

## ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ ВІД КОТЯЧОЇ ПОДРЯПИНИ

Кацапов Д.В., Бондаренко А.В., Козько В.М., Бондаренко О.В., Похіл С.І.,  
Скімова Н.А., Завгородня Л.В.

• Державний медичний університет, Харків, Україна

ДУ «ІМІ ім. І.І. Мечникова АМН України», Харків, Україна

Об'єктивний рівень захворюваності на бартофельозну інфекцію в цілому, як і на її різні клінічні форми, невідомий. Проте, в теперішній час більшість фахівців, які досліджують цю групу інфекційних хвороб, вважають, що суттєво домінує хвороба від котячої подряпини (ХКП). За даними науковців США (де на сьогодні лабораторну діагностику бартофельозної інфекції можна вважати найкраще відпрацьованою) співвідношення між рівнем захворюваності на ХКП та іншими формами системного бартофельозу складає 6:1 (тобто, питома вага первинно системних форм бартофельозної інфекції складає не більше 15%, а на ХКП припадає близько 85% зареєстрованих випадків).

В Україні методи лабораторної діагностики ХКП не розроблені, в звітах бактеріологічних і клініко-діагностичних лабораторій лікувальних установ відомості щодо виділення культур *B. henselae* (чи іншого виду *Bartonella*) відсутні.

Важливою обставиною, що ускладнює розробку методів лабораторної діагностики бартофельозної інфекції є поліетіологічність цього захворювання та недостатній рівень вивчення біологічних властивостей збудників. Тому для галузі охорони здоров'я України актуальним завданням є розробка сучасних методів лабораторної діагностики найбільш поширеної форми бартофельозної інфекції – ХКП з використанням вітчизняних поживних середовищ, імунобіологічних препаратів, компонентів, систем для молекулярно-генетичних досліджень.

*Метою* нашого дослідження було вивчення клініко – лабораторних особливостей захворювання. Етіологічна діагностика проводилась за визначенням рівню специфічних антитіл методом РНІФ у сироватці хворих, із використанням експериментальної вітчизняної тест-системи, виготовленої з штамів-продуцентів *B. henselae* CCUG 30454 BT і ЛНМІЗ 06U054, що була розроблена на базі лабораторії нових та маловивчених інфекційних захворювань ІМІ ім. І.І. Мечникова АМН України.

Під нашим спостереженням знаходилося 17 хворих на бартофельоз, що перебували на лікуванні в ОКІЛ, м. Харків. Серед обстежених хворих переважали чоловіки (60%), середній вік -  $25,5 \pm 6,8$  років. Відзначалось переважно пізні надходження хворих в стаціонар – в середньому на  $19,7 \pm 5,3$  добу захворювання, що пояснюється поступовим початком і малою експресією симптомів в початковому періоді захворювання.

В процесі діагностичного пошуку у хворих були виключені герпесвірусна інфекція (ЦМВ, ЕБВ методом ІФА), сифіліс (РМП), сепсис; вірусні гепатити В і С, в 5 випадках проведене обстеження на хламідіоз (ІФА з *Cl. trachomatis*), в 10 - на ВІЛ.

Контакт з тваринами відзначало 80% хворих – переважно з кішками, морськими свинками, собакою і черепахою. Більшість хворих відзначали подрипини або укуси на шкірі, головним чином верхніх кінцівок.

Інкубаційний період не встановлений в 80% випадків. У 20% він склав від 12 до 30 днів. Початок захворювання був у всіх випадках поступовим. Первинний афект виявлявся у 30% хворих, у вигляді слідів укусів (подрипини з ланцюжком інфільтратів, ранки під кіркою) помірно болючий або без суб'єктивних відчуттів. У 3 випадках спостерігався поліморфний макуло - папулезний висип на 2, 5 і 8 добу захворювання, переважно на ураженій кінцівці, в одному випадку висип був поширеним. Загальним симптомом була гіперпігментація, що зберігалася в терміни від 7 до 10 днів після зникнення висипу.

Рівень гарячки у 67% хворих не перевищував 38°C, в 67% випадків вона мала ундулюючий та рекурентний типи, з інтервалами апірексії тривалістю від 9 годин до трьох діб без суворої циклічності та з максимальним підйомом ввечері. У 47% випадків гарячка супроводжувалася пітливістю, що продовжувалась 14,3±3,8 діб. Початок хвороби супроводжувався слабкістю - 16,4±4,3 діб, біллю голови - 13,2±3,5 діб. У 27% випадків спостерігався біль в горлі, що продовжувався 7,5±2 дня, гіперемія ротоглотки - в 53,3%, гіпертрофія мигдалин - в 40% випадків, у 3 випадках - втрата ваги близько 5 кг впродовж хвороби. Лімфаденіт був провідним синдромом. Спостерігалось збільшення переважно переднє шийних (73%), пахових (67%), пахових (40%), заднє шийних (33%), вуглощелепних (13%), ліктьових (13%) і стегнових (7%) лімфовузлів, діаметром 1,5 - 3 см. Вони були не спаяні з підшкірною клітковиною, помірно болючі. У 2 випадках спостерігалось нагноєння лімфовузлів з подальшим хірургічним лікуванням. Середня тривалість лімфаденіту складала 28,9±7,7 діб, помірна болючість - 20,0±5,5 діб. У 87% захворювання супроводжувалося збільшенням печінки, і в 47% - селезінки, що підтверджено даними УЗД. В 2 випадках спостерігалось помірне підвищення ехогенності паренхіми печінки і селезінки. У клінічному аналізі крові виражених змін не спостерігалось. За даними біохімічного аналізу крові в трьох випадках спостерігалось двократне підвищення АЛТ, при нормальних значеннях білірубину та інших показників.

**Висновки.** Клінічна діагностика бартонельозу ґрунтується на виявленні характерного анамнезу (контакт з тваринами), ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів, помірної гарячки.

Визначення антитіл до бартофельозної інфекції методом РНІФ є доцільним у випадках наявності лімфаденопатії, тривалої гарячки і епідеміологічних даних про контакт із тваринами.

## **ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЗАХИЩЕНИХ ПЕНІЦИЛІНІВ (АМОКСИКЛАВ) У ХВОРИХ НА СРЕПТОКОКОВИЙ ТОНЗИЛІТ**

**Кацапов Д.В., Меркулова Н.Ф.**

Державний медичний університет, Харків

Гострий тонзиліт залишається одним із найбільш поширених захворювань верхніх дихальних шляхів. Серед бактеріальних збудників гострого тонзиліту найбільше значення має  $\beta$ -гемолітичний стрептокок групи А (15-30%). Рідше гострий тонзиліт викликається стрептококами груп С і G, *Arcanobacterium haemolyticum*, анаеробами і спірохетами (ангіна Симановського-Плаута-Венсана), вкрай рідко - мікоплазмами і хламідіями. Згідно із сучасними даними, традиційна терапія цього захворювання феноксиметілпеніциліном не призводить до повної ерадикації збудника, що зокрема може бути пов'язано із його інактивацією  $\beta$ -лактамазами ко-патогенної флори, яка присутня в рото глотці. В зв'язку з цим перспективним вважається застосування захищених амінопеніцилінів, зокрема амоксіциліну/клавуланату (Амоксіклаву).

*Мета дослідження* – оцінка ефективності амоксіциліну/клавуланату (Амоксіклаву®) в лікуванні хворих на гострий тонзиліт.

*Матеріали і методи.* Під спостереженням перебувало 15 хворих на гострий тонзиліт, які знаходились на лікуванні в ОКІЛ м. Харкова. Хворим було призначено амоксіцилін/клавуланат (Амоксіклав) в стандартній дозі 500 мг/125 мг два рази на добу per os протягом 7 діб. Групу контролю складали 10 осіб, що отримували 500 мг ампіциліну внутрішньом'язово чотири рази на добу протягом 7 діб.

*Результати.* У переважної більшості хворих (87,5%) тривалість симптомів гострого тонзиліту до початку лікування склала менше 4 діб. В п'яти випадках захворювання було ускладнене перитонзилітом і в одному - перитонзильярним абсцесом. Спостерігалась гарячка переважно 38-39°C у 53,3% хворих. Загальними симптомами були також слабкість (66,7%) головний біль (60%), біль у горлі при ковтанні (100%). Об'єктивно у всіх хворих визначались гіперемія рото глотки, гіпертрофія мигдаликів I-II ступеню, наявність гнійного ексудату на мигдаликах, та периферичний лімфаденіт. Таким чином, були зареєстровані як мінімум 3 з 4 діагностичних критеріїв тонзиліту. В клінічному аналізі крові спостерігались незначні зміни: лейкоцитоз  $7,1 \pm 0,47 \cdot 10^9$  /л, сегментоядерні лейкоцити –  $60 \pm 2,6\%$ , паличко ядерні –  $4,2 \pm 0,65\%$ , лімфоцити –  $26,8 \pm 2,98\%$  та моноцити –  $6,2 \pm 0,71\%$ .