

дит, перикардит. ІЕ – это тяжелое поражение ткани клапанов и эндотелия. В отсутствие лечения он приводит к смерти, при правильном лечении 5-летняя выживаемость составляет 70 %. Причиной развития около 85 % случаев ИЕ являются стрептококки (*Streptococcus gallolyticus* и др.), стафилококки (*Staphylococcus aureus* и др.), энтерококки (*Enterococcus faecalis* и др.). При ИЕ также выделяются псевдомонады, *Serratia*, *Bacillus cereus*, грибы, микроорганизмы НАСЕК-группы (*Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus aphrophilus*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*). Миокардит – воспалительное заболевание сердечной мышцы, причиной обычно служит инфекция, чаще вирусная (энтеровирусы Коксаки А и В, ЕСНО, полиомиелита, кори, краснухи, гриппа А и В, вирус простого герпеса, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус). Миокардит вызывают хламидии, риккетсии, *Borrelia burgdorferi*. Поражение сердца при СПИДе развивается в 25-50 % случаев по причине саркомы Капоши или оппортунистической инфекции. Часто миокардиту сопутствует перикардит. В большинстве случаев миокардит протекает бессимптомно и заканчивается выздоровлением. Если имеются клинические проявления, то выздоровление наступает только в половине случаев, у остальных развивается дилатационная кардиомиопатия. Нарушения ритма сердца могут привести к внезапной смерти.

Вывод: инфекционные агенты представляют большую опасность для работы сердца и жизни человека.

Руденко М.И., Меркулова Н.Ф., Соломенник А.О., Гаврилов А.В.

СПОНТАННАЯ КЛЕТОЧНАЯ ЦИТОТОКСИЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Харьковский национальный медицинский университет, Кафедра инфекционных болезней, зав. кафедрой – проф. Козько В.Н., научный руководитель – доц. Меркулова Н.Ф.

Цель исследования – оценить спонтанную клеточную цитотоксичность (СКЦ) у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 19 больных ХГС (мужчин – 14 (73,7 %), женщин – 5 (26,3 %)). Активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) в сыворотке крови в среднем составила $3,94 \pm 0,73$ ммоль/л•ч. Всем пациентам определяли содержание альфа- и гамма-интерферонов (ИФН) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Для изучения СКЦ использовали модифицированный фотометрический метод (Трицюк 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.

Результаты. Содержание альфа- и гамма-ИФН в сыворотке крови у обследованных больных было выше, чем у здоровых доноров: $60,74 \pm 20,77$ пг/мл ($p < 0,02$) и $50,0 \pm 11,91$ ($p < 0,01$) пг/мл (в контрольной группе $6,96 \pm 2,25$ пг/мл и $10,91 \pm 2,88$ пг/мл соответственно). СКЦ, отражающая функциональную активность естественных клеток-киллеров, составила $16,01 \pm 1,93\%$, что было достоверно ниже нормальных значений ($30,81 \pm 2,65\%$, $p < 0,01$). Наблюдалась тенденция к прямой связи между СКЦ и содержанием гамма-ИФН ($r = 0,419$, $p > 0,05$), 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.

Выводы. У больных ХГС выявлено значительное снижение СКЦ. Она имела тенденцию к связи с активностью АлАТ, а также содержанием альфа- и гамма-ИФН в сыворотке крови.

Сохань А.В., Гаврилов А.В., Гужва Н.Ю., Шапаренко О.В.

СТРУКТУРА ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАННОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

*Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб, завідувач кафедри і науковий керівник – проф. Козько В.М.*

Мета дослідження: провести аналіз структури захворюваності серед ВІЛ-інфікованих, які знаходилися на лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні ОКІЛ з 2008 по 2012 рік.

Матеріали та методи. Дані 340 історій хвороб пацієнтів з ВІЛ(+). Етіологічна розшифровка базувалась на виявленні в лікворі збудника методом ПЛР. Аналіз аутопсійного матеріалу хворих

Результати дослідження. За 2008–2012 рік в ОКІЛ перебувало на лікуванні 340 ВІЛ-інфікованих хворих. В 2008 р. – 72 (21%), 2009 – 68 (20%), 2010 – 62 (18%), 2011 – 68 (20%), 2012 – 74 (21%), з них чоловіків 59%, жінок 41%. У 14,71% діагноз ВІЛ-інфекція був поставлений вперше в процесі обстеження в ОКІЛ. Середній вік хворих склав 34,57 років, причому у хворих з 2 стадією ВІЛ – 30,1 років, 3 стадією – 34,7, 4 стадією – 34,5 років. У 35,6% хворих був встановлений діагноз менінгоенцефаліт. В лікворі знайдено ДНК токсоплазми – 24,7%, віруса Епштейн-Бара – 20,7%, цитомегаловірус – 14,9%, МБТ – 9,9%, вірус простого герпесу – 2,5%. В 27,4% випадках не вдалося визначити етіологію ураження ЦНС. Туберкульоз легень був вперше виявлений у 15,6% хворих. Кандидоз ротоглотки ми спостерігали у 54% хворих, кахексію у 12,1%, пневмонію – 27,7%, хронічний гепатит С – 25,9%, хронічний гепатит В – 7,4%. У 75,3% хворих спостерігалася мікст інфекція двох і більше збудників інфекційних захворювань. Основною причиною летальності стали менінгоенцефаліт різної етіології, туберкульоз легень, пневмонія.

Висновок. В ОКІЛ перебували пацієнти переважно з 3–4 стадією ВІЛ-інфекції, мікст-інфекціями і поліорганными ураженнями. У зв'язку з цим ефект від лікування незначний, в більшості випадків вдається досягти лише короткочасного поліпшення стану пацієнта.