

ведення вагітності та пологів залежить від причин жовтяниці, походження якої може бути різним.

Мета роботи: виявити найбільш інформативні клініко-лабораторні показники для проведення диференційної діагностики жовтяниць (насамперед з метою виключення гострого ВГ) у вагітних.

Ми порівняли за літературними даними клініко-лабораторні показники у 3 групах вагітних із жовтяницею різного походження. Перша група – жовтяниці, обумовлені приєднанням до вагітності гепатотропної інфекції (вірусні гепатити, інфекційний мононуклеоз та ін.). Друга група – жовтяниці, не пов'язані з гепатотропною інфекцією та вагітністю (холестаз, холецистит, гіпертиреоз, дія токсичних речовин, у тому числі деяких лікарських препаратів, тощо). Третя група – жовтяниці, обумовлені патологією вагітних (біловота вагітних, внутрішньопечінковий холестаз вагітних, гостра жирова дистрофія печінки, гестоз, HELLP синдром).

На підставі проведеного аналізу ми виділили ряд важливих диференційно-діагностичних критеріїв: термін вагітності, в якому виникає жовтяниця, епідазіамет, наявність переджовтяничного періоду, інтоксикації, лихоманки, алемії, геморагічних проявів, характеристика калу, інтенсивність шкірного свербіжу, колір сечі та калу: рівні білірубіну, холестерину. Однак, найбільш інформативними у встановленні причини жовтяниці залишаються маркери вірусних гепатитів: значущими є рівні амінотрансфераз, коефіцієнт де Рітца.

**Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Анцыферова Н.В., Зоц Я.В., Чердюк Н.Н.**  
**НИЕНАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ**  
**ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра инфекционных болезней**

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

Цель исследования – оценить содержание гаптоглобина (Hr) в сыворотке крови больных хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от стадии фиброза печени.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 66 больных ХГС, из них мужчины было 41 (62 %), женщины – 25 (38 %). Средний возраст пациентов составил  $35,92 \pm 1,68$  лет. Содержание Hr в сыворотке крови определяли фотометрическим методом в реакции с риванолом с помощью диагностикумафирмы «Реагент» (Украина). Стадию фиброза печени по системе FibroMax оценивали 25 пациентами. Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия I Стьюдента, в том числе для «малых выборок», критерия согласия Пирсона.

Результаты. IFO диагностирован у 7 (28 %), F1 – у 5 (20 %), F2 – у 5 (20 %), F3 – у 4 (16 %), F4 – у 4 (16 %) человек. Среднее значение Hr не отличалось от контрольных цифр ( $0,82 \pm 0,1$  г/л и  $0,82 \pm 0,04$  г/л соответственно,  $p > 0,05$ ). Анализ Пирсона выявил тесную связь ( $p < 0,01$ ) между содержанием Hr в сыворотке крови обследованных больных и отсутствием, наличием и тяжелым фиброзом (циррозом) печени. Установлено, что при значении Hr равном или менее 0,53 г/л с высокой вероятностью прогнозируют наличие цирроза печени, а при значении этого показателя более 1,0 г/л – отсутствие фиброза.

Выводы. Определение содержания белка Hr в сыворотке крови больных ХГС при исключении других причин, приводящих к гипогаммаглобинемии, не давая

- можливості розграти окремі стадії фіброзу, з високою ймовірністю
- поляєт спрогнозувати тяжкий фіброз печені (цирроз) или его отсутствие.

**Сухорукова М. Ф.**

## **АКТУАЛЬНІСТЬ ІКСОДОВОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології  
Науковий керівник – проф. Чумаченко Т.О.**

Іксодовий кліщовий бореліоз (ІКБ) або хвороба Лайма - захворювання, яке за рівнем поширеності та високими економічними збитками залишається актуальною проблемою для розвинутих країн світу. В Україні з 2000 року введена обов'язкова реєстрація випадків ІКБ на національному рівні. Це пов'язано з тим, що ІКБ через тривалу інкубаційну періоду при несвоєчасній діагностиці призводить до довготривалої інвалідності, інвалідизації та інколи летальних випадків.

В Харківській області перший випадок ІКБ зареєстровано у 2000 р. та до 2012 р. виявлено ще 260 хворих. За цей період відмічалось 2 різких підйоми захворюваності (2005, 2009 рр.) з поступовим зростанням у наступні 2-3 роки. Епідеміологія з бореліозу території виявлено в усіх районах області та м. Харкові. За період епідеміологічного нагляду встановлено понад 2000 кліщів, знятих з людей, середній показник інфікованості бореліями склав 12,1 %.

**Мета роботи:** виявити особливості захворюваності на ІКБ у Харківській області.

**Матеріали і методи.** Ними було проаналізовано захворюваність на ІКБ за період останнього підйому (2009 – 2011 рр.) та попередній рік (2008 р.) на підставі даних офіційних донесень в МОЗ України про випадки ІКБ.

**Результати та обговорення.** За аналізованій період було зареєстровано 181 випадок ІКБ або 69,3 % від виявлених випадків за період епідеміологічного нагляду. Щороку більше хворих реєструвалось серед міських жителів (всього 72,4 %), проте у 2009 р. зростання захворюваності відбулося за рахунок сільських мешканців (42,2 % при середньому показнику за 4 роки – 27,6 %). Випадки захворюваності реєструвались протягом року, найбільша захворюваність спостерігалась з травня по жовтень з піком у липні; у хворілих пріємоктування кліща найчастіше відбувалось у травні-липні та жовтні. ІКБ хворіли люди всіх вікових груп, але переважали особи у віці 50 - 59 років (48,1 %); серед дітей зареєстровано 23 випадки (12,7 %), проте у 2011 р. їх питома вага збільшилась до 18,9 %. В усі роки частіше захворювання виникало у жінок (66,3 %). Інфікувалось в агропрудічних осередках 49,7 % захворілих, проте з 2009 р. збільшилась питома вага осіб, що інфікувались у природних умовах (у 2008 р. - 26,7 %, у наступні роки – 53,4 % - 56,4 %). При відвідуванні парків, лісопаркових зон постраждали 34,3 % захворілих, друга третина захворілих (35,4 %) інфікувалась під час відпочинку у лісі, зборі ягід, грибів; понад 10,5 % були покусані кліщами на дачах та присадибних ділянках. Інфікувались за межами Харківської області 13,3 % захворілих, у 2009 р. одним з факторів зростання захворюваності була реєстрація нових випадків (20,0 %).

Аналіз клінічних симптомів захворювання показав наявність мігруючої еритеми (97,2 %) при легкому перебігу захворювання (75,7 %) у більшості захворілих. Тяжкий перебіг відмічено у 1 випадку. Мігруюча еритема виникала на 6-15 день після укусу кліщем (35,8 %), мала розмір 1-5см (41,5 %).

**Висновки.** За останні два роки в області відмічається стабільна дія захворюваності на хворобу Лайма. У 2009 р. зростання захворюваності відбулось за рахунок