

випадках відмічалось ураження великих суглобів (колінного, плечового, обох ліктьових) у поєднанні з місцевою реакцією у вигляді гіперемії шкіри. При поступленні хворі скаржились на загальну слабкість, пітливість, біль у м'язах, суглобах, підвищення температури тіла до фебрильних цифр. Анамнестично встановлено присмоктування кліща і виникнення кільцеподібної еритеми. Діагноз підтверджено виявленням діагностичних титрів антитіл IgM та IgG до *B. burgdorferi*.

В 1 (0,68%) випадку безеритемної форми єдиною скаргою була виражена загальна слабкість. Від моменту ймовірного зараження до виникнення скарг минуло 2 міс. Діагноз верифікований визначенням діагностичних титрів антитіл IgM до *B. burgdorferi*. Після проведення антибактерійної терапії скарги зникли і загальний стан нормалізувався.

Отже, у хворих на Лайм-бореліоз переважали еритемні форми недуги. 9,5% випадків припадає на нейробореліоз, переважно з ураженням центральної нервової системи у вигляді енцефалопатії. При несвоєчасному зверненні за медичною допомогою і тривалості захворювання більше 6 міс. у хворих розвивався Лайм-артрит з ураженням великих суглобів. Діагностований випадок безеритемної форми Лайм-бореліозу може свідчити про існування недіагностованих захворювань.

А.В. Бондаренко, С.І. Похил, О.В. Тимченко, О.І. Могиленець

БАРТОНЕЛЬОЗ: ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-БІОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ

Національний медичний університет, Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМНУ,
м. Харків

У різних країнах світу активно розробляються лабораторні моделі для штучного відтворення у піддослідних тварин бартофельозу. Кінцевою метою таких досліджень є: вивчити особливості патогенезу хвороби; встановити закономірності імунологічних реакцій і формування імунітету; визначити в умовах *in vivo* результативність методів етіологічної діагностики, ефективність етіотропної терапії і засобів специфічної імунопрофілактики.

встановити природний резервуар збудника і механізми його передачі.

Мета дослідження – розробка уніфікованої біологічної моделі для відтворення експериментального бартонельозу, що характеризується простотою технологічного відтворення, дешевиною і доступністю для широкого практичного застосування.

Алгоритм відтворення експериментального бартонельозу складався з таких послідовних етапів: 1) штучне формування імунодефіцитного стану у нелінійних білих мишей (*Mus musculus* L.) шляхом одноразової підшкірної ін'єкції 250 мкг/кг циклофосфаміду (циклофосфан® ВАТ “Київмедпрепарат”, Україна) за 3-4 год перед уведенням тваринам зразків досліджуваного біологічного матеріалу; 2) підготовка зразків досліджуваного біологічного матеріалу; 3) зараження підготовленими зразками шляхом інтраперитонеальної ін'єкції лабораторних тварин з штучно сформованим імунодефіцитним станом; 4) відбір через 3-10 діб від померлих або морталізованих (методом гіпернаркозування хлороформом) піддослідних тварин зразків секційного матеріалу; 5) верифікація етіології шляхом експрес-детекції основних видів бартонел (*B. henselae*, *B. quintana*) методом ПЛР у відібраних з дотриманням правил асептики зразках секційного матеріалу.

Вибір препарату циклофосфан® обґрунтований детально вивченими механізмами його імуносупресивної дії, відсутністю протибактерійної активності, дешевиною й доступністю. Створена біологічна модель експериментального бартонельозу придатна для проведення як діагностичних, так й епідеміологічних, епізоотичних, екологічнобіологічних та ін. досліджень зразків біологічного матеріалу різного походження, у тому числі зразків матеріалу твердої і рідкої консистенції, з відсутністю чи з наявністю контамінації сторонньою мікрофлорою.

Результати досліджень продемонстрували накопичення бактерій у тканинах і органах-мішенях заражених тварин, які перевищували початкові концентрації цих мікроорганізмів у відповідних зразках досліджуваного біологічного матеріалу більше ніж у 10^2 - 10^5 разів. Крім того, порівняльний аналіз результатів виявлення бартонел методом ПЛР в одних і тих же зразках біологічного матеріалу без використання і з використанням етапу розмноження й накопичення патогену шляхом вирощування в

умовах *in vivo* демонструє істотне ($p < 0,05$) зростання виявлення збудників з 6,9 до 13,8%.

Таким чином, біологічна модель, заснована на підшкірному введенні лабораторним тваринам імунодепресивного препарату циклофосфан® у дозі 250 мкг/кг, характеризується уніфікованістю та простотою відтворення, значно дешевше за аналоги і доступна для широкого практичного використання.

Зараження зразками біологічного матеріалу, потенційно інфікованими бартонелами, білих нелінійних мишей з штучно сформованим імунодефіцитним станом дозволяє в цілому підвищити рівень виявлення збудників (з подальшою верифікацією останніх методом ПЛР) у 2 рази, що може бути використано для діагностики бартонельозів у людей і тварин шляхом виявлення збудників у зразках біологічного матеріалу.

А.М. Бондаренко

СТАНДАРТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – ДОПОМОГА ЧИ ПЕРЕШКОДА?

Центр діагностики і терапії інфекційних хвороб,
м. Кривий Ріг, Дніпропетровська область

Існуючі сьогодні вітчизняні клінічні протоколи і стандарти надання медичної допомоги в галузі інфектології є частиною нормативної документальної бази в медичній сфері, покликаний забезпечити максимально можливу допомогу в роботі лікаря-інфекціоніста і клініцистів суміжних спеціальностей. Це основні галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я. Вони досить чітко позначені Законом України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" у ст. 14-1. Так, стандарт медичної допомоги визначений як сукупність норм, правил і нормативів, а також показників (індикаторів) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики, а клінічний протокол – як уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних і реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовності. Необхідно особливо вказати, що тим же законом визначено, що "дотриманням