева О.В., Лядова Т.И., Ещенко К.И. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ ……..…….	**124**
Чумаченко Т.О., Коваленко О.С., Клещар Л.О., Советнікова А.В., Цукор Н.Г. ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ В СИСТЕМІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ В ТА С ……....	**126**
АНГЛОМОВНА СЕКЦІЯ	
Gaman E.S., Kuhar D.I., Knizhenko O.V., Zozulia N.I. THE ROLE OF POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) IN THE LABORATORY DIAGNOSTIC OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM (CNS) INFECTIONS IN CHILDREN ……	**129**
Kozko V., Krasnov M., Kuznetsova A., Cherkasov A., Zadorogna K. EARLY ANTIRETROVIRAL THERAPY AND MORTALITY AMONG HIV-INFECTED PERSONS ……...	**130**
Kozko V., Khromykh A., Merkulova N. AIDS-RELATED LESIONS OF SKIN AND MUCOUS MEMBRANE…	**131**
Kozko V.N., Pochil S.I., Iurko K.V., Mogilenets O.I., Reshetnik A.V. THE CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ERHLICHIOSIS INFECTION ……	**131**
Mocroft A., Kirk O., Reiss P., De Wit S., Sedlacek D., Beniowski M., Gatell J., Phillips A.N., Ledergerber B., Lundgren J.D. ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATE, CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ANTIRETROVIRAL DRUG USE IN HIV-POSITIVE PATIENTS …….	**132**

Reekie J.[1], Gatell J.[2], Yust I.[3], Bakowska E.[4], Rakhmanova A.[5], Losso M.[6], Krasnov M.[7], Francioli P.[8], Kowalska J.D. [9], Mocroft A.[1] FATAL AND NON-FATAL AIDS AND NON-AIDS EVENTS IN HIV-1 POSITIVE INDIVIDUALS WITH HIGH CD4 COUNTS ACCORDING TO VIRAL LOAD STRATA ……..	**133**
Reekie J., Reiss P., Ledergerber B., Sedlacek D., Parczewski M., Gatell J., Katlama C., Fätkenheuer G., Lundgren J.D., Mocroft A. A COMPARISON OF THE LONG-TERM DURABILITY OF NEVIRAPINE, EFAVIRENZ AND LOPINAVIR IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE IN EUROPE: A EUROSIDA STUDY ……..	**134**
Reekie J., Kosa C., Engsig F., Monforte A., Wiercinska-Drapalo A., Domingo P., Antunes F., Clumeck N., Kirk O., Lundgren J.D., Mocroft A. RELATIONSHIP BETWEEN CURRENT LEVEL OF IMMUNODEFICIENCY AND NON-ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME-DEFINING MALIGNANCIES..	**135**
Smith C.J., Olsen C.H., Mocroft A., Viard J.P., Staszewski S., Panos G., Staub T., Blaxhult A., Vetter N., Lundgren J.D. THE ROLE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY IN THE INCIDENCE OF PANCREATITIS IN HIV-POSITIVE INDIVIDUALS IN THE EUROSIDA STUDY ……..	**136**
Sönnerborg A., Mocroft A., Lundgren J., Raben D., Gatell J., d'Arminio Monforte A., Vassilenko A., Hadziosmanovic V., Bergovac J., Sørensen H., Zuin M., Cusini M., Clumeck N., Gazzard B., Rockstroh J. A PILOT STUDY TO DETERMINE THE PREVALENCE OF HIV IN PERSONS PRESENTING FOR CARE WITH SELECTED CONDITIONS: PRELIMINARY RESULTS FROM HIV IN EUROPE STUDY ……...	**136**
Telehin D., Kozko V., Bondar O., Costa J.M.,, Munteanu M., Kobryn T., Ngo Y., Thibault V., Moussalli J., Ratziu V., Benhamou Y., Dubins'ka G., Poveda J.D., Poynard T. PREDICTING OF SUSTAINED VIRILOGICAL RESPONSE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C BY COMBINATION OF VIRAL, LIVER AND GENOMIC BIOMARKERS ……..	**137**
ІНШЕ	
Абдуфатоев Т.А., Икромов Т.Ш., Саломов А.К. ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРОВ СОРБИЛАКТА И РЕОСОРБИЛАКТА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПОЧКЕ У ДЕТЕЙ ……	**139**
Бодня Е.И., Боброва О.В., Бодня И.П. СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРИОБРЕТЕННЫМ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ……	**141**

Бодня Е.И., Велієва Т.А., Бодня І.П. ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ …….	**143**
Бодня К.І., Лавриненко М.В., Ревенко Ж.А., Колесник К.І. СПОСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРЕПАРАТІВ КЛІЩА РОДУ DEMODEX.	**145**
Голодных А.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ В УКРАИНЕ ФИНАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЧЕМПИОНАТА ЕВРОПЫ ПО ФУТБОЛУ 2012 ГОДА …..	**146**
Захарчук О.І. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ І СЕРОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ НЕМОВЛЯТ НА ТОКСОКАРОЗ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ……	**148**
Капустник Н.В. ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ…...	**150**
Козько В.М., Бондаренко А.В., Юрко К.В., Похил С.І., Чигиринська Н.А., Тимченко О.М. ПОТЕНЦІАЛ ЛАБОРАТОРНИХ МОДЕЛЕЙ З ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИМ СТАНОМ ТВАРИН ДЛЯ ВИВЧЕННЯ НОВИХ І ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ……	**151**
Козько В.Н., Граматюк С.Н. ОСОБЕННОСТИ ИОННОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.	**153**
Козько В.М., Похил С.І., Юрко К.В., Соломенник Г.О., Могиленець О.І., Гвоздецька М.Г. Чигиринська Н.А., Тимченко О.М., Давидова Т.В. РОЗРОБКА РНІФ-ТЕСТ СИСТЕМ ДЛЯ СЕРОДІАГНОСТИКИ АНАПЛАЗМОЗУ ……	**154**
Козько В.М., Сохань А.В., Копійченко Я.І. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ АМІКСИН У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ГЕРПЕСВІРУСНІ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТИ ……	**156**
Корецька О.Ю., Гладчук В.Є., Пугач Г.В., Василенко А.В., Масло Д.В. ВЗАЄМНИЙ ВПЛИВ МЕТАБОЛІТІВ МІКРОБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ТА КЛІТИН ОРГАНІЗМУ В РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ ……...	**157**
Кузнецов С.В., Кучеренко О.О. ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХЛАМІДІЙНІ ПНЕВМОНІЇ ……	**158**
Савицкая Е.В. СИМБИОЗ HELICOBACTER PYLORI И GIARDIA LAMBLIA ПРИ	

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ….	**159**
Саломов А.К., Абдуфатоев Т.А., Ибодов Х.И., Икромов Т.Ш. ПРИМЕНЕНИЕ СОРБИЛАКТА И РЕОСОРБИЛАКТА У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ ……	**160**
Ткаченко С.О., Зимина М.С. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕДИНОВОЙ РЕАКЦИИ ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ H. PYLORI ПРИ ЭШЕРИХИОЗЕ ……..	**163**
Штанюк Є.А., Остапенко О.М., Мінухін В.В. ЕТІОЛОГІЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ, ВИКЛИКАНИХ ГРАМНЕГАТИВНИМИ БАКТЕРІЯМИ ПРИ РІЗНИХ НОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМАХ ОСНОВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ……..	**164**