



**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний
університет**

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В КЛІНІЧНІЙ ТА ПРОФІЛАКТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

**Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю,
(12-13 березня, 2015 р., Харків, Україна),
присвяченої 210-й річниці
Харківського національного медичного
університету та 85-річчю кафедри епідеміології**



Харків 2015

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

**Епідеміологічні дослідження
в клінічній та профілактичній
медицині: досягнення
та перспективи**

Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю,
(12-13 березня, 2015 р., Харків, Україна),
присвяченої 210-й річниці
Харківського національного медичного університету
та 85-річчю кафедри епідеміології

За редакцією Т.О. Чумаченко

Харків 2015

УДК 616-036.22:616.1/9-084

ББК 51.9

Е 71

Епідеміологічні дослідження в клінічній та профілактичній медицині: досягнення та перспективи.

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (12-13 березня, 2015 р. Харків, Україна), присвяченої 210-й річниці Харківського національного медичного університету та 85-річчю кафедри епідеміології / під ред. Чумаченко Т.О. / Х: «Щедра садиба плюс», – 2015. – 290 с.

У збірнику представлені тези доповідей, що відображають теоретичні та практичні результати епідеміологічних досліджень в різних галузях клінічної та профілактичної медицині, історичні питання розвитку епідеміологічної науки.

ISBN 978-617-7225-50-7

ISBN 978-617-7225-50-7

ББК 51.9

**Ministry of Health Organization of Ukraine
Kharkiv National Medical University**

**Epidemiological Research in
Clinical and Preventive Medicine:
Achievements and Prospects**

Materials of International Scientific Conference
(12-13 of March, 2015, Kharkiv, Ukraine),
dedicated to the 210th anniversary of Kharkiv National
Medical University and the 85th anniversary of the
foundation of the Epidemiology Department

Kharkiv 2015

Epidemiological Research in Clinical and Preventive Medicine: Achivments and Prospects.

Materials of International Scientific and Practice Conference (12-13 of March, 2015, Kharkiv, Ukraine), dedicated to the 210th anniversary of Kharkiv National Medical University and the 85th anniversary of the foundation of the Epidemiology Department /Kharkiv, “Shedra saduba plus”, – 2015. – 290 p.

ISBN 978-617-7225-50-7

**85 РОКІВ НА ВАРТІ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ
(ДО ЮВІЛЕЮ КАФЕДРИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ
ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ)**

Чумаченко Т.О.

Харьковский национальный медицинский университет
+38(057)7021173, e-mail: epidemos@ukr.net

Минуло 85 років з початку історії кафедри епідеміології Харківського національного медичного університету. Кафедра є однією з найстаріших кафедр епідеміології не тільки в Україні, а й в світі. Вона була створена в 1930 р. вченим зі світовим ім'ям, дійсним членом АМН СРСР, заслуженим діячем науки СРСР професором М.М. Соловйовим в ті непрості роки, коли відбувалось епідемічне розповсюдження таких тяжких інфекційних хвороб як холера, висипний тиф, черевний тиф, дизентерія, дифтерія та інші. Виникла нагальна потреба у підготовці кваліфікованих лікарів, які б були здатні здійснювати науково обґрунтовані заходи, спрямовані на зниження інфекційної захворюваності населення країни. Це завдання успішно виконувала кафедра епідеміології під керівництвом М.М. Соловйова, який завідував кафедрою до 1969 р.

Для покращення підготовки кадрів та забезпечення навчального процесу на кафедрі М.М. Соловйов вперше в країні в 1933 р. українською мовою видав підручник «Загальна епідеміологія і профілактика заразних хвороб», а в 1936 р. посібник «Епідеміологія» для лікарів та студентів медичних інститутів.

Створення самостійної кафедри епідеміології в Харківському медичному інституті забезпечило якісну підготовку досвідчених та обізнаних кадрів для системи охорони здоров'я, а також сприяло формуванню наукової школи академіка М.М. Соловйова, під його керівництвом

було підготовлено більше 50 кандидатів наук, 11 з яких згодом стали докторами медичних наук (В.М. Жданов – академік АМН СРСР, С.Н. Ручківський – член-кореспондент АМН СРСР, І.Є. Ручко – член-кореспондент АМН СРСР, проф. М.Р. Нечаєвська, проф. Є.С. Шульман, проф. Я.В. Гіммельфарб, проф. І.С. Давидова, проф. М.А. Неізмайлова, проф. Л.В. Колотилова, проф. В.Д. Черненко, проф. І.Д. Ладний).

М.М. Соловйов був гідним учнем патріарха української та всесвітньої епідеміологічної школи академіка АМН України проф. Д.К. Заболотного. Вся його діяльність була спрямована на розробку теоретичних та практичних питань профілактики та боротьби з інфекційними захворюваннями. Наукова робота під керівництвом М.М. Соловйова здійснювалась у двох напрямках – крайова епідеміологія та розробка питань епідеміології та профілактики найбільш актуальних для того часу інфекційних хвороб. З перших років існування кафедри співробітники проводили наукові дослідження, спрямовані на удосконалення вакцинопрофілактики інфекцій, вивчали вплив різноманітних факторів на стан напруженості та тривалості штучного післявакцинального імунітету населення. Результати досліджень втілювались у практику охорони здоров'я і сприяли зниженню захворюваності населення на хвороби, контрольовані засобами імунопрофілактики.

У роки війни (з 1941 по 1944 рр.) кафедра була евакуйована в м. Оренбург, де співробітники кафедри (М.М. Соловйов та О.Г. Шварц) забезпечували навчальний процес і вели підготовку лікарів – епідеміологів. Інші вихованці кафедри повстали на захист Батьківщини. Відомий маляріолог, доцент кафедри епідеміології А.К. Грицай, який вніс суттєвий вклад в боротьбу з малярією в Україні, віддав своє життя за мир та спокій

своїх співвітчизників. Його ім'я назавжди залишиться у пам'яті співробітників кафедри.

Після повернення в Харків з евакуації в 1944 р. була продовжена робота кафедри по навчанню студентів та проведенню прикладних наукових досліджень з епідеміології та профілактики інфекційних хвороб. Більша частина досліджень цього періоду була присвячена вивченню виживаності мікробів кишкових інфекцій на різних об'єктах зовнішнього середовища, харчових продуктах, воді. Результати досліджень були узагальнені в дисертаціях, а також окремих оригінальних роботах Б.В. Бойкова, О.Г. Шварца, І.І. Савойського, Г.Г. Рубінштейна, Г.М. Фішер, а пізніше – В.М. Гуртовенко, Л.В. Колотилової, Т.О. Тищенко, В.А. Шмунеса. Одночасно співробітники кафедри вивчали проблему епідеміології та профілактики окремих гельмінтозів, з цієї тематики були захищені дисертації З.І. Мазуркевичем, В.М. Жидовцевим, Н.І. Алексеевою, а також вивчалися питання епідеміології туляремії і заходи щодо ліквідації її осередків (М.Ф. Шмутер), епідеміології харчових токсикоінфекцій (І.І. Чернов), епідеміології і профілактики інфекційного гепатиту (В.М. Жданов, Г.М. Старобинець), вірусних захворювань на енцефаліт у зимовий період (І.І. Савойський) та ін. Паралельно з вищезгаданими темами розроблялися питання теорії епідеміології (М.М. Соловйов). М.М. Соловйов одним з перших в країні застосував історичний метод в епідеміології як методологію пізнання сутності епідемій з точки зору їх виникнення, розвитку і зв'язку з конкретними умовами, що їх породили.

На початку 1960-х років кафедра вперше в Україні почала працювати над вирішенням важливої науково-практичної проблеми впливу окремих факторів зовнішнього середовища на формування і збереження

активного штучного імунітету проти дифтерії. У виконанні цієї тематики взяли участь і досягли певних успіхів В.Д. Черненко (кандидатська і докторська дисертації), А.А. Загнойко, О.Ф. Лисенко, М.Н. Лисих, Л.В. Баданіна, В.В. Медведєва, І.Я. Єгоров, С.І. Ломоть, В.М. Коломієць, Б.М. Овчаренко (кандидатські дисертації). Разом із цим вивчалися питання епідеміології і профілактики інших інфекцій. Так, І.І. Ключев вивчав епідеміологічні особливості туляремії, Л.Д. Романова – гельмінтозів і лямбліозів, Л.О. Кляч – гельмінтозів, І.Д. Ладний, Г.І. Падалка – правця, С.М. Рундіна – черевного тифу, О.М. Карабан – туляремії, Ю.О. Желудков – холери, М.М. Гордий – гострих кишкових захворювань.

З 1969 р. по 1991 р. кафедру епідеміології очолював учень М.М. Соловійова – доктор медичних наук, професор Володимир Дмитрович Черненко, який з 1965 р. по 1975 р. був деканом санітарно-гігієнічного факультету, а з 1975 р. по 1985 р. обіймав також посаду ректора Харківського медичного інституту. Викладачами кафедри в цей період були доценти В.М. Жидовцев, О.І. Ломоть О.І. Гончаров і асистенти Н.І. Алексеєва, С.М. Рундіна, О.М. Карабан, Г.І. Падалка. За сумісництвом викладачами працювали головний державний санітарний лікар Харківської області Б.М. Овчаренко, завідувачка відділом особливо небезпечних інфекцій Харківської обласної санітарно-епідеміологічної станції Т.С. Панкова і лікар-епідеміолог цього відділу Ю.С. Федоров.

Професор В.Д. Черненко продовжував розробку наукового напрямку по вивченню впливу різноманітних факторів зовнішнього середовища на штучний імунітет, з цієї тематики їм надруковано більше 100 наукових робіт. Під час завідування кафедрою проф. В.Д. Черненко підготував 10 кандидатів медичних наук, один з яких Коломієць В.М. став доктором медичних наук,

професором і зараз завідує кафедрою фтизіопульмонології Курського державного медичного університету. Пізніше захистив докторську дисертацію ще один учень В.Д. Черненко – О.М. Карабан, який прийняв естафету керування кафедрою від свого вчителя.

Окрім наукової та педагогічної діяльності професор В.Д. Черненко також проводив велику організаційну роботу. Він створив на кафедрі імунологічну лабораторію, в якій виконувались усі лабораторні дослідження для дисертаційних робіт. Для навчального процесу були створені тематичні навчальні кімнати: імунопрофілактики, дезінфекції та стерилізації, природних осередків, паразитології, військової епідеміології та епідеміології надзвичайних ситуацій та інші, які існують і в теперішній час, оновлюються викладачами у відповідності до вимог часу. Також на кафедрі була створена наукова бібліотека і музей історії кафедри, що сприяло підвищенню якості як наукової, так і виховної роботи на кафедрі.

Професор О.М. Карабан завідував кафедрою епідеміології з 1991 р. по 2010 р. Під час його керування кафедрою були захищені шість кандидатських дисертацій, присвячених вивченню впливу окремих захворювань на активний штучний імунітет проти кору та дифтерії (І.П. Колесникова, І.Ю. Багмут, С.Г. Усенко, Г.В. Сіріца, А.С. Подорожна, А.В. Аполоніна), та дві докторських дисертації (І.П. Колесникова, Т.О. Чумаченко).

В 2010 – 2011 навчальному році кафедра епідеміології втратила свою самостійність, її приєднали до кафедри інфекційних хвороб (завідувач – професор В.М. Козько), в складі якої співробітники продовжували викладати епідеміологію.

В вересні 2011 р. кафедра епідеміології продовжила самостійне існування. Завідувачем кафедри була обрана доктор медичних наук Т.О. Чумаченко. За цей період

на кафедрі була захищена одна кандидатська дисертація (О.С. Коваленко), та виконуються три кандидатські роботи (пошукувач Д.О. Корженко, асистенти В.І. Макарова, І.І. Несвижська). На кафедрі продовжується виконання досліджень по вивченню різноманітних факторів на штучний імунітет, але наукова проблематика значно поширилась. Зараз на кафедрі вивчаються питання впливу соціальних і природних факторів на захворюваність населення, удосконалення епідеміологічної діагностики з використанням інформаційних технологій, удосконалення епідеміологічного нагляду за соціально небезпечними та іншими актуальними хворобами, приділяється увага розробці математичних моделей епідемічного процесу інфекцій, розроблені імітаційні моделі дифтерії, кору, вірусного гепатиту В.

В теперішній час на кафедрі епідеміології працюють: на посаді професора доктор медичних наук Т.А. Романенко, кандидат медичних наук доцент В.І. Семішев, асистенти В.І. Макарова, І.І. Несвижська, І.О. Ключник, за сумісництвом кандидати медичних наук асистенти Т.А. Рижкова, Л.А. Ждамарова, С.А. Пашкевич, старший лаборант Я.В. Акопян, лаборант П.С. Холоша.

На кафедрі епідеміології викладається дисципліна «Епідеміологія» для студентів 4-го курсу стоматологічного факультету, іноземних студентів 4-го курсу стоматологічного факультету (російськомовних та англомовних), 5-го курсу медичних факультетів (спеціальність «Лікувальна справа» – 7.110101, «Педіатрія» – 7.110104, «Медико-профілактична справа» – 7.110105), іноземних студентів 5-го курсу 5-го (російськомовних) та 6-го (англомовних) медичних факультетів (спеціальність «Лікувальна справа» – 7.110101), 6-го курсу медичного факультету (спеціальність «Медико-профілактична справа» – 7.110105), студентів

бакалавріату (спеціальність «сестринська справа» – 6.120101. Проводиться навчання студентів 4-го курсу стоматологічного та 5-го курсу медичних факультетів за програмою підготовки лікарів – офіцерів запасу, викладається дисципліна «Військова епідеміологія з епідеміологією надзвичайних станів». Певна увага приділяється післядипломній освіті. Проводиться навчання в інтернатурі за спеціальністю «Епідеміологія», та викладання суміжної дисципліни «Епідеміологія» в інтернатурі за спеціальностями «Сімейна медицина», «Лабораторна діагностика», «Інфекційні хвороби», організовані цикли спеціалізації та передатестаційні зі спеціальності «Епідеміологія» та цикли тематичного удосконалення лікарів. Розроблена програма «Методи епідеміології в клінічній медицині. Основи доказової медицини», у відповідності до якої проводяться заняття на 6 курсі медичного факультету. Навчальний процес проводиться у відповідності до сучасних вимог вищої медичної школи з використанням новітніх педагогічних технологій (case-study, ділові ігри тощо). Як студенти, так і лікарі-інтерни та слухачі курсів підвищення кваліфікації залучаються до виконання науково-практичних робіт та беруть участь у наукових конференціях.

Кафедра тісно співпрацює з лікарями закладів практичної охорони здоров'я, надає консультативну допомогу, вирішує нагальні епідеміологічні проблеми. Завдяки такої співдружності науковці кафедри відчують актуальність тих чи інших проблем практичної охорони здоров'я, допомагають розв'язувати першочергові завдання, науково обґрунтовувати проведення раціональних та ефективних профілактичних та протиепідемічних заходів, шляхи удосконалення системи епідеміологічного нагляду з урахуванням регіональних особливостей епідемічного процесу,

тим самим продовжуючи традиції кафедри з вивчення крайової епідеміології.

Кафедра відома далеко за межами України, має тісні наукові зв'язки з науковцями з США, Вірменії, Молдови, Швеції, Грузії, Білорусі, Естонії, Латвії та інших країн. Викладачі кафедри представляють свої наукові розробки на міжнародних Конгресах, з'їздах, конференціях.

В усі роки існування на кафедрі активно працював студентський науковий гурток, студенти представляли свої роботи на наукових форумах різного рівня, включаючи закордонні.

Не залишалась без уваги виховна робота кафедри. Протягом всієї історії кафедри співробітники старалися виховати гідного громадянина країни, лікаря, який готовий зберігати здоров'я населення навіть на шкоду особистому благополуччю. Викладачі допомагали студентам улаштувати побут у гуртожитку, проводили зустрічі з ветеранами та видатними громадянами, організовували відвідування музеїв та театрів. Все це сприяло формуванню різнобічної, інтелігентної, професійної, досвідченої особистості майбутнього лікаря.

Слід підкреслити, що наукову діяльність на кафедрі починали визнані у світі вчені, зокрема академік АМН СРСР В.М. Жданов, що запропонував програму Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) по глобальній ліквідації захворюваності на натуральну віспу і яка була вдало реалізована на практиці. Втілення програми ліквідації натуральної віспи на практиці здійснював вихованець кафедри професор І.Д. Ладний, що пізніше був обраний заступником Генерального директора ВООЗ; професор О.М. Карабан був консультантом ВООЗ з питань боротьби з віспою; професор В.Д. Черненко був експертом ВООЗ з питань боротьби з інфекційними хворобами.

В теперішній час вихованка кафедри епідеміології ХМІ професор І.П. Колесникова завідує кафедрою епідеміології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця та працює позаштатним головним епідеміологом МОЗ України, розробляє та організує заходи, спрямовані на збереження здоров'я населення, а колишній лаборант кафедри Т.Є. Макскуль зараз працює начальником відділу епідеміологічного нагляду Управління організації державного санітарно-епідеміологічного нагляду Головного управління Держсанепідслужби у Харківській області.

На сьогодні кафедра, пройшовши великий шлях розвитку, є однією з провідних наукових установ з питань епідеміологічного нагляду, центром підготовки кадрів для санітарно-епідеміологічної служби країни. За період існування на кафедрі підготовлено більше 15 докторів і 67 кандидатів медичних наук.

Сьогодні колектив кафедри епідеміології відзначає 210-ту річницю Харківського національного медичного університету та 85-ту річницю заснування кафедри епідеміології з почуттям великої гордості за свій університет, свою кафедру, своїх вчителів. Ми і в подальшому будемо дбайливо зберігати кафедральні традиції, розвивати теорію і практику епідеміологічної науки, стояти на варті здоров'я населення, беручи приклад з талановитих вихованців Харківської наукової школи епідеміологів, які внесли значний вклад в світову боротьбу з інфекційними хворобами.

**ПРОФЕСОР ЧЕРНЕНКО
ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ – ГРОМАДЯНИН,
ОРГАНІЗАТОР, ВЧЕНИЙ
(ДО 90-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**

Лісовий В.М.

Харківський національний медичний університет
+38(057)705-07-11, e-mail rektor@knmu.kharkov.ua

Під час святкування 210-річниці заснування Харківського національного медичного університету ми повинні згадати та ще раз вшанувати видатних представників Харківської вищої медичної школи. Важливі сторінки історії університету тісно пов'язані з ім'ям яскравої особистості, відомого вченого, щирої людини, колишнього ректора Харківського медичного інституту (1975 – 1985 рр.), лікаря-епідеміолога професора Володимира Дмитровича Черненко.

В.Д. Черненко народився 3 жовтня 1925 р. в с. Яблунівка Прилуцького району Чернігівської області. Напередодні війни він закінчив 8 класів середньої школи і в 1943 р. в неповні 18 років був призваний у діючу армію, де до поранення служив автоматником танкового десанту. Перебуваючи в госпіталі для легко поранених, закінчив курси санінструкторів, отримав звання старшого сержанта і був направлений на фронт санінструктором в стрілецьку роту. Так відбулось знайомство молодого хлопця з медициною, так виникла потреба слугувати людям, допомагаючи їм в тяжку мінуту життя. В січні 1944 р. В.Д. Черненко отримав тяжке поранення правої руки, після лікування в госпіталях в червні 1944 р. був демобілізований, став інвалідом в неповні 19 років. Почалось нове життя. В.Д. Черненко навчався у вечірній школі, та в 1946 р. закінчив 10 класів середньої школи. Він прагнув до подальшого навчання. Ще з дитинства у маленького Володимира проявилися артистичні таланти:

він добре співав, читав вірші та, навіть, приймав участь у постановці шкільних вистав. Тому, не замислюючись, він поїхав до Києва поступати до театрального інституту ім. Карпенко-Карого, успішно здав екзамени, пройшов два тури творчих іспитів, але медична комісія не дозволила навчатись в театральному інституті. Тяжке поранення в роки війни не дало здійснитися мрії. Але з другого боку, саме на війні В.Д. Черненко доторкнувся до нової професії – слугувати людям, і це стало новою мрією молодого хлопця. А пісні, вірши назавжди залишилися з ним, він дуже любив співати та декламувати вірші Асадова, Твардовського та інших поетів.

В 1947 р. В.Д. Черненко вступив до Харківського медичного інституту, і з тих пір його життя тісно злилося з інститутом та медициною. Студент В.Д. Черненко був активістом громадського життя, солістом студентського хору, душею колективу. Друзі його дуже поважали за прямоту та чесність в стосунках, оптимістичний веселий характер, готовність прийти на допомогу товаришеві. Після закінчення в 1953 р. медичного інституту В.Д. Черненко обрав професію епідеміолога, одну з найважливіших спеціальностей в медицині. Він розумів, що дбати про здоров'я всього населення, а не окремої людини – найважчий труд, але це не зупинило талановитого хлопця. Після зустрічі з відомим вченим – епідеміологом академіком М.Н. Соловйовим, бесід з ним В.Д. Черненко назавжди пов'язав своє життя з епідеміологічною наукою, вступив до аспірантури, захистив кандидатську (1958 р.), а потім і докторську (1965 р.) дисертації. Жадоба до знань, цілеспрямованість, працьовитість, вимогливість до себе, надійність – ці риси характеру допомогли В.Д. Черненко добитися завітної мрії, стати відомим вченим, професором, завідувачем кафедри епідеміології, яку він очолював

з 1969 р. по 1991 р., створити свою наукову школу епідеміологів. Під його керівництвом були захищені 10 кандидатських, одна докторська дисертацій.

В.Д. Черненко мав дуже добрі організаторські здібності, які він реалізував на посадах декана санітарно-гігієнічного факультету (1965 – 1975 рр.) та ректора ХМП (1975 – 1985 рр.). Працюючи деканом факультету В.Д. Черненко приділяв велику увагу встановленню робочої доброзичливої атмосфери на кафедрах факультету, він намагався вдосконалювати навчальний процес, поліпшити успішність та дисципліну студентів. Були введені та стали традиційними зустрічі першокурсників з шестикурсниками, на яких В.Д. Черненко читав улюблені верші, співав сердечні пісні, ділячись своєю широкою душею зі студентами.

В.Д. Черненко не залишав без уваги і випускників факультету, кожного випускника пам'ятав, підтримував з ними постійний зв'язок, цікавився успіхами, допомагав в подоланні труднощів.

Організаторські якості, особистість В.Д. Черненко не залишилися без уваги, і у 1975 р. його було призначено ректором Харківського медичного інституту, на цій посаді він працював до 1986 р. За цей період В.Д. Черненко значно зміцнив матеріальну базу інституту. Було побудовано корпус з бібліотекою, актовим та спортивним залами, добудовано корпус на вул. Трінклера, 12, де розмістилася військова кафедра, зведено студентський гуртожиток. У 1982 р. в інституті було відкрито стоматологічний факультет, а в 1982 р. – підготовче відділення.

Будучи небайдужою людиною, що переживає за доручену справу, В.Д. Черненко займався громадською та організаторською роботою не тільки в своїй Alma mater, а також за межами інституту – був експертом Всесвітньої

організації охорони здоров'я з проблем боротьби з інфекційними хворобами, неодноразово обирався депутатом районної та міської Рад народних депутатів. З 1982 р. був виконавчим редактором наукового збірника «Мікробіологія, епідеміологія та клініка інфекційних хвороб». Усі роки життя Володимир Дмитрович відрізнявся оптимізмом, любов'ю до життя та людей, ставився до своєї праці з великою відповідальністю. Через усе його життя червоною ниткою проходила любов до рідної землі, до України.

В.Д. Черненко як ректор, як вчений епідеміолог, як людина вніс значний вклад в розвиток Харківського національного медичного університету, в виховання декількох поколінь лікарів різних спеціальностей. Його життя може бути зразком для молодих людей, студентів, викладачів, науковців, усіх тих, хто пов'язав своє життя зі складною професією лікаря.

РОЛЬ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЛИХОРАДОК НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Акинина М.Н., Елоева З.В., Кузнецова В.М.,

Шевченко Я.А., Коржова А.В.

Харьковский национальный медицинский университет,

г. Харьков, пр. Ленина, 4

тел. (0572) 97-21-32, e-mail: di-knmu@mail.ru

Инфекционные заболевания, в своем большинстве, протекают с лихорадкой. Она может быть единственным манифестным проявлением патологического процесса инфекционной природы либо быть в структуре его симптомокомплекса. Наибольшие трудности в диагностическом и лечебном планах создает лихорадка, протекающая без явно выраженных «местных» симптомов

инфекционной болезни. А между тем подобные состояния у детей являются широко распространенными.

Цель исследования. Установить частоту встречаемости лихорадок стрептококковой этиологии в структуре подобных состояний и выяснить цитокиновый статус больных в динамике их наблюдения.

Материалы и методы. Под клинико-лабораторным контролем находились 101 ребенок в возрасте шести-девяти лет, у которых в течение двух и более недель отмечалась гипертермия (в среднем $38,4 \pm 0,7^\circ\text{C}$). У 82 детей с помощью бактериологических, серологических методов исследования, ИФА и ПЦР доказана её стрептококковая этиология. Наряду с общепринятыми методами обследования детей с лихорадкой стрептококковой природы в крови определены уровни интерлейкинов (IL 1 β , 4, 6, фактора некроза опухоли) и γ -интерферона при поступлении их в стационар (7,8 \pm 0,9 день болезни), через 7 дней терапии и на 2-3 день нормализации температуры тела. В качестве контроля взяты соответствующие показатели, приводимые в открытой печати.

Результаты. Установлено, что при первичном обследовании детей в их крови определяется высокое количественное содержание всех интерлейкинов и низкое γ -интерферона. По окончании лечения у 2/3 больных – тенденция к нормализации уровней цитокинов. У этих же пациентов выявлена динамика температуры тела в направлении снижения и вскоре (4,8 \pm 0,9 день) – её нормализация. У 1/3 детей по окончании терапии количественное содержание интерлейкинов и γ -интерферона сохранялось прежним, продолжала отмечаться гипертермия, что требовало продолжения лечения.

Выводы. Таким образом, лихорадки стрептококковой этиологии, согласно полученным нами данным, в структуре длительных гипертермических состояний у детей занимают ведущее место, составляя до 80 % случаев. Цитокиновый статус у этих детей может быть индикатором успешности терапии больных и прогностическим критерием дальнейшей температурной реакции, что, на наш взгляд, необходимо использовать в практическом здравоохранении.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Амбарцумян А.Д., Оганесян А.С., Арутюнова К.Э.,
Меймарян М.А.,

Тер-Степанян М.М., Сукиасян С.М., Бадалян А.Р.
Ереванский Государственный Медицинский Университет
им. М. Гераци, кафедра эпидемиологии, Республика Армения,
г. Ереван, ул. Корюна 2, +37491375208, hovhas@mail.ru

Эпидемиология в настоящее время расширила границы своих исследований. Эпидемиологический метод, сформировавшийся в недрах классической эпидемиологии, оказался приемлем при изучении закономерностей распространения среди населения болезней неинфекционной этиологии. Выяснение причинно-следственных связей составляет основу диагностической, лечебной и профилактической деятельности.

Применение принципиальных положений доказательной медицины в клинической практике способствует как дальнейшему развитию этой методологии, так и повышению качества медицинской помощи.

Целью клинической эпидемиологии является ограничение и предупреждение нежелательных реакций, связанных с любым медицинским вмешательством, снижением масштабов риска как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях. Она направлена на оптимизацию качества медицинской помощи, ее эффективности, стоимости и других значимых факторов. Практика доказательной медицины подразумевает соединение индивидуального профессионализма с внешним обоснованным доказательством, полученным из систематических эпидемиологических исследований и разработок.

Знание вопросов проведения клинических исследований и основ доказательной медицины на сегодняшний день необходимо для выпускников медицинских университетов. В связи с этим, мы сочли необходимым разработать и внедрить программу обучения клинической эпидемиологии на кафедре эпидемиологии ЕГМУ им. М. Гераци.

Основными формами обучения магистров являются лекции и практические занятия. Курс завершается сдачей тестового зачета. Процесс обучения проводится также среди клинических ординаторов-эпидемиологов и ординаторов смежных специальностей.

Целью обучения является подготовка выпускников по вопросам организации и проведения эпидемиологических исследований и использование принципов доказательности в принятии обоснованных решений по проведению лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Задачами обучения являются изучение:

- видов эпидемиологических исследований и их предназначение;

- основ организации эпидемиологических исследований и современных баз данных;
- описательных и аналитических эпидемиологических исследований, их предназначения и особенности организации;
- экспериментальных аналитических эпидемиологических исследований;
- системы доказательств и принципов доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических лечебных мероприятий;
- методов оценки эффективности и безопасности диагностических и скрининговых тестов.

Таким образом, обучающиеся осваивают алгоритм разработки эпидемиологически обоснованных клинических рекомендаций и стандартов диагностики, прогноза болезни, методов лечения и профилактики в отношении инфекционных и неинфекционных болезней.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ НАЛЕЖНИХ ПРАКТИК В КОНЦЕПЦІЇ ЯКІСТЬ-ЕФЕКТИВНІСТЬ-БЕЗПЕКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Амбросова Т.М., Ащеулова Т.В., Смирнова В.І.

Харківський національний медичний університет
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1,

основ біоетики та біобезпеки

тел.067-250-29-61,

ambrosovatm@gmail.com

Успішна реалізація концепції якість-ефективність-безпека лікарських засобів базується на дотриманні та впровадженні основних принципів і правил належних практик. Впровадження належних практик стосуються всіх етапів розробки та виробництва лікарських засобів та ретельного контролю всіх етапів проведення клінічних

досліджень за участю людини, які проводять поетапний та кінцевий моніторинг реалізації нових хімічних сполук. В Україні належні практики впроваджуються на рівні стандартів Міністерства охорони здоров'я України. Для їх розробки як основа використовуються міжнародні директиви.

Належна виробнича практика (GMP) – система норм, правил і вказівок щодо виробництва лікарських засобів, медичних пристроїв, виробів діагностичного призначення, продуктів харчування тощо. Належна клінічна практика (GCP) – міжнародний стандарт етичних норм та якості наукових досліджень, що описує правила розробки, проведення, ведення документації та звітності про дослідження, які проводяться за участі людини в якості випробуваного. Належна лабораторна практика (GLP) – система якості, яка стосується організаційного процесу лабораторного моніторингу. Належна дистриб'юторська практика (GDP) – це система забезпечення якості для складських підприємств і оптових баз у сфері обігу лікарських засобів. Належна регуляторна практика (GRP) – принципи і правила регуляторної діяльності, застосовувані Міністерством, уповноваженими органами та експертними установами з метою забезпечення ефективності, безпеки, якості та доступності лікарських засобів. Належна практика промоції (GPP) пропонує нову систему ієрархії понять у сфері просування лікарських засобів, які узгоджуються з чинним законодавством країни.

На сучасному етапі в Україні спостерігається посилення регулювання ринку обігу лікарських засобів саме за рахунок впровадження практики контролю та регуляції на всіх етапах життєвого циклу препаратів, що пов'язано зі створенням та впровадження національних регламентуючих настанов належних практик.

АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ДЛЯ РОБОТИ В СИСТЕМІ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ

Андрєєва І.А.

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України",
вул. Дзержинського 9, м. Дніпропетровськ,
Україна, 49101, 0504532051, i.a.andreeva@mail.ru

В останні роки набуває розвитку клінічна епідеміологія як нова фундаментальна клінічна наука, яка є методологічною основою сучасної науково обґрунтованої доказової медицини.

Клінічна епідеміологія відрізняється тим, що її головним об'єктом є методологія клінічного дослідження і тому ця наука необхідна для якісного планування клінічних та популяційних досліджень. Одним із аспектів використання в практиці охорони здоров'я засад клінічної епідеміології стало впровадження в роботу лікувально-профілактичних закладів системи інфекційного контролю.

Інфекційний контроль визначається як система постійного епідеміологічного спостереження в лікувально-профілактичній установі з епідеміологічним аналізом результатів цього спостереження й проведення на основі епідеміологічної діагностики цілеспрямованих заходів для підвищення якості медичної допомоги. Невід'ємною частиною інфекційного контролю є мікробіологічний моніторинг, який дозволяє контролювати циркуляцію мікроорганізмів та їх антибіотикорезистентність шляхом динамічного спостереження за структурою та рівнем стійкості до антибіотиків.

Мікробіологічний моніторинг є підставою для контрольованого призначення антибактеріальних препаратів для емпіричної антибіотикотерапії й періопераційної антибіотикопрофілактики та проводиться з використанням комп'ютерної програми WHONET, яка отримала схвальну оцінку ВООЗ

та рекомендована в усіх країнах. Перевагою комп'ютерної програми WHONET є те, що її впровадження не потребує значних фінансових витрат; необхідно лише обладнати робоче місце госпітального епідеміолога персональним комп'ютером та встановити програмний продукт, розміщений в мережі Інтернет (<http://www.who.int/emc/WHONET/WHONET.html>). Однак, досьгодні впровадження в роботу багатьох лікарень комп'ютерної програми WHONET ґрунтується на ентузіазмі окремих лікарів, в той час як усі спеціалісти, зайняті в системі інфекційного контролю, повинні мати спеціальну підготовку.

Негайною потребою сьогодення є використання навчально-методичних закладів, в яких проводиться підготовка та перепідготовка спеціалістів, для вирішення питання підготовки лікарів у частині виконання основних прийомів інфекційного контролю, зокрема, навчання спеціалістів роботі з комп'ютерною програмою WHONET. Тільки навчені спеціалісти можуть кваліфіковано організувати нагляд за розповсюдженням стійкості збудників інфекційних хвороб до антимікробних препаратів та дезінфектантів, розробити заходи щодо попередження зростання та розповсюдження стійкості мікроорганізмів до протимікробних препаратів. Тому, для вирішення питання підготовки спеціалістів у частині здійснення основних прийомів інфекційного контролю вважаю за необхідне вдосконалення принципів положень, за якими будуються диференційовані навчальні програми підготовки й підвищення кваліфікації лікарів, для забезпечення високої якості освіти й відповідності навчальних програм підготовки й підвищення кваліфікації фахівців міжнародним нормам і рівням знань.

В освітні програми повинне вводитися все найсучасніше й передове зі світової практики

та впроваджуватися шляхом використання нових методів і технологій освітнього процесу, проведення навчальних семінарів, розробки методик дистанційних форм навчання, що включають в себе, у тому числі, заочне навчання за допомогою технологій Інтернету. Створення гідних умов навчання та діяльності лікарів в системі інфекційного контролю повинно підняти рівень компетентності лікаря у відповідності з сучасними вимогами науково обґрунтованої доказової медицини.

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЯХ

Ануар аль Хатиб

Харьковская медицинская академия последипломного образования
г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58;
тел. 057-711-35-56; e-mail: parasitology@med.edu.ua

Современные офтальмологи все чаще сталкиваются с проявлениями дефицита слезы. Быстрый рост числа пациентов с данной патологией ставит проблему лечения синдрома «сухого глаза» в настоящее время в ряд самых актуальных проблем в офтальмологии. Отмечена связь синдрома «сухого глаза» с аллергическими заболеваниями. В то же время в Украине зарегистрировано 30 видов и 12 нозологических форм паразитозов с неуклонной тенденцией к росту их количества и негативным воздействием на организм человека. По данным ВОЗ около 36 % населения земного шара страдает от аллергических проявлений при паразитарных инвазиях.

Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о глобальном увеличении числа случаев аллергических проявлений при паразитарных заболеваниях человека в наиболее индустриально развитых странах.

Таким образом, актуальность диагностики синдрома «сухого глаза» на фоне паразитозов обусловлена похожими патогенетическими механизмами (аллергизация и иммуносупрессия) при разнонаправленном первичном негативном воздействии на системно-органный уровень и отсутствием рекомендаций по первоочередной и дальнейшей тактике обследования и лечения таких пациентов.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики поражений органа зрения у пациентов с паразитарными инвазиями на основе внедрения дифференцированного применения современных методов обследования.

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач обследовано 99 человек (53 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет и 20 практически здоровых лиц соответствующего возраста и пола, которые находились на лечении на кафедре медицинской паразитологии и тропических болезней в 2011-2014 гг., а также прошли комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Паразитологический диагноз у всех больных и его отсутствие в контрольной группе подтверждены в соответствии с критериями диагностики на основании совокупности эпидемиологического и клинического анамнеза, клиничко-лабораторных показателей и результатов иммуноферментного анализа. Обследование больных с синдромом «сухого глаза» проводилось путем подробного опроса и тщательного осмотра. Кроме общепринятого клиничко-лабораторного обследования всем больным проведены: автокерато-рефрактометрия – исследования на автокерато-рефрактометре ARK-8800, Торсон (Япония); бесконтактная компьютерная тонометрия; визометрия; компьютерный анализ поля зрения – компьютерная

периметрия с помощью анализатора поля зрения HFA – П 750, Humphrey – Zeiss (США); ультразвуковая биометрия и ультразвуковое сканирование на аппарате Ultrascan, Alcon; бесконтактное измерение переднезадней оси глаза на устройстве IOL Master, Zeiss; обзор переднего отрезка глаза и глазного дна. Результаты исследования обработаны с применением программ для соответствующей статистической обработки полученных данных и корреляционного анализа.

Результаты. На основании клинико-лабораторных и инструментальных исследований у пациентов с паразитозами было установлено нарушение секреции слезы разной степени выраженности. Впервые была определена этиологическая значимость токсоплазмоза (38,9 %), токсокароза (27,6 %), лямблиоза (20,5 %) и энтеробиоза (13 %) при синдроме «сухого глаза».

Выводы. Таким образом, клинико-морфологическими исследованиями доказано влияние индивидуальных особенностей паразитарной инвазии на момент обращения на формирование синдрома «сухого глаза». Для ранней диагностики синдрома сухого глаза целесообразным является проведение обследования больных с паразитозами.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЕЙ

Арутюнян Н.М., Лалаян А.А.

НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской
паразитологии

им. А.Б. Алексаняна МЗ РА,

0060, Ереван, ул. Худякова 1, +374 10 62-99-24,

melikandreasvan@mail.ru

В физиологических и биохимических процессах организма важную роль играет нормальная микрофлора

человека. Однако нормальная микрофлора человека бывает только при нормальном физиологическом состоянии организма. Когда в организме человека происходит патогенное изменение, то одновременно изменяется как количественный, так и качественный состав нормальной микрофлоры кишечника, что приводит к нарушению различных функций организма. К этому приводят такие заболевания, как соматические и инфекции желудочно-кишечного тракта, заболевания печени, аллергические состояния и др.

Определенную роль в клиническом проявлении дисбактериоза кишечника играет сенсibilизация организма. У больных с хроническими колитами кишечника проявление аллергии связано с приобретенной сенсibilизацией к условно-патогенным микробам. В развитии кандидозного дисбактериоза придается большое значение аллергической перестройке организма, которая может быть обусловлена специфической сенсibilизацией к грибковой инфекции. При аллергических состояниях в организме происходят глубокие нарушения иммунологических процессов и обмена, что ведет к угнетению защитных механизмов организма. Все эти нарушения создают условия для развития дисбактериоза.

Цель работы – характеристика количественного и качественного состава микрофлоры кишечника у больных с аллергией. Задачи исследования: выделение анаэробных и факультативно-анаэробных бактерий у больных с аллергией; идентификация выделенных микроорганизмов.

Материалы и методы. Обследованию подвергнуты образцы фекалий 107 больных, у которых в анамнезе отмечены аллергические состояния. Используются микробиологические, биохимические и серологические методы исследования.

Результаты. Из 107 обследованных лиц у 34.6 ± 3.3 % наблюдается количественное снижение Bifidum бактерий, а у 59.8 ± 4.7 % – количественное повышение факультативно-анаэробной микрофлоры. При рассмотрении видового состава факультативно-анаэробных бактерий установлено, что бактерии рода Candida выделяются в 29.7 ± 5.7 % случаев, Staphilococcus spp. – в $17,2 \pm 4,7$ %, бактерии группы Proteus spp. – в $23,7 \pm 5,7$ % случаев. Условно-патогенные бактерии (Klebsiella spp, Enterobacter spp. и Hafnia spp.) выявлены в $17,2 \pm 4,7$ %, неполноценные формы кишечной палочки – в $12,5 \pm 4,7$ % случаев. Результаты исследований показали, что у больных с аллергией весьма часто обнаруживается дисбактериоз кишечника, который обусловлен снижением уровня Bifidum бактерий и повышением уровня факультативно-анаэробных бактерий. Из факультативно-анаэробных бактерий чаще выделялись грибы рода Candida, Staphilococcus spp, из условно-патогенных бактерий – Proteus spp, Klebsiella spp, Enterobacter spp, Hafnia spp и неполноценные формы кишечной палочки. **Выводы.** Количественная и качественная оценка состава микрофлоры кишечника должна учитываться при разработке терапии больных с аллергией.

БАКТЕРИЦИДНЫЕ КОМПОЗИЦИИ НА ОСНОВЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗАМЕЩЕННЫХ ЧЕТВЕРТИЧНЫХ АММОНИЕВЫХ СОЛЕЙ

Бабаян Ж.Р., Алексанян Ю.Т., Бабаханян А.В.,
Казарян А.Э., Маргарян А.В., Мелик-Андреасян Г.Г.

НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии
им. А.Б. Алексаняна МЗ РА,

0060 Ереван, ул. Худякова 1, +374 10 62-99-24,

melikandreasvan@mail.ru

Решение проблем борьбы с инфекционными заболеваниями зависит от рациональной организации

и проведения эффективных мероприятий неспецифической профилактики, среди которых основное место занимают дезинфектологические методы.

Совершенствование профилактических и противозидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, является одной из актуальных задач дезинфектологии. За последние годы наблюдается тенденция к разработке новых дезинфектантов, представляющих собой композиции, одним из компонентов которых являются четвертичные аммониевые соединения (ЧАС). Эти средства, наряду с высокой антимикробной активностью, обладают хорошей растворимостью, мощными и антикоррозийными свойствами, стабильностью при хранении, что позволяет проводить направленный синтез новых производных ЧАС.

Поверхностно-активные ЧАС обладавая комплексом ценных антибактериальных, коллоидно-химических, антикоррозийных, эмульгирующих свойств, которые в ряде случаев, по-необходимости, возможно целенаправленно изменять, могут широко использоваться для получения эффективных бактерицидных и дезинфицирующих средств.

Материалы и методы. Принимая за основу антимикробную активность поверхностно-активных хлористых солей алкилоксикарбонил-метилдиметил (бутин-2-ил) аммония в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов были синтезированы новые производные, содержащие в положении 4 бутильного радикала различные заместители (алкильные, алкенильные).

Изучение антимикробной активности указанных ЧАС проводили с использованием метода обеззараживания батистовых тест-объектов, обсемененных взвесью

микробных культур золотистого стафилококка (шт. 906) и кишечной палочки (шт. 1257). Полученные данные позволили выявить закономерную зависимость между антимикробным действием и структурой ЧАС, в частности, от длины гидрофобного радикала, обеспечивающего поверхностную активность.

Экспериментально полученные результаты использованы при разработке новых бактерицидных композиций на основе наиболее активных полученных соединений с катамином АБ.

Результаты. Исследование коллоидно-химических характеристик ЧАС показало, что они являются поверхностно-активными веществами.

Установлена антимикробная активность 0,05 – 0,5 % водных растворов ЧАС в отношении эталонных штаммов золотистого стафилококка (шт. 906) и кишечной палочки (шт. 1257). Бактерицидное действие проявляется в течение 10 – 20 минут, в зависимости от концентрации соответствующей аммониевой соли.

Учитывая возможность достижения синергидного эффекта, получены композиции на основе наиболее активных ЧАС и катамина АБ.

В результате изучения антимикробной активности полученных средств в отношении указанных микроорганизмов установлено усиление бактерицидного действия композиций в виде 0,01 – 0,025 % водных растворов, при одновременном сокращении времени гибели микроорганизмов в 2 – 4 раза.

Выводы. Результаты изучения антимикробной активности полученных композиций свидетельствуют, что при комбинировании различных ЧАС усиливается бактерицидное действие при одновременном снижении концентраций компонентов и сокращении времени гибели микроорганизмов.

**ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ВАКЦИНО-АССОЦИИРОВАННОГО
ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ПОЛИОМИЕЛИТА
В АРМЕНИИ ЗА 2003-2013 гг.**

Бадалян А.Р.

Ереванский Государственный Медицинский Университет
им. М.Гераци, кафедра эпидемиологии
г. Ереван, ул. Корюна 2, Республика Армения,
+37491352772, armanfci@yahoo.com

Одним из ключевых критериев перехода на использование инактивированной вакцины вместо живой оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), является снижение риска возникновения вакцино-ассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП). За 2003-2013 гг. в Армении не было зарегистрировано ни одного случая ВАПП. Согласно стандартам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), частота возникновения вакцино-ассоциированного паралитического полиомиелита при вакцинации ОПВ составляет 2-4 случая на 1 млн. когорту новорожденных.

Цель. Изучить вероятность регистрации возникновения ВАПП в Армении за 2003-2013 гг.

Задачи. Провести эпидемиологический анализ ретроспективной и проспективной вероятности возникновения ВАПП на территории Армении.

Материал и методы. Материалом исследований являлись отчетные формы охвата детей, получивших прививки против полиомиелита за 2003-2013 гг., и официальные данные Национальной статистической службы о численности населения Армении. По данным ВОЗ частота ВАПП после первой прививки (ОПВ1) составляет 1 случай на 750000 привитых, а на привитых, получивших последующие прививки (ОПВ2, ОПВ3) – 1 случай на 2.4 млн. Ежегодно в Армении в среднем

осуществляется около 200 000 вакцинаций против полиомиелита.

Результаты. При частоте ВАПП 2 случая на 1 млн. когорту новорожденных, вероятность ВАПП за 11 лет составляет 59 %, при частоте 1 случай ВАПП на 750000 прививок и 1 случай ВАПП на 2.4 млн. прививок – 44 и 60 процентов соответственно.

Выводы. Таким образом, статистическая обработка материала показала, что, несмотря на официальные данные об отсутствии ВАПП за исследуемый период, вероятность возникновения последних при всех трех подходах статистически достоверна.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ОСТРЫМИ ВЯЛЫМИ ПАРАЛИЧАМИ В АРМЕНИИ ЗА 2003-2013гг.

Бадалян А.Р., Оганесян А.С., Саакян Г.Ф., Ароян А.Л.,
Григорян С.С., Саргсян Ш.Б., Ерицян А.А.
Ереванский Государственный Медицинский Университет
им. М.Гераци, кафедра эпидемиологии
г. Ереван, ул.Корюна 2, Республика Армения,
+37491352772, armanfcj@yahoo.com

Всемирная Ассамблея Здравоохранения в мае 1988 г. приняла решение о глобальной ликвидации полиомиелита. Следствием данного решения явилось снижение заболеваемости полиомиелитом на 99 %.

Согласно резолюции ВОЗ в июне 2002 г. Республика Армения была сертифицирована как страна свободная от полиомиелита.

Цель. Основной стратегией эффективного эпидемиологического надзора за полиомиелитом, является надзор за острыми вялыми параличами (ОВП), поскольку

выявление ОВП является критерием для подтверждения факта элиминации индигенных случаев болезни и прекращения циркуляции дикого полиовируса.

Задачи. Провести анализ результатов вирусологических исследований больных острыми вялыми параличами, контактировавших и детей группы риска в Армении и оценить целевые критерии эпидемиологического надзора за ОВП.

Материал и методы. Материалом исследований являлись 950 проб фекалий от больных ОВП, контактировавших лиц, и проб фекалий здоровых детей из группы риска (воспитанники домов ребенка), собранных за период с 2003-2013 гг., а также еженедельные отчетные формы предоставления данных по полиомиелиту и ОВП в ВОЗ.

Результаты. За период исследования было зарегистрировано 170 случаев ОВП, из них у 13 (7.6 %) больных выделены неполиомиелитные энтеровирусы (НПЭВ), такие как ЕСНО 12, 13, 14, 25 и Коксаки В и 4 нетипируемых, у 4 детей с ОВП выявлены вакцинные штаммы полиовируса - в 2-х случаях полиовирус 2-го типа, в одном случае 3-го типа и один сочетанный 2-го и 3-го типов одновременно.

Из исследованных 720 проб фекалий у контактировавших выявлено 23 (3,2 %) неполиомиелитных энтеровирусов: ЕСНО 7 (2), 25 (2), 6 (1), 14 (1), 30 (1), 11 (1), Коксаки А9 (1) и 14 нетипируемых. Из 60 проб фекалий здоровых детей из группы риска в 3-х случаях, что составляет 5 %, выявлены нетипируемые энтеровирусы.

Выводы. Анализ эффективности системы эпидемиологического надзора за ОВП за период с 2003-2013 гг. свидетельствует о том, что за все годы

исследования показатели эпидемиологического надзора соответствовали критериям ВОЗ.

Таким образом, в настоящее время благодаря высокому уровню охвата прививками против полиомиелита и проводимому эффективному эпидемиологическому надзору, Армения в постсертификационный период продолжает сохранять статус страны свободной от полиомиелита.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ГНОЙНЫХ РАН

Балан Г.Г., Рымиш К.А., Бурдунюк О.С.

Государственный университет медицины и фармации имени Николая Тестемицану, проспект Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, Кишинэу, Республика Молдова.

Тел.: (373 22) 20-54-61. Email: greta.balan@usmf.md;

Национальный центр общественного здоровья,
ул. Gheorghe Asachi, 67 A

Кишинэу, Республика Молдова. Тел.: (373 22) 57-47-03.

Email: mailto:greta.balan@usmf.md

constantin.rimis@gmail.com

Стафилококки играют значительную роль в возникновении различных заболеваний человека. В последнее время распространение метициллинрезистентных штаммов стафилококков представляет серьезную проблему в стационарах различного профиля. Так в травматологических стационарах на долю устойчивых к метицилину штаммов *S.aureus* (MRSA) приходится от 45 до 67 %. MRSA часто появляется там, где фиксируется высокий уровень применения антибиотиков. Между тем MRSA становится актуальным также и за пределами больницы.

Целью нашего исследования являлось определение резистентности стафилококков к антибиотикам, выделенных из гнойных ран.

Материалы и методы. Материал из раны, для бактериологического исследования, отбирали стерильными тампонами. Выделение и идентификацию выделенных культур микроорганизмов до вида проводили по общепринятым методикам, указанным в определителе бактерий Берджи. Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом с помощью стандартных коммерческих дисков ("HiMedia", Индия). Результаты оценивали в соответствии с международными стандартами EUCAST. Всего проведено 168 исследований у пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении при Республиканской клинической больнице.

Результаты исследования. Микрофлора гнойных ран отличается достаточным разнообразием. В структуре микроорганизмов доминировали *S. aureus* (46,4 %), *P. aeruginosa* (13,9 %), *E. coli* (11,3 %), *Enterococcus* spp. (9,3 %), *Staphylococcus coagulase-negative* (*Staphylococcus coagulase-negative* – CN) (9,1 %), *Acinetobacter* spp. (7 %). Среди протестированных штаммов *S. aureus*, 52,3 % были резистентны к оксацилину (MRSA). Все штаммы были чувствительны к линезолиду, ванкомицину, рифампицину и гентамицину. К ципрофлоксацину были резистентны 8,9 % штамма. Низкой активностью обладали ампицилин, эритромицин, цефтазидим, и цефоперазон, к которым были резистентны 53,5 %, 39,2 %, 35,7 % и 33,7 % штаммов, соответственно.

Выводы. Достоверность информации о состоянии антибиотикорезистентности необходима как для разработки рациональных подходов к использованию антибактериальных препаратов, так и при оценке

эпидемиологической ситуации в стационарах хирургического профиля. Препаратами выбора для эмпирической терапии стафилококковых инфекций являются ванкомицин и линезолид.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Біломеря Т.А.^{1, 2}, Дараган Г.М.^{1, 3}, Скрипка Л.В.⁴

Головне управління Держсанспідслужби у Донецькій області¹

м.Слов'янськ, вул. Свободи, 12,

(06262)3-57-62, suscs@i.ua,

Донецький національний медичний університет² м.Краматорськ,

бульвар Машинобудівників, 39, корпус 2,

Дніпропетровська медична академія³ м.Дніпропетровськ,

вул.Дзержинського, буд.9,

(056)713-52-57, dsma@dsma.dp.ua.

ДУ «Донецький обласний лабораторний центр Держсанспідслужби

України»⁴ м.Краматорськ, вул.Кіма, 2 (06264),

ccc_kram@ukr.net

Мета. Проаналізувати результати практичного застосування заходів з інфекційного контролю за туберкульозом.

Матеріали і методи. Вивчено виконання заходів інфекційного контролю у протитуберкульозних закладах по матеріалам моніторингових візитів фахівців закладів санітарно-епідеміологічної, фтизіатричної служб, звітної документації.

Результати та їх обговорення. У Донецькій області за період з 2008 по 2013 рр. захворюваність та смертність від усіх форм туберкульозу знизилась на 17,5 % та 26,5 %. Протягом періоду, що аналізується, зареєстровано 45 випадків захворювання на туберкульоз серед медичних працівників протитуберкульозних закладів. З причини високої вартості припливно-витяжної

вентиляції, остання обладнана тільки у 4 з 12 протитуберкульозних диспансерів. Приміщення середнього та високого зон ризику забезпечені екранованими бактерицидними опромінювачами на 60-80 %. У 97,7 % випадків доведена їх ефективна робота за допомогою ультрафіолетового радіометру спектра С (UV -С). Тестами на щільність прилягання респіраторів оснащені тільки 4 тубдиспансери.

Висновки. Доведена доцільність обладнання припливно-витяжної вентиляції за умови гарантованого її обслуговування, забезпечення нормативних параметрів повітрообміну, комфортних умов перебування пацієнтів та персоналу, здійснення інструментального контролю ефективності і безпеки бактерицидного опромінення, корегування нормативних документів з інфекційного контролю.

ВЕДУЩИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРИОБРЕТЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

Боброва О.В., Вернигора И.И.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования

г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58;

тел. 057-711-35-56; e-mail: parasitology@med.edu.ua

Токсоплазмоз – это тяжёлое протозойное заболевание человека и животных, имеющее преимущественно хроническое латентное течение и протекающее с признаками поражения нервной системы, органов ретикулоэндотелиальной системы, поперечно-полосатой мускулатуры и органа зрения. С появлением и развитием пандемии ВИЧ-инфекции интерес к проблеме токсоплазмоза стал возрастать, так как токсоплазмоз

относится к СПИД-индикаторным инвазиям.

Трудности изучения токсоплазмоза ввиду полиморфизма его клинических проявлений и преобладания латентных и субклинических форм обуславливают необходимость поиска и разработки новых методологических подходов, позволяющих установить наличие и активность инфекционного процесса, а также проводить дифференциальную диагностику между инаппарантным токсоплазмозом и манифестной формой. Одним из таких подходов является разработка дифференциально-диагностических критериев активности токсоплазмозной инфекции на основании иммунологических изменений.

На сегодняшний день в мире недостаточно изучена проблема влияния токсоплазмозной инфекции на продолжительность жизни ВИЧ-негативных пациентов, хотя значительная роль реактивации латентного токсоплазмоза в генезе исходов ВИЧ-инфекции не подвергается сомнению.

Целью настоящего исследования было изучение роли ведущих иммунологических факторов в патогенезе обострения хронического приобретенного токсоплазмоза у ВИЧ-негативных пациентов.

Материалы и методы. Исследование иммунологических реакций проведено у 143 больных хроническим приобретенным токсоплазмозом (ХПТ) в стадии обострения в возрасте от 18 до 75 лет (51 мужчина-35,7 % и 92 женщины-64,3 %) и у 40 относительно здоровых лиц соответствующего возраста, составивших контрольную группу. Среди больных в основном преобладали лица молодого и среднего возраста (122 чел.-85,3 %), и только 21 (14,7 %) человек были старше 51 года. Наличие ХПТ у больных, а также отсутствие синдромосходных заболеваний (ВИЧ-

инфекция, гепатиты, грипп, ОРВИ) строго верифицировано. С целью выявления особенностей иммунного ответа у больных ХПТ в стадии обострения были изучены основные показатели, характеризующие состояние клеточного и гуморального иммунитета.

Результаты и их обсуждение. У больных ХПТ отмечалась тенденция к снижению относительного содержания общего числа Т-лимфоцитов – CD3 ($p > 0,05$), а также их регуляторных субпопуляций – CD4-хелперов ($p < 0,001$) и CD8-супрессорных клеток ($p < 0,001$). Однако их соотношение (CD4/CD8) выявило лишь тенденцию к увеличению ($1,65 \pm 0,04$ против $1,54 \pm 0,01$; $p > 0,05$). При сравнении ранговых структур частоты больных ХПТ с разнонаправленными отклонениями показателей Т-системы иммунитета от нормы выявлено, что наибольшие ранговые позиции в структурах отмечено в отношении содержания CD8+. Так, если доля больных со снижением содержания CD8+ занимала первый ранг, то доля больных с повышенным содержанием CD8+ занимала последнее ранговое место. Комплексная оценка степени отклонения от нормы показателей Т- и В-систем иммунитета больных ХПТ среднеарифметических значений *t*-критерия свидетельствовала, что, в целом, отмечено достоверное нарушение Т ($t = 2,59$; $p < 0,05$), а также В-систем иммунитета ($t = 2,45$; $p < 0,05$).

Выводы. На основании полученных данных при комплексной сравнительной оценке степени отклонения от нормативов показателей иммунной системы организма у больных ХПТ выявлено, что наибольшая степень отклонения от нормативов принадлежит Т-системе иммунитета, что согласуется с литературными данными. При этом наблюдается баланс между степенью депрессии Т-системы и повышением активности В-системы иммунитета.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ЕНТЕРОБІОЗ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЗАХОДИ БОРотьБИ І ПРОФІЛАКТИКИ

Бодня І.П.

Харківська медична академія післядипломної освіти
м. Харків, вул. Корчагінців, 58;
тел. 057-711-35-56; e-mail: parasitology@med.edu.ua

Ентеробіоз – гельмінтоз, що викликається гостриками, поширений в Україні та інших країнах. Кількість інвазованих у світі наближається до 400 млн. Сприйнятливість до інвазії загальна. В даний час питома вага ентеробіозу серед інших гельмінтозів досягає 67,1 %, а у великих промислових містах – більше 95 %. Географічно ентеробіоз поширений повсюдно і не залежить від ландшафтно-кліматичних умов. Механізм зараження – фекально-оральний, який реалізується харчовим, контактано-побутовим шляхами і через комах, частіше мух. Відбувається забруднення яйцями гостриків предметів побуту та продуктів харчування в оточенні хворого, що призводить до зараження здорових осіб.

Мета роботи. Проаналізувати захворюваність на ентеробіоз в Харківській області та визначити основні проблеми, які створюють серйозні бар'єри для організації ефективної системи заходів боротьби та профілактики гельмінтозів.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на ентеробіоз в Харківській області.

Результати. Аналізуючи захворюваність на ентеробіоз необхідно відзначити, що діти і підлітки – основне джерело інвазії. Питома вага ентеробіозу в структурі гельмінтозів в Харківській області складає 92,8 %. Діти до 17 років складають 93,4 % від числа всіх виявлених хворих на ентеробіоз. Із року в рік найбільш

високий показник захворюваності реєструється у віці від 3 до 6 років і перевищує показник захворюваності дітей від 0 до 14 років в 1,9-2,5 рази. Інвазованість гостриками дітей, які відвідують дитячі дошкільні установи, в 2-4 рази перевищує таку однолітків, які виховуються вдома. Захворюваність учнів шкіл-інтернатів в 5-7 разів вище захворюваності школярів загальноосвітніх шкіл.

Підводячи підсумки, можна відзначити наступні основні причини широкого розповсюдження ентеробіозу, які створюють серйозні бар'єри для організації ефективної системи заходів боротьби та профілактики. Це проблема плинності кадрів і низька підготовка медичного персоналу в цілому, неякісна діагностика паразитарних захворювань. Необхідно розвивати систему лабораторного забезпечення, клінічного ведення, епідеміологічного та еколого-фенологічного нагляду в загальній системі побудови заходів з боротьби та профілактики гельмінтозів, ентеробіозу в тому числі. Для підвищення ефективності роботи щодо гігієнічного виховання населення необхідно також відповідним чином налагодити підготовку кадрів пропагандистів – лікарів усіх спеціальностей, вчителів, співробітників дошкільних установ. Медичну профілактику ентеробіозу необхідно здійснювати відповідно до сучасної концепції, що передбачає перенесення основної уваги медичних працівників з хворого на здорову людину. У цьому плані першорядне значення набуває поведінковий напрямок діяльності, в основу якого покладена робота закладів охорони здоров'я з пропаганди здорового способу життя, гігієнічного виховання, а також виявлення та усунення факторів ризику, «випереджаючий удар» по яких складає основу первинної профілактики.

Висновки. Незважаючи на проведений великий обсяг роботи (обстеження, лікування, санітарна освіта),

захворюваність на ентеробіоз в Харківській області продовжує залишатися на високому рівні.

Зберігаються основні епідеміологічні закономірності, притаманні ентеробіоз: висока питома вага захворілих дітей до 14 років, особливо вікової групи від 3 до 6 років, висока захворюваність організованих дітей до 7 років, що перевищує захворюваність неорганізованих дітей, високий рівень ураженості дітей у закритих колективах (школах-інтернатах).

Рівень захворюваності на ентеробіоз як контактного гельмінтоза залежить від повноти та своєчасності проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у дитячих дошкільних установах, школах-інтернатах, дитячих будинках, підприємствах громадського харчування і торгівлі, а також рівня гігієнічного виховання і навчання населення.

ЭНТОМОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛЯРИОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Бодня К.І., Газзаві-Рогозіна Л.В., Потапова Л.Н.

Харківська медична академія післядипломної освіти

м. Харків, вул. Корчагінців, 58:

тел. 057-711-35-56; e-mail: parasitology@med.edu.ua

Малярия – сезонная инфекция. Передача ее приходится на сезон активности комаров, то есть на теплый период года. В районах с умеренным и субтропическим климатом сезон передачи ограничивается летне-осенними месяцами со стойкой среднесуточной температурой выше 16°C. Продолжительность его колеблется от 1,5 до 6-7 месяцев. Каждый новый сезон начинается с заражения комаров, которые вывелись в данном году, и заканчивается

уходом их на зимовку. Сравнительно небольшое глобальное потепление климата ($+0,7^{\circ}\text{C}$) продолжительностью около 30 лет, вызвало многочисленные изменения в живом покрове земли.

Так, по данным ряда авторов в Западной Сибири (Россия) отмечаются изменения видового и кариотипического состава комаров комплекса *An. maculipennis*. В результате изменения зимне-весенних месяцев, в среднем на $4-5^{\circ}\text{C}$, произошло постепенное замещение одного из основных переносчиков малярии *An. messeae* более эффективными переносчиками комарами рода *An. atroparvus* и *An. maculipennis*.

Цель исследования. Изучить тенденции развития маляриологической ситуации в Харьковской области.

Результаты и их обсуждение. По данным Харьковского областного центра гидрометеорологии в конце весны 2013 года температура доходила до $+30^{\circ}\text{C}$. Лето 2013 было умеренным, с достаточным количеством осадков. Дневная температура, как правило, не превышала отметки $+35^{\circ}\text{C}$. Осень была теплой, дождливой, максимальная температура доходила до $+25^{\circ}\text{C}$.

На территории Харьковской области в 2013 г. было зарегистрировано 5082,6 га анофелогенных площадей водоемов с среднесезонным показателем численности личинок комаров рода *Anopheles* 8,7.

Следует отметить, что на территории Харьковской области (Харьковский район) зимние температуры в январе-марте постепенно изменялись. Так, в 1981 году в январе средняя температура составила $-(-3,2^{\circ}\text{C})$, в феврале $-(-3,9^{\circ}\text{C})$, в марте $-(-0,6^{\circ}\text{C})$. В 2005 году, соответственно, в январе $-(+8^{\circ}\text{C})$, в феврале $-(+9^{\circ}\text{C})$, в марте $-(+10^{\circ}\text{C})$. В результате чего, в популяции повысился процент более эффективных переносчиков малярии (*An. atroparvus* на 17,3 %, *An. maculipennis*

на 21 %), способных к кровососанию в зимний период времени. Кроме того, произошло увеличение второстепенного переносчика малярии *An. claviger* с 1 % до 1,33 %, а в отдельные годы в разных районах области до 3 %, в общем составе переносчиков малярии.

За последние 10-15 лет, в популяции малярийных комаров, увеличилось количество эпидемиологически опасных самок. Примерно, в 1,5-2 раза. В последнее десятилетие, в эпидсезон, значительно (примерно на 40-50 %) возрастает численность преимагинальных стадий малярийных комаров. В отдельных районах области (Харьковский, Дергачевский, Чугуевский) в июле-августе численность преимагинальных стадий комаров превышала многолетние данные в десятки раз, это характеризует ситуацию по малярии как крайне неустойчивую. По многолетним фенологическим наблюдениям, в Харьковской области прослеживается такая же тенденция. В последние годы увеличивается процентное отношение комаров р. *Aedes geniculatus* в составе численности комаров данного рода. Кроме того, в ряде районов области (Змиевской, Дергачевский, Чугуевский районы) и г. Харькове всё чаще регистрируются комары р. *Mansonia richiardi* – злостные кровососы.

Выводы. Глобальные изменения климата приводят к увеличению мест выплода кровососущих двукрылых, изменению биологии, экологии переносчиков, увеличению численности переносчиков, перераспределению видового состава с заменой менее эффективных переносчиков на более эффективные. В дальнейшем необходимо контролировать ситуацию, как смещаются весенние феноявления, число генераций, продолжительность активности и др. параметры (как скорость спорогоний, количество циклов спорогоний и т.п.).

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИОБРЕТЕННЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ: КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗА

Бодня Е.И., Танчук Ю.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти
м. Харків, вул. Корчагінців, 58;
тел. 057-711-35-56; e-mail: parasitology@med.edu.ua

К настоящему времени обоснована роль иммунного дисбаланса в развитии токсоплазмоза. Публикаций о компенсаторно-приспособительных реакциях организма человека при токсоплазмозе в доступной нам литературе мы не нашли. Недостаточно разработаны доступные и наиболее информативные методы оценки течения заболевания и результатов лечения, а также критерии прогноза.

Цель работы: определить и обосновать наиболее информативные методы оценки течения и критерии прогноза при хроническом приобретенном токсоплазмозе (ХПТ) на основании изучения закономерностей изменений показателей иммунитета и функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС).

Обследовано в динамике 100 больных ХПТ (44 мужчин и 56 женщин) в возрасте от 16 до 55 лет). Наличие ХПТ у больных и его отсутствие в контрольной группе строго верифицировано. Для оценки состояния иммунной системы исследовали клеточный и гуморальный иммунитет. С целью повышения информативности показателей гуморального иммунитета помимо определения в крови уровня иммуноглобулинов класса А, М, G, определяли их процентное содержание и вычисляли суммарные иммуноглобулины, а также соотношения IgG к IgA. Исходя из того, что биоэлектрическая активность головного мозга адекватно отражает его функциональное состояние как в целом, так и отдельных его структур,

для оценки состояния центральной нервной системы проводили электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) во всех стандартных отведениях с применением функциональных нагрузок (свет и трехминутная гипервентиляция), а также ЭХО-ЭЭГ. 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. Все полученные данные статистически обработаны.

В результате клинико-лабораторного обследования у всех больных было установлено обострение ХПТ. Изменения Т- и В-клеточного иммунитета сочетались в различных вариантах и свидетельствовали о том, что в ответ на инвазию происходит сложная перестройка взаимодействия между этими системами, обеспечивающая многообразие иммунного ответа и отражающая разную степень нарушения иммунной реактивности и снижения резистентности у больных ХПТ. Изменения процентного содержания иммуноглобулинов, а также снижение показателя отношения IgG к IgA у больных ХПТ свидетельствует о дисбалансе сывороточных иммуноглобулинов, являющимся одним из признаков иммунодефицита. Дисбаланс и дискоординация взаимодействия иммунологических показателей может привести к разнообразным дефектам иммунитета, что обуславливает, по-видимому, многообразие клинико-иммунологических проявлений при ХПТ.

Анализ ЭЭГ показал, что биоэлектрическая активность головного мозга в пределах нормы находилась лишь у 6 ± 2 % больных. Изменения ЭЭГ, свидетельствующие о нарушении функционального состояния ЦНС, наблюдались у 96 ± 6 % больных. Нарушения реактивности также как и характер изменений

фоновой ЭЭГ свидетельствуют о диффузных нарушениях функционального состояния головного мозга с преимущественным расстройством функций срединных структур (диэнцефально-стволовых и лимбико-ретикулярных) головного мозга.

Проведенное исследование показало, что при ХПТ происходит сложная перестройка функционального состояния основных интегративных и регулирующих систем (ЦНС и иммунной), обеспечивающая многообразие ответной реакции на инвазию. Из этого следует, что лечебные мероприятия должны проводиться дифференцированно с учетом возможных патогенетических нарушений и клинических ситуаций.

Выводы. 1. При ХПТ реакция организма хозяина в ответ на инвазию протекает по-разному в зависимости от исходного состояния защитно-приспособительных возможностей организма, которые являются одним из определяющих факторов хозяино-паразитарных отношений и клинических проявлений этого заболевания.

2. Опорными критериями, определяющими адаптационно-компенсаторные возможности организма при ХПТ, являются СДз, ИРИ, суммарные иммуноглобулины, нарушения ЭЭГ по диэнцефально-стволовому типу, позволяющие с высокой вероятностью судить о тяжести заболевания и характере его дальнейшего течения.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ХВОРОБИ ВІД КОТЯЧИХ ПОДРЯПИН

Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Могиленець О.І.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, пр. Леніна, 4

Хвороба від котячих подряпин (ХКП) – зоонозне інфекційне захворювання, яке відноситься

до бартонельозів з інфікуванням *Bartonella henselae*, що виникає переважно внаслідок тісного травматичного контакту з кішками. Однак всі шляхи інфікування людини до кінця не встановлені.

Мета дослідження: встановлення можливості використання епідеміологічного анамнезу при діагностиці ХКП.

Матеріали та методи. Критеріями включення в дослідження були: I. Епідеміологічні: а) “травматичний” контакт із кішкою, що передував захворюванню; б) контакт з іншими тваринами або подряпини рослинами, дротом та ін.; II. Клінічні: а) наявність подряпин, укусів або ослинення рани; б) наявність первинного афекту й/або розвиток лімфаденіту після “травматичного” контакту; в) тривала гарячка невстановленої етіології, полілімфоаденопатія, гепатоспленомегалія; г) наявність ангіопроліферативного процесу невстановленої етіології.

Етіологічний діагноз ХКП встановлювали бактеріологічним (виділення чистої культури бартонел на оптимізованому шоколадному агарі) та імунологічним методами (визначення рівня антибартонельозних антитіл в реакції непрямой імунофлюоресценції).

Результати та їх обговорення. Серед клінічних варіантів в досліджених хворих домінувала типова ХКП, яка склала 69,5 %. Окулогландулярна й орофарингеальна ХКП були зареєстровані в 3,4 % випадків, системний варіант – в 20,3 %, а ангіопроліферативний – в 3,4 %.

Захворювання на бартонельоз зареєстровано протягом усього року, і цей факт вказує на неможливість урахування сезонності при встановленні діагнозу. Котяча блоха *Ctenocephalides felis* (основний переносник *B. henselae*) на сучасному етапі є найбільш поширеним ектопаразитом домашніх тварин, у зв'язку з її невибагливістю у виборі джерела живлення. Блохи

протягом свого життєвого циклу харчуються багато разів і нерозбірливі відносно свого прокормителя. Одна й та ж блоха нападає на кішок, собак, кроликів, щурів і мишей. Вважається, що дорослі блохи, паразитуючі безпосередньо на кішці, складають не більше 1-5 % від усієї популяції, тоді як 95-99 % популяції – це яйця, личинки та лялечки, які поширені по всій квартирі і представляють, таким чином, серйозну проблему вже протягом цілого року. Слід зазначити, що максимальну кількість випадків ХКП зареєстровано нами у період з вересня по грудень – 57,6 %, що не узгоджується з піком активності ектопаразитів та вказує на особливості епідпроцесу на сучасному етапі.

Травматичний контакт з кішкою в анамнезі був лише у 76,3 % хворих. Контакт із хворим собакою відмічався у 6,8 % обстежених. У 16,9 % обстежених ніяких контактів з тваринами не було встановлено, що суттєво ускладнює діагностику захворювання. Подряпини на шкірі, нанесені кішкою, мали 62,7 % хворих. Укуси відмічали 15,3 % осіб, ослинення слизової ока – 3,4 %. Крім того, в одного хворого (1,7 %) подряпина була нанесена кролем і ще в одного подряпина була отримана дротом. Ці факти співпадають з думкою закордонних дослідників та підтверджують, що інфекція в людини відбувається за допомогою травматичної інокуляції контамінованих бартонелами фекалій біліх.

Орофарингеальний варіант скоріш за все обумовлений інфікуванням, яке відбулося через слизову оболонку ротоглотки при повітряно-пиловому або аліментарному шляху передачі. Системний і ангіопроліферативний варіанти потребують ретельного проведення диференціальної діагностики з іншою патологією. Етіологію цих варіантів хвороби неможливо встановити без проведення специфічної лабораторної

діагностики з використанням сучасних методів етіологічного підтвердження. А при відсутності даних про прямий контакт з кішками, собаками або гризунами запідозрити бартонельозу природу процесу не є можливим.

Висновки. Таким чином, епідеміологічний анамнез та клінічна картина атипових форм ХКП характеризується різноманітністю даних і клінічна діагностика можлива лише за умови етіологічного лабораторного підтвердження.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Бутов Д.А., Ипатова М.А., Тихонова Ю.С., Худoley Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, ул. Ньютона, 147, dddimad@yandex.ru

Актуальность. В связи с эпидемией туберкулеза (ТБ) в Украине, это заболевание остается актуальным долгое время не только в нашей стране, но и во всем мире.

Цель нашего исследование – изучение динамики эпидемиологических особенностей туберкулеза легких в Харьковской области.

Материалы и методы. Используются показатели, характеризующие эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Харьковской области и представленные в «Туберкулез в Украине (Аналитическо-статистический справочник за 2001-2012 года)» Киев 2013 год.

Результаты и их обсуждения. По данным когорного анализа в 2007 году заболеваемость туберкулезом составила 78,6 на 100 тыс. населения, а за 2012 год мы наблюдаем значительное снижение заболеваемости до 49,8 на 100 тыс. населения. Несмотря на улучшение эпидемиологической ситуации в Украине эпидемия туберкулеза сохраняется, в основном, за счет

ухудшения ситуации по ВИЧ инфекции, что является группой риска по заболеваемости туберкулезом. В Харьковской области больных ко-инфекцией ВИЧ/СПИД более 30 %. Кроме того, также одним из факторов усугубляющих эпидемию туберкулеза в Харьковской области и в мире является химиорезистентный туберкулез. Так, в 2007 году было зарегистрировано 312 больных с мультирезистентным туберкулезом, а уже в 2012 мы наблюдаем прирост данного заболевания в два раза (793 человек).

Выводы: Несмотря на улучшение эпидемиологической ситуации в Харьковской области в отношении туберкулеза за последние 10 лет, остается актуальным рост химиорезистентного туберкулеза и больных с ко-инфекцией (ВИЧ/СПИД и ТБ).

ДИНАМІКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПО ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА АКТИВНИЙ ТБ У ПОЄДНАННІ ЗІ СНІДОМ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.

Бутов Д.О., Пашков Ю.М., Хаєнко С.Д., Черних Г.В.

Харківський національний медичний університет

м.Харків, пр. Леніна,4, tb_doctor@mail.ru

Актуальність дослідження. Незважаючи на позитивну динаміку епідеміологічних показників захворюваності на туберкульоз та СНІД у 2014 році як в Україні так і в Харківській області ТБ/ВІЛ залишається актуальною.

Таким чином, метою нашого дослідження було вивчити епідеміологічні особливості активного туберкульозу у поєднанні зі СНІДОм за 2014 рік в порівнянні з 2013 роком.

Матеріали і методи дослідження. Аналітично-статистичний довідник за 2001 – 2013 роки.

Результати та їх обговорення. Так захворюваність на активний туберкульоз в Україні у 2013 році було 67,9 на 100 тис. населення, а у 2014 році – 59,5 на 100 тис. населення. Таким чином, ми спостерігали зниження кількості активного туберкульозу на 12,4 %. У Харківській області даний показник склав у 2013 р. – 44,7 та у 2014 р. – 41,9 на 100 тис. населення, що дало змогу зайняти одне з найнижчих місць по захворюваності в Україні. Що стосується поєднаної захворюваності активного туберкульозу та СНІД, то тут даний показник по Україні є не стабільний але, якщо брати захворюваність по Харківській області то тут ми спостерігали зниження даного показнику з 3,4 на 100 тис. населення у 2013 р. до 3,0 – 2014 р, що на 11,8 % нижче.

Висновки. Таким чином, у Харківській області спостерігається зниження захворюваності як на активний ТБ легень так і на Ко-інфекцію ВІЛ/ТБ за період 2013-2014 рр., що дало змогу зайняти один з найнижчих показників по захворюваності на активний ТБ в Україні.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЭХИНОКОККОЗА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Велиева Т.А., Колесник Е.И.

Харківська медична академія післядипломної освіти
м. Харків, вул. Корчагінців, 58;
тел. 057-711-35-56; e-mail: parasitology@med.edu.ua

Актуальность проблемы объясняется относительно высокой распространенностью, поздней диагностикой и увеличением частоты осложненных форм эхинококкоза.

В Украине ежегодно официально регистрируется более 100 случаев эхинококкоза у людей. К примеру, в 2007 году было выявлено 145 случаев или 0,31 на 100 тысяч населения, в т.ч. 25 случаев у детей (0,37 на 100 тыс.

населения) и 120 случаев у взрослых (0,30 на 100 тыс. населения).

По данным исследований, которые проводились в Украине, основной источник эхинококкоза в нашей стране – собаки. Увеличивает риск заражения отсутствие плановой дегельминтизации собак.

Нами проанализированы статистические отчеты городских и районных предприятий ветеринарной медицины, истории болезни пациентов и карты эпидемиологических обследований очагов эхинококкоза.

Распространенность эхинококкоза в Харьковской области за последние годы по данным ветеринарно-санитарного контроля отмечена только среди свиней. При исследовании за этот период 1,3 млн. туш выявлено 48,3 тыс. с эхинококком, средний показатель пораженности эхинококками – 3,7 % (от 1,2 % до 5,1 %). Примечательно, что в этот же период при обследовании 11,6 тыс. домашних собак эхинококкоз не выявлялся.

При проведении плановых проверок лабораторий ветеринарно-санитарной экспертизы г. Харькова установлено, что утилизация конфискатов проводится без соблюдения всех необходимых мер безопасности, а именно: конфискаты проваривались в специальной посуде в течение 30 минут, вместо необходимых двух часов, после чего сбрасывались в контейнеры для мусора вместо сжигания или утилизации в яме Беккера. Наличие большого количества бродячих собак, их доступ к контейнерам может вызвать заражение их эхинококкозом, а от них – заражение эхинококкозом и населения.

Цель исследования: изучение распространения эхинококкоза среди животных при проведении ветеринарной экспертизы туш животных на Центральном

рынке г. Харькова, анализ мер борьбы с бродячими животными в районе Центрального рынка.

Результаты. Все обнаруженные случаи эхинококкоза животных были выявлены при ветеринарной экспертизе свиных туш. В 2008 году была проведена ветеринарная экспертиза 8145 туш свиней, в 64 из них обнаружен эхинококкоз печени, что составило 0.8 % от всех исследованных туш; в 2009 году была проведена ветеринарная экспертиза 7931 туш свиней, выявлено 97 случаев эхинококкоза печени, что составило 1.2 % от всех исследованных туш; в 2010 году исследовано 8322 туш свиней и выявлено 142 случая эхинококкоза печени, что составило 1.7 % от всех исследованных туш свиней.

Из приведенных данных видно, что при практически одинаковом количестве обследованных в лаборатории ветеринарно-санитарной экспертизы туш свиней с каждым годом увеличивалось количество выявленного эхинококкоза свиней, как в абсолютных цифрах, так и в процентном отношении. Установить место приобретения свиней для убоя не удалось.

Выводы. Отмеченные особенности предполагают проведение последующих исследований, уточняющих роль домашних собак в эпидемиологии эхинококкозов.

СИНДРОМАЛЬНИЙ НАГЛЯД ПРИ ВИВЧЕННІ ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИХ ПРИРОДНО ОСЕРЕДКОВИХ ХВОРОБ

Виноград Н.О.

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
вул. Пекарська, 69, м. Львів; 032 276 28 35;
vynogradno@ukr.net

Епідеміологічний нагляд за ендемічними особливо небезпечними інфекціями (ОНІ) передбачає вивчення

поширеності нозологічних форм і захворюваності на ОНІ населення, контроль біотичних і абіотичних об'єктів довкілля як компонентів паразитарних систем, де потенційно можуть бути наявні біологічні патогенні агенти (ПБА). Оптимальним підходом для виявлення хворих на ОНІ є госпітальний нагляд за синдромальним принципом, що дозволяє оптимізувати лабораторний етап верифікації діагнозу і отримати епідеміологічно важливу інформацію.

Метою роботи було розробити варіанти синдромальних комплексів та перевірити їх відповідність при вивченні трансмісивних і нетрансмісивних захворювань у природних осередках ОНІ на ендемічних територіях.

Матеріали й методи: стандарти ВООЗ із синдромального нагляду, парні сироватки крові хворих на нез'ясовного генезу сезонні гарячкові стани, серологічний метод – ІФА.

Результати. Було визначено три основні синдромальні комплекси, щоби охопити хворих з ураженнями нервової системи, нирковими, гепатолієнальними та геморагічними проявами, що виникали на фоні гарячкових станів. Серологічні дослідження парних сироваток крові хворих із гіпертермічними станами дозволили верифікувати діагноз у $(64,7 \pm 1,15)$ % обстежених пацієнтів за виявлення антитіл класу IgM до різних ПБА з групи ОНІ.

Висновки. Моніторинг захворюваності на ОНІ на ендемічних територіях доцільно проводити за синдромальним принципом із врахуванням специфіки вивчених і раніше відомих природних осередків, а також потенційних загроз заносу нових ПБА, на чому базується вибір синдромальних комплексів.

ДОЦІЛЬНІСТЬ МЕТОДУ ГРУПОВИХ ПРОЕКТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ СТУДЕНТАМИ РОЗДІЛУ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Виноград Н.О., Василюшин, З.П., Козак Л.П.

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького,

вул. Пекарська, 69, м. Львів;

тел. 032 276 28 35; vynogradno@ukr.net

Метод проектів, який ще називають «методом проблем», був розроблений У. Кільпатриком у 20-х рр. ХХ століття як практична реалізація концепції інструменталізму, а у вітчизняній практиці набув використання з кінця 90-х років минулого сторіччя. Цей метод використовується як самостійна індивідуальна або групова робота студентів із застосуванням сучасних засобів інформаційних технологій. Цей методичний підхід ми використовуємо на нашій кафедрі у навчальному процесі при підготовці фахівців медико-профілактичного скерування від часу запровадження засад Болонського процесу.

Метою нашої роботи було оцінити доцільність використання методу групового проекту при вивченні розділу епіддіагностики студентами шостого курсу, які навчаються за фахом медико-профілактична справа.

Матеріали і методи. Проведено оцінку курсових робіт, виконаних студентами випускного курсу в рамках групових проектів, із вивчення епідемічної ситуації в чотирьох адміністративних районах м. Львова та у місті в цілому.

Результати. Студенти виконують курсову роботу – проведення ретроспективного епідеміологічного аналізу захворюваності на певну нозологічну форму інфекційної хвороби. Виконання такої роботи є інтерактивною методикою – проектом, оскільки дозволяє на фактичних

статистичних даних Державної санітарно-епідеміологічної служби України із поширення інфекційних захворювань та санітарно-епідеміологічного стану території здійснити епідеміологічний аналіз. Перед студентами окремих груп ставилося завдання оцінки епідемічної ситуації з усіх актуальних для окремих територій (районів міста) інфекційних захворювань. Інша група проводила узагальнений ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на інфекційні захворювання у м. Львові. Після складання програми дослідження і планування роботи студенти проводили збір інформації та формування бази даних, систематизували їх у таблиці, статистично обробляли з подальшим графічним представленням матеріалів. Проведений аналіз ситуації у групах дозволив висунути гіпотези про території, час, групи ризику за віком, соціально-побутовими та статевими ознаками, встановити причини та чинники ризику наявних і можливих епідеміологічних ускладнень як в окремих адміністративно-територіальних одиницях так і в місті Львові в цілому.

Із використанням інтерактивної технології, що передбачає організацію кооперативного навчання, коли індивідуальні завдання переростають у групові, а кожний член групи вносить унікальний вклад у спільні зусилля, було досягнуто кінцевої мети роботи – визначено епідемічний стан населення та території із формування висновків і конкретних пропозицій щодо покращення профілактичної та протиепідемічної роботи.

Мультимедійна презентація матеріалу із викладенням бачення проблеми та її вирішення на певній адміністративній території відбулася на заключній конференції.

Висновки. Отже, методи проектів і групових проектів є оптимальними для практичного засвоєння

студентами розділу епідеміологічної діагностики, оскільки включає в себе сукупність дослідницьких, пошукових, творчих і проблемних підходів, що дозволило їм набути необхідні навички і вміння, засвоїти методологічні засади ретроспективного епідеміологічного аналізу.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ МАТЕРІВ, ЩО ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ

Гайдей В.Р.¹, Савчук А.І.¹, Козішкурт О.В.¹,

Тверезовський М.В.¹, Тверезовська І.І.²

¹Одеський національний медичний університет, м. Одеса,
e-mail: tmv.62@ukr.net, (063) 561 60 22

²Харківський національний медичний університет, м. Харків

Актуальність. Сьогодні ВІЛ залишається однією з основних проблем громадської охорони здоров'я України. За даними ВООЗ в 2013 р. з 1,4 мільйона вагітних з ВІЛ, що проживають в країнах з низьким і середнім рівнем економічного розвитку, 67 % отримували ефективні антиретровірусні препарати для профілактики вертикальної трансмісії, тоді як у 2009 році – тільки 47 %. Ознак призупинення епідемії ВІЛ-інфекції не має. В той же час, внаслідок прийому високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) народженими ВІЛ-негативними дітьми, з'являється нова медико-соціальна проблема, яка полягає у впливі препаратів ВААРТ на розвиток імунної системи під час антенатального періоду.

За даними Супотницького М.В. (2014) дитина, що народжується від ВІЛ-інфікованої матері, яка під час вагітності отримувала ВААРТ, народжується з пригніченою імунною системою, яка реагує

на вакцинацію, однаково, як і ВІЛ-інфікована дитина на ранній стадії. Також, встановлено, що летальність серед таких дітей в післянатальному періоді в 5,83 рази вище, ніж у здорових дітей. За критеріями, що існують нині, діти народжені від ВІЛ-позитивних матерів, які отримували під час вагітності ВААРТ, не є ВІЛ-позитивними, але все ж таких дітей не можна вважати повністю здоровими.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано історії хвороб 12 дітей у віці від 20 місяців до 4 років, які народилися від ВІЛ-інфікованих матерів. Під час вагітності усім матерям призначалася ВААРТ, родорозрішення проводилося оперативним шляхом з подальшим штучним вигодовуванням. У віці 18 місяців діти були обстежені методом ПЦР на присутність ВІЛ, що дозволило виключити інфікування та зняти їх з динамічного спостереження.

Результати та обговорення. Аналіз історій хвороб показав, що у 8 (66,7 %) дітей в анамнезі відмічалися часті епізоди гострих респіраторних вірусних захворювань (ГРВІ) (1-2 епізоди в місяць). У 2-х (16,7 %) дітей ГРВІ ускладнилося бронхітом з обструктивним компонентом, що вимагало частого призначення антибактеріальної терапії. У 3 (25 %) дітей сформувався хронічний аденотонзиліт, що супроводжувався частими загостреннями (8-10 епізодів в рік). Усе вищевикладене дозволило віднести цих дітей до категорії часто і тривалохворюючих. З причини частих перебігів ГРВІ і загострення хронічного аденотонзиліту таким дітям не вдалося провести повноцінну обов'язкову вакцинацію за віком, відповідно до існуючого календаря щеплень. Таке парадоксальне явище функціональної недостатності імунної системи в науковій літературі за даними P. Vazquez et al. (2006), Супотницького М.В. (2014)

отримало назву «мовчазної педіатричної інфекції» (silent pediatric infection). Суть феномену полягає в знаходженні провірусної ДНК ВІЛ в мононуклеарних клітинах крові серонегативних дітей, які народились від ВІЛ-інфікованих матерів. Таким чином, при проведенні ВААРТ не відбувається вертикальної передачі інфекції від матері до дитини, однак тривале застосування антиретровірусних препаратів приводить, ймовірно, до порушення функцій імунної системи.

Висновки: 1. Вимагає вивчення впливу препаратів ВААРТ на імунну систему дитини в антенатальному періоді. 2. Діти, народжені від матерів, які приймали під час вагітності ВААРТ, підлягають щепленням та диспансерному нагляду за спеціально розробленою системою. 3. Не виключно, що період спостереження за даною категорією дітей, може бути значно довшим, з урахуванням майбутнього фізичного навантаження в дошкільних та шкільних установах.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ГРИПОМ В УКРАЇНІ

Глушко-Маківська А.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13.

тел. (044) 454 49 36, e-mail: rakmap@gmail.com

Епіднагляд за грипом започатковано з 1948 року коли світовою спільнотою було організовано на базі американського Центру контролю за хворобами у м. Атланті (США) світовий центр контролю за грипом. На даний час у 122 країнах світу функціонують національні центри грипу в т.ч. і в Україні. Завданням Українського центру грипу (УЦГ) є постійне

спостереження за рівнем захворюваності на грип та гострі респіраторні інфекції в країні.

Метою дослідження було вивчення доцільності змін у вітчизняних підходах щодо епіднагляду за грипом відповідно до рекомендацій ВООЗ.

В Україні моніторинг епідемічного процесу грипу здійснюється на підставі аналізу даних що надходять з 10 контрольних міст УЦГ. Для оцінки епідемічної ситуації враховують загальну кількість випадків грипу та гострих респіраторних інфекцій щотижнево протягом року. Щотижневі показники захворюваності порівнюють з рівнями розрахованих епідемічних порогів.

В глобальному масштабі використовуються різноманітні визначення випадків для епіднагляду за грипом і респіраторними захворюваннями. Ці терміни, що включають рекомендовані ВООЗ на даний час визначення для грипоподібного захворювання (ГПЗ) і тяжкої гострої респіраторної інфекції (ТГРІ), не призначені для обсягу всіх випадків грипу. Також вони не призначені для діагностики або лікування грипу чи ТГРІ. Але використання в системі епідеміологічного нагляду цих визначень випадку, що охоплюють репрезентативну частину всієї захворюваності й котрі порівнюються протягом часу, дасть корисну інформацію про динаміку і тенденції та дозволить розрахувати загальний тягар захворюваності. Доцільно, щоб всі країни використовували тотожні визначення випадку, що дасть можливість аналізувати тягар захворювань в міжнародному контексті.

Надзвичайно важливою в системі як дозорного так і рутинного епідеміологічного нагляду за грипом є лабораторна складова, бо неспецифічність симптомів грипу потребує лабораторного підтвердження для того,

щоб бути впевненим в ролі вірусу грипу у виникненні ГПЗ або ТГРІ.

Відмінності в підходах до здійснення епіднагляду полягають в тому, що в процесі моніторингу ГПЗ відстежують осіб з ГПЗ, які звертаються за медичною допомогою в амбулаторні заклади, в той час як при моніторингу ТГРІ виявляють випадки тяжких респіраторних захворювань серед осіб, які були госпіталізовані. Дані, отримані при здійсненні епідеміологічного нагляду за легкими та тяжкими випадками захворювання мають велике значення для загального уявлення про весь спектр грипозної патології. Обидва ці види епідеміологічного нагляду є джерелом цінної інформації про тяжкість сезонних спалахів, яка може використовуватись у якості вихідного показника для порівняння з незвичайними спалахами або глобальними пандеміями.

Наявність достовірних розрахунків показника, що відображує тягар захворювання, дозволить вирішити питання про використання вакцин і цілеспрямоване використання противірусних препаратів для зниження важкості перебігу захворювань і смертності, пов'язаних з грипом, а також впроваджувати нові недорогі та ефективні засоби в профілактиці та лікуванні грипу. Це обумовлене тим, що тягар захворювання полягає не тільки у суто медичних аспектах (захворюваність і смертність), але й в економічних витратах, пов'язаних з хворобою, що включають прямі витрати (надання медичної допомоги) та непрямі витрати (хвороба робітника, інвалідність, недоотриманий прибуток тощо).

На тепер в Україні потребує перегляду низка нормативно-правових документів, якими визначається стратегія і підходи до здійснення епіднагляду за грипом та гострими респіраторними інфекціями, починаючи

з дефініцій термінів і закінчуючи протиепідемічними та профілактичними заходами.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВОМ ТА ІНШИМИ ВИПАДКАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ.

Говардовська О.О.

Харківський національний медичний університет,
кафедра фізіатрії та пульмонології
Науковий керівник - проф. О.С. Шевченко

Мета. Вивчити ефективність лікування хворих 2 категорії – рецидив туберкульозу (РТБ), невдача лікування (НЛТБ), лікування після перерви (ЛПП).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне вивчення когортного аналізу за 2011-2013 рр. Порівняно результати двох груп, перша - хворі з діагнозом РТБ, друга – інші, складалася з хворих з діагнозами ЛПП, НЛТБ, ІТБ, всі хворі мали позитивний мазок та/або культуру. До групи РТБ віднесено 758 хворих, до другої групи – 806 хворих.

Результати та обговорення: У період 2011-2013 рр. в Харківській області було зареєстровано 1564 хворих, з позитивним мазком та/або культурою, що потребували лікування за схемою 2 категорії. У групі РТБ отримали ефективне лікування 27,5 %. За результатами тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) 47 % переведені до 4 категорії лікування. Невдача лікування встановлена у 8,2 % пацієнтів. За час лікування від туберкульозу та інших причин померло 11,1 % осіб. Перервали лікування 4,2 %, переведені 2 % осіб. У групі Інші, ефективне лікування отримали 29 % осіб. До 4 категорії лікування переведено 39 %, невдача лікування – 8 %, померло 10,3 %, перервали лікування 10,7 %, переведені 3 % осіб.

Висновки. Результати ефективності лікування в обох групах є низькими. Хворі на туберкульоз легень з бактеріовиділенням, що лікуються за 2 категорією, мають несприятливий прогноз ефективності лікування, оскільки лише 28 % з них завершує курс та виліковується. 72 % мають неефективне лікування, оскільки потребують інших схем лікування (за 4 кат.) або більш тривалого курсу протитуберкульозної терапії.

**ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У 2008–2014 рр.**

Голіков Д.І.

Харківський національний медичний університет.

м. Харків. пр. Леніна 4;

телефон: (057)707-73-80. (057)700-41-32;

e-mail: meduniver@knuu.kharkov.ua

Мета. Аналіз динаміки захворюваності на туберкульоз (ТБ) серед медичних працівників Харківської області упродовж 2008 – 2014 рр.

Завдання. Удосконалення роботи фтизіатричної служби.

Матеріали та методи. Досліджено показники захворюваності медичних працівників загальної лікарської мережі (ЗЛМ) та протитуберкульозних закладів (ПТЗ) Харківської області. Головне джерело дослідження – аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» (Кіровоград, 2014).

Результати та їх обговорення. Захворюваність на всі форми туберкульозу серед медичних працівників загальної лікарняної мережі Харківської області за 2008-2014 рр. змінювалась хвилеподібно, а саме: мала високий рівень в 2008, 2011 та 2012 рр. (80,4, 60,5, 70,3 на 100 тис.) й низький в 2009, 2010, 2013 та 2014

(9 місяців) рр. (40,2, 30,6, 40,1, 20,6 на 100 тис. медичних працівників). Незважаючи на зменшення у вказаний період захворюваності на ТБ серед населення області (від 72,4 до 41,9 на 100 тис.), проблема захворюваності медичного персоналу ЗЛМ та ПТЗ залишається гострою. Основними причинами такої ситуації є: професійний контакт із хворими на активний ТБ, їх несвоєчасна ізоляція та лікування; низька ефективність протитуберкульозних заходів щодо реалізації норм інфекційного контролю; збільшення навантаження на одного лікаря та недостатня укомплектованість ЗЛМ лікарями-фтизіатрами (73,40 %).

Висновки. Захворюваність на ТБ серед медичних працівників ЗОЗ та ПТЗ в Харківській області за період з 2008 по 2014 рр. мала хвилеподібний характер, що свідчить про нестабільність ситуації щодо ТБ на фоні загальної тенденції зниження показників захворюваності населення України.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЛЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВС УКРАИНЫ

Гречаник Л.И.¹, Трихлеб В.И.², Ткачук С.И.³,
Майданюк В.П.⁴

¹Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ»,
г. Киев, ул. Госпитальная 18,
093 432 75 82, grechanik-leonid@ukr.net

²Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, ул. Мельникова 21,
067 500 42 76, tryhlebl@rambler.ru

³Военно-медицинский клинический центр Западного Региона, г. Львов,
stepan_tkachuk00@mail.ru

⁴Военно-медицинский клинический центр Южного Региона, г. Одесса,
411g@mail.ru

Актуальность. С начала 90-х годов XX в. отмечается ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в странах Восточной Европы, СНГ

и в Украине. В 1995 г. в Украине насчитывается около 781 000 больных туберкулезом. Число больных с активными формами было около 144 000 (21 %), из них 68% больных были в возрасте – от 25 до 50 лет. Наибольшие показатели заболеваемости в 2000 г. регистрировались в Юго-Восточных областях Украины (Херсонской, Луганской, Николаевской, Одесской, Донецкой, Запорожской и Житомирской). В структуре смертности 93 % составляют фиброзно-кавернозный и диссеминированный туберкулез. В 2002 г. в Украине зарегистрировано 36 471 больных туберкулезом, общее число, находящихся под наблюдением у фтизиатров 670 000 человек, больных с активными формами – 139 000 человек. Наибольшее число больных со всеми формами туберкулеза зарегистрировано в выше перечисленных областях. В период с 2005 г. по 2012 г. заболеваемость всеми формами туберкулеза снизилась с 84,1 до 68,1 на 100 тыс. населения (на 19,02 %), а смертность с 25,3 до 15,1 на 100 тыс. населения. В 2012 г. по сравнению с 2011 г. по Украине увеличилась заболеваемость населения туберкулезом на 1,3 % и количество впервые выявленных больных с бактериовыделением и деструкцией. В 2013 г. отмечается стабилизация с некоторым снижением уровня заболеваемости по сравнению с 2012 г. и сохраняются наивысшие показатели заболеваемости всеми формами туберкулеза в юго-восточных областях.

Среди особенностей эпидемии туберкулеза в Украине: большое число запущенных форм среди впервые выявленных больных, увеличение числа лиц с поли кавернозными процессами, с массивным бактериовыделением, увеличение уровня химиорезистентности возбудителей, имеется довольно высокий процент лиц с ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ

(среди больных с новыми случаями туберкулеза – в 2011 г. выявлено 13,6 % с ко-инфекцией).

Цель исследования. улучшение организации медицинского обеспечения и организации оказания медицинской помощи больным туберкулезом среди военнослужащих.

Задача исследования. изучить данные литературы по актуальности туберкулеза в период локальных войн, динамику и структуру больных туберкулезом среди военнослужащих по годам.

Материалы и методы. Проведен обзор литературы, изучена структура пролеченных больных по данным историй болезней, отчетных документов.

Результаты и обсуждение. В более чем в 25 странах к югу от Сахары, в которых были военные конфликты, основными причинами смертей были инфекционные заболевания дыхательных путей, острые кишечные заболевания, корь, малярия. Большое значение в них приобретают эпидемии холеры, дизентерии, менингит, брюшной тиф, туберкулез, ВИЧ/СПИД. В Афганистане, Анголе, Сомали, Демократической Республике Конго, Либерии, Сьерра-Леоне широкое распространение приобретают малярия, желтая лихорадка, лихорадка Ласса, туберкулез, СПИД, корь и др.

Среди американских военнослужащих во время войны в Персидском заливе, операции «Несокрушимая свобода», операции «Буря в пустыне», войны в Ираке наблюдались желудочно-кишечные заболевания, острые инфекции верхних дыхательных путей, туберкулез и др.

Во время войны в Чечне с начала 1990-х годов наблюдался рост заболеваемости ряда инфекционных заболеваний, в том числе и туберкулез. Заболеваемость превышала общероссийские в 2-3 раза (в 1998 г. 141,8 на 100 тыс. населения, а в тоже время в среднем по России

показатель заболеваемости был 64,6 на 100 тыс. населения).

В отношении туберкулеза среди военнослужащих в Украине. На протяжении с 2009 г. по 2013 г. отмечается положительная динамика в уменьшении количества пролеченных больных туберкулезом (на 24,8 %), но в то же время за период 2014 г., отметилось на оборот увеличение их количества (на 34,7 %).

Изменилась структура пролеченных больных. В 2009 г. преимущественно лечились больные с очаговыми формами туберкулеза – 26 %, инфильтративным туберкулезом – 47 % и с туберкулезным плевритом – 9 % пациентов. В 2010 г. с очаговыми формами было пролечено – 36 %, с инфильтративными – 47 %, с туберкулезным плевритом – 9 % больных военнослужащих. В 2013 г. значительно выросло число пациентов с очаговыми формами, было пролечено – 46 %, а с инфильтративными их доля уменьшилась до – 39%. В 2014 г. значительно выросло число пациентов с инфильтративными формами, их доля составила 54 %, а доля очаговых форм – 25 %, туберкулезного плеврита – 7 %.

Если в период с 2009 г. по 2013 г. доля фиброзно-кавернозного туберкулеза составляла 1 %, то в 2014 г. его доля составила уже 2 %. Также и с диссеминированной формой отмечается рост: в 2010 г. – 1 %, в 2009 г. – 6 %, в 2014 г. доля его выросла до 7 %. Регистрировались также и случаи ко-инфекции туберкулез/ВИЧ (с 2008 г. по 2014 г. в клинике туберкулеза ГВМКЦ «ГВКГ» пролечено 6 таких больных).

Выводы. За последний год значительно выросло число пролеченных больных туберкулезом. В структуре выросла доля инфильтративного, фиброзно-кавернозного

и диссеминированного туберкулеза, регистрировались случаи и ко-инфекции туберкулез/ВИЧ.

ВІДПОВІДНІСТЬ СУЧАСНИХ МЕТОДИК ВИЗНАЧЕННЯ НЕБОЙОВИХ САНІТАРНИХ ВТРАТ ПРИНЦИПАМ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Губар А.М., Сокирко Д.М., Майданюк В.П.,
Завроцький О.О.

Українська військово-медична академія
вул. Мельникова, 24, м. Київ, Україна, індекс 04050,
тел. (063) 8118438, Hypotolyanus@gmail.com

Сучасні збройні конфлікти характеризуються рішучістю, високою маневреністю та напруженістю, швидкими і різкими змінами обстановки. Це обумовлює необхідність якісного прогнозування величини та структури санітарних втрат військ. Доказова медицина дає можливість визначити оптимальні підходи до прогнозування можливих небойових санітарних втрат шляхом аналізу досвіду військових конфліктів.

Мета. проаналізувати відповідність сучасних методик визначення небойових санітарних втрат принципам доказової медицини.

Завдання. проаналізувати наукові літературні джерела інформації стосовно відповідності сучасних методик визначення небойових санітарних втрат принципам доказової медицини.

Матеріалами дослідження слугували дані літературних джерел.

Метод дослідження – бібліо-семантичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Визначення можливих величини та структури втрат особового складу методами прогнозу та прогнозування,

являється основою для планування можливого обсягу роботи медичної служби.

За результатами проведеного аналізу наукових джерел інформації щодо величини та структури втрат особового складу армій провідних країн світу під час воєнних конфліктів останніх років встановлено, що значні втрати особового складу військ в умовах збройних конфліктів припадає на санітарні втрати, а саме на небойові санітарні втрати, які становлять:

- за роки Великої Вітчизняної війни небойові санітарні втрати Радянської Армії становили – 34,7 % (з них повернуто до строю біля 72,3 % поранених та 90,6 % хворих), 5-ї армії США – 78 %, 7-ї та 9-ї армій США – 70 %;

- під час війни в Афганістані небойові санітарні втрати 40-ї армії ЗС СРСР – 93,5 % (з них повернуто до строю 81,96 % поранених та 98,82 % хворих);

- під час Чеченського конфлікту небойові санітарні втрати російської армії у 1994-1996 роках та у 1999-2002 роках – 58 % та 74,2 % відповідно;

- під час операцій у зоні Перської затоки небойові санітарні втрати армії США – 97 %.

На жаль, з огляду на реалії бойової травми, часто своєчасний і скрупульозний збір інформації та інтерпретація результатів ускладнюються. Якість інформації про втрати дуже важлива, оскільки сприяє не лише оптимальному розміщенню, використанню та поповненню обмежених медичних ресурсів. Якісна, точна та систематизована інформація про театр бойових дій є вкрай необхідною для покращення якості та результатів надання медичної допомоги.

Висновки. З досліджуваного впливає, що відсутність ефективної системи обліку та реєстрації можливих небойових санітарних втрат військ в умовах

збройних конфліктів безпосередньо впливає на якість медичного забезпечення. Тому необхідно розробити та впровадити дієву систему реєстрації інформації про типи поранень, їх причини та необхідні медичні процедури, що має потенційне значення для розробки прогностичних моделей розвитку та розміщення медичних сил, логістики систем постачання та наукових досліджень, спрямованих на підвищення ефективності медичних та хірургічних втручань, і розробки заходів профілактики.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Гуйда П.П.

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, пр. Ленина, 4

Системные васкулиты (СВ) – группа заболеваний, характеризующихся преимущественным поражением стенок сосудов любого калибра в виде очагового или сегментарного воспаления и некроза. Эти заболевания характеризуются широко распространенным поражением сосудов, ишемией и нарушением функции многих органов.

СВ считают редкими заболеваниями, однако наши наблюдения свидетельствуют о росте заболеваемости васкулитами, встречающимися практически с одинаковой частотой у мужчин и женщин.

Диагностика СВ до настоящего времени представляет для широкого круга врачей большие трудности, особенно на ранних стадиях болезни, что обусловлено отсутствием специфических лабораторно-инструментальных тестов, недостаточным знанием врачами клинических признаков и диагностических критериев васкулитов, а также наличием атипичных форм

заболеваний. Нередко больным выставляются ошибочные диагнозы инфекционных заболеваний, сепсиса, туберкулеза, в связи с чем, проводится активная антибактериальная терапия, усугубляющая тяжесть заболевания.

Эпидемиология большинства СВ изучена недостаточно в связи с относительной их редкостью. Достоверно известно, что СВ распространены повсеместно. В то же время синдром Бехчета чаще встречается в странах Восточной части Средиземноморья и в Японии, где распространенность болезни в год достигает 1 на 1000, в то время как в США – 1 на 500 000. В Японии также преимущественно распространена болезнь Кавасаки (лихорадочный слизисто-кожно-лимфожелезистый синдром).

СВ чаще возникают в возрасте 20-40 лет, однако заболевание наблюдается и у детей, и у пожилых людей, в частности гигантоклеточный темпоральный артериит (болезнь Хортона) и смешанная криоглобулинемия (криоглобулинемическая пурпура) развиваются у людей старше 50 лет, чаще у женщин. У мужчин чаще возникают узелковый полиартериит (2-3: 1), гранулематоз Вегенера (2: 1), эозинофильный гранулематозный васкулит (1,3: 1), синдром Гудпасчера, облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера), болезнь Кавасаки.

У детей чаще наблюдаются геморрагический васкулит (болезнь Шенляйн-Геноха), распространенность которого достигает 23 – 25 на 10 000 населения, и болезнь Кавасаки, где средний возраст больных составляет 1 год.

По данным многих исследователей, подтвержденным нашими наблюдениями, в последние годы нередко встречаются abortивные (неполные) клинические варианты СВ, при которых наблюдается наличие неполной симптоматики того или иного

заболевания, что значительно затрудняет правильную диагностику.

Из этиологических (провоцирующих) факторов как пусковой механизм можно отметить инфекцию, в том числе вирусную, лекарственную, пищевую и другие виды аллергии, введение вакцин и сывороток, генетическую предрасположенность.

Среди общих механизмов развития СВ основное значение придается иммунопатологическим процессам, в первую очередь иммунокомплексным, хотя в развитии этих заболеваний играют роль также другие патогенетические факторы, в частности гиперчувствительность организма, гранулематозные процессы и др. Кроме того, немаловажное значение имеют реологические и микроциркуляторные нарушения, приводящие к гиперкоагуляции, вплоть до развития ДВС-синдрома.

Каждое из заболеваний группы СВ характеризуется определенными особенностями всех перечисленных процессов, различием участия отдельных механизмов, преобладанием тех или иных факторов, что в конечном итоге определяет нозологическую индивидуальность каждого заболевания.

Четкое знание врачами особенностей возникновения и распространенности СВ, их этиопатогенетических аспектов, характера течения заболеваний в различных возрастных группах, возможности развития атипичных вариантов СВ будет способствовать своевременной диагностике этих заболеваний и раннему назначению адекватной терапии.

РОЛЬ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Гуйда П.П., Молотягина С.П.

Харьковский национальный медицинский университет
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков

Диагностика ревматических болезней (РБ) – одного из наиболее распространенных классов заболеваний внутренних органов, особенно в раннем периоде, до настоящего времени представляет для широкого круга практических врачей большие трудности, о чем свидетельствует значительная частота диагностических ошибок. Это обусловлено отсутствием специфических лабораторных тестов, полиморфизмом и сходностью клинических проявлений многих РБ, малой их выраженностью на ранних этапах, наличием перекрестных симптомов между РБ, недостаточной ознакомленностью врачей с данной патологией. Несвоевременная диагностика приводит к позднему назначению рациональной терапии и в конечном итоге значительно ухудшает и без того серьезный прогноз заболеваний этой группы.

По данным эпидемиологических исследований, в настоящее время в мире не менее четверти населения старше 15 лет страдает теми или иными РБ, причем в последние годы наблюдается заметный рост заболеваемости и распространенности этих заболеваний, особенно системной красной волчанки (СКВ), системных васкулитов (СВ), остеоартроза (ОА), остеохондроза, что подтверждается и нашими многолетними наблюдениями.

Как свидетельствуют эпидемиологические исследования, РБ чаще страдают женщины, число которых среди ревматологических больных достигает 75-85 %.

Следует отметить, что это различие отмечается у больных до 60 лет, а в более старшем возрасте оно исчезает. Подобная частота заболеваемости женщин может рассматриваться как дополнительный диагностический критерий РБ, так как пол больных является определенным фактором риска развития РБ и их прогрессирования, особенно в определенные периоды – пубертатный период, период менопаузы, беременность и роды.

При диагностике необходимо также учитывать различие частоты развития отдельных заболеваний у мужчин и женщин. Так, у мужчин чаще развиваются анкилозирующий спондилоартрит (АС), ОА, подагра, СВ, особенно узелковый полиартериит, гранулематоз Вегенера, эозинофильный гранулематозный васкулит, облитерирующий тромбангиит. Женщины чаще страдают СКВ (среднее соотношение – 6-10:1), системной склеродермией (ССД) (соотношение в репродуктивном периоде достигает 11-15:1), дерматомиозитом (2:1).

Определенную диагностическую ценность имеют особенности клинических проявлений и характера течения РБ у мужчин и женщин. У мужчин более тяжело протекают ССД с преобладанием острого и подострого течения и развитием тяжелых висцеропатий, ревматоидный артрит с преобладанием острого начала и более тяжелого течения болезни и быстрым развитием деструктивных костных изменений, в то время как ОА протекает более благоприятно, часто отмечается так называемое «малое артрозное состояние», характеризующееся эпизодическими полиартралгиями с незначительными и мало прогрессирующими изменениями на рентгенограммах. У женщин имеются различия в возникновении и течении АС, СКВ и подагры. АС обычно начинается незаметно и отличается очень медленным, доброкачественным течением со скудной

клинической симптоматикой. Клинические признаки сакроилеита отсутствуют или мало выражены и проявляются лишь небольшой болезненностью в области крестца, определяемой при пальпации. Отмечается медленное прогрессирование клинических и рентгенологических признаков поражения позвоночника с преимущественной локализацией процесса в дальнейшем в грудном отделе. При СКВ в пре- и постклимактерическом периодах характерно постепенное начало и преобладание хронических вариантов болезни. Течение подагры у женщин обычно мягкое и доброкачественное, без типичных острых приступов.

Не менее важную роль в диагностике РБ играет также возрастной аспект. Известно, что развитие воспалительных РБ наблюдается в возрасте 20-50 лет, а дегенеративно-дистрофических – преимущественно в 55-65 лет. Однако, в последние годы развитие РБ воспалительного генеза нередко отмечается в пожилом возрасте, в частности клинические признаки типичной СКВ и СВ у наблюдаемых нами больных впервые появлялись в возрасте 70-80 лет. ОА в настоящее время часто выявляется у молодых пациентов и у детей. Оценивая возрастной аспект РБ, следует помнить об особенностях их развития и течения в различных возрастных группах.

Таким образом, эпидемиологические исследования играют несомненную роль в своевременной диагностике РБ, что способствует раннему назначению рациональной терапии, что в свою очередь во многом предопределяет дальнейшее течение и прогноз заболевания.

NEW FEATURES OF EPIDEMIOLOGICAL AND EPIZOOTOLOGICAL PROCESS OF LIME-BORRELIOSIS IN DONETSK REGION

Daragan G.N.^{1,3}, Belomera T.A.^{1,2}, Litvinova T.P.¹

Main government State Sanitary-epidemiological services in Donetsk
region¹

Slavyansk, Svoboda str. 12, (06262)3-57-62, suses@i.ua,

M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk, Ukraine²

Kramators'k, Mechanical Engineers str. 39, Dnepropetrovsk medical
academy of Health Ministry of Ukrain³ Dzerzhinsky str.,9,
(056) 713-52-57, dsma@dsma.dp.ua)

Introduction. Lime – borreliosis is widespread infection in Ukraine and serious biomedical problem because Lime – borreliosis has chronic forms with affection of nervous, musculoskeletal systems, heart, eyes.

Aim. Investigation of the epidemic process Lime - borreliosis in Donetsk region since it's official registration in Ukraine in 2000.

Materials and methods. The features of the epidemic process in the incidence of Lime – borreliosis among the Donetsk region for the 2000-2013 years on materials accounting documentation sanitary-epidemiological stations.

Results and discussion. The researches allowed to find out the increase of intensity of epidemic process of Lime-borreliosis during the examined period. Morbidity of Lime-borreliosis has the level more higher than national. Great growth of morbidity of Lime-borreliosis was been registered in 2002 year. Index of morbidity was been 1,5 for 100 000 population. From 2007 year morbidity of Lime-borreliosis is growing constantly.

In all for during 2000-2013 years have been 1664 cases of Lime – borreliosis in Donetsk region. Most patients (82,3 %) have been infected in Donetsk region, 15,6 % patients have been infected in others regions of Ukraine, 1,9 % patients have

been infected in Russia, 0,2 % patients have been infected in Germany and Poland.

Contributors and risk areas for disease have been occurrence identified. Woman are ill of Lyme – borreliosis more (60,4 %). Urban residents are ill of Lyme – borreliosis more (89,5 %). In 83,2 % of cases noted by bites of mites and unknown insects.

Diagnosis of Lyme-borreliosis was confirmed in laboratory in 76,9 % cases in 2005 year. But, from 2006 year percent confirmation of laboratory diagnosis of Lyme-borreliosis was decreased for 41,5 % in 2013 year. One of the reasons of reduction of laboratory confirmation was will be mixed infections which transmitted through mites and was similar some clinical manifestations.

Morbidity of Lyme-borreliosis registered in all three landscape and geographical areas of the Donetsk region. The connection between extension of *Ixodes ricinus* mites and level of morbidity of Lyme-borreliosis in landscape and geographical areas region have been determined. The most morbidity of Lyme-borreliosis (9,0 for 100 000 population) registered in the North – steppe zone, which exceeds regional index for 4 times.

Mites of *Ixodes ricinus* are main keepers and carriers of pathogen of Lyme – borreliosis and more meet in the North – steppe zone of Donetsk region in 18,8 % cases.

The highest incidence of Lyme – borreliosis is recorded in the North – steppe zone. In total, the region recorded 20 enzootic areas (70 settlements). Infection of mites borrelia was been 1,0 % – 13,1 % and on the average for eight years (2006 – 2013) 6,7 %.

Conclusions. Index of morbidity of Lyme-borreliosis depends from the distribution of mites *Ixodes ricinus* in the different landscape and geographical areas of the Donetsk region, which are often found in the North – the steppe zone. Patients will be examination of with topical for Ukraine

infections transmitted by mites for improve the laboratory diagnostics of Lyme – borreliosis.

**ДІЯЛЬНІСТЬ ХАРКІВСЬКОГО ГУБЕРНСЬКОГО
САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛУ
ПО БОРОТБІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ
НА ПОЧАТКУ 20-Х РР. ХХ СТ.**

Демочко Г.Л.

Директор Центру медичного краєзнавства Харківського національного медичного університету, старший викладач кафедри суспільних наук Харківський національний медичний університет;
м. Харків; проспект Леніна, 4,
+38063-687-56-93; inio2@ukr.net.

Поширення інфекційних хвороб на початку 20-х рр. ХХ ст. викликало закономірну активізацію діяльності Харківського санітарно-епідеміологічного відділу, який очолював відомий громадський діяч, член Харківського медичного товариства, талановитий санітарний лікар С. Ігумнов [1, с. 358]. Серед інфекційних хвороб у той час лютували пошесті висипного, поворотного та черевного тифів, дизентерія, кір, скарлатина, туберкульоз. Для ефективної боротьби з цими хворобами Харківський губернський санітарно-епідеміологічний відділ підготував ряд програм, які почали запроваджуватися вже у перші місяці епідемії у різних ланках діяльності.

По-перше, медична громадськість Харкова чи не найперша відізналася на виконання постанови Колегії НКОЗ від 22 травня 1922 «Про підготовку санітарних лікарів», яка особливо підкреслювала необхідність для санітарних лікарів особливої систематичної підготовки з основних галузей медичного знання – гігієни, біології, бактеріології, епідеміології та профілактики [2, арк. 211]. Таким чином, у місті почалася потужна просвітницька робота серед лікарів,

які не мали достатньої знань в галузі епідемічних хвороб. На курсах викладали не тільки відомі харківські лікарі С.В. Коршун, С.П. Григорович, С.М. Коцевалов, М.М. Цехновіцер, а й закордонні світила [3, с. 262-263].

По-друге, у Пастерівському прищеплювальному інституті (нині – Харківський НДІ мікробіології та імунології імені І.І. Мечникова) почали виготовляти власні вакцини проти таких страшних хвороб, як віспа, холера, тиф.

По-третє, вдалося налагодити ефективну роботу Пастерівської станції (відкрита у 1887 р.), де проводилися профілактичні щеплення харківців, здійснювалася широка просвітницька робота серед малограмотного населення міста. Плідна робота в галузі просвітництва проводилася і санітарно-просвітницьким відділом Губздороввідділу – зорганізовувалися будинки санітарної просвіти, пересувні музеї, влітку харківськими вулицями два рази на тиждень їздив вагон-трамвай, який був обладнаний санітарною пропагандою. Він зупинявся біля підприємств, військових казарм, на перехрестях залюднених вулиць, з вагону лектори читали лекції про хвороби, правила гігієни тощо. Серед населення розповсюджувалися брошури, листівки, плакати.

По-четверте, із заснуванням у Харкові Санітарно-Бактеріологічного інституту та Харківського Віспяного інституту значно більше стало проводитися щеплень від заразливих захворювань. Робота цих закладів у першу чергу спрямовувалася на виробництво віспяного детриту, протидифтерійної, стрептококової, протидизентерійної сироваток, холерної, черевно-тифозної, гонококової вакцин, туберкуліну Коха та Дені [4, с. 62].

Така потужна діяльність Харківського санітарно-епідеміологічного відділу дозволила вже у першій половині 1920-х рр. значно знизити рівень захворюваності

інфекційними хворобами, а до кінця десятиліття деякі з них і зовсім зникли з карти Харківської губернії. Санітарна ситуація в місті значно покращилася, намітилася стійка тенденція до поліпшення епідемічного стану.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Ткаченко, І.В. Санітарний стан та боротьба з епідеміями в радянській Україні. 1920-ті рр. / І.В. Ткаченко // Проблеми історії України: факти, судження, пошуки: Міжвідомчий збірник наукових праць. – К. : Інститут історії України НАН України, 2007. – Вип. 17. – С. 345–375;
2. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України, м. Київ, ф. 342, оп.1, спр. 2008, 316 арк.;
3. Курсы для подготовки санитарных врачей в Харькове // Профилактическая медицина. – 1922. – № 4 – 5. – С. 262–263;
4. Матеріали про діяльність установ охорони здоров'я та епідемічний стан республіки за 1925-26 рр. – Х., 1927.

МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ШТАММОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.

Долгий А.А., Асланов Б.И., Гончаров А.Е.
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России;
г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41,
тел. +7(812) 303-50-00, rectorat@szgmu.ru

Цель. Провести мониторинг
антибиотикорезистентности грамотрицательных штаммов,
выделяемых при инфекциях мочевыводящих путей (ИМП)

у больных, находящихся на стационарном лечении в урологическом отделении ГУП «Пассажиравтотранс».

Материалы и методы. За 2008 – 2010 годы исследовано клинических штаммов: 149 – *E. coli*, 41 – *Klebsiella pneumoniae* и 25 – *Proteus spp.* Идентификацию бактерий проводили с помощью морфологического, культурального и биохимического методов согласно определителю бактерий Берджи. Определение антибиотикорезистентности выполняли диско-диффузионным методом согласно рекомендациям CLSI 2009. Для выявления продукции бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) применялся метод двойных дисков. Статистическая обработка полученной информации проводилась с использованием компьютерной программы WHONET.

Результаты. Выявлена значимая роль грамотрицательных микробов в этиологической структуре возбудителей ИМП: *E. coli* (24 %), *Klebsiella pneumoniae* (7 %) и *Proteus species* (4 %). Наиболее эффективными в отношении исследованных штаммов *E. coli* были имипенем (97 % чувствительных штаммов), нетилмицин (82 %), цефтазидм (81 %) и цефтриаксон (76 %). Наименее эффективными – азлоциллин (43 %), карбенициллин (41 %), ципрофлоксацин (41 %), левофлоксацин (38 %) и амикацин (36 %). Отчётливо наблюдается тенденция к снижению чувствительности *E. coli* к норфлоксацину. Такая тенденция, вероятно, обусловлена необоснованно частым применением антибиотиков данной группы (норбактин, нолицин) в качестве препаратов стартовой терапии в стационаре без ротации препаратов. Наиболее эффективным в отношении исследованных штаммов *Klebsiella pneumoniae* являлся имипенем (98 %). Наименее эффективными – левофлоксацин (36 %), цефоперазон (35 %), гентамицин (32 %), норфлоксацин (32 %)

и карбенициллин (14 %). Наиболее действенными в отношении исследованных штаммов *Protues spp.* были имипенем (92 %) и нетилмицин (80 %). Наименее действенными – хлорамфеникол (46 %), цефаклор (46 %), левофлоксацин (33 %) и цефоперазон (29 %). Среди изолятов, выделенных в 2010 году, 38 % штаммов *E. coli*, 95 % штаммов *Klebsiella pneumoniae* и 67 % штаммов *Protuesspp.* имели способность к продукции БЛРС.

Выводы. Оценка данных антибиотикорезистентности свидетельствует о высокой полирезистентности грамотрицательных микробов, выделенных от пациентов урологического стационара. Назначение антибиотиков рекомендуется только после оценки степени чувствительности возбудителей у каждого конкретного пациента.

**АНТИАДГЕЗИВНІ ВЛАСТИВОСТІ ПРЕПАРАТІВ
ПОВЕРХНЕВИХ АНТИГЕНІВ S.DIPHTHERIAE,
ОДЕРЖАНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ
ЕЛЕКТРО-МАГНІТНОГО ВИПРОМІНЕННЯ
НАДЗВИЧАЙНО ВИСОКОЇ ЧАСТОТИ**

Слисеева І.В., Бабич Є.М., Ждамарова Л.А.,
Білозерський В.І., Ісаєнко О.Ю., Колпак С.А., Горбач Т.В.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології

ім. І.І. Мечникова НАМН України»,

вул. Пушкінська, 14/16, м. Харків, 61057;

Харківський національний медичний університет.

вул. Тринклера, 12, м. Харків.

61022. 050-9460923. larisa-zhdamarova@rambler.ru

Розробка специфічних протидифтерійних профілактичних препаратів, котрі перешкождали би адгезії мікробних клітин до фарингеальних епітеліальних клітин хазяїна, може стати ефективним засобом у обмеженні

колонізації слизових оболонок і зменшенні циркуляції *C. diphtheriae* серед населення та новою стратегією конструювання протидифтерійних вакцин. У попередніх наших експериментах було показано можливість підвищення адгезивних властивостей культури *C. diphtheriae* під дією електромагнітного випромінення надзвичайно високої частоти (ЕМВ НЗВЧ) та одержання препаратів поверхневих антигенів коринебактерій дифтерії з підвищеним вмістом адгезинів. Вивчення антиадгезивної дії одержаних антигенних препаратів було завданням проведених досліджень.

Матеріали та методи. Піддослідним тваринам вводили підшкірно експериментальні комбіновані протидифтерійні вакцини «очищений дифтерійний анатоксин + бактерійний антигенний препарат»; тварин з контрольної групи 1 імунізували експериментальною моновакциною «бактерійний антигенний препарат»; контрольній групі 2 було введено моновакцину «очищений дифтерійний анатоксин» – в еквівалентних дозуваннях.

Забір крові для подальших серологічних досліджень в РПГА та вивчення антиадгезивної активності сироваток крові кролів проводили через 3 тижні після щеплення, коли, як свідчать наші попередні дослідження, були зареєстровані максимальні показники протидифтерійного антитоксичного імунітету.

Результати та їх обговорення. Результати РПГА показали, що рівні антитіл у кролів, котрі одержали щеплення комбінованою експериментальною вакциною з бактерійним антигеном, становили від 0,25 МО/мл до 1,0 МО/мл (захисний рівень 0,125 МО/мл). В інших тварин титри антитіл були нульовими (контроль 1) або не досягали захисного рівня – 0,06 МО/мл (контроль 2).

В подальшому вивчалось питання, чи містять одержані зразки сироваток тварин, імунізованих

експериментальною комбінованою протидифтерійною вакциною антиадгезивні антитіла. З цією метою при вивченні адгезивності тест-штаму *S. diphtheriae* досліджували сироватки сперше адсорбували на формалінізованих нормальних еритроцитах барана, а потім додавали їх до зависі формалінізованих еритроцитів людини, витримували півгодини у термостаті при температурі +37 °С, та проводили подальші дослідження адгезивних властивостей тест-штаму *S. diphtheriae* відповідно до методу Папенгейма. Результати проведених досліджень свідчать про те, що введення до експерименту етапу експозиції формалінізованих еритроцитів людини з сироваткою піддослідних тварин, щеплених дифтерійним бактерійним антигеном, призвела до зменшення показників адгезії у порівнянні з контролем на 8 – 20 відсотків ($t > 2$; $P = 95,5\%$), що вказує на присутність у сироватці щеплених кролів протидифтерійних антиадгезивних антитіл.

Висновки. Таким чином, одержані за допомогою ЕМВ НЗВЧ бактерійні антигенні препарати *S. diphtheriae* виявили не лише ад'ювантну, але й антиадгезивну дію, тобто вони є перспективними для подальших досліджень у напрямку стратегії ураження бактеріальної вірулентності при розробці нової комбінованої протидифтерійної вакцин з бактерійним антигенним компонентом.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИНУСИТАМИ В КРЫМУ

Завалий М.А., Балабанцев А.Г.

Крымский государственный медицинский университет

им. С.И. Георгиевского,

кафедра оториноларингологии

г. Симферополь 95006 бул. Ленина, 5/7

mariannazavali@gmail.com

Цель работы. Проведение статистического анализа заболеваемости больных хроническими синуситами,

частоты их госпитализации по поводу хронического синусита в оториноларингологические стационары АР Крым за период с 2004 по 2014 годы.

Материалы и методы. Для проведения данного исследования были использованы официальные отчеты статистических отделов лечебно-профилактических учреждений и «Основные показатели здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений АР Крым за 2004-2014 гг.» информационно-аналитического центра медицинской статистики Крыма.

Результаты и их обсуждение. По годам отмечается устойчивый рост заболеваемости, хотя в 2010 году зафиксировано некоторое снижение показателя – на 3,5 % ниже, чем в 2008 г. и на 2,3 % ниже, чем 2012 г. Но при статистической обработке данное колебание принципиально не изменило тенденцию роста заболеваемости хроническими синуситами. Выявлена стойкая тенденция роста числа госпитализированных больных за указанный отрезок времени. После 2004 года отмечен всплеск госпитализированных больных, показатель возрос на 11 % в 2005 году по сравнению с предыдущим. За период 2006 и 2007 гг. показатель оставался почти на одном уровне – 400,9 и 407,0 соответственно на 100 тыс. человек, в 2008 году отмечено увеличение количества госпитализированных больных на 4,9 %. В 2009 году показатель существенно не изменился, его рост составил всего 0,3 %. С 2011 года показатель увеличивался в диапазоне 2,8 % - 4,8 %. В результате было установлено, что линии регрессии имеют восходящий характер. На их достоверность указывает коэффициент парной корреляции: 0,94 для показателей заболеваемости хроническими синуситами в Крыму; 0,97 – для количества госпитализированных больных в оториноларингологические стационары,

при критическом значении коэффициента парной корреляции Пирсона ($P \geq 0,05$) 0,63.

Весь период исследования характеризуется стойкими высокими показателями заболеваемости синуситами. Темп роста заболеваемости больных составил в среднем 5-10 % в год, на 3-5 % в год отмечен рост количества госпитализированных больных. В течение каждого года при анализе показателей по месяцам и регионам Крыма отмечаются сезонные «всплески» в периоды межсезонья весной и осенью, а также в летние месяцы на фоне морских купаний. В эти периоды года отмечается рост заболеваемости в целом по Крыму, но особенно повышается процент госпитализации в приморских городах. Например, в июле-августе количество госпитализированных больных в ЛОР-стационары гг. Евпатории, Ялты, Феодосии, Керчи возрастают от 2,3 до 3 раз. Если в летнее время рост заболеваемости можно объяснить наличием большого количества людей приезжающих на отдых в Крым, то в периоды межсезонья рост заболеваемости и болезненности приводит к повышению процента госпитализированных и оперированных больных в условиях оториноларингологических стационаров II или III уровня аккредитации, за счет постоянно проживающего населения в Крыму.

Стабильно высокие показатели заболеваемости и госпитализации указывают на климатические особенности (резкие перепады температуры и влажности в атмосфере в период межсезонья); на недостаточную санитарно-просветительную работу, что чаще всего проявляется поздним обращением больных; на недостаток профилактических мероприятий, наличие вторичного иммунодефицита у населения; неполное вылечивание острых форм воспалительных заболеваний верхних

дыхательных путей; зачастую отсутствие комплексного подхода и этапности в лечении; проведение стандартного лечения без учета региональных особенностей этиологически значимой микрофлоры, наиболее часто встречающейся у больных синуситами в данном регионе.

Вывод. Полученные данные говорят о необходимости повысить эффективность лечебно-профилактической помощи больным синуситами путем разработки и внедрения методов прогнозирования обострения, коррекции морфофункциональных нарушений на основании изучения этиологического фактора, а также особенностей ключевых факторов, влияющих на патогенез синуситов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Завалий М.А., Балабанцев А.Г., Малый К.Д.,
Шульженко Н.Г., Лашко О.А.

Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, (г. Симферополь)
г. Симферополь 95006 бул. Ленина, 5/7

mariannazavali@gmail.com

Установление этиологического фактора у больных с хроническим рецидивирующим гнойным гайморитом является важным вопросом диагностики для правильного выбора тактики лечения. Применение современных технологий микробиологических исследований у больных синуситами позволяет повысить информативность диагностики, расширить знания пейзажа патогенных микроорганизмов. К таким методам относится: полимеразная цепная реакция – ПЦР, принцип метода заключается в многократном размножении специфической

последовательности ДНК. Специфичность и чувствительность метода достигает 95-100 %.

Среди многообразия инфекционной патологии верхних дыхательных путей человека значимую роль занимает хламидийная инфекция. Она является серьезной проблемой международной и национальной служб здравоохранения вследствие своего широкого распространения и влияния на уровень здоровья и воспроизводства населения. За последние десять лет отмечается увеличение заболеваемости экстрагенитальными хламидиозами: проктитами, фарингитами, отитами, пневмониями, конъюнктивитами, болезнью Рейтера.

Цель работы. Выявить патогенную флору, которая традиционным способом не обнаруживалась, у больных с хроническим гнойным гайморитом, используя метод ПЦР.

Материалы и методы. Нами было обследовано 58 больных (25 женщин и 33 мужчины), в возрасте от 19 до 45 лет, с рецидивирующими хроническими гнойными гайморитами, сопровождающиеся упорным гноетечением, которые находились на лечении в оториноларингологической клинике КРУ КБ им. Н.А. Семашко. У 14 больных в прошлом была выполнена гайморотомия. Наряду с общеклиническим обследованием больным проводилась ПЦР-диагностика с праймерами к фрагменту генома криптической плазмиды *Chlamydia trachomatis* размером 207 п.н.

Забор материала из верхнечелюстной пазухи осуществлялся после эвакуации экссудата с помощью специального зонда, который вводили в пазуху через послеоперационное соустье в нижнем носовом ходе у ранее оперированных больных или через пункционную иглу у не оперированных больных.

Результаты. В результате проведенного исследования геном *Clamydia trachomatis* был определен у 11 больных из 58 человек, что составило 19%. У 5 больных (3 мужчин и 2 женщины) из 11 при дополнительном обследовании у гинеколога или уролога была выявлена и урогенитальная хламидийная инфекция (*Clamydia trachomatis*), у 3-х пациентов – ранее леченная, более 3-х лет назад, у 2-х – выявлена впервые.

Проведя анализ литературы и полученных нами данных, следует отметить, что хламидии имеют тропизм к эпителиальным клеткам не только мочеполовой системы, конъюнктивы, нижних дыхательных путей, но и к клеткам верхних дыхательных путей. Кроме того, размножение хламидий в клетках тканей приводит, в конечном счете, к гибели последних. Возбудитель может попадать в кровь, паренхиматозные органы и фиксироваться в лимфоидной ткани, где может персистировать длительное время, вызывая иммунную и аллергическую перестройку в организме и создавая условия для вялого затяжного течения воспалительного процесса.

Выводы. Выявление этиологического фактора при хроническом гнойном синусите является важным диагностическим критерием. Применение современных молекулярно-биологических методов, таких как ПЦР позволяют повысить информативность микробиологического исследования. Хроническая хламидийная инфекция может протекать с поражением различных органов и систем, в том числе верхних и нижних дыхательных путей, мочеполовой системы. При обследовании 58 больных с рецидивирующим хроническим гнойным гайморитом, сопровождающимся упорным гноетечением у 11 (19%) человек был выявлен геном *Clamydia trachomatis* и у 5-ти из них обнаружена урогенитальная хламидийная инфекция.

ПОТЕНЦИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА НА АНТИМИКРОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНУСИТОВ

Завалий М.А., ¹Тверезовский М.В.

Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, кафедра оториноларингологии
(г. Симферополь)

¹Одесский национальный медицинский университет, кафедра общей и
клинической эпидемиологии и биобезопасности (г. Одесса)

г. Симферополь 95006 бул. Ленина, 5/7 marianazavali@gmail.com

¹г. Одесса 65082 пер. Валиховский, 2

Цель работы. Обосновать выбор лекарственных средств для местного лечения риносинуситов, исходя из их антибактериальной активности и влияния на функцию мукоцилиарной системы слизистой оболочки околоносовых пазух (МЦТС СО ОНП).

Материалы и методы. Проведено исследование антимикробной активности ряда лекарственных средств применительно к *S. aureus*, *S. epidermidis*, *K. Pneumoniae*, методом серийных разведений *in vitro*. Определена МПК для данных препаратов изолированно и в комбинации с ПАВ антисептиком - мирамистином; изучено её воздействие на функцию МЦТС СО ОНП в условиях экспериментального острого гнойного синусита у 50-ти кролей. Использовали метод измерения поверхностного давления мономолекулярной пленки ПАВ с помощью весов Вильгельми-Ленгмюра, определяли величину поверхностной активности по индексу стабильности.

Результаты и их обсуждения. Подтверждена необходимость дифференцированного подбора лекарственных средств для местного лечения риносинуситов с учетом региональной патогенной микрофлоры и влияния на функцию МЦТС СО ОНП.

Комбинирование антимикробных препаратов с мирамистином расширяет антимикробный спектр действия основного лекарственного вещества, способствует интенсивной нормализации функции МЦТС и позволяет использовать антимикробные препараты в более низких разведениях при сохранении их бактерицидной активности. Наиболее выраженная бактерицидная активность зарегистрирована, даже при значительных разведениях, у растворов тиамфеникола, амоксицилина потенцированного клавулановой кислотой и декамтоксина.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ПРИ СИНУСИТАХ В КРЫМУ

Завалий М.А., ¹Тверезовский М.В.

Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, кафедра оториноларингологии
(г. Симферополь)

¹Одесский национальный медицинский университет, кафедра общей и
клинической эпидемиологии и биобезопасности (г. Одесса)

г. Симферополь 95006 бул. Ленина, 5/7 mariannazavali@gmail.com

¹г. Одесса 65082 пер. Валиховский, 2

Информация о бактериальной флоре и антибиотикочувствительности возбудителей позволяет подобрать эффективную антибиотикотерапию, сократить сроки лечения, предупредить развитие осложнений и снизить процент возможной хронизации процесса. Региональные особенности резистентности возбудителей требуют комплексного исследования бактериальной микрофлоры острых гнойных заболеваний ЛОР-органов с использованием современных бактериологических методов и определением чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам новой генерации.

Цель работы. Определить чувствительность основных этиологически значимых микроорганизмов у больных гнойными синуситами в Крыму к антибактериальным препаратам для повышения эффективности их лечения.

На основе ранее полученных данных, нами установлено, что в настоящее время в Крыму наиболее часто встречающимися возбудителями синуситов являются стафилококки (*S. aureus*, *S. epidermidis* и др.), стрептококки (*S. mutans*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* и др.) и представители кишечной группы (*K. pneumoniae*, *E. coli*, *Proteus* и др.).

Материалы и методы. Для исследования использовали антибактериальные препараты, которые широко применяют в рутинной оториноларингологической практике (гентамицин, линкомицин), а также те, бактерицидная активность которых, по данным литературы, максимально выражена к основным видам микроорганизмов, выделенных у больных синуситами при мониторинговом исследовании (цефалоспорины, фторхинолоны, макролиды, гликопептиды). Определение количества полирезистентных культур микроорганизмов в различных регионах Крыма проводили методом диффузии в агар с использованием бумажных дисков.

Результаты и их обсуждение. Из 1419 микробных культур, выделенных при мониторинге в различных регионах Крыма 650 (45,8 %) являются полирезистентными.

В различных регионах степень устойчивости к антимикробным препаратам имела отличительные особенности. Имеются значительные колебания в количестве полирезистентных культур одного и того же вида микроорганизма в различных климатических зонах

Крыма. В Симферополе (70,1 %) и Джанкое (54,8 %) самый высокий процент полирезистентных культур.

Полученные данные свидетельствуют о том, что основные виды микроорганизмов имеют высокую устойчивость к гентамицину и линкомицину во всех регионах Крыма.

Применение рокситромицина может быть целесообразным при выявлении стрептококковой инфекции в Керчи, т.к. устойчивые штаммы не были выделены, в Ялте (процент устойчивых штаммов составил всего 12,5 %). Применение рокситромицина возможно при наличии энтеробактерий у больных синуситами в Красноперекопске (26,9 %).

Уровень устойчивости микробных культур в Крыму к ванкомицину не позволяет рекомендовать его для широкого применения в практике для лечения синуситов, особенно при наличии полифлоры.

Высокую чувствительность к цефалоспорином 1-го и 2-го поколения имеют штаммы стафилококков и стрептококков, но при наличии в качестве этиологического фактора энтеробактерий, применение их в Симферополе, Ялте, Джанкое, Евпатрии (к цефазолину резистентность составила 67,5 %) у больных синуситами нецелесообразно.

Высокая чувствительность культур основных микроорганизмов выявлена к цефтриаксону (3-е поколение цефалоспоринов) и ципрофлоксацину практически во всех регионах и в целом по Крыму процент устойчивости составил соответственно к стафилококкам 8,8 % и 1,0 %; к стрептококкам – 0,0 % и 2,8 %; к энтеробактериям 13,2 % и 5,9 %.

Выводы. Основные виды этиологически значимой микрофлоры у больных синуситами в Крыму наиболее чувствительны к цефалоспорином и фторхинолоном.

Максимальное количество полирезистентных штаммов обнаружено к линкомицину, гентамицину, рокситромицину (группа макролидов) и ванкомицину (группа гликопептидов). Резистентность микрофлоры зависит не только от видовой принадлежности возбудителя, но и от географических, эколого-климатических и медико-социальных факторов.

Проведение мониторинга резистентности патогенной микрофлоры при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей к антимикробным препаратам необходимо, т.к. полученные данные могут быть использованы в клинической практике для проведения адекватного выбора и прогноза эффективности антибактериальной терапии.

КІР: ВООЗ – ПОЛІТИКА, УКРАЇНА – ПЕРСПЕКТИВИ

Задорожна В.І., Чудна Л.М., Маричев І.Л.
ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
імені Л.В. Громашевського, НАМН України",
м. Київ, 03680, вул. М. Амосова 5,
275-24-22, e-mail: epidemics@ukr.net

Мета. Аналіз епідемічної ситуації з кору в Україні та світі.

Матеріали та методи. Бюлетень ВООЗ, Статистичні форми МОЗ України та Українського центру з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України.

Результати та обговорення. Не зважаючи на те, що інфекції, які контролюються засобами імунопрофілактики, стали рідкістю в багатьох країнах, збудники інфекції, що їх викликають, продовжують циркулювати в усьому світі. У взаємозалежному світі

ці збудники можуть перетинати кордони і інфікувати будь-яку незахищену людину та спільноту.

ВООЗ наголошує на тому, що існує дві основні причини зробити щеплення – це захиститися самим і захистити людей, оточуючих нас. Успішні програми вакцинації, як і успішні суспільства, спираються на співпрацю кожної людини в забезпеченні загального добробуту. Не слід розраховувати, що поширення хвороби буде зупинено оточуючими нас людьми; кожна людина повинна докладати до цього добру волю та відповідні зусилля.

За оцінками ВООЗ у 2013 р. від кору померло 145 700 чоловік (майже 400 випадків на день або 16 випадків на годину), більшість з яких діти віком до 5 років. Кір залишається однією з основних причин смерті серед дітей раннього віку в усьому світі, навіть незважаючи на наявність безпечної та ефективної вакцини. Заходи по імунопрофілактиці мали значний вплив на зниження смертності від кору. Глобальна смертність від кору знизилася на 75 % – з 544 200 випадків смерті в 2000 р. до 136 050 випадків у 2013 р. Для забезпечення імунітету та запобігання спалахам хвороби ВООЗ рекомендує 2 дози вакцини, оскільки приблизно у 15 % вакцинованих дітей після першої дози імунітет не виробляється.

У 2012 р. ВООЗ представила новий Глобальний стратегічний план боротьби з кором та краснухою, що охоплює період 2012 – 2020 рр. Проте, виходячи з поточних тенденцій та результатів діяльності служб охорони здоров'я, експерти з глобальної імунізації прийшли до висновку про те, що цільові показники по кору, заплановані на 2015 р., не будуть вчасно досягнуті.

ВООЗ застерігає, що найбільш негативні наслідки чи навіть смертоносні спалахи кору відбуваються

в країнах, які переживають стихійні лиха і конфлікти або повертаються до нормального життя після таких подій.

Ситуація з кору в Україні в останні роки залишається нестабільною. У країні на тлі подальшого зниження захворюваності на кір після спалаху у 2011-2012 рр. формується негативна тенденція до зростання прошарку незахищених дітей внаслідок зниження рівня охоплення щепленнями вакциною проти кору, паротиту та краснухи (КПК) (2014 р. – 37% – 54%), виникнення в ряді регіонів (АР Крим, Донецька та Луганська обл.) та поширення по всій території країни контингенту дітей з неконтрольованим (невизначеним) або відсутнім вакцинальним статусом.

Певні напрямки медичної реформи охорони здоров'я в Україні виявили ряд недоліків як в лікувальній справі, так і в організації санітарно-епідеміологічного нагляду, і наступні необґрунтовані окремі “покращення” можуть привести тільки до погіршення стану імунопрофілактики населення, і, як наслідок, до неконтрольованої епідемічної ситуації в країні.

Висновки. У даний час в Україні система організаційних, медико-санітарних, лікувально-профілактичних, протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання виникнення та поширення на території України та за її межі інфекційних хвороб, які контролюються засобами специфічної імунопрофілактики, має бути переглянута з позицій сучасних поглядів на еволюцію епідемічного процесу, генетичних властивостей збудників, нових наукових досягнень в області діагностики та профілактики.

ВПЛИВ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ТА СОЦІАЛЬНО – ЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА КОНТРОЛЬОВАНІ КРАПЕЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ

Задорожна В.І., Чудна Л.М., Маричев І.Л.,
Подаваленко А.П.¹

ДУ „Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
імені Л.В. Громашевського НАМН України”, Київ, 03680,
вул. М. Амосова 5, т. (044) 275-24-22

e-mail: epidemics@ukr.net

¹Харківська медична академія післядипломної освіти
Харків, 61176., вул. Корчагінців, 58, т. (057) 711-80-36

Мета. Оптимізувати організаційні та методичні принципи епідеміологічного нагляду за інфекціями, що контролюються засобами специфічної профілактики.

Матеріали та методи. Статистичні форми МОЗ України та Українського центру з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України. Аналіз проводили за допомогою пакету SPSS 17. Задля встановлення зв'язку були розраховані коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s) та статистична значущість цієї величини (p). Для визначення умов та причини інтенсифікації епідемічного процесу крапельних інфекцій проводили багатфакторний аналіз, застосовуючи метод бінарної логістичної регресії.

Результати та їх обговорення. До останнього часу інфекційні хвороби залишаються однією з основних причин, що негативно впливають на здоров'я людей та позбавляють життя сотні тисяч осіб. Велика надія покладається в цьому на вакцинопрофілактику, яка в ХХ та ХХІ сторіччі дозволила перемогти віспу, значно знизити рівень захворюваності на кір, поліомієліт, дифтерію та інші контрольовані інфекційні хвороби. Але з часом виникли

ознаки того, що тільки вакцинація поки що не принесла повної перемоги над інфекційними хворобами.

Завдяки вакцинації з'явилися найбільш ефективні можливості боротьби з інфекційними захворюваннями, особливо з повітряно-крапельним механізмом передачі. Проте незважаючи на тривалу імунізацію проти кору, дифтерії, кашлюку, краснухи та епідемічного паротиту, яка сприяла зниженню у кілька десятків разів захворюваності, періодично продовжуються підйоми захворюваності та навіть епідемічні спалахи.

Так, після декількох років спорадичної захворюваності виникають спалахи контрольованих крапельних інфекцій (ККІ). Це дозволяє припустити існування інших факторів впливу на рівень захворюваності.

Останнім часом в літературі зустрічаються окремі роботи про те, що демографічні показники, якість та тривалість життя значно впливають на рівень ККІ. Підйоми захворюваності на ККІ в країнах з високим рівнем щепленості дозволяють припустити існування інших факторів впливу.

В Україні програми імунопрофілактики щодо кору, краснухи, епідемічного паротиту, кашлюку та дифтерії застаються фактично не виконаними. Періодичні підйоми захворюваності на ККІ та їх спади практично не аналізуються. Вплив різноманітних факторів, які сьогодні визначають епідемічні особливості ККІ, система епідеміологічного аналізу не враховує. Сучасна концепція епідеміологічного нагляду за ККІ потребує більш глибокого та різнопланового аналізу з урахуванням дії факторів середовища життєдіяльності.

Згідно з даними ВООЗ стан здоров'я населення залежить від способу життя (більше 50,0 %), стану довкілля (близько 20,0 %), спадковості (близько 20,0 %), діяльності

органів та закладів системи охорони здоров'я (менше 10,0 %). Спільна дія цих чинників, в тому числі стан здоров'я населення на певній території, може значною мірою впливати на інтенсивність розвитку епідемічного процесу інфекційних хвороб. В Україні впродовж 1990-х рр. спостерігалася затяжна системна криза, яка призвела до передчасної смерті близько 16 млн осіб (Е.М. Лібанова, 2007).

Проведений кореляційний аналіз виявив прямі зв'язки сильної сили між показниками захворюваності на крапельні інфекції та щільністю населення у 41,9 % випадків (від $r_s=0,7$; $p<0,05$ до $r_s=0,9$; $p<0,01$), а також між показниками захворюваності та кількістю найпоширеніших шкідливих речовин (пил, діоксид сірки та азоту, оксид вуглецю) в атмосферному повітрі у 26,0 % випадків (від $r_s=0,7$; $p<0,05$ до $r_s=0,8$; $p<0,01$).

За допомогою математично побудованої моделі прогнозування ускладнення епідемічної ситуації з крапельних інфекцій визначено імовірність інтенсифікації їх епідемічного процесу під впливом соціальних (при підвищенні загального приросту населення в 4 – 6 разів, ступеня урбанізації – на 10,0 – 45,0 %) та екологічних факторів (при підвищенні вмісту в атмосферному повітрі оксиду вуглецю, діоксиду азоту та сірки – на 25,0 – 80,0 %).

За 2005 – 2011 рр. в Україні, незважаючи на зниження смертності, зросла з 14,5 % до 15,9 % серед населення частка імунокомпрометованих осіб. Серед імунокомпрометованих найбільш уразливими щодо крапельних інфекцій є хворі на хронічні захворювання дихальних шляхів. За період спостереження відмічається також їх зростання з 57,9 до 60,6 на 1000 населення.

Таким чином, аналіз захворюваності на дифтерію, кашлюк, кір, епідемічний паротит та краснуху наряду

з вивченням показників соціально – гігієнічного моніторингу дав можливість встановити вплив факторів середовища життєдіяльності на інтенсифікацію епідемічного процесу цих інфекцій, що необхідно враховувати при прогнозуванні.

Висновки. 1. Основним фактором, який суттєво впливає на епідемічний процес крапельних контрольованих інфекцій є імунoproфілактика, яка формує достатній імунний прошарок.

2. Встановлено вплив деяких факторів середовища життєдіяльності (демографічні, соціальні, медичні, екологічні та інші) на перебіг епідемічного процесу крапельних контрольованих інфекцій.

АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ВАКЦИНА – ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ БОРЬБЫ С ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ.

Иванченко С.В., Гончарь А.В., Иванова Е.В.
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков. пр. Ленина, 4, тел. 732-33-44,
e-mail: pim1bioethics@gmail.com

Введение. Хеликобактерная инфекция является одной из самых распространенных в мире. Так, по статистике, 50 % населения земного шара инфицировано *Helicobacter Pylori* (Hр). В Украине эта цифра составляет приблизительно 80 %. Хотя в большинстве случаев имеет место бессимптомное носительство, в 10-20 % случаев Hр является причиной развития гастритов и язвенной болезни, в 1 % развивается аденокарцинома желудка, и менее, чем у 1 % - В-клеточная лимфома желудка. Инфицирование Hр в детском возрасте может быть причиной потери желудочного барьера

для других патогенов, что приводит к недоеданию, замедлению роста, железодефицитной анемии.

Цель исследования. Провести литературный анализ состояния вакцинопрофилактики Нр в настоящее время, показать ее роль в предотвращении возникновения патологии желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. При поиске в базе данных eLIBRARY.RU и PubMed оцифрованных источников по ключевым словам "Helicobacter Pylori, vaccination" получено 322 ссылки на публикации, которые содержат эти понятия.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве случаев терапия назначается эмпирическим путем и дает худшие результаты по сравнению с терапией других более частых инфекционных заболеваний. Эффективность многих часто рекомендуемых режимов терапии инфекции Нр все чаще уменьшается в связи с постоянно возрастающей резистентностью бактерии ко многим антимикробным препаратам. Однако, даже успешная ликвидация инфекции при помощи антимикробной терапии не обеспечивает устойчивость к последующему инфицированию Нр, который в некоторых странах достигает 15-30 %. Согласно теоретическим моделям, разрабатываемым для прогнозирования влияния вакцины, профилактическая вакцинация от Нр может привести к снижению инфицированности населения в 6 раз, что в 3 раза снизит заболеваемость раком желудка.

В эксперименте на мышах терапевтическая вакцинация снижала риск заболевания раком желудка на 65 %. Первые исследования в моделях на животных продемонстрировали эффективность иммунизации и дали большие надежды на создание человеческой вакцины. Было проведено четыре клинических исследования, в

которых экспериментальные вакцины были испытаны на их способность ликвидации существующей инфекции Нр или предотвращения при экспериментальном заражении.

Дополнительные клинические исследования были проведены, чтобы проверить безопасность и иммуногенность для различных вакцин. Однако разработка вакцины против этого уникального микроорганизма оказалась очень трудной.

Первоначально полагалось, что вакцинация должна проводиться перорально, потому что Нр - неинвазивный патоген. Однако, из-за кислого содержимого желудка, найти вакцину, которая смогла бы пройти эту среду и сохранить эффективность, оказалось проблематично. Попытка введения вакцины внутримышечно показала эффективность сходную с группой плацебо.

Другая трудность развития оральных вакцин — возможность дополнительного стимулирования иммунной системы. При тестировании на людях оральной терапевтической вакцины, которая состояла из рекомбинанта апоэнзима уреазы *H. pylori* и термолабильного токсина *Escherichia coli*, у пациентов уменьшилась бактериальная нагрузка Нр, однако у большого количества пациентов введение вакцины вызвало диарею и диспепсические расстройства различной степени выраженности.

Выводы. Дальнейшие исследования иммуногенности Нр необходимы для разработки эффективной, коммерчески доступной вакцины. Вакцинация могла бы спасти миллионы жизней, была бы более рентабельна и имела бы меньшее количество потенциальных осложнений, чем назначение антимикробных средств.

ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В РАДЯНСЬКОМУ ХАРКОВІ В ПОВОЄННІ РОКИ (1945-1991)

Ільїн В.Г.

Харківський національний медичний університет
м. Харків, вул. Танкопія 39/18, кв. 52, 0677578563, ilin_yadim@ukr.net

Минулорічний зрив вакцинації дітей дошкільного віку, нестача життєво важливих ліків на фоні епідемії туберкульозу, яка триває в Україні починаючи з 90-х рр., поряд із проблемами влаштування біженців, бездомних людей, зношеності міських комунікацій піднімають питання дієвості профілактики інфекційних захворювань у сучасному місті. З огляду на це, хотілося б звернути увагу на досвід попередження інфекційних хвороб, який був накопичений у Харкові за повоєнних радянських часів.

Характерною рисою охорони здоров'я в СРСР було поєднання медичних і немедичних заходів, які здійснювалися владою з метою поліпшення громадського здоров'я. Приклад профілактики інфекційних захворювань дозволяє краще оцінити результативність цього поєднання на практиці.

До заходів міської влади, які впливали на стан інфекційної захворюваності, відносилися: вивезення сміття, санітарне облаштування міста, розбудова водопровідної і каналізаційної мережі. До 60-х рр. Харків не вдалося перевести на планово-подвірне очищення внаслідок нестачі транспорту. Відбувалися затримки з вивезенням рідких нечистот в ситуації, коли ще на середину 50-х рр. водопровід і каналізація були тільки в окремих домоволодіннях, а 40 % дворових каналізованих вбиралень потребували капремонту. Питання утилізації твердого сміття вдалося частково вирішити з початком роботи 1982 р. сміттєспалювального заводу. Найпоширенішим прикладом поєднання зусиль

медиків і міських органів влади у справі профілактики інфекційних хвороб було залучення населення до збирання і вивезення сміття, в тому числі, шляхом організації соцзмагань між домоуправліннями на кращий санітарний стан.

Основна санітарна проблема повоєнного Харкова – це хронічне відставання розвитку каналізації від розбудови житлового фонду і водопроводу, що призводило до скидання неочищених стоків у харківські ріки. Її вдалося стабілізувати протягом 1957-1964 рр., в подальшому регулярно втілювалися у життя плани збільшення потужності міських очисних мереж.

Профілактичні заходи, які були в компетенції медиків, передбачали масову вакцинацію і диспансеризацію населення, перевірку окремих закладів, подвірні обходи, але вони не завжди здійснювалися сумлінно. Так, внаслідок незаконного прийому об'єктів харчування санінспекторами джерелами інфікування ставали буфети і закусочні. Друга проблема полягала в доступності профілактичної допомоги як такої. В місті сформувалася нерівномірність розподілу населення між територіальними дільницями, яка вела до дефіциту дільничних терапевтів. Проведена 1965 р. перевірка виявила, що таке становище – результат афер керівників окремих медзакладів, які штучно завищували кількість населення дільниць з метою утримання понаднормових посад. Уточнення чисельності населення, перерозподіл лікарських дільниць і штатів виявили кадрові резерви і дали щорічну економію коштів у 300 тис. крб.

Вже в перші повоєнні роки були досягнуті значні успіхи в недопущенні епідемій інфекційних хвороб. На 1953 р. повністю ліквідована захворюваність на малярію, різко знижена захворюваність на тифи, дизентерію, дифтерію, венеричні хвороби, згодом

ліквідовані поліомієліт, бруцельоз, туляремія. З 1950 по 1955 рр. на 40,8 % зменшилася смертність від туберкульозу органів дихання, на 86,2 % – від інших форм туберкульозу, особливо, серед дітей завдяки суцільній вакцинації новонароджених. З 1960 по 1970 рр. захворюваність усіма формами туберкульозу знизилась на 49,5 %.

Отже, радянський досвід доводить, що активна масова медична профілактика в справі ліквідації інфекційних хвороб давала системні позитивні зрушення лише в поєднанні з іншими заходами з облаштування навколишнього середовища і ліквідації соціальних причин поширення інфекцій.

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Карабан О.М., Кратенко І.С., Цодікова О.А.
Харківська медична академія післядипломної освіти
61176 Харків, вул. Корчагінців.58
epidemiol.aids@mail.ru

На виконання «Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2016 р» в ХМАПО розроблені і виконуються ряд заходів щодо підготовки сімейних лікарів та інших лікарів первинної ланки медицини з вакцинопрофілактики інфекційних хвороб.

Підготовлений та виданий навчальний посібник «Імунопрофілактика в практиці сімейного лікаря» (рекомендовано ЦМК МОЗ України, Подаваленко А.П., Чумаченко Т.О., Задорожна В.І., Кратенко І.С., «Фолио», 2008 р.).

Підготовка фахівців починається з інтернатури, в програми всіх інтернів включені основні питання з вакцинопрофілактики.

Кафедрою загальної гігієни та епідеміології розроблений і затверджений вченою радою академії навчальний план і програма циклу тематичного удосконалення «Імунопрофілактика інфекційних хвороб».

Кафедрою поліклінічної педіатрії розроблений і затверджений навчальний план і програма циклу тематичного удосконалення «Організація профілактичних щеплень дітям раннього віку».

Метою тематичного удосконалення є поглиблення теоретичних знань та засвоєння практичних навичок сімейними лікарями, лікарями педіатрами і терапевтами з питань профілактики інфекційних хвороб, а також удосконалення професійного підходу щодо організації і проведення профілактичних щеплень.

Тривалість циклів 1 місяць (156 годин).

У процесі навчання використовуються такі види занять: лекції, практичні та семінарські заняття, зокрема семінари по обміну досвідом роботи, семінари-екскурсії, семінари-конференції, семінари-колоквіуми. Програмами передбачено також проведення базового та заключного контролю, рішення ситуаційних задач, виконання тестових завдань, а також іспити у формі співбесіди.

За останні 5 років навчання пройшли 428 фахівців м. Харкова і Харківської області, а на виїзних циклах - спеціалісти Сумської, Полтавської, Кіровоградської, Запорізької, Дніпропетровської та інших областей. Нажаль, на сьогодні основним недоліком в проведенні вакцинопрофілактики інфекційних хвороб є недостатня кількість і асортимент вакцин, які надаються Міністерством охорони здоров'я, в зв'язку з чим,

реєструється рiст ряду iнфекцiйних захворювань в т.ч. серед дорослих (дифтерiя, правець, кашлюк i iншi).

**ПОДБОР КЛЕТОК БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ
ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ АУТОНОЗОДОВ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ
ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Карамышев В. Д., Клочко Н.И., Панасенко В. А., Трач О.А.
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии,
г. Харьков, пр. Ленина, 4, УЛК,
+38(057)707-73-46,
histology_knmu@mail.ru

Актуальность темы. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) в настоящее время являются самыми распространенными и социально значимыми заболеваниями. Терапия ОРВИ представляет очень актуальную проблему. До настоящего времени не существует однозначных рекомендаций и общепринятых стандартов лечения. Данное заболевание вызывают различные респираторные вирусы: риновирусы, вирусы гриппа, коронарновирусы, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), вирусы парагриппа, аденовирусы и энтеровирусы. У некоторых больных выявляется более двух респираторных вирусов, а в 20 – 30 % случаев идентифицировать возбудителя не удастся. Многообразие серотипов риновируса делает маловероятной перспективу создания эффективной вакцины. Одним из наиболее перспективных путей в этом направлении является применение аутонозодов. Аутонозоды – индивидуальные гомеопатические лекарства, которые приготавливаются из собственных веществ, структур и продуктов болезни конкретного человека.

Целью данного исследования является разработка методики отбора клеток буккального эпителия для приготовления аутонозодов.

Для реализации этой цели поставлены 3 задачи:

1. определить критерии отбора клеток; 2. подобрать и протестировать наиболее подходящие методы исследования; 3. оценить воспроизводимость отобранных критериев.

Материалы и методы исследования. Клетки буккального эпителия из соскоба со слизистой оболочки щеки получали в виде 3 порций. Первую порцию помещали на предметные стекла для микроскопического анализа мазков по общепринятой методике. Препараты фиксировали в смеси этанола и уксусной кислоты, окрашивали ацетоорсеином и светлым зеленым. Вторую порцию подвергали дифференциальному центрифугированию по специальной программе. Центрифугат использовали для приготовления аутонозода. Третья порция клеток использовалась для исследования микроэлектрофоретической подвижности клеток по методике Шахбазова В.Г. в собственной модификации. Модификация методики давала возможность отбирать клетки буккального эпителия в условиях микроядерного тестирования.

Результаты и их обсуждение. Аутонозоды из слюны больных людей, содержащие клетки буккального эпителия применяются десятки лет. В последние годы их стали применять для лечения болезней методом биорезонансной терапии. Практика применения этих препаратов показала, что необходимо не только стандартизировать их приготовление, но и сделать их более эффективными. Сочетанное применение микроядерного теста в условиях микроэлектрофореза показало, что у больных ОРВИ наблюдается отчетливое

увеличение числа микроядерных клеток. Особенно значительно увеличивается количество внеклеточных микроядер. Морфологические изменения однозначно коррелируют с тяжестью и длительностью заболевания. В более тяжелых случаях усиливаются проявления ранних стадий апоптоза (конденсация хроматина, кариопикноз и кариорексис). Наибольшее значение имеют не размеры, а форма ядер и выраженность ядерных протрузий. Следует обращать внимание на интенсивность окраски, состояние и непрерывность ядерной мембраны, рисунок хроматина и наличие апоптозных фагосом.

Выводы. 1. Подобраны критерии отбора клеток, которые в наибольшей степени подходят для реализации цели исследования.

2. Определены параметры программы дифференциального центрифугирования, позволяющие получать воспроизводимые результаты.

3. Разработана технология приготовления аутонозода для клинических испытаний.

АНАЛІЗ ПРИЧИН АКТИВІЗАЦІЇ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ КАШЛЮКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

У 2014 РОЦІ

Карлова Т.О.

Державна установа «Харківський обласний лабораторний центр

Держсанепідслужби України»,

м. Харків, Помірки, 70, 3150279,

karlova-tatiana@mail.ru

Мета роботи. Вивчення причин активізації епідемічного процесу кашлюкової інфекції.

Матеріали і методи. Проаналізовано стан захворюваності кашлюковою інфекцією за даними

екстрених повідомлень (форма 058/о) та форм №1 (місячна), №2 (річна), карт епідеміологічного обстеження вогнищ кашлюкової інфекції (форма 357/о)

Результати та їх обговорення. За останні 5 років епідемічний процес кашлюкової інфекції на території Харківської області мав хвилеподібний перебіг (зі щорічним зростанням або зниженням захворюваності), захворюваність характеризувалася високою сприйнятливістю дітей, з переважною реєстрацією маніфестних форм.

Зростання рівнів захворюваності відбулось у 2011 та 2014 роках у 5,2 та 3,5 рази відповідно, як за рахунок м. Харкова так і районів області.

У 2014 році зареєстровано 169 випадків проти 48, з них 61 (36,0 %) у районах області та 108 (63,9 %) у м. Харкові, інтенсивний показник захворюваності на 100 тисяч населення склав 6,19 проти 1,76 у 2013 році.

Визначає захворюваність дитяче населення, питома вага якого у загальній захворюваності складає 95,3 %, з превалюванням дітей першого року життя 40,4 %. Серед соціальних груп населення найбільш ураженими були неорганізовані дошкільники 62,1 %.

У зв'язку зі зниженням тяжкості клінічного перебігу кашлюкової інфекції за рахунок збільшення легких та атипових форм, мало місце пізнє звернення за медичною допомогою (пізніше 6-ї доби з дня захворювання 70,0 % хворих), що негативно впливає на своєчасність діагностики (бактеріологічно діагноз кашлюку підтверджено лише у 4,1 % хворих) та сприяє розповсюдженню інфекції. Зареєстровано 14 сімейних вогнищ з 31 захворілим.

З 52,1 % у 2013 році до 60,4 % у 2014 році зростає питома вага не щеплених серед захворілих, при цьому,

більше половини з них (51,9 %) не були щеплені з причини відмови батьків та протипоказів.

Аналіз захворюваності щеплених (39,6 %) показав, що 74,6 % з них мали вакцинацію та ревакцинацію проти кашлюку, однак, майже 40,0 % з них останнє щеплення отримали більше 5-ти років, тобто, можливо мали послаблений імунітет. Наявність значної кількості щеплених осіб серед захворілих може свідчити про наявні недоліки в проведенні імунопрофілактики серед дитячого населення, що сприятиме подальшому розповсюдженню захворюваності.

Треба зазначити, що при обстеженні майже 700 контактних осіб, не виявлено жодної позитивної знахідки, внаслідок чого, на недостатньому рівні залишились показники виявлення джерел інфекції (14,8 %) і постали питання аналізу якості лабораторної діагностики кашлюкової інфекції.

Висновки. На підставі проведеного аналізу можна зробити висновок, що протягом останніх 5 років характер та структура захворюваності кашлюковою інфекцією на території Харківської області не змінилися, основними причинами активізації епідемічного процесу були:

- зростання питомої ваги не щеплених серед захворілих;
- можливе послаблення рівня імунітету у щеплених захворілих;
- пізні звернення за медичною допомогою та зростання сімейної захворюваності;
- недоліки в лабораторній діагностиці кашлюкової інфекції;
- недоліки в проведенні імунопрофілактики серед дитячого населення області, зокрема, у своєчасному охопленні повним комплексом первинної 3-х кратної імунізації дітей до 6-ти місяців, який зумовлює

ефективний захист від кашлюкової інфекції (43,2 %) та ревакцинацією у віці 18 місяців (42,2 %).

**ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ 2,3-М ГЕНОТИПЕ ВИРУСА ГЕПАТИТА С:
КЛИНИЧЕСКИЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Кириенко В.Т., Зайцев И.А., Потий В.В., Скорик Е.Б.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Красный Лиман, ул. Кирова, 27, Донецкая область, Украина 84404,
(06261) 2-65-30, (06261) 2-32-05,

dnmuorg@gmail.com

Национальный медицинский университет им. Богомольца, г. Киев

Проблема хронического гепатита С (ХГС) долгие годы остается одной из самых актуальных в медицине и здравоохранении ввиду широкой распространенности заболевания и возможности его трансформации в цирроз и рак печени. Противовирусная терапия (ПВТ) ХГС достаточно эффективна, однако современные препараты стоят дорого и не доступны большинству инфицированных в Украине. Средства, которые выделяет государство на лечение ограничены, поэтому весьма актуальной является проблема их рационального использования. С точки зрения фармакоэкономики оптимальным является такой вариант, когда при минимуме затрат можно получить максимальный эффект. Достичь этого можно либо селекцией пациентов, хорошо отвечающих на лечение, что не всегда этично, либо назначением более эффективных медикаментов больным, у которых шансы на излечение меньше, а менее эффективных – пациентов с высокими шансами на излечение.

Цель настоящего исследования – определить наиболее экономически эффективную схему ПВТ ХГС в Украине.

Материалы и методы исследования:

В исследование был включен 61 пациент с хроническим гепатитом С, 2/3 генотипом вируса HCV. Пациенты группы А (25 человек) получали ИФН-а (Роферон А) по 3 млн МЕ 3 раза в неделю и рибавирин (копегус Roche, Швейцария) по 800 мг. каждый день, пациенты группы В (36 человек) – пегилированный интерферон-а (ПЭГ ИФН) (пегасис Roche, Швейцария) по 180 мкг в неделю п/к с рибавирином (копегус Roche, Швейцария) по 800 мг. каждый день внутрь. В двух группах лечение составило 24 недели. Для фармакоэкономической оценки сравнительных схем терапии ХГС использовали метод стоимость-эффективность. Для оценки эффективности затрат анализируемых схем лечения ХГС был рассчитан показатель эффективности затрат (СЕР), который показывает стоимость единицы эффективности при использовании соответствующей схемы терапии ХГС. Как показатели эффективности лечения использовали конечные целевые точки – количество больных с устойчивым вирусологическим ответом (УВО).

Результаты и их обсуждение: Исходя из данных клинического исследования УВО на терапию развился у 18(72 %) больных группы А и у 33(91,6 %) – из группы Б. Результаты расчета стоимости лечения ХГС двух анализируемых схем ПВТ были следующими: более затратной схемой лечения является комбинированная терапия с использованием ПЭГ-ИФН+Рибавирин со стоимостью курса лечения 66 837,48 грн., менее затратной является терапия с использованием ИФН+Рибавирин – 36 488,45 грн. При оценивании эффективности затрат отмечено, что меньшая стоимость единицы эффективности – 50678 грн. на одного больного с УВО, характерна для терапии ИФН+Рибавирин. При применении терапии, включающей ПЭГ-

ИФН+Рибавирин, эффективность затрат составила 72913,61 грн. на одного больного с УВО. При этом стоимость одного дополнительного больного с УВО при применении такой схемы вместо ИФН+Рибавирин требует дополнительных затрат в размере 151 745 грн.

Выводы: Сравнительный фармакоэкономический анализ двух схем ПВТ ХГС у больных с 2/3 генотипами вируса, показал, что большая эффективность затрат характерна для комбинации ИФН+Рибавирин. Несмотря на несколько меньшую клиническую эффективность (на 20 %) соотношение стоимости лечения в пересчете на одного больного оказалось лучшим. Эта схема терапии имеет преимущество если лечение больных финансируется за счет национальных программ и ставится задание вылечить не конкретного больного, а наибольшее количество пациентов. Однако такая схема лечения ХГС имеет меньшую клиническую эффективность, поэтому для пациента более привлекательной остается терапия ПЭГ-ИФН+Рибавирин, обеспечивающая большую частоту УВО и меньший по величине показатель эффективности затрат.

ВОПРОСЫ ФАКМАКОКОРРЕКЦИИ НЕПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кирсанова Т.А., Кузнецов С.В., Ткаченко С.О.,
Донская А.П., Шевченко Я.А.

Харьковский национальный медицинский университет.

г. Харьков пр. Ленина 4.

тел. (0572) 97-21-32,

e-mail: di-knmu@mail.ru

Цель исследования. Изучить эффективность различных групп лекарственных препаратов,

воздействующих на кашель, у детей раннего возраста с заболеваниями верхних дыхательных путей (ВДП) и сопровождающихся непродуктивным кашлем.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 84 ребенка возрастом один месяц - пять лет с заболеваниями ВДП, которые сопровождались непродуктивным кашлем, из них в первую группу наблюдения вошло 43 больных острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) (гриппом, парагриппом, РС-вирусной инфекцией), во вторую – 41 ребенок с коклюшем. Каждая группа была разделена на две подгруппы в зависимости от получаемого лечения. Первая подгруппа больных помимо стандартного протокольного лечения основного заболевания получала противокашлевые препараты центрального действия, содержащие бутамират; вторая – муколитические лекарственные средства, содержащие амброксола гидроклорид.

Результаты и их обсуждение. В группе детей с ОРВИ клиническая симптоматика заключалась в наличии у них интоксикационного синдрома (43 ребенка; 100 %), мучительного непродуктивного навязчивого кашля (43; 100 %), сопровождающегося болезненными ощущениями за грудиной (11; 25,6 %); умеренно выраженного катарального синдрома (26; 60,5 %); единичными петехиальными элементами сыпи на коже лица и шеи (5; 11,6 %); гиперемии задней стенки глотки (31; 72,1 %); жесткого дыхания над поверхностью легких (43; 100 %), проводных (16; 37,2 %), сухих свистящих (12; 27,9 %) и влажных разнокалиберных (8; 18,6 %) хрипов. В группе детей с коклюшем в клинической картине присутствовал незначительно выраженный интоксикационный синдром (29 больных; 70,7 %), мучительный навязчивый непродуктивный частый кашель (41; 100 %), который

сопровождался репризами (37; 90,2 %), заканчивался рвотой (27; 65,9 %), непроизвольной дефекацией и мочеиспусканием (5; 12,2 %), апноэ (7; 17,1 %), кровоизлияниями в склеры (2; 4,9 %), петехиальными элементами сыпи на коже лица и шеи (10; 24,4 %), слизистых оболочек (4; 9,8 %), а также характеризовался жестким дыханием над поверхностью легких (41; 100 %), проводными (6; 14,6 %), сухими свистящими (5; 12,2 %) и разнокалиберными влажными (2; 4,9 %) хрипами. На фоне проведенного лечения была проведена клиническая оценка эффективности препаратов, воздействующих на кашель. Выяснено, что в первой подгруппе детей с ОРВИ (получавших бутамират) кашель длился в течение $8,1 \pm 2,3$ дня, болезненные ощущения за грудиной на фоне кашля – $4,5 \pm 1,1$ суток, не отмечалось изменение продуктивности кашля. Во второй подгруппе (получавших амброксола гидрохлорид) кашель отмечался на протяжении $6,4 \pm 1,5$ суток, переходил в продуктивный через $2,3 \pm 1,5$ дня, болезненность за грудиной исчезала через $2,4 \pm 1,4$ суток. В группе детей, больных коклюшем, на фоне применения противокашлевых препаратов непродуктивный кашель длился $3,1 \pm 0,6$ нед., на протяжении всего периода наблюдения не менял своих характеристик, кашель в ночное время выявлялся $2,5 \pm 0,2$ нед., репризы – $5,8 \pm 1,7$ дней, рвота – $4,1 \pm 2,4$ дня, апноэ – $2,3 \pm 0,8$ дня, непроизвольные дефекация и мочеиспускания – $3,9 \pm 1,1$ дня, изменение физикальных данных над легкими (коробочный оттенок легочного звука, хрипы) – $3,8 \pm 2,0$ дня. При использовании муколитиков кашель у детей длился $4,5 \pm 1,3$ нед., через $1,7 \pm 0,8$ нед. становился более продуктивным, кашель в ночное время отмечался $3,6 \pm 0,8$ нед., репризы – $15,4 \pm 2,8$ дней, рвота – $8,1 \pm 2,9$ дня, апноэ – $4,4 \pm 1,0$ дня, непроизвольные дефекации

и мочеиспускания – $5,7 \pm 1,3$ дня, изменение физикальных данных над легкими – $10,5 \pm 5,1$ дня.

Выводы. Таким образом, у детей, больных ОРВИ непродуктивность кашля регрессирует быстрее на фоне приема препаратов, обладающих муколитическим действием; коклюшем – противокашлевых лекарственных средств центрального действия.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН ОЖИРІННЯ

Ковальова О.М.

Харківський національний медичний університет,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 1,
основ біоетики та біобезпеки,
61022, пр. Леніна 4, Харків, 0577323344,
prokov@gmail.com

Епідеміологічні дослідження дозволяють говорити про прогностичну значущість надмірної маси тіла та ожиріння відносно розвитку майбутніх ускладнень. Поширення ожиріння в різних країнах і континентах відрізняється. Ці відомості залежать як від дійсної частоти ожиріння, так і від критеріїв, які методологічно використовують для виявлення цього стану. Проте провідні дослідницькі центри застосовують єдині стандарти, тому правомірно проводити зіставлення.

Найбільше досліджень проведено в США, тому найповніше і найчастіше цитують статистичні показники саме по цій країні. Ці дослідження розпочато дослідницькою групою NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey). Відповідно до результатів, ожиріння можливо розглядати як епідемію, оскільки в США спостерігають ожиріння у 19,8 % населення, а у 35,1 % виявляють надмірну масу тіла. На підставі даних NHANES в популяції США

спостерігалася різна варіація частоти ожиріння залежно від етнічної приналежності.

У країнах Європи показники стосовно розповсюдженості ожиріння також вражають. У Великобританії 37 % чоловіків і 24 % жінок мають надмірну масу тіла, а 17 % чоловіків і 19,5 % жінок – ожиріння. У Німеччині, Італії і Іспанії збільшується кількість осіб з ожирінням, причому переважно за рахунок молоді.

Таким чином, ожиріння є однією з найважливіших проблем суспільного здоров'я. Тому цілком правомірне положення про те, що ожиріння слід розглядати як неінфекційну епідемію.

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИПРОБУВАНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Ковальова О.М., Ащеулова Т.В.

Харківський національний медичний університет,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 1,
основ біоетики та біобезпеки,
61022, пр. Леніна 4, Харків,
0577323344, prokov@gmail.com

На даний час у цивілізованому світі вважається законом, що новий метод діагностики і лікування хвороби, перш ніж буде рекомендований до практичного застосування, повинен пройти клінічне дослідження.

Процедури і дизайн клінічних досліджень активно розроблялися в останні десятиліття. Були класифіковані типи і критерії достовірності результатів дослідження. Перший спосіб класифікації клінічних досліджень – згідно з наявністю втручання в звичайну тактику ведення пацієнта. Критерієм іншого способу класифікації є мета випробування. Виділяють шість різних типів клінічних досліджень: профілактичні, скринінгові, діагностичні, терапевтичні, дослідження якості життя, програми

розширеного доступу. Дизайн дослідження – це загальний план дослідження, описання того, як воно буде проводитись. Основні типи наглядових досліджень – когортне, проспективне когортне, ретроспективне когортне, дослідження «випадок-контроль» та ін. Необхідна процедура рандомізації – розподіл хворих випадковим чином, для включення їх до досліджуваної і контрольної групи, і тому хворі мають однакову можливість отримувати досліджуваний препарат або плацебо. Еталонним методом дизайну клінічних досліджень, «золотим стандартом» є багатоцентрове рандомізоване плацебо-контрольоване подвійне сліпе дослідження, основні ознаки якого: наявність групи контролю, використання плацебо, рандомізація, застосування «засліплення». ВООЗ підтримує пріоритет багатоцентрових рандомізованих плацебо-контрольованих подвійних сліпих досліджень серед інших типів досліджень.

Важливою умовою визначення безпеки майбутнього препарату є дотримання норм GCP (Good Clinical Practice – належна клінічна практика), що пропонують міжнародні стандарти планування та проведення досліджень на людях, дотримання етичних принципів. Одним із базових у сучасній біоетиці є правило інформованої згоди.

НЕДОЛІКИ СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ТА МОНІТОРИНГУ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ПАРОТИТНОЇ ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

Козел В.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13,
тел. (044)454-49-36, e-mail: epid@nmu.kiev.ua

Від початку впровадження в Україні планової імунопрофілактики епідемічного паротиту, захворюваність

на цю інфекцію знизилася у сотні разів. Метою Програми Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я-XXI» щодо боротьби з епідемічним паротитом є зниження захворюваності до показника менше, ніж 1 на 100 тис. нас. Досягти цього можливо лише ефективно контролюючи епідемічний процес, для чого рівень охоплення щепленнями повинен становити не менше, ніж 95 % популяції.

Завданням даного дослідження було вивчення охоплення щепленнями проти епідемічного паротиту населення України за інформацією різних баз даних.

У 2014 р., порівняно з попереднім роком, показник охоплення щепленнями дітей у віці 12 міс. зріс з 55,1 та 57 % відповідно), тоді як показники ревакцинації дітей 6-річного віку знизився з 48,6 % до 38,7 %, а показники ревакцинації дітей, старше 7 років (які не отримали своєчасно другу дозу вакцини з різних причин) знизилися з 31,0 до 26,0 %. Такі показники охоплення щепленнями свідчать про неможливість здійснення ефективного контролю за епідемічним процесом паротитної інфекції.

Аналіз різних джерел обліково-звітної документації щодо охоплення щепленнями дозволив виявити невідповідність даних, що в них містяться. Так, згідно національних звітів до ВООЗ, охоплення щепленнями проти епідемічного паротиту дітей 12 міс. віку складало у 2010 р. 83,3 %, у 2011 р. – 74,9 %, у 2012 р. – 82,9 %, у 2013 р. – 80,0 %, а ревакцинація 6-річних дітей охоплювала у 2010 р. 86,1 % даної вікової групи, у 2011 р. – 69,6 %, у 2012 р. – 84,5 %, у 2013 р. – 79,9 %. За даними системи «Укрвак» питома вага дітей 12 міс. віку, які отримали перше щеплення проти паротитної інфекції, у 2010 р. склала 56,1 %, у 2011 р. – 67,0 %, у 2012 р. – 78,8 %, у 2013 р. – 55,1 %; другу дозу вакцини у 6-річному віці у 2010 р. одержали 40,7 % дітей, які підлягали

щепленню, у 2011 р. – 55,6 %, у 2012 р. – 83,7 %, у 2013 р. – 48,6 %.

Такі значні розбіжності можуть свідчити про відсутність у нашій державі уніфікованого підходу до процесу збору та обробки даних.

У зв'язку з вище викладеним, стає зрозумілим, що потребує вдосконалення нормативно-правова база, яка регулює систему епідеміологічного нагляду за захворюваністю та щепленістю, а також існує нагальна потреба приведення до єдиного стандарту всієї обліково-звітної документації, яка використовується на всіх етапах збору та обробки інформації в системі епідеміологічного нагляду за захворюваністю на епідемічний паротит та щепленістю проти цієї інфекції.

ЩОДО ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТА С У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Козько В.М., Анциферова Н.В., Соломенник Г.О.,
Кузнецова А.А., Гаврилов А.В., Пеньков Д.Б.,
Маценко О.М.

Харківський національний медичний університет,
м. Харків, пр. Леніна, 4,
Antsyferova@inbox.ru

Мета дослідження. Проаналізувати епідеміологічні особливості хронічного гепатиту С (ХГС) на сучасному етапі у Харківській області.

Завдання – дослідити частоту та закономірності взаємозв'язку факторів інфікування та генотипу HCV.

Об'єкт дослідження. ХГС. Методи дослідження – молекулярно-генетичні та традиційні статистичні.

Результати та їх обговорення. Генотипування вірусу 134 хворих на ХГС показало, що генотип 1b

траплявся у 60 (44,77 %), 3а – у 31 (23,13 %), 1b/3а – у 14 (10,44 %), 2 – у 10 (7,46 %), 1а – у 7 (5,22 %), 1b/2 – у 6 (4,49 %), 1а/3а – у 6 (4,49 %) пацієнтів.

Випадки внутрішньовенного введення наркотичних речовин траплялися у 47 (78,33 %) та 7 (22,58 %) хворих на ХГС з 1b та 3а генотипами відповідно.

Оперативні втручання, гемотрансфузії, стоматологічні маніпуляції, діагностичні інструментальні огляди відмітили 11 (18,33 %) пацієнтів з 1b, 14 (45,16 %) – з 3а, 10 (100 %) – з 2 та 7 (100 %) – з 1а генотипами. Татування, пірсинг, послуги обрізного манікюру зазнавали 30 (50 %), 24 (77,42 %) та 4 (57,14 %) хворих з 1b, 3а та 1а генотипами аналогічно.

Висновки. Серед обстежених хворих на ХГС переважали типові для Харківського регіону генотипи HCV 1b та 3а. Групи ризику щодо інфікування зазначеними генотипами складали споживачі ін'єкційних наркотиків та особи, які систематично отримували салонні послуги косметологічного характеру. Хворі з іншими генотипами HCV, у більшості випадків, мали у минулому ті чи інші медичні втручання та маніпуляції.

АНАЛИЗ ИНФИЦИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НВУ И HCV ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГЕПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА г. ХАРЬКОВА

Козько В.Н., Бондарь А.Е., Соломенник А.О.,
Меркулова Н.Ф., Могиленец Е.И., Винокурова О.Н.,
Анцыферова Н.В., Никитина В.В., Острополец А.С.

Харьковский национальный медицинский университет,

г. Харьков, пр. Героев Сталинграда 160;

0502037972; infectology@ukr.net

Известно, что одной из групп риска в отношении инфицирования НВУ и HCV являются медицинские

работники (МР). В связи с этим, целью нашего исследования является проведение анализа частоты встречаемости МР среди больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) по данным ХОСГЦ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 4445 больных ХВГ, из них с диагнозом хронический гепатит С (ХГС) – 3554 (79,95 %), хронический гепатит В (ХГВ) – 824 (18,54 %), ХГ В+С – 67 (1,51 %).

Диагноз устанавливали на основании стандартных клинико-лабораторных и инструментальных критериев. Этиологию заболевания подтверждали выявлением специфических маркеров методом ИФА, а также обнаружением в сыворотке крови РНК–НСV или ДНК–НВV методом ПЦР.

Статистический анализ данных проводили с использованием критерии согласия χ^2 Пирсона.

Результаты. Среди обследуемого контингента выявлено 300 (6,75 %) МР, из них с диагнозом ХГС – 263 (7,4 %; 87,67 %), ХГВ – 37 (4,5 %; 12,33 %) пациентов. Средний их возраст составил $41,09 \pm 0,85$ лет. Среди МР с диагнозом ХВГ женщин было 129 (43 %), мужчин – 171 (57 %), жителей города – 197 (4,4 %; 65,67 %), жителей области – 103 (2,3 %; 34,33 %).

Выводы. Среди всех больных ХВГ, находящихся на учёте в ХОСГЦ, на долю МР приходится 6,75 %. При этом среди МР ХГС встречается гораздо чаще, чем ХГВ ($p < 0,01$), а доля МР среди всех больных ХГВ достоверно меньше, чем среди всех больных ХГС ($p < 0,01$). Обращает на себя внимание преобладание жителей города над жителями области ($p < 0,01$).

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF HIV INFECTION ACCORDING TO THE DATA OF THE KHARKIV REGIONAL CLINICAL HOSPITAL OF INFECTIOUS DISEASES

Kozko V.N., Gavrylov A.V., Sokhan A.V., Bondarenko A.V.,
Zoth Ya.V., Anziferova N.V., Solomennik A.O.,
Kuznethova A.A., Berezhnoj B.Y.
Kharkiv National Medical University,
Department of Infectious Diseases
Kharkiv, prosp. Heroiv Stalingradu,160,
gaan@ukr.net

The goal. Analyze morbidity and mortality among HIV-infected patients.

Materials and methods. Medical histories of the HIV-infected patients who were examined and treated in Kharkiv RCHID during the 2008-2013 were analyzed.

Results and discussion. There were 475 HIV-infected patients with different stages, 90 of which died of AIDS. Among HIV-positive 11 (2 %) had II, 110 (23 %) – III, 354 (75 %) - IV clinical stage. Late stages dominated. In 57 (12 %) patients were treated for other reasons, HIV was first diagnosed in the survey. Attention is drawn to the fact that all patients were diagnosed with HIV in the later stages: in 13 (22,8 %) patients with stage III and 36 (77,2 %) – the terminal stage IV. This indicates a late diagnosis of HIV. It could be due to the fact that patients tend not to seek treatment, refuse HIV testing and lack of HIV alertness in medical personnel. The average age of patients with stage II was (30,13±1,45), stage III – (34,50±0,62), stage IV – (34,73±0,45) years. Overall, the average age of patients with HIV was (34,51±0,35) years. It should be noted that of 475 HIV-infected patients only 43 (9 %) were receiving highly active antiretroviral therapy.

Conclusions. The patients were of young age, mainly from III - IV stages of HIV infection. Late diagnosis

of this disease and the small percentage of people receiving antiretroviral therapy contribute to the spread of HIV and increase the number of people who require expensive examination and treatment of opportunistic infections.

**КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА
ПРИ ГРИППЕ А (H1N1) CALIFORNIA 2009,
ОСЛОЖНИВШЕМСЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ
ПНЕВМОНИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ
ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМ ШТАММОМ K1. PNEUMONIAE
В ПОСЛЕПАНДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТА
БЕЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА**

Козько В.Н., Градиль Г.И., Губина-Вакулик Г.И.,
Ярош В.А., Лобойко К.Н., Борзенкова И.В.,
Левинский В.Л.

Харьковский национальный медицинский университет,
ЦНИЛ, кафедра инфекционных болезней,
КУОЗ “ХОКБ-ЦЭМП и МК”, г. Харьков

Появление в 21 веке вирусных инфекций респираторной системы, приобретающих черты эмерджентных (SARS, грипп H5N1, грипп A(H1N1) California 2009, MERS-CoV), обуславливает достаточно высокую смертность, тенденции к росту которой, сохранятся в ближайшее время. Пересортировка генетического материала вируса гриппа A(H1N1) California 2009, привела к появлению негативных изменений в патоморфозе, патогенезе, как этой классической инфекции, так и ее, до недавнего времени, наиболее частого осложнения – пневмонии. Оценка истинного количества отдельных случаев гриппа и причин смерти при этом заболевании, является не совсем простой задачей. Традиционные национальные системы наблюдения обычно не учитывают индивидуальные случаи.

Цель работы. Клинический анализ летального случая гриппа в сочетании с клебсиеллезной коинфекцией. Пациент Т, 45 лет, был госпитализирован в ХОКБ в марте 2014 года на 6 день болезни в тяжелом состоянии с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, частый кашель с мокротой, одышку в покое, резкую общую слабость. Пациент умер на 9 день пребывания в ОИТ ХОКБ. Заключительный клинический диагноз. Грипп А(H1N1) sw (подтвержден методом ПЦР прижизненно и при постмортальном исследовании ткани легкого), внегоспитальная двусторонняя пневмония с тотальным и субтотальным поражением легкого (бактериологически из промывных вод бронхов выделена *Kl. pneumoniae*), IV клиническая группа, период разгара, ДН III. Диагноз паталого-анатомический: грипп, тотальная бронхопневмония с участками гнойно-геморрагической пневмонии с тенденцией к абсцедированию, язвенно-некротический трахеобронхит, деструктивный панbronхит. Осложн.: дистрофия паренхиматозных органов, отек-набухание головного мозга, отек мозговых оболочек. При исследовании чувствительности к антибиотикам штамм *Kl. pneumoniae* оказался резистентным к ампициллину, оксациллину, цефтриаксону, тазобактаму, имепенему, ванкомицину, амикацину, офлоксацину, линезолиду (зивокс), чувствителен – к фосфомицину и цефоперазону.

Выводы. Патогенные свойства вируса гриппа А(H1N1) California 2009 в послепандемический период не снизились и продолжают обуславливать тяжелое течение с развитием фатального повреждения респираторной системы. Возбудитель бактериальной коинфекции *Kl. pneumoniae* характеризовался высокой степенью резистентности к антибиотикам и особую тревогу

вызывает его резистентность к карбапенемам и линезолиду.

HAEMATOLOGICAL AND BIOCHEMICAL DISORDERS IN HIV/TUBERCULOSIS CO-INFECTED PATIENTS WITH DIFFERENT STATE OF IMMUNITY

Kozko V., Kuznietsova A., Antsyferova N.,

Gavrilov A., Solomennyk A.

Kharkiv National Medical University

Department of infectious diseases

Prospekt Geroev Stalingrada, 160,

e-mail: nastioshka30@yahoo.com

Objective. To assess haematological and biochemical disorders in HIV/ tuberculosis co-infected patients depending on the degree of immunosuppression.

Materials and methods. Are inspected 75 patients with co- infection HIV/tuberculosis. Into the 1st group entered 47 patients with the level of CD4- lymphocytes of less than 200 kl/mkl, into the 2nd group - 28 people with the level of CD4- lymphocytes of more than 200 kl/mkl. To all patients was carried out the general clinical analysis of the blood, they determined the general content of creatinine, urea, the activity of alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase in the blood serum by colorimetric method.

Results and discussion. In the patients of the 1st group the total quantity of lymphocytes in the peripheral blood was reduced, and the content of creatinine, urea, activity of alaninaminotransferase in the blood serum is increased in comparison with the analogous indices in 2nd group ($r < 0,05$). The direct connection between a level of CD4-lymphocytes and a total quantity of lymphocytes is revealed ($r < 0,05$). In sick both groups the anemia was encountered with the identical frequency ($r > 0,05$).

Conclusions. Reduction in the level of CD4-lymphocytes in less than 200 kl/mkl is accompanied by increase in the content of creatinine and urea, and also by making more active of transaminaz in the blood serum.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Козько В.М.¹, Могиленець О.І.¹,
Меркулова Н.Ф.¹, Бондаренко А.В.¹, Соломенник Г.О.¹,
Юрко К.В.¹, Винокурова О.М.¹, Єкімова Н.А.², Лихач В.В.¹
¹Національний медичний університет, м. Харків
²Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків

Мета. Дослідити епідеміологічні особливості інфекційного мононуклеозу (ІМ) у дорослих у Харківській області.

Матеріали та методи. Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні (ОКІЛ) м. Харкова у 2013-2014 рр. з діагнозом інфекційний мононуклеоз.

Результати. У 2013 р. на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ перебувало 63, у 2014 р. – 75 хворих на ІМ. В обидва роки серед пацієнтів переважали чоловіки. Середній вік хворих становив $24,49 \pm 1,12$ роки у 2013 р., $23,04 \pm 0,72$ роки. – у 2014 р. Найбільша кількість хворих була у віці 18-29 років (79,49 % захворілих у 2013 р. та 86,76 % у 2014 р.). Лише 5 % і 4,4 % відповідно належали до вікової категорії 40 років і старше. У структурі захворюваності більша кількість випадків була зумовлена вірусом Епштейна-Барр (EBV) – (87,2 % у 2013 р. та 60,3 % у 2014 р.). Доля ІМ, що був викликаний цитомегаловірусом (CMV) складала 10,3 % та 11,76 %

відповідно. Інші випадки були зумовлені мікст-інфекцією EBV+CMV (5,13 % та 5,88 %); незначна кількість випадків була обумовлена іншими герпесвірусами, або етіологія залишалася неуточненою. ІМ реєструвався протягом усього року. Найбільша кількість випадків була зареєстрована у березні (12,7 % у 2013 р та 13,3 % у 2014 р.), листопаді – (12,7 % та 10,7 % відповідно) та грудні (12,7 % та 20 %).

Висновки. 1. У 2013-2014 рр. більша кількість випадків ІМ була зумовлена вірусом Епштейна-Барр. 2. Серед захворілих переважали чоловіки молодого віку. 3. Протягом 2014 р. відмічена тенденція до зростання захворюваності на ІМ у порівнянні з 2013 р.

ACUTE PURULENT MENINGITIS IN THE KHARKOV REGION.

Koz'ko V.N., Sokhan A.V., Gavrilov A.V., Zoc Y.V.,
Solomennik A.O., Goydenko A.A., Markush L.I.
Kharkiv National Medical University

The purpose. To evaluate the importance of the problem of acute purulent neuroinfections in Kharkov region.

Methods. We analyzed all clinical cases of acute meningitis and meningoencephalitis in Kharkiv and Kharkiv region since 2011.

Results. For 3 years under our supervision there were 84 HIV-negative patients with purulent neuroinfections. Results: Analyzing the dynamics of disease, it should be noted that in the group of purulent meningitis is no clear seasonality. Medium severity was observed in 22 (26.2 %) cases, severe course in 52 (61.9 %) patients, fatal in 10 (11.9 %) cases.

Dominated patients older than 50 years, and the older the patients were, the more severe course of the disease have

been observed. The highest average age was observed in patients who died – 63,7 years.

The most severe was meningococcal meningitis – mortality was 30 %. The severity of the disease was caused by the cerebral edema (in 100 % of patients with severe disease), less often, with toxic shock, cerebral thrombosis. In 60 % of patients who died of the disease etiology has not been determined. Level of cytosis in cerebrospinal fluid (CSF) was inversely related to the severity of the disease. CSF protein level was higher in patients with severe disease and in patients who have died.

The results of the clinical analysis of blood during the acute phase of the disease, did not depend on the severity of the disease, only the level of white blood cells was significantly higher in the group with severe disease. In 75 % of cases were treated patients with combination of ceftriaxone and levofloxacin. After 3-5 days of treatment in most patients was observed a significant positive trend in clinical and laboratory parameters. Conclusions: the incidence of purulent neuroinfections in the Kharkiv region has been sporadic. Etiological decoding of these diseases is very low. There is a low incidence of generalized forms of meningococcal infection. However, CNS meningococcal etiology occur the most severe.

ОЦІНКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Козько В.М., Юрко К.В., Соломенник Г.О., Адейємі А.А.

**Харківський національний медичний університет
кафедра інфекційних хвороб**

Пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу є однією з глобальних проблем нашого часу та важливішою проблемою світової системи охорони здоров'я. Україна –

одна із країн Європи, яка очолює сумний рейтинг за кількістю виявлених ВІЛ-інфікованих, осіб, які захворіли на СНІД та померли від цієї хвороби.

Протягом 2014 року на кафедрі інфекційних хвороб ХНМУ і Харківському обласному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом обстежено 151 ВІЛ-інфіковану особу. Більшу частину зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб складають чоловіки – 56,7 %, жінки – 43,3 %.

Найбільш ураженою віковою групою є працездатні особи віком від 21 до 39 років, на долю яких припадає 72,1 %. Середній вік хворих становив $28,2 \pm 4,5$ років. У 57 (37,7 %) хворих визначалася ко-інфекція ВІЛ/ХГС, а в 10 (6,6 %) ВІЛ-інфікованих осіб – як вірус гепатиту С, так і вірус гепатиту В.

В 2014 р. порівняно з аналогічним періодом минулого року рівень інфікованості збільшився серед статевих партнерів ВІЛ-інфікованих осіб з 33,3 до 37,3 %, а кількість споживачів наркотичних речовин – з 3,3 до 3,5 %. Збільшується частка позитивних результатів серед осіб, які обстежувалися з метою одержання довідки про свій ВІЛ-статус.

Найбільш високий рівень захворюваності відмічено серед споживачів ін'єкційних наркотиків, а також серед тих, хто знаходиться в місцях позбавлення волі та осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими. Слід відзначити, що серед хворих на СНІД більшість осіб (55,9 %) були або є споживачами ін'єкційних наркотиків.

Таким чином, при аналізі епідемічної ситуації в Харківській області було встановлено тенденцію до зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію, збільшення кількості випадків СНІДу та підвищення долі статевого шляху інфікування.

ПРОБЛЕМИ ПРОЦЕСУ ВЕРИФІКАЦІЇ ЕЛІМІНАЦІЇ КОРУ ТА КРАСНУХИ В УКРАЇНІ

Колеснікова І.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 13,

тел. (044) 454 4936,

e-mail: epid@nmu.kiev.ua

В Європейському регіоні (ЄР) оцінювання процесу досягнення елімінації кору та краснухи покладено на експертів Регіональної комісії з верифікації (РКВ), яка є підзвітною Директору Регіонального бюро ВООЗ. Контролюють процес верифікації в кожній країні ЄР Національні комітети з верифікації (НКВ). Члени НКВ розробляють документацію, здійснюють моніторинг і контроль процесу верифікації, не беручи при цьому участі у керівництві (роботі) програми імунізації країни, у здійсненні епіднагляду або лабораторної діагностики в рамках заходів з елімінації.

Метою роботи було визначення проблемних питань процесу досягнення елімінації кору та краснухи в Україні за результатами аналізу щорічних національних звітів.

Грунтуючись на результатах аналізу національних звітів за період 2010-2014 рр., статус України до тепер можна визначити як країна з ендемічною циркуляцією вірусів кору та краснухи. Захворюваність на кір, після епідемічного підйому 2012 р. (28 на 100 тис. нас.), знизилася до 7,3 та 5,1 у 2013 та 2014 рр. відповідно. Захворюваність на краснуху так само знижувалася після підйому 2011 р. (8,0 на 100 тис. нас.) до 2,8 та 2,9 у 2013 та 2014 рр. відповідно. Проте, при розрахунках показників захворюваності за 2014 р. не було можливості використати аналогічні показники з АР Крим після березня 2014 р. та з частини Донецької та Луганської областей після вересня 2014 р. Збільшується останніми роками й кількість

випадків народження дітей з синдромом вродженої краснухи: 2011 р. – 2, 2012 р. – 3, 2013 р. – 4 випадки.

За останні 5 років жодних змін стратегії та процедур у національній програмі елімінації кору та краснухи не відбулося, для вакцинації застосовують дводозову схему і трикомпонентну вакцину КПК (кір-паротит-краснуха). Але прогрес в досягненні мети викликає певне занепокоєння. Це пов'язане, в першу чергу, зі значним недофінансуванням національної програми імунопрофілактики та антивакцинальною кампанією, а останній рік ще й геополітичною ситуацією, через що охоплення щепленнями катастрофічно знизилося. Так, питома вага 12-міс. дітей, які отримали першу дозу КПК у 2010 р. становила 83,3 %, у 2011 р. – 74,9 %, у 2012 р. – 82,9 %, у 2013 р. – 80,0 %, у 2014 р. – 57,0 %. Другу дозу КПК у 6 років у 2010 р. отримали 81,6 % дітей, які підлягали щепленню, у 2011 р. – 69,6 %, у 2012 р. – 84,5 %, у 2013 р. – 79,9 %, у 2014 р. – 38,7 %. Слід зазначити, що минулого року першу дозу КПК отримали 36,8 % дітей віком старше 2-х років та 26,0 % дітей старше 6-и років, не щеплені раніше з різних причин. На різних адміністративно-територіальних одиницях країни охоплення щепленнями є різним: у 2012 р. питома вага щеплених була менше 90 % у 18 регіонах країни, у 2013 р. не було жодної території, де б першу дозу КПК отримали понад 90 % дітей відповідного віку, а охоплення 2-ю дозою КПК понад 90 % було лише в дох областях.

Діюча в Україні система епідеміологічного нагляду за кором та краснухою має цілу низку вад, що утруднює процес верифікації. Так, наприклад, відсутні дані епідрозслідувань підозрілих випадків інших захворювань з висипкою та лихоманкою. При здійсненні епідеміологічного нагляду неможливо проаналізувати вікову структуру та щеплювальний анамнез лабораторно

підтверджених, епідеміологічно пов'язаних та клінічно співставних випадків краснухи через відсутність відповідних даних у повідомленнях з регіонів, тоді як щодо кору аналогічна інформація збирається й узагальнюється на національному рівні. Відсутні дані щодо захворюваності й щепленості груп населення високого ризику – осіб ромської національності, релігійних меншин, мігрантів та біженців.

Отже, на сьогодні нагальною потребою є удосконалення системи епідеміологічного нагляду за кором і краснухою з внесенням відповідних змін до нормативно-правової бази.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КОКЛЮШ СЕРЕД ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ТА РІВЕНЬ ОХОПЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ З 1998 ПО 2012 РОКИ

Конакова О.В., Усачова О.В., Сіліна Е.А., Пахольчук Т.М.
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26,
т.(0612) 336007

На теперішній час коклюш залишається серйозною проблемою не тільки для України, але і для усього світу. Щороку в Україні реєструється 3-4 тис. випадків коклюшу серед дітей, переважно віком до 1 року, у яких хвороба перебігає особливо тяжко з багатьма ускладненнями та несприятливими наслідками.

Метою нашої роботи стало проведення аналізу захворюваності на кашлюк у дітей раннього віку відповідно рівню охоплення вакцинацією.

Матеріали та методи. Було проаналізовано статистичні дані відносно захворюваності на коклюш

та охоплення профілактичними щепленнями проти коклюшу у дітей за період з 2008 по 2012 роки, які мешкають у Запорізькій області (за даними Обласної СССЗапорізької області).

Результати. Проведений аналіз показав, що у Запорізькій області рівень охоплення вакцинацією проти коклюшу дитячого населення віком 6 – 12 місяців за період 2008-2012 рр. мав значне коливання. Зареєстровано значне зменшення цього показника до 54,3 % у 2012 р. порівняно з 2008 р., коли цей показник складав 97 %. Кількість дітей, які отримали ревакцинацію проти коклюшу у віці до 3 років, в 2011 році також знизилася до 72,8 %, що в 1,8 разів менше, ніж у 2008 році.

Паралельно наведеним змінам в охопленні вакцинацією проти коклюшу мале місце і різке коливання захворюваності. В 2012 р. цей показник був максимальним і склав 5,55 на 100 тис. населення, а серед дитячого населення – 34,08. Слід відмітити, що у 1998-2012 рр. серед захворілих на коклюш переважали діти, їх частина у загальній кількості складала від 92 % до 99 %.

Найбільш інтенсивний підйом відмічається у дітей першого року життя – у 7.7 разів. Саме у цій віковій групі зареєстровані найбільш високі показники захворюваності на коклюш та летальні випадки. Так, у 2008 р. показник захворюваності на коклюш у дітей від 0 до 12 місяців складав 24 на 100 тис., тоді як у 2012 – 184,83. У 2011 та 2012 рр. у Запорізькій області зареєстровано два летальних випадки від коклюшу у дітей до року. Отже, порівняння показників захворюваності на коклюш у різних вікових групах та охоплення профілактичними щепленнями проти коклюшу за останні 5 років у Запорізькій області показало, що підвищення захворюваності на коклюш обумовлено зниженням

кількості щеплених проти коклюшу дітей у декретовані строки.

Висновки. Широке охоплення вакцинацією АКДП має бути пріоритетом системи охорони здоров'я в Україні, що дозволить зменшити число випадків коклюшу, особливо, серед дітей першого року життя.

РОЛЬ ТА АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ НЕДЕРЖАВНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У НАДАННІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОСЛУГ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У М. ХАРКІВ

Корженко Д.О.

Харківській національний медичний університет
Кафедра епідеміології, м. Харків, вул. Трінклера, 12
+380577021173, e-mail: epidemos@ukr.net

Епідемію ВІЛ/СНІД важко подолати поодинці. В області профілактики, лікування та протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні працює велика кількість неурядових організацій (НУО), основні цілі яких безпосередньо спрямовані на профілактику розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Мета роботи. Визначити роль НУО в протидії епідемії ВІЛ/СНІД у м. Харків за 2013 – 2014 рр.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовані річні звіти НУО про надання послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію представників груп ризику з використанням швидких тестів та методом ІФА п'яти Харківських благодійних фондів.

Результати та їх обговорення. У м. Харкові надають послуги такі благодійні організації з попередження ВІЛ/СНІДу: «Благо», «Парус», «Позитив», «Надія Є» та «ЛЖВ». Головною метою організацій є участь у запобіганні поширення наркоманії та ВІЛ-інфекції серед жителів м. Харкова шляхом надання

благодійної допомоги уразливим групам населення, а також сприяння соціальному добробуту різних верств суспільства, пропаганда здорового способу життя, профілактика поширення ВІЛ-інфекції, венеричних захворювань, туберкульозу та інших захворювань. Кожна організація має свої завдання та послуги.

Так, у 2013 р. кількість осіб, обстежених на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів, склала 5390, а саме: активні споживачі ін'єкційних наркотичних речовин; особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ – статусом; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду; особи з інших груп ризику, обстежені за епідеміологічними показаннями; з них – діти віком до 18 років, у тому числі «діти вулиць»; статеві партнери осіб з груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ та особи, які вживають неін'єкційні психотропні речовини. Серед обстежених осіб швидкими тестами виявлено позитивні результати у 115 осіб, які були підтверджені методом ІФА. З них тільки 102 особи звернулися у заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), де ним підтверджено наявність антитіл проти вірусу імунодефіциту людини і 67 осіб взято під медичний нагляд у ЗОЗ. У 2014 р. було обстежено організаціями – 4785 осіб, з них у 164 виявлено позитивний результат. 164 особам провели підтверджувальні дослідження методом ІФА і 163 особам підтверджено наявність антитіл до ВІЛ. Осіб, яких взято під медичний нагляд у ЗОЗ, було 171.

Висновки. Для м. Харкова недержавні організації відіграють дуже важливу роль у наданні профілактики та послуг з ВІЛ-інфекції. Ці організації допомагають у зборі та аналізі інформації щодо розповсюдження ВІЛ-інфекції в групах ризику, виявлення факторів ризику, особливостей проявів епідемічного процесу, так як вони мають доступ до цільових груп, базу даних щодо

моніторингу ситуації, надання послуг, тощо. Значна кількість лабораторних досліджень проводиться за рахунок благодійних організацій, що сприяє більш повному виявленню ВІЛ-інфікованих осіб.

МЕДИЦИНА ГРАНИЧНИХ СТАНІВ: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМКИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

Коробчанський В.О., Богачова О.С., Григорян О.В.,
Старусева В.В.

Харківський національний медичний університет,
Кафедра гігієни та екології №1, м. Харків, пр. Леніна 4,
707-73-13, Hygiene1@ukr.net.

Загальновідомо, що стійке погіршення стану здоров'я широких верст населення України, яке спостерігається на протязі останніх десятиріч, безпосередньо пов'язане із існуючою не ефективною системою первинної профілактики захворювань.

На думку провідних вітчизняних вчених-гігієністів, представників Київської, Харківської, Вінницької та Луганської наукових шкіл, вирішення цієї актуальної наукової проблеми полягає у впровадженні у практику роботи санепідслужби методології гігієнічної донозологічної діагностики, яка добре відпрацьована у натурних наукових експериментах, відносно дітей із різним рівнем соціальної адаптації, учнівської молоді та працівників різних виробництв. Як доводить власний досвід узагальнень результатів теоретичних та експериментальних досліджень у галузі гігієни дітей та підлітків, медицини праці та психогігієни, донозологічна діагностика є невід'ємною складовою більш широкої галузі сучасної медицини – медицини граничних станів.

Медицина граничних станів (англ.: *medicine of borderline conditions*) представляє собою галузь медичної

науки, яка вивчає загальні закономірності формування донозологічних станів та перехідні процеси їх перетворень. Метою медицини граничних станів є попередження соматичних та психічних захворювань різного генезу, шляхом визначення їх первинних ознак та ризиків виникнення із наступною корекцією функціонального стану організму. В основі медицини граничних станів лежить робоча гіпотеза про те, що розвитку клінічних форм хвороб передують певні порушення функціонального стану організму, які носять донозологічний характер. При цьому своєчасне виявлення хворобливих донозологічних станів, встановлення та усунення ризиків їх виникнення та медична корекція спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я різних верст населення, поза віковою, професійною, соціальною та іншою приналежністю. Підставою для виділення медицини граничних станів у окрему галузь медичної науки є нова наукова концепція, яка будується на загальноновизнаних закономірностях адаптаційного процесу, зведених до не описаного раніше фізіологічного явища, узагальненого у законі адаптаційного переходу: «перехід організму до стану адаптованості відбувається за рахунок енергетичних та пластичних ресурсів, накопичених в минулому адаптаційному досвіті, через руйнування попередніх корисних зв'язків у провідній біологічній системі, яка раніше забезпечувала стійкий стан організму, шляхом утворення нової домінуючої системи, із залученням реакцій трьох типів: еволюційно детермінованих захисних механізмів, реакцій індивідуального адаптаційного досвіту та неспецифічних швидких реакцій на новий вплив». Даний закон встановлює зв'язок між часовими та просторовими характеристиками функціональної системи забезпечення життєдіяльності індивідуума на конкретному етапі його

фізичного, психічного та соціального існування; розкриває механізми існування та перетворення організму під впливом мінливих чинників оточуючого середовища. Принципи медицини граничних станів будуються на загальних закономірностях адаптаційного процесу і мають виключно універсальний характер. У ході комплексного дослідження були отримані експериментальні данні, які підтвердили теоретичні засади медицини граничних станів. Було доведено, що донозологічні стани виникають внаслідок дисфункції тих адаптаційних систем, які у даний момент повинні забезпечувати стійке функціонування організму. Як довели власні спостереження, донозологічні психічні стани в учнівської молоді, представлені невротичними розладами ситуацій та періодів ризику на тлі певних акцентуацій особистості. У працівників шкідливих виробництв стани-попередники професійної пилової патології проявляються у порушенні про-антиоксидантної системи, а первинними ознаками вібраційної патології служать порушення з боку системи терморегуляції організму, що є наслідком дії відповідних професійно зумовлених чинників ризику (виробничого пилу та вібрації). Серед дітей різних вікових груп первинними ознаками сенсibiliзації організму є специфічні порушення у імунній системі, які проявляються підвищенням вмісту імуноглобулінів G у сироватки крові, а також порушення у клінічній картині крові за рахунок збільшення вмісту еозинофілів на тлі існування таких чинників ризику як спадкова схильність до алергії. До факторів ризику виникнення алергічних захворювань у дітей належать: патологія вагітності та пологів, надмірна вага новонародженого, включення до раціону дитини облігатних алергенів, нераціональна імунопрофілактика та ін.

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ПЕРВИННОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ
СЕРЕД НЕПОВНОЛІТНІХ ВАГІТНИХ**

Коробчанський В.О., Куркіна В.М.
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, пр. Леніна, 4, 707-73-76,
E-mail: hygiene1@ukr.net

В останні роки пріоритетним напрямком гігієнічної науки, зокрема, психогігієни, стало вивчення донозологічних станів. Особливого значення набувають стани, що одночасно поєднують декілька обтяжливих факторів ризику. Оскільки в такому випадку вірогідність виникнення захворювання значно зростає. Саме до них відноситься виникнення вагітності у дівчат віком до 18 років.

Частка юних вагітних складає 1,5-4 % по відношенню до всіх вагітних жінок. Частота вагітностей у юних жінок в останні роки зростає, оскільки статева активність підлітків збільшується. При цьому зачаття, що настало у дівчини молодше 18 років, призводить до розвитку так званої несподіваної, або випадкової вагітності, що передбачає незапланованість, відсутність попередньої налаштованості на материнство, раптова зміна соціального статусу, життєвих можливостей, устроїв і планів. Певна розгубленість вагітної та її оточуючих перешкоджає пошуку оптимального вирішення виниклої ситуації, що супроводжується тяжким психоемоційним стресом, спроможним призвести до тяжких психічних порушень. Рання вагітність і пологи – це окрема розмова, оскільки психоемоційний стрес і фізичне навантаження в цей момент вкрай серйозні. Тому пережити пологи дівчині з нестійкою нервовою системою набагато важче, ніж дозрілій жінці.

Як показало дослідження літератури, до останнього часу в нашій країні вивчення психоемоційного стану неповнолітніх вагітних найбільш часто зводиться

до вивчення фізіологічних процесів. Тому найважливішим завданням, що стоїть перед гігієною, є формування нових методів і форм донозологічної психодіагностики та первинної психопрофілактики у неповнолітніх в період виношування дитини.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХРОНІЧНОГО НАБУТОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ДОРОСЛИХ

Коцина С.С.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования

г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58;

тел. 057-711-35-56; e-mail: parasitology@med.edu.ua

В Україні, як і у світі в цілому, особливе місце серед паразитарних інвазій займає токсоплазмоз. Такі чинники, як порушення екологічного балансу, соціально-економічна нестабільність призвели до порушення імунного фону населення, зниженню захисних властивостей організму людини. Наслідком цього стало розширення ураженості населення паразитарними інвазіями, у тому числі токсоплазмозом. Через послаблення імунного захисту організму, частішими стали й стадії загострення хронічного набутого токсоплазмозу (ХНТ).

За даними статистики в місті Харкові та Харківській області у 2007 році зареєстровано 19 хворих на ХНТ в стадії загострення, в 2008 – 73, у 2009 році – 57 осіб, у 2010 році – 63, у 2011 році – 115 осіб відповідно.

За період, що досліджували, було виявлено тенденцію до збільшення числа хворих на токсоплазмоз в Україні в 3,3 рази і в Харківській області – в 2,8 разів. Число випадків токсоплазмозу на 100000 населення в Харківській області становило: у 2005 році – 0,74; в 2006 – 0,35; 2007 – 0,68; 2008 – 2,6; в 2009 – 2,1; в 2010 – 3,2; в 2011 – 3,7. Інтенсивні показники захворюваності

на токсоплазмоз в Харківській області трохи нижче, ніж в цілому по Україні.

Мета дослідження. Удосконалення діагностично-лікувальної тактики та розробка критеріїв прогнозування перебігу токсоплазмозу.

Задачі дослідження: дослідити гендерний склад хворих на ХНТ; оцінити зміни гормональної регуляції та адаптивних можливостей організму дефінітивного хазяїна у відповідь на токсоплазмоз.

Матеріали та методи. Було обстежено в динаміці 112 хворих на ХНТ у стадії загострення у віці від 18 до 72 років, з них – 44 (39,3 %) чоловіка та 68 (60,7 %) жінок, які перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні. Відсутність синдромоподібних захворювань (грип, ГРВІ, гепатит, ВІЛ-інфекція) була строго верифікована. Серед жінок, у яких визначали рівень гормонів, у 85,7 % була збережена дітородна функція. Серед чоловіків переважала вікова група 18-29 років – 13,39 %, 11,6 % чоловіків були у віці 30-39 років, 8,93 % були у віці 40-49 років та у 5,35 % чоловіків вік перевищував 50 років.

Результати. Проведені клінічні дослідження підтверджують, що хронічний набутий токсоплазмоз в стадії реактивації характеризується різноманіттям клінічних проявів, які залежать від локалізації збудника та компенсаторних можливостей організму. При хронічному токсоплазмозі спостерігаються ендокринні розлади, які проявляються порушенням менструального циклу (65,3 %), імпотенцією (4,1 %). При тривалому перебігу хронічного токсоплазмозу у жінок розвивається вторинна гормональна недостатність з формуванням звичайного не виношування вагітності, вторинного безпліддя (21,2 %).

Фізіологічні відмінності між чоловіками та жінками грають важливу роль у визначенні сприйнятливості

до паразитарної хвороби. Дихотомія у частоті випадків та тяжкості багатьох хвороб неінфекційної етіології є вагомим аргументом, що фізіологія чоловіків та жінок важливий чинник у визначенні сприйнятливості до хвороби.

Висновки. Використання в клінічній практиці розробленої системи контролю за рівнем гормонів сприятиме прогнозуванню перебігу та наслідків ХНГ.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АНТРАЛЬ»
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО
МОНОНУКЛЕОЗА, ПРОТЕКАЮЩЕГО
С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ**

Кузнецов С.В., Вовк Т.Г., Татаркина А.М.,
Васильева Л.А., Зозуля Н.И.,

Харьковский национальный медицинский университет,
Областная детская инфекционная клиническая больница г. Харькова.

В последние годы установлено, что инфекционный мононуклеоз (ИМ), обусловленный вирусом Эпштейн–Барр (ВЭБ), в большинстве случаев протекает с вовлечением в патологический процесс печени, что сопровождается ее увеличением и нарушением функциональной активности. Высокая частота заболеваемости ИМ с развитием гепатита диктуют необходимость поиска и применения новых средств медикаментозной терапии. Поэтому включение в комплексную терапию ИМ гепатопротекторного препарата «Антраль», способствующего нормализации показателей структурно-функционального состояния печени, является теоретически обоснованным.

Цель исследования: изучение эффективности применения препарата «Антраль» в комплексном лечении ИМ, протекающего с поражением печени.

Материалы и методы. Проведено обследование 75 детей, больных ИМ с проявлениями гепатита, в возрасте 4-16 лет. Диагноз устанавливался на основании клинико-anamnestических, эпидемиологических данных, результатов стандартных лабораторных и инструментальных исследований. Серологическая диагностика осуществлялась методом иммуноферментного анализа (ИФА) с определением в крови маркеров ВЭБ (\uparrow IgM VCA, \uparrow IgG EBNA, \uparrow IgG VCA, авидность), определялась ДНК-ВЭБ методом ПЦР. Все дети были разделены на 2 группы сопоставимы по полу и возрасту. Дети первой группы (15 детей) получали традиционное лечение: постельный режим, дробное питье, диета, симптоматическая терапия, противовирусная терапия. Пациентам второй группы (60 детей), помимо традиционного лечения, назначали Антраль в дозе соответствующей возрасту ребенка. Антибактериальные препараты назначались при присоединении бактериальной инфекции.

Результаты. У 44 (73,3 %) детей заболевание начиналось остро с лихорадки и интоксикации. Явления тонзиллита в виде лакунарной ангины, отмечались у 49 (81,7 %) случаев. Затрудненное носовое дыхание и храп наблюдались у 36 (60,0 %) больных. У 57 (95 %) пациентов выявлена лимфоаденопатия. У всех больных отмечалось увеличение размеров печени в среднем до $2,0 \pm 0,85$ см. Плотность ее консистенции и легкая болезненность диагностированы в 38 (63,3 %) случаях. У 26 (43,3 %) больных наблюдалось увеличение селезенки. Повышение уровня трансаминаз (АЛТ) зарегистрировано у 38 (50,7 %) больных. Уровень АЛТ в среднем составил $133,4 \pm 7,6$ Ед/л. Желтушных форм гепатита у больных ИМ не выявлено.

На фоне проводимой терапии в группе с включением препарата „Антраль” уменьшение

интоксикации, нормализация температуры тела отмечались у больных на $5,02 \pm 0,33$ день, в сравнении с первой группой - $7,11 \pm 0,38$ день. Проявления лакунарной ангины исчезли на $3,88 \pm 0,67$ день, в группе сравнения – на $5,02 \pm 0,33$ день. Параллельно купировались затрудненное носовое дыхание и храп. Нормализация размеров печени и селезенки наступала в течение 7-9 дней, тогда как в группе сравнения на 13-14 день. Заметным был положительный эффект со стороны функциональных проб печени. Показатели трансаминаз нормализовались в основной группе на $7 \pm 1,0$ день, в группе сравнения на $14 \pm 1,0$. У трех больных первой группы трансаминазы нормализовались в течение месяца.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования позволяют рекомендовать широкое применение препарата „Антраль” в комплексном лечении детей, больных ИМ, протекающего с явлениями гепатита.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХЛАМІДІЙНИХ І БАКТЕРІАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

Кучеренко О.О., Зіміна М.С., Кузнецова Д.А.,

Мухіна А.А., Майорова М.В., Зайцева О.В.

Харківський національний медичний університет,

м. Харків, пр. Леніна, 4

тел. 0508236398, Olena.Kuc@mail.ru

Пневмонії є одними з найбільш поширених захворювань дітей. Терапія хворих визначається своєчасністю та правильністю вибору лікарських засобів, у зв'язку з чим, виявлення етіологічного фактору чи припущення можливого агента, що викликав патологічний процес у легенях, на ранніх етапах

захворювання є дуже важливим у визначенні тактики лікування.

Мета дослідження – визначення клініко-патогенетичних особливостей пневмоній хламідійної і бактеріальної етіології у дітей на ранньому етапі маніфестації хвороби.

Матеріали та методи. Обстежено 50 хворих, з них: на хламідійні пневмонії (ХП) – 24 та бактеріальні (БП) – 26 у віці 3 міс. - 3 років, 30 – здорових дітей – група контролю (ГК).

Результати та їх обговорення. Для БП характерно: маніфестація температурної реакції хворого на рівні фебрильних цифр, наявність нежиті з серозно-гнійними виділеннями, кашель з відходженням слизово-гнійного чи гнійного мокротиння, задишка; скорочення перкуторного звуку; поява у легенях вологих (крепітуючих чи дрібно пухирчастих) хрипів, лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом в периферійній крові; також були більш характерні вогнищеві та інфільтративні рентгенографічні зміни.

Для ХП - поступовий (на протязі 7-10 днів) початок хвороби, рання поява бронхо-спастичних проявів, практично відсутність симптомів токсикозу, поліморфізм аускультативних даних (від жорсткого дихання до різнокаліберних хрипів переважно у нижніх відділах легень) і, в більшості, інтерстиційні зміни з перібронхіальною, періваскулярною інфільтрацією – рентгенографічно.

В гострому періоді захворювання в крові хворих, незалежно від етіології пневмонії, визначались високі рівні ІЛ-Іβ, -4, -6, -ФНП-α у порівнянні з ГК ($P < 0,05$). Кількісний вміст ІЛ-4 незначно перевищував фізіологічні показники ($P > 0,05$). У періоді реконвалесценції рівні ІЛ-Іβ, -6, -ФНП-α у крові хворих на ХП знижувались, але залишались вище рівней ГК ($P < 0,05$). Одночасно

реєструвався вірогідно підвищений вміст ІЛ-4. При БП інтерлейкінова реакція була більш значною за показниками вмісту всіх інтерлейкінів і перевищувала аналогічні показники ГК ($P < 0,05$) і хворих на ХП ($P < 0,05$), вміст всіх інтерлейкінів знижувався к періоду реконвалесценції і при цьому достовірно більш значно, ніж у дітей з ХП ($P < 0,05$).

Висновки. Таким чином, розрізнення у клінічних проявах патологічного процесу та інтерлейкінової відповіді у хворих при ХП і БП можуть бути використані в практичній ланці охорони здоров'я для його раннього етіологічного розшифрування і подальшого адекватного вибору терапевтичної тактики.

АКТУАЛЬНІСТЬ СУЧАСНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ РИКЕТСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Кушнір З.Г., Зарічна О.З., Чіпак Н.І., Бек Н.Г., Кіцара М.С.,
Логінов Ю.О., Топорович О.І., Луцик Т.С., Всяка І.В.

ДУ «Львівський НДІ епідеміології
та гігієни МОЗ України»,

79005, м. Львів, вул. Зелена, 12,

тел. (032) 260-12-00, e-mail: epidem@mail.lviv.ua

Мета роботи. Вивчити сучасну епідемічну ситуацію з рикетсійних інфекцій та актуальність розробки відповідних діагностичних препаратів.

Відповідно до мети завдання роботи полягали у виявленні та дослідженні епідемічної активності осередків висипнотифозної інфекції та гарячки Ку, визначенні необхідності та можливостей розробки необхідних діагностикумів.

Матеріали і методи досліджень. сироватки крові гарячкових хворих, природні носії та переносники

Rickettsia prowazekii та *Coxiella burnetii*, дослідження за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА), реакції зв'язування комплементу (РЗК), імунолюмінесцентної мікроскопії, полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Результати та їх обговорення. В Україні протягом останніх десятиліть реєструються спорадичні випадки рецидивного висипного тифу (хвороби Брілла), які спостерігались у Донецькій, Запорізькій, Харківській, Херсонській, Івано-Франківській та Чернівецькій областях.

Останній випадок хвороби Брілла зареєстрований у 2013 році в Херсонській області. При цьому на фоні відсутності випадків епідемічного висипного тифу *R. prowazekii* можуть зберігатися в екологічній ніші – вошах, що відображає фазу резервації популяції збудника під час міжепідемічного періоду.

Реєстрація гострих захворювань на гарячку Ку серед жителів гіперензоотичної території Дунайсько-Дністерського межиріччя Одеської області та у Донецькій області вказує на активність епідемічного процесу цієї інфекції. Дослідження іксодових кліщів засвідчили збереження *Coxiella burnetii* в окремих природних осередках у Одеській, Донецькій, Івано-Франківській та Житомирській областях.

У 2014 році при дослідженні вошей природних популяцій з Львівської, Одеської, Івано-Франківської, Черкаської та Полтавської областей у двох пробах вошей з Одеської та трьох пробах вошей з Полтавської областей при імунолюмінесцентній мікроскопії виявлені *R. prowazekii*. Слід зазначити, що при дослідженні методом ПЛР ДНК *R. prowazekii* виявлено у двох пробах вошей з Одеської області, що підтвердило результати імунолюмінесцентної мікроскопії та засвідчило збереження збудника в переносниках.

За результатами серологічних досліджень діагностовано 7 гострих захворювань на гарячку Ку серед жителів Одеської області. Дослідження методом імунолюмінесцентної мікроскопії іксодових кліщів з 13 районів Одеської області вказало на наявність природних осередків гарячки Ку як на території Дунайсько-Дністерського межиріччя, так і на території Придністерських районів, що засвідчило більш ширший ареал *Coxiella burnetii*.

Наявність збудника в кліщах із Придністерських районів підтверджена виявленням специфічних ділянок ДНК *C. burnetii* методом ПЛР в реальному часі. У Донецькій області перенесена гарячка Ку виявлена у жителя м. Красний Лиман, а при дослідженні іксодових кліщів методами імунолюмінесцентної мікроскопії та ПЛР *C. burnetii* виявлені в кліщах з міст Новоазовськ, Макіївка та з ензоотичної території Амвросіївського району.

У Івано-Франківській області при дослідженні кліщів *I. ricinus* з 15 адміністративних територій *Coxiella burnetii* виявлені в кліщах з ензоотичних територій Калуського, Коломийського та Богородчанського районів, вказуючи на збереження популяції збудника.

За результатами консультативно-діагностичних досліджень виявлена перенесена інфекція гарячки Ку у жителів ензоотичних територій Закарпатської та Тернопільської областей, а дослідження іксодових кліщів з Житомирської області виявило їх інфікованість збудником у Малинському та Коростишівському районах.

Висновки. Результати досліджень вказують на наявність епідемічного потенціалу висипного тифу та гарячки Ку в Україні та необхідність своєчасної лабораторної діагностики захворювань людей.

СПОСОБНОСТЬ МЕТИЦИЛЛИН РЕЗИСТЕНТНОГО *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* УСКОЛЬЗАТЬ ОТ УНИЧТОЖЕНИЯ АКТИВИРОВАННЫМИ НЕЙТРОФИЛАМИ

Куюн Л.А.

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

Staphylococcus aureus известен как очень важный патоген человека на протяжении всей истории и остается таковым по причине своего лидерства в развитии инфекций повсюду. Золотистый стафилококк обладает уникальной способностью вызывать хронические заболевания, такие как инфекции кожи и мягких тканей, остеомиелит, эндокардит, и фатальные некротические пневмонии, токсический шоковый синдром, и даже сепсис.

В настоящее время стафилококковая инфекция является причиной гибели более 13 % инфицированных. Этот патоген успешно преодолевает механические барьеры, он устойчив к действию растворимых антимикробных факторов, избегает уничтожения фагоцитами. Это объясняется его живучестью, многочисленностью и высокой вирулентностью. Нейтрофилы являются наиболее значимым клеточным компонентом врожденного иммунного ответа и обеспечивают первую линию защиты против бактериальных патогенов, таких как золотистый стафилококк. У медицинских и лабораторных работников стационаров наблюдают появление новых штаммов *Staphylococcus aureus*, обладающих высокой вирулентностью и устойчивостью к воздействию лечебных препаратов, таких как метициллин (M.Greenlee-Wacker, F.R. DeLeo et.al., 2015). Нейтрофилы первыми привлекаются в очаг инфекции, где они связывают и переваривают внедрившиеся микробы. Этот процесс запускает

механизмы оксидативного и неоксидативного уничтожения микробов. Их цель – ограничить выживание патогена и его распространение. В процессе эволюции, *Staphylococcus aureus* обрел новые механизмы, позволяющие ему ускользать от воздействия активированных нейтрофилов и препятствовать активному воспалению, которое должно привести к его уничтожению. Хотя нейтрофилы элиминируют большую часть внедрившихся бактерий, некоторые микробы избегают уничтожения нейтрофилами благодаря приобретенной в процессе эволюции способности стафилококка тормозить фундаментальные функции нейтрофилов, такие как хемотаксис и фагоцитоз. Токсины и мембран-связанные белки стафилококков образуют суперантигены Ssl5, Ssl3, Ssl10, staphopain A и стафилококковый белок A, которые блокируют хемокиновые сигналы, тогда как aureolysin тормозит действие комплемента. Все эти процессы усугубляют заболевание и приводят к нагноению и образованию абсцессов. Именно эти процессы являются клиническими проявлениями притока нейтрофилов и демонстрируют наличие прогрессирующей стафилококковой инфекции. Нейтрофилы поглощают внедрившиеся микробы, изолируют их в фагосомах внутри мембраносвязанной вакуоли. В процессе фагоцитоза генерируются антимикробные агенты в комбинации с действием дегрануляции и активации NADPH оксидазы, которая обеспечивает продукцию реактивных форм кислорода, таких как H_2O_2 и HOCl, антимикробных пептидов и протеолитических ферментов. Эти соединения, расположенные в цитоплазматических гранулах, уничтожают поглощенные микроорганизмы. После уничтожения микробов, нейтрофилы подвергаются апоптозу. В результате происходит уничтожение

апоптичних кліток (эффероцитоз), що ініціюється макрофагами на розрешаючій фазі запалення і сприяє відновленню гомеостазу тканин. Більш детальне викладення подальших аспектів процесу взаємодії стафілококка з поглинувчим його нейтрофілом (фінальні стадії цих подій) будуть представлені в наступному повідомленні.

Таким чином, успіх *Staphylococcus aureus* як патогена, включаючи метицилін-резистентний стафілококк, залежить від його здатності ускользати від знищення завдяки дії захисних механізмів вродженого імунітету, особливо нейтрофілів. Розуміння механізмів, з допомогою яких *S. aureus* уникати руйнування під дією вродженої імунної системи, є передумовою для створення нових профілактичних і терапевтичних засобів, призначених для запобігання та лікування інфекцій.

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ВНЕСЕННЯ ПИТАНЬ З ПРОБЛЕМ ЕПІДНАГЛЯДУ ДО НОРМАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ВИМОГИ ДО ВОДНИХ РЕКРЕАЦІЙНИХ ЗОН

Литвиненко М.І.,¹ Щербань М.Г.,² Махота Л.С.,³

Тонкошкур Т.І., Гарник В.В.,⁴

¹Асистент кафедри клінічної лабораторної діагностики
Харківського національного медичного університету (ХНМУ),
м. Харків

²Головний науковий співробітник, доктор медичних наук, професор,
Харківського національного медичного університету, м. Харків
³директор ДУ «Харківський обласний лабораторний центр
Держсанепідслужби України»

⁴ГУ «Держсанепідслужби в Харківській області»

В ХНМУ спільно із фахівцями Держсанепідслужби у Харківській області та Українським НДІ екологічних

проблем за цільовим завданням МОЗ України виконано науково-дослідну роботу (НДР) «Еколого-гігієнічне обґрунтування оптимальних рівнів антропогенного навантаження на рекреаційні зони басейнів водних об'єктів».

Серед висновків та рекомендацій, що надані за результатами виконання НДР, обґрунтовано та розроблено проект нового нормативного документу, що регламентує вимоги до зон рекреацій водних об'єктів (ЗРВО).

Доведено, що існуюча нормативна база (ІНБ) не відповідає проблемі оптимізації в Україні системи оздоровлення та масового відпочинку населення на рекреаційних водоймах згідно вимог МОЗ України, а також сучасним вимогам ЄС до нормативних регламентів України [1].

Крім того, встановлено, що ІНБ не містить жодної вимоги з проблем необхідності визначення та врахування персоналом інформації про епідситуацію в ареолі розміщення зон рекреації водних об'єктів (ЗРВО), а тим більше щодо проведення відповідних спостережень, аналізу та елементарних протиепідемічних заходів щодо захисту населення.

Слід зазначити, що згідно з річними статистичними даними Держсанепідслужби у Харківській області у 2013 році за мікробіологічними показниками води водойм 2-ї категорії (694 проби) у 178 пробах виявлено лактозо-позитивну кишкову паличку, а також гельмінтози небезпечні для людини (в 1-й пробі) [2].

У 2014 році у 153 пробах води (з 1247 всього відібраних) виявлено лактозо-позитивну кишкову паличку, а у 2 пробах гельмінтози небезпечні для людини.

Вищезазначене переконливо свідчить про необхідність внесення питань з проблем

епідеміологічного нагляду до нормативних документів, що регламентують вимоги до ЗРВО.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Регіональна система організації та контролю оздоровлення населення на рекреаційних водоймах : монографія / М.Г. Щербань, В.В. М'ясоєдов, В.А. Капустник, М.І. Литвиненко [та ін.]. – Х. : Віровець А.П. «Апостроф», 2014. – 212 с.
2. Махота Л.С., Новіцька Н.І., Байдак С.М., Щербань М.Г. Забезпечення лабораторного санітарно-гігієнічного контролю за водними рекреаційними зонами в Харківській області : інновационные пути решения актуальных проблем базовых отраслей, экологии, энерго – и ресурсосбережения : сб.науч. тр. Харьков, 2014. 236–241.

МІКРОБНИЙ ПЕЙЗАЖ КИШКІВНИКА У ОСІБ З ОЖИРІННЯМ.

Литвиненко О. А.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова
Національної академії медичних наук України»

тел. 066-780-58-58

oksanalytvinenko33@mail.ru

В останній час увагу вчених та лікарів всього світу, привертає виникнення та прогресування дисбіозів у хворих, які мають хронічну патологію організму, особливо ендокринного та серцево — судинного генезу. Раціон харчування людини за останні півсторіччя зазнав змін: збільшилась калорійність страв та змінився їх хімічний склад, що в свою чергу привело до змін в мікробіоценозі кишківника.

Ціль роботи. Вивчення спектру мікрофлори кишківника у пацієнтів з ожирінням.

Матеріали та методи. Матеріалом для дослідження були калові маси пацієнтів. Обстежено 71 особу в віці від 27 до 71 року, які спостерігаються в КУОЗ «ХМКЛ

№13». Серед обстежених пацієнтів на ожиріння 1 ступеню страждає 46 осіб, що склало 64,7 %, ожиріння 2 ступеню виявлено у 18 осіб, що склало 25,3 % та ожиріння 3 ступеню виявлено у 7 осіб, що відповідно склало 9,8 %. Контрольну групи склали 36 практично здорових осіб з нормальною вагою тіла у віці від 37 до 62 років.

Результати та їх обговорення. В результаті дослідження було виявлено, що у осіб з ожирінням кількість лактобактерій склала $4,25 \pm 0,17$ Lg КУО/г, що значно нижче ніж у контрольної групи $9,75 \pm 0,16$ Lg КУО/г.

Кількість *E. coli* у осіб з ожирінням склала $6,64 \pm 0,23$ Lg КУО/г, у контрольній групі - $7,71 \pm 0,22$ Lg КУО/г. Частота виділення *Enterobacter spp.* у групі з ожирінням була значно вища ніж в контрольній групі (43,67 % та 11,11 %), при середній кількості $4,20 \pm 0,32$ Lg КУО/г у осіб з ожирінням і $3,50 \pm 0,65$ Lg КУО/г у групі контролю.

У пацієнтів з ожирінням була збільшена частота виділення *S. epidermidis* та *S. aureus* (40,85 % та 18,31 %) в порівнянні з контрольною групою (22,23 % та 8,33 %). Кількісні показники в обох групах майже не відрізнялись між собою.

Пенетрантність представників роду *Candida spp* була значно вища у пацієнтів з ожирінням, ніж у контрольній групі (56,34 % та 22,22 %).

Висновки. У пацієнтів з ожирінням виявлені зміни в мікрофлорі кишківника. У цієї категорії хворих має місце зниження кількості *Lactobacillus spp* і типових представників *E. coli*, при цьому спостерігається підвищення кількості *Enterobacter spp*, *Candida spp*, *S. aureus*, що є показником дисбіозу.

ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

Лупальцов В.И., Котовщиков М.С., Трофимова А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии № 3. Харьков, пр. Постышева, 4.

+38(057)370-60-60. surgdis@mail.ru

Цель исследования. Изучить влияние этиологических факторов на развитие и течение острого панкреатита, и с их учетом оптимизировать лечение.

Задача исследования. Изучить зависимость развития острого панкреатита от этиологических факторов с разработкой методов лечения и определением факторов улучшающих его течение.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 58 пациентов в возрасте 17-68 лет с острым панкреатитом (ОП).

В группу вошли 27 пациентов с алкогольным панкреатитом, 20 – с алиментарным и 11 больных с билиарным панкреатитом (мужчин – 31, женщин – 27).

Клинико-лабораторное обследование включало целенаправленное выявление этиологических факторов, приведших к развитию острого панкреатита, выявление основных клинических его признаков, определение уровня амилазы в крови, моче и экссудате брюшной полости, состояния микроциркуляции и гемореологии. Всем больным при поступлении выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что среди причинных факторов развития ОП наиболее частыми являются: у мужчин – употребление алкоголя, у женщин – патология желчевыводящих путей.

Следует отметить, что дисфункциональные расстройства билиарной системы у лиц, перенесших

холецистэктомии, в последнее время занимают значительное место.

С учетом этого, в группе больных, у которых развитие ОП связано с патологией билиарной системы, тактика лечения наряду с проводимой консервативной терапией, включала оперативное пособие, направленное на санацию билиарного тракта, снижение в нем гипертензии, как основного фактора, поддерживающего выделение панкреатического секрета в паренхиму железы, с последующей активацией пищеварительных ферментов, что является основной причиной развития деструктивно-дегенеративных процессов в поджелудочной железе.

В группе больных с алкогольным и алиментарным этиологическим фактором лечение было направлено на снижение активности желудочной фазы секреции, обеспечивающей физиологический покой поджелудочной железы, что достигалось назначением лечебного голодания, антисекреторной терапией (соматостатин, октреотид), декомпрессией желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью постоянной аспирации через зонд.

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что лечение больных ОП с учетом этиологических факторов его возникновения, улучшает результаты лечения.

Выводы. 1. Определение лечебной тактики больных ОП с учетом этиологических факторов улучшает результаты лечения.

2. Консервативная терапия ОП алкогольной этиологии должна включать антисекреторную терапию.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Макарова В.И., Аношина А.С.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии, г. Харьков, пр. Ленина, 4,
тел.(057)702-11-73, e-mail: epidemos@ukr.net

Актуальность. Вирусный гепатит В (ВГВ), занимая одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека, относится к наиболее актуальным проблемам здравоохранения всех стран мира. Медико-социальное значение ВГВ определяется повсеместным распространением, прогрессирующим ростом заболеваемости, разнообразием клинических проявлений, нередко тяжелым течением, высокой вероятностью формирования хронических заболеваний печени и внепеченочных поражений, значительными социально-экономическими убытками.

Цель работы. Изучить распространенность хронического ВГВ, в г. Харькове и районах Харьковской области в 2013 г.

Материалы и методы исследования. На основании официальных данных проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости хроническим ВГВ в 2013 г. среди населения г. Харькова и районов Харьковской области.

Результаты и обсуждение. За период наблюдения всего в Харьковской области был зарегистрирован 51 случай заболевания людей хроническим ВГВ (в г. Харькове 32 случая, в районах Харьковской области - 19). Интенсивный показатель заболеваемости хроническим ВГВ составил 1,87 на 100 тыс. населения, при этом в г. Харькове показатель заболеваемости превышал показатель в районах области и составил 2,25 на 100 тыс.

населения против 1,46 на 100 тыс. населения районов области.

Анализ возрастной структуры заболевших показал, что в Харьковской области чаще болеют взрослые – 39 случаев (76,5 %), реже, дети от 0 до 18 лет – 12 случаев заболевших (23,5 %).

При сравнении количества заболевших в г. Харькове и районах области установлено, что удельный вес заболевших в городе был выше, чем в сельских районах, и составил 84,4 % (27 случаев) в городе и 63,2 % (12 случаев) в сельских районах. Множественных случаев заболеваемости в очагах не зарегистрировано.

В большинстве зарегистрированных случаев ВГВ (68,6 %), пути и факторы передачи возбудителя не были установлены. В г. Харькове только в 14 случаях (43,8 %) хронического ВГВ были установлены пути и факторы передачи возбудителя. При этом преобладал парентеральный путь передачи (85,7 % установленных случаев), чаще всего заражение происходило при санации полости рта (41,7 % случаев) и при хирургических операциях (25,0 % случаев), что диктует необходимость усиления контроля за проведением дезинфекции, предстерилизационной очистки медицинских инструментов и стерилизации.

При инъекционном употреблении наркотиков передача возбудителя произошла в 7,4 % случаев, поэтому в профилактические программы, направленные на борьбу с наркоманией, должны быть включены мероприятия по профилактике парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекции. В районах Харьковской области пути и факторы передачи возбудителя хронического ВГВ были установлены только в 2 случаях, что составило 10,5 %, в том числе половой путь и парентеральный.

Анализ заболеваемости хроническим ВГВ по социальным группам показал, что чаще всего в эпидемический процесс хронического ВГВ вовлекалось неработающее население, доля которого составила 56,3 % в г. Харькове и 36,8 % в сельских районах Харьковской области.

Выводы. Проведенный эпидемиологический анализ показал актуальность хронического вирусного гепатита В для Харьковской области. В эпидемический процесс чаще вовлекается взрослое неработающее население, проживающее в г. Харькове.

Установлена необходимость повышения качества дезинфекции, предстерилизационной обработки и стерилизации медицинского инструментария, усиления борьбы с инъекционным потреблением наркотиков.

MUCOSAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS BEFORE AND AFTER TREATMENT WITH HIGH-ENERGY SEMICONDUCTING LASER

Manee H., Romanenko V.R., Romanenko O.R.,
Talalayenko O.K.

Kharkiv National Medical University,
Department of Epidemiology, Kharkiv, Trinklera st.. 12.
tel. 057 702 11 73, epidemos@mail.ru

The aim of the study involved a comparative study of the efficacy of laser tonsillotomy and traditional tonsillectomy in patients with chronic tonsillitis (CT).

Laser tonsillotomy was reserved for patients who were unable to tolerate general anesthesia or unwilling to undergo classical tonsillectomy. The technique required ablation of tonsillar crypts and gross reduction of tonsillar tissue.

Object and methods. The formation of clinical groups took place according to the following criteria (I.B.Soldatov, 1975): 1. Patients with chronic compensated tonsillitis (CCT) (60 individuals): patients with CCT who underwent laser pinpoint impaction on the tonsils; patients with CCT who received conservative therapy.

2. Patients with chronic decompensated tonsillitis (CDT) (50 individuals): patients with CDT who underwent laser tonsillotomy; patients with CDT who underwent laser tonsillotomy followed by immunomodulation using a polyvalent mechanical bacterial lysate Ismigen; patients with CDT who underwent classical tonsillectomy.

The control group consisted of 17 healthy individuals.

The level of lysozyme and the concentration of secretory IgA (sIgA) were studied in the saliva of the patients as local protective factors before treatment, after treatment and after a month of observation.

Results and discussion. In patients with CDT number of antibacterial enzymes in saliva was lowest ($0,053 \pm 0,010$ mg/l), on average 1,8 times ($p < 0,05$) lower than in healthy individuals ($0,096 \pm 0,012$ mg/l) and 1,3 times ($p < 0,05$) lower parameters of patients with CCT ($0,069 \pm 0,011$ mg/l). In patients with CCT the level of sIgA decreased ($86,32 \pm 2,55$ mg/l), on average, 1,3 times ($p < 0,05$), while in CDT ($75,14 \pm 2,54$ mg/l) – an average of 1,5 times ($p < 0,05$) compared with those of healthy individuals ($115,04 \pm 2,33$ mg/l).

Thus, the study of mucosal immunity showed significant ($p < 0,05$) reduction in the studied parameters in patients with two major groups compared with the control group.

One month after treatment, it was revealed normalization of the indicators that were studied. In contrast, comparisons between subgroups determined their accurate

contrast. Thus, in the saliva of patients with CCT who underwent laser pinpoint impaction on the tonsils, the level of the studied parameters was higher, on average, 1,1 times ($p < 0,05$) compared with those patients receiving conservative therapy of the tonsillitis.

The results of the comparison of patients with CDT a month after treatment, suggest more effective therapy in patients who underwent laser tonsillotomy followed by the use of immunomodulating mechanical bacterial lysates (Ismigen).

In the specific subgroup the level of the studied parameters attained the indicators of healthy individuals $0,099 \pm 0,012$ mg/l and $116,82 \pm 2,84$ mg/l respectively against $0,098 \pm 0,016$ mg/l and $115,46 \pm 2,54$ mg/l respectively.

In patients with CDT which underwent only laser tonsillotomy also took place normalization of the investigated parameters, but more slowly: the number of lysozyme was $0,073 \pm 0,012$ mg/l, and sIgA – $85,98 \pm 2,66$ mg/l. In patients who underwent classical tonsillectomy were with the lowest mucosal immunity – the concentration of sIgA was at $79,27 \pm 2,74$ mg/l and lysozyme – $0,068 \pm 0,011$ mg/l.

Conclusion. According to the data, patients with CT who received conservative therapy did not contribute to the normalization of the mucosal immunity, while the use of high-energy semiconducting laser contributed to more active normalization of mucosal immunity compared with conservative therapy and classical tonsillectomy.

Additional stimulation of the immune system by mechanical bacterial lysates in treatment using laser resulted in complete recovery of the functional state of the mucosal immune system.

ПЕРЕНОСЧИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

Манукян Д.В., Кешишян А.Ш., Мелик-Андреасян Г.Г.
НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии
им. А.Б. Алексаняна МЗ РА,
0060, Ереван, ул. Худякова 1, +374 10 62-99-24,
melikandreasyan@mail.ru

Биология и экология членистоногих имеет свои особенности, вытекающие из региональных географических и климатических условий. Географическое положение Армении, являющейся одной из стран Южного Кавказа и граничащей с Грузией, Азербайджаном, Турцией и Ираном, обеспечивает наличие на ее сравнительно небольшой площади выраженную смену ландшафтных зон, а также почти всех типов климата. Этим обусловлено чрезвычайное разнообразие фауны и распространения членистоногих, в том числе переносчиков возбудителей трансмиссивных инфекций. Целью настоящей работы являлось изучение популяции возможных живых переносчиков возбудителей трансмиссивных инфекций на территории Армении.

Материалы и методы. В течение 2000-2014 гг. обследован материал (комары, клещи, москиты), собранный в различных климатических поясах республики. Энтомологические исследования включали количественный учет членистоногих и определение их видового состава.

Результаты. Из фауны кровососущих комаров в Армении к настоящему времени обнаружено наличие 5 родов, включающих 19 видов. Род *Anopheles* представлен 6 видами (*An. maculipennis*, *An. sacharovi*, *An. superpictus*, *An. claviger*, *An. hyrcanus*, *An. plumbeus*); род *Culex* – 6 видами (*C. pipiens* L., *theileri* Theob., *C. modestus* Fic.,

C. mimeticus Noë, *C. hortensis* Fic., *C. apicalis*) Adams; род *Aedes* – 4 видами (*Ae. caspius* Pall., *Ae. caspius dorzalis* Meig, *Ae. geniculatus* Ol., *Ae. vexans* Macg.), род *Culiseta* – 2 видами (*Cul. Longiareolata* Macg., *Cul. annulata* Schr.) и род *Uranotaenia* – 1 видом (*Ur. unguiculata* Edw). Некоторые из вышеперечисленных родов распространены во всех ландшафтных зонах республики, другие же являются специфическими для отдельных ландшафтов. Наибольшее разнообразие фауны комаров наблюдается в полупустынной зоне, где, наряду с речными долинами, существенное значение в выплоде комаров имеет также оросительная система.

Обследование территории Армении на наличие москитов продиктовано наличием в республике в настоящее время очагов висцерального, а в прошлом и кожного лейшманиозов. При изучении видового состава москитов было выявлено наличие в республике 12 видов - *P. papatasi*, *P. alexandri*, *P. minutus*, *P. caucasicus*, *P. balcanicus*, *P. Kandelakii*, *P. mongolensis*, *S. Pavlovskiyi*, *P. jacusieli*, *P. transcaucasicus*, *P. tobbi*, *P. perfiliewi*.

Показано наиболее широкое распространение вида *Ph. balcanicus* , который встречается как в низменных, так и в предгорных и горных районах Армении. Во всем ареале своего распространения *Ph. papatasi* является самым многочисленным.

Исследования показали, что фауна клещей представлена более чем 30 видами. Подробно изучено распространение пастбищных клещей. Можно отметить наличие следующих видов – *Hyaloma marginatum*, *Hyaloma asiaticum*, *Boophilus annulatus*, *Rhipicephalus bursa*, *Rhipicephalus sanguineus*, *Haemaphysalis punktata*, *Haemaphysalis parva*, *Haemaphysalis sulcata*, *Haemaphysalis inermis*, *Dermacentor marginatus*, *Dermacentor veticulatus*

и др. Доминирующим видом в пределах территории республики является *Dermacentor marginatus*.

Выводы. Результаты исследований позволили установить многообразие фауны комаров, москитов и клещей – переносчиков трансмиссивных инфекций. Климатические изменения, активация миграционных процессов на территории Армении диктуют необходимость проведения постоянного энтомологического мониторинга с целью установления возможного изменения численности и видового состава, выявления новых переносчиков, ранее не обнаруженных в республике.

ПНЕВМОЦИСТОЗ КАК НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Меймарян М.А.

Ереванский государственный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии, Республика Армения,
Ереван, ул.Корюна 2,
+37491375208, e-mail manik777@mail.ru

Современные возможности лечения онкологических больных неизбежно сопряжены с развитием вторичных осложнений, среди которых инфекции занимают значительное место, причем доля грибковых пневмоний, в частности, пневмоцистоза (РС), в последние годы существенно увеличилась.

Риск развития инфекции у онкологических больных существенно повышен в связи с наличием опухолевой интоксикации, истощения, анемии, а также предшествующей химио- или лучевой терапией и/или использованием глюкокортикоидных препаратов. При этом, нередко, инфекции имеют нозокомиальную («госпитальную») природу, протекают крайне тяжело

и плохо поддаются терапии в связи с высокой резистентностью возбудителей.

Цель. Учитывая актуальность вышеизложенного, а также запросы практического здравоохранения, нами были проведены клинико-эпидемиологические исследования на РС среди пациентов республиканского онкологического центра.

Материалы и методы. Диагностика серопораженности проводилась методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА/ELISA), позволяющим улавливать комплекс антиген-антитело в сыворотке крови обследуемого. Инфицированность определялась методом выявления специфических антител классов IgM и IgG.

Результаты исследования свидетельствуют об очень высокой степени инфицированности ($79,3 \pm 4,2\%$ - 73 больных, $t=5,3$) возбудителем РС лиц основной группы. В сыворотке крови этих больных преобладали IgG, IgM к *P. carinii* выявлены в $34,8 \pm 5,0\%$ (32 человека, $t=2,6$) случаев. Вместе с тем у 22% обследованных лиц этой группы антитела IgM к *P. carinii* выявились в достаточно высоком титре, что могло указывать на относительно недавний контакт этой группы лиц с указанным возбудителем, поскольку известно, что антитела IgM появляются в остром периоде заболевания, антитела класса IgG образуются в более поздние сроки и длительно присутствуют в сыворотке крови переболевших. В контрольной группе процент выявляемости IgG и IgM-антител составил соответственно $43,5 \pm 5,2\%$ (40 человек) и $23,9 \pm 4,4\%$ (22 человека).

Помимо серологических исследований нами проведено также исследование бронхоальвеолярного лаважа (БАЛЖ) методом НРИФ. Пневмоцисты были выделены у 22,1% на фоне наличия антител к *P. carinii*, а также у 14,7% серонегативных лиц. Итак, у 36,8%

больных онкопатологией РС была подтверждена выявлением *P. carinii*, что свидетельствует о возможности возникновения этой инфекции у данной категории больных.

Выводы. 1. Больные злокачественными новообразованиями нуждаются в иммунологическом обследовании и исследованиях, направленных на выявление *P. carinii/jiroveci* и в целом возбудителей ОИ. 2. Методом выбора при скрининге на ОИ является ИФА, однако для определения этапа развития инфекции необходимы дополнительные исследования, включающие прямые методы диагностики. 3. С целью оптимизации диагностики, лечения и профилактики ОИ необходимо: а) определить характер иммунной дисфункции; б) выявить возбудитель; в) установить форму и активность инфекционного процесса. 4. Наибольшее значение в управлении ОИ имеет вторичная профилактика, направленная на раннее выявление инфекции и снижение неблагоприятных последствий болезни путем проведения адекватной иммуноориентированной терапии.

**ПРОБЛЕМИ ОБІЗНАНОСТІ ЛІКАРІВ МЕДИЧНИХ
ПІДРОЗДІЛІВ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИН ЩОДО
ВИКОРИСТАННЯ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ
ДОКУМЕНТІВ ЗІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ, ЩО ГРУНТУЄТЬСЯ НА ДОКАЗАХ**
Микита О.О., Гутченко К.С., Ковида Д.В., Шевчук О.С.
Українська військово-медична академія
м. Київ, вул. Мельникова 24,
тел. (098) 977-41-42,
e-mail: mikita_o@mail.ru

Мета. Вивчення стану поінформованості лікарів медичних підрозділів військових частин щодо використання медико-технологічних документів (МТД)

зі стандартизації медичної допомоги, що ґрунтується на доказах.

Завдання. Дослідити відповідність нормативно-правової бази в системі військової охорони здоров'я (ОЗ) України підходам цивільної ОЗ України до стандартизації медичної допомоги на принципах доказової медицини (ДМ); дослідити ставлення лікарів медичних підрозділів військових частин щодо розробки та впровадження клінічних протоколів, що ґрунтуються на доказах.

Матеріали і методи досліджень. Інформаційною базою дослідження були нормативно-правові документи щодо стандартизації медичної допомоги у Міністерстві оборони (МО) України та Міністерстві охорони здоров'я (МОЗ) України, анкети вивчення поінформованості лікарів медичних підрозділів військових частин щодо МТД зі стандартизації медичної допомоги.

Методами дослідження були бібліосемантичний, системного аналізу, анкетування, статистичний.

Результати та їх обговорення. Відповідно до наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 "Про створення та впровадження МТД зі стандартизації медичної допомоги в системі МОЗ України", з метою допомоги практичним лікарям, розроблено і впроваджено МТД (клінічні настанови, стандарти та протоколи надання медичної допомоги), що відповідають вимогам ДМ. Однак, дослідивши стан нормативно-правової бази системи військової ОЗ України, відомості щодо проведення цілеспрямованих досліджень з розробки і використання МТД у підрозділів військових частин МО України нами не виявлено. Тому, на сьогодні це питання залишається актуальним для військової медицини.

З метою визначення обізнаності лікарів медичних підрозділів військових частин щодо використання МТД, нами було розроблено спеціальну анкету. За допомогою

якої було опитано 71 респондентів. Генеральною сукупністю, на яку з визначеною мірою вірогідності можливо поширити висновки дослідження, є лікарі медичних підрозділів Львівської, Тернопільської, Житомирської, Одеської і Київської областей України та м. Києва.

Серед опитаних респондентів за профілем спеціалізацій 62 % склали лікарі загальної практики (ЛЗП), 21 % – лікарі терапевтичного профілю (ЛТП), 10 % – лікарі хірургічного профілю (ЛХП) і 7 % – лікарі стоматологи (ЛС). Результати анкетування показали, що тільки 39 % респондентів обізнані з базами даних ДМ. З них 27 % склали ЛЗП, 8 % – ЛТП і 4 % – ЛХП.

За даними проведеного опитування, 77 % лікарів медичних підрозділів військових частин обізнані із змістом уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (УКПМД) щодо спеціалізації, але тільки 24 % вважають можливим застосовувати у практичній діяльності в повному обсязі. З них 10 % – ЛЗП, 8,4 % – ЛТП, 2,8 % – ЛХП та 2,8 % – ЛС. Загалом у своїй практичній діяльності локальні протоколи медичної допомоги використовують 32 % лікарів медичних підрозділів військових частин.

Висновки. 1. Надзвичайно низька обізнаність (39 %) лікарів медичних підрозділів військових частин ЗС України підтверджує актуальність проведеного дослідження і необхідність покращення роботи серед медичної служби з питань стандартизації медичної допомоги.

2. Незначний рівень поінформованості військових лікарів є одними із причин, що тільки 32 % лікарів можуть застосовувати у своїй практичній діяльності локальні протоколи медичної допомоги.

НОСІЙСТВО АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ

У НОСОГЛОТЦІ ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ

Мінухін В.В., Коваленко Н.І., Ткаченко В.Л., Замазій Т.М.

Харківський національний медичний університет

м. Харків-22, пр. Леніна, 4.

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології.

Тел. +38(057) 707-73-62. mikro1922@ukr.net

Мета дослідження. Мікробіологічне обґрунтування ролі нормальної мікрофлори носоглотки як резервуару полірезистентних штамів збудників інфекцій верхніх дихальних шляхів.

Матеріали та методи. Виділення мікроорганізмів із носоглотки здорових людей та їх ідентифікацію проводили за морфологічними, культуральними і біохімічними властивостями відповідно до Наказу МОЗ СРСР № 535 від 22.04.1985 р., а визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків методом дифузії в агар – відповідно до Наказу МОЗ України № 167 від 05.04.2007 р.

Всього було виділено і проаналізовано 75 штамів умовно-патогенних мікроорганізмів.

Результати. Встановлено носійство у носоглотці здорових людей умовно-патогенних мікроорганізмів, які є збудниками бактеріальних гострих респіраторних інфекцій, а саме *H. influenza* (25,3 % випадків), *S. aureus* (21,3 %), *S. pneumoniae* (17,3 %), *S. pyogenes* (14,6 %) та *S. epidermidis* (8,1 %).

Виділені бактерії характеризуються високими рівнями резистентності до антибіотиків терапевтичного призначення. Серед найбільш стійких були штами *S. pneumoniae*, які проявили резистентність до доксицикліну і хлорамфеніколу (відповідно 61,7 і 69,3 % штамів), *S. pyogenes* – до кліндаміцину та азитроміцину (36,6 %), хлорамфеніколу (55,5 %), *H. influenza* – до доксицикліну

(36,8 %), *S. aureus* – до цефтазидиму (43,7 %) і доксицикліну (43,7 %).

Висновки. Таким чином, поширення носійства умовно-патогенних мікроорганізмів у носоглотці здорових людей становить значимий резервуар полірезистентних штамів збудників бактеріальних гострих респіраторних інфекцій.

Препаратами вибору для терапії гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів можуть бути левофлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, цефтриаксон.

МЕТОДИКА ОЦІНКИ РІВНЯ АДАПТОВАНОСТІ ШКОЛЯРІВ МОЛОДШИХ КЛАСІВ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Москвяк Н.В.

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
79010, м. Львів, вул. Пскарська 69,
тел. (032) 276-28-37. e-mail: natalimoskviak@ukr.net

Проблема адаптації широко застосовується для визначення рівня здоров'я дітей, діагностики донозологічних станів та ступеня напруженості регуляторних механізмів за умови впливу різноманітних чинників навколишнього середовища.

Мета роботи передбачала опрацювання способу оцінки рівня адаптованості школярів молодших класів у загальноосвітніх навчальних закладах з урахуванням впливу комплексу факторів з метою оптимізації перебігу процесу адаптації.

Матеріали та методи. Упродовж трьох років навчання у молодшій школі обстежено 403 дитини з визначенням індивідуального значення індексу маси тіла (ІМТ) та розрахунком адаптаційного потенціалу (АП)

системи кровообігу відповідно до методики Р.М. Баєвського (1986).

Результати та їхнє обговорення. Рекомендований експертами ФАО/ВООЗ ІМТ є одним з найбільш доступних та інформативних показників, що характеризують стан здоров'я дітей та широко використовується під час скринінгових досліджень. За динамікою значень ІМТ, як одного з показників довготермінової адаптації школярів встановлено, що відповідно до центильного розподілу згідно з віком середні значення показника не виходять за межі норми і її коливань, але мінімальні та максимальні значення знаходяться у перехідній до патології зоні.

Значна частина молодших школярів з оптимальними для віку показниками ІМТ мають задовільний АП.

Збільшення або зменшення індексу маси тіла обумовлює вірогідне ($p < 0,05$) зростання частки дітей з незадовільною адаптацією та її зривом.

Результати кореляційного аналізу засвідчують, що у молодших школярів із задовільною адаптацією відхилення ІМТ від меж вікової норми практично не спостерігаються та є вищими показники розумової працездатності, навчальної успішності і нижчою шкільна тривожність у порівнянні з дітьми з незадовільною адаптацією.

Висновки. Зазначена методика допомагає виявити серед школярів молодших класів групи ризику, регуляторні системи яких знаходяться на межі своїх можливостей, що своєю чергою дозволяє своєчасно запровадити відповідні превентивні заходи.

ЕТИОЛОГІЯ ГНІЙНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ МЕНІНГІТІВ В УКРАЇНІ

Мохорт Г.А.¹, Колесніков М.М.¹, Глушкевич Т.Г.²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра епідеміології,

03057, м. Київ, проспект Перемоги, 34, mohort@vandex.ru

²ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань
МОЗ», 04071, м. Київ, вул. Ярославська, 41, тел.: 425-38-17

Мета дослідження. Визначити в Україні етіологічну структуру та динаміку захворюваності на гнійні бактеріальні менінгіти (ГБМ) сукупного населення за період 1992–2012 років та етіологічну структуру ГБМ серед окремих вікових груп населення за 2001–2012 рр.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати бактеріологічної діагностики ГБМ за 21 рік (1992–2012) в Україні за даними бактеріологічної лабораторії ДЗ «Український Центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України». Для аналізу використано епідеміологічний та статистичний методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Зареєстровано 37843 випадки ГБМ, з яких було 18878 випадків гнійних менінгітів менінгококової етіології та інших генералізованих форм менінгококової інфекції (ГФМІ) і 18965 ГБМ неменінгококової (неМІ) етіології. Кількість ГФМІ щорічно коливалась в межах від 342 (2012 р.) до 1450 випадків (1992 р.). При цьому за весь період спостережень в цілому мала місце тенденція до поступового зменшення питомої ваги випадків ГФМІ з 60,32% в 1994 році до 42,17% в 2012 році. Стосовно неМІ ГБМ також спостерігалась загальна тенденція до зменшення кількості їх випадків з коливанням від 469 (2012 р.) до 1137 випадків (2002 р.). В цілому ж співвідношення ГФМІ та ГБМ неМІ етіології було

приблизно 1:1 (49,89 % до 50,11 %) протягом всього періоду спостереження. Серед хворих на ГФМІ переважали діти до 14 років (75–80 %). Щодо окремих неМІ ГБМ можна відзначити досить суттєве зростання питомої ваги пневмококових менінгітів (ПМ) – від 3–4 % на початку 1990-х років до 9–10 % в 2010-х роках, Ніб-менінгітів – приблизно від 0,1% до 1% за цей же період та інших (зокрема, стафілокок, стрептокок) етіологічно встановлених збудників менінгітів (від 11 % до 20 %). При цьому частка ГБМ невстановленої етіології протягом всього періоду спостереження була майже незмінною (в середньому 25 %). В цілому кількість виявлених за 21 рік пневмококових менінгітів склала 2399 (6,34 % від всіх ГБМ). Захворювання реєструвалися у всіх вікових групах. За період з 2001 по 2012 рр. найбільша кількість пневмококових менінгітів (938 з 1371 випадки, тобто 68,42 %) реєструвалася серед дорослих віком 15 років і старше. ГБМ, що обумовлені гемофільною паличкою типу b (Ніб-інфекція), за період 1992-2012 рр. в Україні було виявлено лише 268 випадків, що становить 0,71 % від усіх ГБМ. Аналіз вікової структури цієї нозологічної форми за 2001–2012 рр. показав, що 123 з 186 випадків (66,13 %) були у дітей до 15 років, з яких 99 випадків виявлені у дітей віком 0-6 років.

Серед бактеріологічно підтверджених випадків інших неМІ ГБМ за частотою висіву сумарно за період з 2001-2012 рр. етіологічні агенти йшли у такому порядку: *Staphylococcus aureus* – 1368 ГБМ (13,89 %), *Streptococcus* груп А і В – 1010 ГБМ (10,26%), *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes* та інші разом становили 1143 (11,61%). У віковій структурі захворювань, викликаних *Staphylococcus aureus* та *Streptococcus* груп А і В за 2001-2012 рр. переважали дорослі, питома вага яких становила відповідно 59,65 % та 60,2 %. Звертає

на себе увагу те, що 9752 випадків ГБМ (25,77 %) – це інфекції з невстановленою етіологією. Серед всіх неменінгококових ГБМ в Україні за період 2001–2012 років 41,95 % становили випадки серед дітей віком до 14 років, а серед дорослих – 58,05 %.

Висновки. Визначено основні етіологічні агенти ГБМ в Україні: менінгококи (49,89 %), пневмококи (6,34 %), стафілококи, стрептококи та інші збудники (17,30 %), збудники Hib-інфекції (0,71 %). Менінгіти невстановленої етіології – 25,77 %. Серед хворих на ГФМІ значно переважали діти до 14 років (75–80 %), а серед хворих на неменінгококові ГБМ дорослих було 58,05 %.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Овасапян В.О.

Ереванский Государственный Медицинский Университет
им. М. Гераци, кафедра эпидемиологии
Республика Армения, г. Ереван, ул. Корюна 2,
+37491375208, hovhas@mail.ru

Чрезвычайная эпидемиологическая ситуация большей частью возникает при природных и промышленных катастрофах. Кроме активации инфекционных заболеваний, присущих данному региону, могут проявляться ранее не зарегистрированные или редко встречающиеся инфекции, а также массовые заболевания неинфекционного характера.

Многолетние наблюдения после землетрясения в Армении 1988 г. показали, что вероятность возникновения инфекционных заболеваний повышается:

- при наличии неимунной прослойки населения
- опасности ввоза инфекционных заболеваний

- определенных условий, способствующих быстрому распространению инфекций (природные и промышленные бедствия).

Оценку чрезвычайной эпидемиологической ситуации можно дать исходя из социально-экологических, природно-географических, экономических и других характеристик данного региона.

При чрезвычайных эпидемиологических ситуациях опасность инфекционных заболеваний, а также массового распространения инфекций приводит к большим социальным и экономическим трудностям, которые государство не в состоянии самостоятельно преодолеть в связи с отсутствием соответствующих кадров, материально-технической базы. Кроме того, возникает опасность вывоза инфекции за пределы данного региона.

Сложность эпидемиологической ситуации, возникающей в результате бедствия, определяется двумя факторами: эндемичностью и возможностью передачи возбудителей.

Чрезвычайная эпидемиологическая ситуация, сопровождающаяся человеческими жертвами и большими экономическими потерями, ставит перед органами здравоохранения чрезвычайно сложные задачи, осуществление которых начинается с установления эпидемиологического надзора, координации работ и заканчивается проведением активных противозидемических мероприятий.

Учитывая вышеприведенные факты, с целью обеспечения эффективности решения задач необходимо иметь программу поэтапных действий:

- организация медико-санитарной службы, которая руководствуется разработанной программой и координационным советом;

- создание соответствующих материально-технических ресурсов;
- система своевременного оповещения населения.

Перечисленные этапы являются подготовительными, после чего станет возможным осуществление следующих этапов:

- быстрая и правильная оценка эпидемиологической ситуации;
- разработка реальной гипотезы возникновения вероятной инфекционной болезни, связанной с особенностями данного региона;
- организация эпидемиологических и эпизоотологических работ в полевых условиях;
- обработка накопленной информации и изучение причин возникновения инфекций;
- своевременная организация противоэпидемических мероприятий;
- оценка эффективности проводимых мероприятий.

РОЛЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Одинец Ю.В., Алексеева Н.П., Бирюкова М.К.
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии № 2, ул. Луи Пастера, 2, +380509030223,
birjukova_marina@mail.ru

В структуре заболеваемости детского населения лидирующее положение занимают заболевания органов дыхания с неуклонной тенденцией к росту. Так, среди детского населения г. Харькова в 2013 г. распространенность заболеваний органов дыхания (на 1000 детского населения) составила 877,4, то в 2014 г уже 907,4. Среди подростков г. Харькова распространенность заболеваний органов дыхания

(на 10 000 населения) составила, соответственно, в 2013 г. - 4806,7, а в 2014 г. - 4848,3. В структуре заболеваний органов дыхания удельный вес пневмоний остается весьма значимым и также имеет тенденцию к увеличению. Если в 2013 г. распространенность пневмоний среди детского населения составляла 7,3, то в 2014 г. - 8,0. Подобная тенденция имеет место и среди подростков. В 2013 г. распространенность пневмоний на 10 000 населения – 24,1, а в 2014 г. – 33,2. Особую тревогу вызывает увеличение числа деструктивных форм пневмоний. В 2014 г. зарегистрирован 21 случай, тогда как в 2013 г. – 8 случаев. В этой связи следует отметить, что наиболее уязвимой прослойкой детского населения являются дети с хроническими заболеваниями органов дыхания. Так, на диспансерном учете по г. Харькову на 1 января 2015 г. состояло 1850 детей (8,39 на 1000 детского населения), страдающих бронхиальной астмой, 12 (0,05 на 1000) детей - с различными пороками развития трахеобронхиального дерева, 26 (0,01 на 1000) детей - с муковисцидозом, 2 (0,009 на 1000) ребенка - с бронхоэктатической болезнью, 15 (0,06 на 1000) детей - с хроническим бронхитом. 87 детей являются инвалидами по бронхолегочной патологии. Из них с бронхиальной астмой – 50 детей, муковисцидозом – 23 ребенка, с пороками развития бронхолегочной системы – 5 детей. За период с 2011 г. по 2014 г. включительно на диспансерный учет взято 107 детей с бронхолегочной дисплазией различной степени тяжести. Увеличение числа детей с хронической бронхолегочной патологией, в условиях высокой распространенности и заболеваемости пневмониями, роста антибиотикорезистентности, что требует применения дорогостоящих альтернативных препаратов, приводит к увеличению продолжительности госпитализации и расходов на лечение, определяет высокую социальную

значимость данной проблемы. Мировой опыт показывает, что наиболее надежным и эффективным средством в борьбе с инфекцией является профилактика посредством вакцинации. Принимая во внимание, что доля *Streptococcus pneumoniae* в этиологии внебольничных пневмоний колеблется в пределах от 35 до 76 %, действующие во многих странах инструкции, рекомендуют проведение вакцинации против пневмококковой инфекции с целью профилактики хронических заболеваний дыхательных путей. Это в свою очередь позволяет обеспечить экономию бюджетных средств, определяя целесообразность включения специфической профилактики против пневмококка в национальный календарь прививок. Согласно приказа министерства охраны здоровья Украины от 16.09.2011 № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунологічних препаратів» вакцинацию против пневмококка рекомендовано проводить «по состоянию здоровья». Однако, опираясь на результаты многочисленных клинических исследований в различных регионах мира, посвященных этой проблеме, следует сказать, что только массовая вакцинация позволит повлиять на заболевание пневмококковой инфекцией. Предварительный опыт вакцинации детей, страдающих хронической бронхолегочной патологией, показал отсутствие побочных эффектов в поствакцинальном периоде, стабилизацию состояния детей в дальнейшем, облегчение основных симптомов и отсутствие влияния инфекционных факторов на развитие осложнений заболевания, чем определяется необходимость дальнейшего накопления фактов и определения места вакцинопрофилактики в комплексной терапии детей с хронической бронхолегочной патологией.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАТЯЖНОГО ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ - МОЖЛИВОСТІ СЬОГОДЕННЯ

Одинець Ю.В., Ручко А.Ф.,
Саратов В.М., Череднікова Т.Ю. Харківський національний
медичний університет,
Кафедра педіатрії № 2
м.Харків, вул. Луї Пастера, 2;
0977154576; 0951788063; tanya-chere@rambler.ru

Значною проблемою сьогодення є збільшення захворюваності на гостру бронхолегеневу патологію у дітей (Волосовець О.П., Крамарев С.О., 2013), зростає частота ускладненого, затяжного перебігу пневмоній (Знаменська Т.К., 2012; Mahbuba Meem, 2011). Соціальну значущість зумовлює розвиток клінічних форм, які потребують тривалого затратного лікування з наданням днів непрацездатності батькам, пов'язаних із доглядом за хворими дітьми. Прогнозування та профілактика розвитку затяжного, ускладненого перебігу пневмоній у дітей могло б стати вирішенням зазначеної проблеми.

Мета. Покращення показників популяційного здоров'я дитячого населення шляхом прогнозування та попередження розвитку ускладненого та затяжного перебігу негоспітальних пневмоній (НП) у дітей.

Завдання:

1. З'ясувати характерні ознаки метаболічних порушень у сурфактантній системі легень (ССЛ) при НП у дітей в КВП в залежності від особливостей перебігу захворювання;
2. Оцінити ефективність застосування сурфактант-протективної терапії (СПТ) у дітей з НП.

Матеріали та методи. Обстежено 112 дітей у віці від 4 до 17 років, хворих на НП та 30 здорових дітей (контрольна група). Спеціальні дослідження включали

визначення усім дітям в сироватці крові та конденсаті видихуваного повітря (КВП) вмісту загальних ліпідів (ЗЛ), фосфоліпідів (ФЛ), тригліцеридів (ТГ), холестерину (ХС), неестерифікованих жирних кислот (НЕЖК), ліпопротеїдів високої та низької щільності (ЛПВЩ та ЛПНЩ), дієнових кон'югат (ДК) та малонрвого діальдегіду (МДА), супероксиддисмутази (СОД) та каталази (Кат), рівноваги системи ПОЛ/АОЗ. Дослідження проведені при первинному зверненні в стаціонар та в динаміці спостережень.

Результати та їх обговорення. У гострий період захворювання виявлено вірогідне збільшення вмісту в КВП ЗЛ на 15,8 % ($P < 0,001$), ТГ – на 15,8 % ($P < 0,001$), ХС – на 86,7 % ($P < 0,001$), НЕЖК – на 56 % ($P < 0,001$), ЛПНЩ – на 38,2 % ($P < 0,001$), ДК – на 55,3 % ($P < 0,001$), ПОЛ/АОЗ – на 105 % ($P < 0,001$), МДА – на 18 % ($P < 0,05$), СОД – на 62,6 % ($P < 0,001$), Кат – на 112,6 ($P < 0,001$) та зниження вмісту ФЛ на 30,9 % ($P < 0,001$). В процесі одужання хворих, на 10-14 добу стаціонарного лікування, спостерігалась позитивна динаміка змін рівнів зазначених показників, але без остаточної їх нормалізації. Розроблено прогностичний алгоритм, що включає 90 клініко-анамнестичних, лабораторних показників. Їх прогностичні коефіцієнти та прогностичну інформативність визначали за допомогою неоднорідної послідовної процедури Вальда-Генкіна. Апробація алгоритму показала, що правильні прогнози скалали 86,4 %. Усім хворим із діагностованими розладами у ССЛ у комплексі з базисною терапією застосовували з сурфактант-протективною, відновлюючою ціллю морфолінію-метил-триазолін-тіоацетат (тіотриазолін) у добовій дозі 2 мг/кг. Це дозволило суттєво скоротити строки стаціонарного лікування ($P < 0,05$).

Висновки. 1. У дітей з НП відзначаються характерні зміни вмісту ліпідних метаболітів у КВП

(збільшення вмісту ЗЛ, ТГ, ХС, НЕЖК, ЛПНЩ, ЛПВЩ, ДК, МДА, СОД, Кат, ПОЛ/АОЗ та зменшення вмісту ФЛ), що свідчать про порушення у ССЛ. Ступінь їх змін прямо залежить від наявності ускладнень та характеру перебігу захворювання ($P < 0,05$).

2. Застосування СПТ (морфолінію-метил-триазолінітоацетату у добовій дозі 2 мг/кг) у дітей з НП поряд із базисню, показало свою ефективність у вигляді скорочення строків одужання та нормалізації порушеної рівноваги показників КВП, а саме ліпідних метаболітів та антиоксидантного захисту, що характеризують ступінь ушкодження ССЛ.

**КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ:
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ ОДИКБ
г. ХАРЬКОВА ЗА 2014 г.**

Ольховская О.Н., Курлан Н.Ю., Рожнова А.С.,
Поддубная М.А., Бондарева Е.Н.
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, пр. Ленина 4.
тел. 972132, onixol@mail.ru

Цель работы. Анализ заболеваемости кишечными инфекциями (КИ) среди детей за 2014 год по материалам ОДИКБ г. Харькова.

Результаты и их обсуждение. За истекший год имеет место рост заболеваемости КИ как в абсолютных цифрах, так и в процентном соотношении к общему числу прошедших по стационару. Так, доля больных КИ составила 45,47 % от общего количества пролеченных за год, в то время как за 2013 г. эта цифра составляла 43,38 %. В абсолютных цифрах отмечался рост числа больных на 462 случая.

Анализ КИ в зависимости от этиологического фактора выявил, что наиболее регистрируемой являлись

гастроэнтероколиты (ГЭК) установленной этиологии (условно-патогенная флора – клебсиелла, энтеробактер, протей), которые составили 2117 случая (за 2013- 1789 случаев, т.е. рост на 328–18,3 %). За 2014 год возросло количество ротавирусной инфекции (на 28–38,8 %), эшерихиозов (на 180–25,5 %), шигеллеза (на 92–18,77 %), ГЭК неуточненной этиологии (на 31–5,8 %).

Необходимо отметить снижение числа регистрируемых пищевых токсикоинфекций (на 9–39,1 %), иерсиниозной инфекции (на 13–27,8 %), сальмонеллезов (на 175–17,0 %).

Большую часть пролеченных больных продолжали составлять жители города (69,1 %). Несколько уменьшилось число госпитализированных из районов области (с 30,3 % в 2013 до 28,1 % в 2014 – разница 2,2 %). Однако, следует отметить 10-кратное возрастание числа пролеченных иногородних (большую часть из которых составили жители Донецкой и Луганской областей) - 15 в 2013 г. и 149 в 2014 г. Этот рост обусловлен сложившейся в нашей стране военно-экономической ситуацией.

Среди данной категории больных большую часть составили больные ГЭК установленной этиологии (65-43,62 %), сальмонеллезом (31–20,81 %), эшерихиозом (18-12,1 %) и ГЭК неустановленной этиологии (17-11,4 %).

Анализ КИ в возрастном аспекте выявил, что наиболее многочисленную группу составили дети 1-4 лет (56,3 % в 2014 г. и 57,8 % в 2013 г.), среди которых преобладали случаи ГЭК установленной этиологии (1070-35,79 %), сальмонеллеза (640-21,4 %) и эшерихиоза (537-17,96 %).

К сожалению, достаточно высоким остается процент детей раннего возраста (до года), которые, по определению, болеть КИ практически не должны – 1185

(22,3 %) в 2014 г. и 1159 (23,9 %) в 2013 г. Дети этой возрастной группы наиболее часто болели ГЭК установленной этиологии (645-54,43 %), эшерихиозом (231 - 19,49 %), сальмонеллезом (126-10,63 %).

Дети в возрасте 5-9 лет составили 14,6 % от всего количества больных КИ за 2014 г. (на 2,9 % больше, чем в 2013 г.). Среди этой категории большую часть составили больные ГЭК установленной этиологии (277-35,78 %), сальмонеллезом (174-22,48 %), шигеллезом (106-13,7 %).

Дети старше 10 лет составили 6,8 % от всех случаев КИ, существенно не изменившись по показателям в сравнении с 2013 г. Малое количество детей старшего возраста, по-видимому, связано с лечением таких больных в амбулаторных условиях (а возможно, под маской гастроэнтерологической патологии, – в условиях соматических стационаров).

Анализ частоты встречаемости КИ в зависимости от тяжести патологического процесса выявил, что возросла частота тяжелых форм КИ, составив 3108 случаев (58,5 %) в 2014 г. по сравнению с 2674 (55,03 %) – рост на 3,47 %.

В тоже время, соответственно, число среднетяжелых форм уменьшилось на 3,22 % и составило 2168 случаев в 2014 г. Невысоким остается процент легких форм КИ: 36-0,7 % в 2014 г. и 41-0,85 % в 2013 г.

Необходимо отметить, что за 2014 г. возросла роль серологических методов диагностики КИ при отрицательных результатах бактериологического обследования больных.

Таким образом, КИ среди детей остается актуальной проблемой инфектологии, требующей совершенствования методов диагностики и профилактики.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ З СИНДРОМОМ ГЕМОКОЛІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

¹Пахольчук Т.М., ¹Усачова О.В., ¹Сіліна Є.А.,

²Матвеева Т.Б., ²Печугіна В.В.

¹Запорізький державний медичний університет

²Обласна інфекційна клінічна лікарня,

м. Запоріжжя пр. вул. Маяковського, 26.

тел. 0935394743 e-mail: kdib@mail.ru

Причини для появи крові у випорожненнях різноманітні, що створює деякі труднощі в їх діагностиці, особливо якщо кишкові кровотечі нерясні або виявляються тільки за допомогою лабораторних методів.

Метою нашого дослідження було виявлення етіологічних чинників розвитку синдрому гемоколіту при гострих кишкових інфекціях (ГКІ) у дітей раннього віку на сучасному етапі.

Матеріали і методи дослідження.

Проаналізований перебіг хвороби у 32 дітей віком від 1 до 24 місяців, які були проліковані з приводу ГКІ з синдромом гемоколіту та виписані з одужанням. Обстеження проводилось згідно клінічних протоколів затверджених МОЗ України. Діти знаходились на лікуванні в дитячому відділенні кишкових інфекцій Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні в 2013 – 2014 роках. Етіологічне розшифрування захворювання проводилося на підставі даних бактеріологічного дослідження калу та результатів СІТО ТЕСТ фекалій на ротавірус. Усі хворі були консультовані дитячим хірургом.

Результати та їх обговорення. Ретроспективний аналіз історій хвороби дітей з гемоколітом показав, що всі діти знаходилися на змішаному або штучному вигодовуванні. Причиною погіршення стану був перехід

на нове вигодовування або введення прикорму. Нами відмічено, що переважним шляхом інфікування хворих був харчовий (факторами передачі були – термічно не оброблене молоко та сир, м'ясні вироби, птиця), рідше реєструвався контактено-побутовий шлях.

Двадцять дев'ять дітей було госпіталізовано в першу добу захворювання. Більшість пацієнтів поступали з підвищенням температури тіла до 38-39⁰С та іншими симптомами інтоксикації.

Клінічно частіше превалювала ентероколітична форма середньої тяжкості (27 пацієнтів). З першого дня захворювання з'являлись рідкі, водянисті смердючі випорожнення від 5 до 15 разів на добу. На 2-3-ю добу у випорожненнях хворих реєструвалися домішки слизу і крові, як прояви гемоколіту. Ці явища утримувались впродовж 3-4 діб.

У крові всіх пацієнтів відмічався помірний лейкоцитоз з незначним паличкоядерним зсувом, прискорення ШОЕ. Копрологічні дані були наступні: виявлявся високий вміст нейтрофільних лейкоцитів і еритроцитів, деколи - слиз.

У дітей раннього віку етіологічні чинники розвитку синдрому гемоколіту при ГКІ були різні і залежали від віку. Так у дітей перших трьох місяців життя (14 пацієнтів) у переважній більшості із фекалій висівали *Klebsiella* в титрі понад 10⁹/г (у 8 хворих) та *Campilobakter* (у 5-ти). У старших пацієнтів (18 дітей) в більш ніж половині випадків (у 10 хворих) захворювання було викликано високою контамінацією двома умовно-патогенними збудниками (*Klebsiella*+*Enterobakter*), в двох обумовлено *Salmonella* і ще в двох – *Clostridii*. Крім того, у більшості хворих (17 дітей) був позитивний СІТО ТЕСТ калу на ротавірус.

Висновки. 1. Етіологічними чинниками розвитку гемоколіту при ГКІ у дітей перших трьох місяців життя частіше є *Klebsiella* і *Campilobakter*, у старших – комбінація *Klebsiella*+*Enterobakter*, рідше *Salmonella* та *Clostridii*.

2. Тривалість проявів гемоколіту при ГКІ у дітей раннього віку складала 3-4 дні.

РИЗИК ТА АНАЛІЗ РИЗИКУ В ЕПІДЕМІОЛОГІЇ

Петрусевич Т.В., Зубленко О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, бульвар Т. Шевченка,

тел. 044 454 49 36, epidemiya@ukr.net

Ризик – це одне з основних понять в епідеміології, оскільки можна стверджувати, що епідеміологія як наука, базується на концепції ризику, а здійснення події в епідеміології прийнято виражати через ймовірності. Епідеміологічний ризик – це потенційна можливість ускладнення епідеміологічної ситуації, яка очікується чи виникає в зв'язку несприятливої дії на неї певних чинників ризику (Черкаський Б.Л., 2006 р.). Важливою задачею епідеміології є оцінити зв'язок між певним чинником та розвитком захворювання, що надасть можливість отримати уявлення про масштаби проблеми охорони здоров'я, яка виникла під дією конкретного чинника. Це можна зробити, якщо обчислити наступне: абсолютний ризик (Absolute Risk (AR)); відносний ризик (Relative Risk (RR)); відношення шансів (Odds Ratio (OR)); атрибутивний ризик (Attributable Risk (AR)); популяційний ризик (Population Attributable Risk (PAR)).

Абсолютний ризик (AR), який можна використовувати по відношенню до несприятливих наслідків, дає відповідь на ймовірність події, яка виникне

протягом певного періоду часу у популяції, яка досліджується. При обчисленні ризику необхідно враховувати, що мова йде не про абсолютну залежність результату від чинника, а про ступінь вірогідності конкретної залежності.

Концепція відносного ризику (RR) розглядає відношення між хворими з певною хворобою та тими у кого це захворювання відсутнє. Відносний ризик показує силу зв'язку між впливом чинників та захворюванням. Для вивчення чинників, вплив яких можуть сприяти (або перешкоджати) розвитку захворювання необхідно порівнювати значення показників в різних групах, одна з яких знаходиться під дією чинника, а на іншу чинник не впливає.

Відношення шансів – відношення шансів розвитку події в одній групі до шансів розвитку події в іншій групі, або відношення шансів того, що подія відбудеться до шансів того, що подія не відбудеться.

Якщо потрібно визначити відносне значення для населення впливу різних чинників можна користуватись атрибутивним ризиком (AR). Атрибутивний ризик характеризує надлишкову захворюваність в загальній популяції, яка вивчається, яку пов'язують з дією конкретного чинника й може бути усунена, якщо цей вплив повністю припиниться. Цією характеристикою зручно користуватись, якщо потрібно визначити відносне значення для населення дію різних чинників. Популяційний ризик (PAR) – показник, що вказує на те, яка додаткова захворюваність у популяції, пов'язана з поширеністю певного чинника ризику: Популяційний ризик може варіювати в залежності від розповсюдженості чинників ризику в популяції.

Аналіз ризику складається з наступних етапів 1) визначення або виявлення небезпеки (чиннику ризику),

що призводить до небажаних проблем; 2) характеристика ризику (потенційних наслідків для здоров'я); 3) оцінка впливу (кількісне вираження); 4) власне оцінка ризику – оцінка очікуваних ефектів впливу на здоров'я; визначення частки і кількості уражених людей в популяції.

В процесі вивчення частоти виникнення хвороб доцільним є розрахунок ризиків тих чи інших наслідків дії будь-якого чинника. Можна здійснювати як абсолютні, так й відносні порівняння. Отриманні результати будуть відображати ступінь взаємозв'язку між впливом чиннику та наслідком його дії. Необхідним є розробка прийнятних для епідеміологічної специфіки понять «ризик зараження» та «ризик захворювання» (індивідуальний та колективний), «прийнятний», «критичний» ризику тощо. Ризик використовується в епідеміології з метою прогнозування подій, виявлення причин події та оцінці профілактики. Таким чином, обчислення епідеміологічних показників ризику дозволить отримати об'єктивні характеристики впливу чинників, що вивчаються, що є основною метою доказової медицини.

ЗАВИСИМОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА БОЛЬНЫХ

Потий В.В., Зайцев И.А., Кириенко В.Т.
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, г. Красный Лиман, ул. Кирова, 27,
Донецкая область, Украина 84404,
тел.(06261) 2-65-30, (06261) 2-32-05, dnmuorg@gmail.com
Национальный медицинский университет
им. Богомольца, г. Киев

Естественное течение вирусных гепатитов предполагает переход острого гепатита в хронический, хронического - в цирроз печени и/или гепатоцеллюлярную

карциному (ГЦК). По сути, речь идет о возрастнo-зависимом накоплении в печени фибротической ткани, а описание этого процесса является важнейшей характеристикой естественного течения заболевания. В связи с этим нами предпринята попытка изучить развитие фиброза в зависимости от возраста, а также определить влияние на него других факторов, в частности – пола пациентов.

Материалы и методы исследования.

В исследование были включены 606 пациентов с хроническим гепатитом С у которых активность и стадия заболевания были определены при помощи неинвазивных тестов: ФиброТеста (297) или Фибромакса (309). Все пациенты были разбиты на возрастные группы с 15-летним интервалом: до 15 лет, 16-30 лет, 31-45 лет, 46-60 лет, 61-75 лет.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных, которым был выполнен ФиброТест/Фибромакс, составил $44 \pm 0,5$ года. В группу пациентов до 15 лет вошли 2 (0,3%) больных, группу пациентов от 16 до 30 лет составили 78 (13 %) больных, 31-45 лет – 259 (43 %) пациентов, 46-60 лет - 198 (32,7 %) больных, и в группу от 61 до 75 лет вошли 69 (11 %) больных.

Из 606 пациентов, которым был выполнен ФиброТест/Фибромакс, у 293 (48 %) больных была начальная стадия заболевания F0/F1. В этой группе было 57 (20 %) больных в возрасте 16- 30 лет, 150 (51 %) – 31-45 лет, 73 (25 %)- 46-60 лет и 13 (4 %) пациентов в возрасте от 61 до 75 лет. У 126 (21 %) выявлен умеренный фиброз (F2). Из них было 9 (7 %) больных в возрасте 16 – 30 лет, 59 (47 %) – 31-45 лет, 49 (39 %)- 46-60 лет и 9 (7 %) пациентов в возрасте от 61 до 75 лет. Из 187 (31 %) пациентов с тяжелым фиброзом или циррозом (F3/F4), двое 2 (1 %) были в возрасте до 15 лет, 12 (6 %) – 16 – 30

лет, 50 (27 %) - 31-45 лет, 76 (41 %) - 46-60 лет и 47 (25 %) пациентов - от 61 до 75 лет. Средний возраст больных в зависимости от стадии заболевания составил $39 \pm 0,7$, $42 \pm 1,1$, $45 \pm 0,9$, $48 \pm 1,8$ и $52 \pm 1,0$ года (для стадий F0-F4, соответственно).

Последующий статистический анализ позволил выявить достоверную зависимость стадии фиброза печени от возраста: удельный вес больных с тяжелым фиброзом и циррозом был выше среди лиц старшего возраста (68% среди пациентов в возрасте от 61 до 75 лет) ($\chi^2=115$, $p<0,05$).

Из 606 пациентов 360 (59%) составили мужчины. Из них стадию фиброза F0/F1 имели 162 (45 %), F2 – 65 (18 %), F3/F4 – 133 (37 %) пациента. Из 246 (41 %) женщин стадию фиброза F0/F1 имели 130 (53%), F2 - 62 (25 %), F3/F4 – 54 (22 %) пациентов.

Как следует из приведенных данных, число пациентов с F3/F4 было достоверно выше среди мужчин по сравнению с женщинами (37 % и 22 % соответственно), что, скорее всего, связано с большей распространенностью среди них ко-факторов прогрессии фиброза, таких, например, как употребление алкоголя ($\chi^2= 24$, $p<0,05$). Не исключено также, что меньшая распространенность фиброза среди женщин, теоретически, может быть следствием того, что эстрогены блокируют пролиферацию звездчатых клеток, которые являются основными продуцентами коллагена в процессе фиброгенеза.

Вывод. Таким образом, стадия фиброза печени зависит от возраста пациента и пола больных. Более выраженная стадия заболевания ассоциирована с пожилым возрастом и мужским полом.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Резніков А.П. Шевченко Г.М.¹

Рівненський базовий медичний коледж, 33000,
м. Рівне, вул. Мірющенка, 53,
тел. 0953470543, e-mail reznikov_ses@ukr.net,

¹ДУ Рівненський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби
України, 33028,

м. Рівне, вул. Котляревського, 3,
тел. 0362230226, e-mail orgmet_oses@mail.ru

Актуальність. Поширення гострих кишкових інфекцій (ГКІ), насамперед, серед дитячого населення, залишається актуальною проблемою.

Мета дослідження. Провести аналіз епідемічної ситуації з ГКІ у Рівненській області.

Завдання. Запропонувати профілактичні заходи.

Методи дослідження. Застосовані епідеміологічні та статистичні методи досліджень.

Отримані результати. У 2013 році захворюваність на шигельоз в області, у порівнянні із 2006 роком, знизилась майже в 15 разів – з 14,8 до 1,0 випадка на 100 тисяч населення, у 2014 році відбулось подальше зниження - до 0,35. Захворюваність на ротавірусний ентерит, навпаки, за цей період зросла з 4,5 до 12,9. Розподіл захворілих на ГКІ по віку і контингентах за цей час не змінився, як не відбулось змін у сезонності захворюваності на ці інфекції.

Різке зниження захворюваності на шигельоз, на наш погляд, потребує окремого дослідження і подальшого вивчення причин цього явища, тим більше, що шляхи і фактори передачі інфекції є спільними для більшості патогенів - збудників різних нозологій ГКІ, які продовжують реєструватись в області.

За останній час в області покращилась етіологічна розшифровка гастроентероколітів і харчових

токсикоінфекцій (у 2014 році вона склала 55%), але все ще залишається велика кількість ГКІ з не визначеною етіологією, що пояснюється, насамперед, недостатнім рівнем лабораторного забезпечення діагностичного процесу.

У значній частині лікувально-профілактичних закладів сучасні методи лабораторної діагностики (ІФА, ПЛР, швидкі тести) не впроваджуються, а в більшості ЦРЛ взагалі відсутні мікробіологічні лабораторії, тому відповідні дослідження проводяться в лабораторіях санепідслужби, які потребують покращення лабораторного оснащення і не мають можливостей для забезпечення сучасної діагностики інфекційних хвороб. До того ж, у зв'язку із реформуванням санепідслужби, в половині районів області із 2014 року в баклабораторіях залишились лише по три фізичні особи (лікар, лаборант і санітарка).

Внаслідок такого не задовільного лабораторного забезпечення не діагностуються спорадичні випадки цілого ряду нозологій, насамперед кампілобактерійної, астровірусної, норовірусної інфекцій та деяких інших хвороб бактерійної і вірусної етіології.

Інфекціоністи іноді лише на основі висівання умовнопатогенних збудників, навіть при не перевищенні або зовсім незначному перевищенні нормативів їх кількості, виставляють діагноз ГКІ із встановленим збудником. Цілком зрозуміло, що скоріше всього, у таких випадках має місце вірусна або не діагностована бактерійна інфекція.

Висновки. Вкрай необхідне кардинальне посилення заходів із прфілактики ГКІ, покращення їх діагностики, у тому числі вжиття заходів щодо зміцнення матеріальної бази мікробіологічних лабораторій. Вважаємо за необхідне змінити нормативну базу, що на сьогодні регламентує діяльність санепідслужби по контролю

за харчовими об'єктами. Покладення цих функцій на ветеринарну службу себе не виправдовує. Лише за 2014 рік в Україні майже удвічі збільшилась кількість спалахів кишкових інфекцій у порівнянні із 2012 роком. Погіршився санітарний стан об'єктів торгівлі і громадського харчування.

Також необхідно відмінити законодавчу вимогу, що регламентує попередження підприємців за 10 днів про перевірку підконтрольних об'єктів і повернутись до практики проведення раптових обстежень. Не застосовувати мораторії на перевірки підприємств торгівлі і громадського харчування. МОЗ необхідно видати "новий" нормативний документ із діагностики і профілактики ГКІ, що відповідав би сучасним реаліям. Потребує корінної перебудови санітарно-освітня робота із населенням.

ВОЛОДИМИР ФАВР ЯК ЕПІДЕМІОЛОГ

Робак І.Ю.

Завідувач кафедри суспільних наук,
д.і.н., професор, науковий консультант
Центру медичного краєзнавства

Харківського національного медичного університету
Харківський національний медичний університет; проспект Леніна, 4,
м. Харків;
тел.+38067-93-00-444; robak@ukr.net.

Минулого року виповнилося 140 років від народження видатного харківського гігієніста і маляріолога Володимира Володимировича Фавра (1874–1920). Метою цієї розвідки є привернення уваги до епідеміологічної складової діяльності відомого медика.

Невдовзі після закінчення медичного факультету Харківського університету В.В. Фавр зайнявся дослідженням малярії. Брав участь в експедиціях

у вогнищах її розповсюдження. Володимир Володимирович належав до категорії тих лікарів-подвижників, які свідомо заражають себе маловідомими хворобами, щоб мати можливість вивчити їх. 1902 р. він заразив себе малярією від нового виду комара. Тільки самовіддана діяльність його учнів врятувала йому життя. Результати дослідження малярії стали темою доповіді і практичних пропозицій В.В. Фавра на VIII Пироговському з'їзді в Москві 1902 р. За підсумками цього виступу Пироговським товариством була створена спеціальна комісія боротьби з малярією.

У різні роки В.В. Фавр читав курси й окремі лекції з епідеміології у Ветеринарному інституті та на курсах сестер-жалібниць. Кілька разів виїжджав за кордон, де знайомився з постановкою санітарно-епідеміологічної справи. 1910 р. був відряджений до Одеси для боротьби з чумою, там керував заходами проти чуми майже до кінця епідемії.

Епідеміологічний стан по Харкову початку ХХ ст. виглядав жахливо, часті епідемії забирали тисячі життів. Тому головну увагу В.В. Фавр, як голова санітарної служби міста в 1905–1919 рр., приділяв профілактиці епідемій у Харкові. З цією метою він вперше в історії міста встановив тісний контакт міської санітарної служби з лікарями, дільничними амбулаторіями та інститутом шкільних лікарів. Дев'ять заходів були запроваджені в справах розширення і впорядкування нічліжних притулків, організації їдалень, влаштування народних лазень, боротьби з пияцтвом і проституцією.

Доповіді Володимира Володимировича в Харківському медичному товаристві завжди збирали велику аудиторію. Як правило, обговорення його доповідей закінчувалося створенням спеціальних комісій для практичного втілення в життя пропозицій

доповідача. Так у різні роки були створені комісії боротьби із чумою, холерою, тифом, трихінозними захворюваннями в Харкові.

В.В. Фавр є автором великого наукового доробку, присвяченого проблемам дослідження малярії, чуми, холери, висипного тифу, скарлатини, боротьби з епідеміями в умовах мирного і воєнного часу та, нарешті, розвиткові санітарно-епідеміологічної справи в Харкові.

У Першу світову війну за ініціативою і планом В.В. Фавра в Харкові побудували шпиталь № 13 Союзу міст, який грав роль інфекційного заслону проти грізних епідемій.

У період громадянської війни під час епідемії висипного тифу В.В. Фавр самовіддано працював у складі надзвичайної комісії боротьби з епідемією, сам заразився цією хворобою і помер у розквіті творчих сил 24 березня 1920 р.

Наведені відомості вказують на кипучу діяльність В.В. Фавра в царині дослідження епідемічних хвороб і боротьби з ними. Як голова створеної ним санітарної служби він завжди мав великий вплив на громадське самоврядування Харкова.

Найсуттєвіші реформи й нововведення, що стосувалися протиепідемічних заходів, виникали з його ініціативи та здійснювалися під його керівництвом. Без перебільшення ми можемо вважати його фундатором сучасної харківської міської санітарно-епідеміологічної служби. А Харківський національний медичний університет з нагоди свого 210-річчя може пишатися, зокрема, й таким видатним випускником і приват-доцентом.

ПРЕДМЕТ І МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ НАУКИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ

Романенко Т. А.

Харківський національний медичний університет,
кафедра епідеміології, м. Харків, вул. Трінклера, 12,
057 702 11 73, epidemos@mail.ru

Метою роботи було теоретичне визначення необхідності і можливості зближення позицій між вітчизняною та світовою епідеміологією, бо на сучасному етапі розвитку епідеміології питання предмету та методу дослідження науки стають все більш актуальними у зв'язку з процесами інтеграції України у світове співтовариство, формуванням спільного інформаційного та освітнього простору.

Епідеміологія інфекційних хвороб в даний час являє собою струнку систему знань про форми проявів епідемічного процесу та причини, умови, механізми його розвитку, має у своєму розпорядженні специфічний науковий епідеміологічний метод і ставить цілі зниження інфекційної захворюваності та ліквідації окремих інфекцій. Вона сформувалася як наука у ХХ ст. в рамках інфекційної патології, бо до відкриття ери антибіотиків та вакцинопрофілактики інфекційні хвороби посідали домінуюче місце в рейтингу масових захворювань людини. Дослідження інфекційної патології вітчизняними вченими (Л.В. Громашевський, Є.М. Павловський, Б.Л. Черкаський, В.Д. Беляков, Ю.П. Солодовников) призвели до інтенсивного та ефективного розвитку епідеміології як науки про епідемії, створення теоретичних основ вчення про епідемічний процес і практики протиепідемічного захисту населення. У кінці ХХ ст. частота виникнення цілого ряду актуальних хвороб (серцево-судинних, онкологічних, травм та ін.) набули розмірів епідемії. За рівнем розповсюдженості зараз вони посідають перші

рейтингові місця у структурі патології людини. А інфекції завдяки успіхам класичної епідеміології, розробки стрункої системи заходів боротьби і профілактики, навпаки, за частотою виникнення перемістилися вниз, поступившись місцем неінфекційній патології.

Ідея використовувати потужний потенціал епідеміологічного методу для вирішення актуальних проблем масових неінфекційних хвороб привела до формування нового напрямку в епідеміології, який отримав розвиток і знайшов загальне міжнародне визнання. Методи епідеміологічних досліджень, які сформувались і успішно використовувались спочатку при вивченні інфекційної захворюваності, мають важливе, а інколи й вирішальне значення для аналізу причин виникнення та формування механізмів розповсюдження неінфекційної захворюваності у людській популяції.

Вважається, що первинним компонентом наукоутворюючої тріади є предмет, а метод і мета вторинні. Таке співвідношення наукоутворюючих компонентів існує лише при зародженні науки, на початковому етапі її розвитку. У подальшому між компонентами науки (предмет, метод, мета) встановлюється діалектичний зв'язок, що визначає саморозвиток науки. При цьому метод виступає як активний компонент. Його вдосконалення змінює уявлення про сутність предмету. Це, в свою чергу, є фактором, що стимулює розвиток методу, аспектів його практичного застосування, а також уточнення або зміну мети науки. Незалежно від того, як називали предмет епідеміології (епідемія або епідемічний процес) в реальності вона завжди вивчала захворюваність на популяційному рівні. Саме тому епідеміологічний метод виявився універсальним, його використання

для вивчення неінфекційних хвороб включає цю патологію в предметну область науки епідеміології.

Зміна уявлень про предмет дослідження науки, розширення його меж треба визнати свідченням успішного розвитку науки. Сучасні уявлення щодо предмету епідеміології змінюються і трактують її як фундаментальну науку, що вивчає будь-яку патологію на популяційному рівні (захворюваність населення). Таке уявлення про епідеміологію давно склалося в міжнародній практиці, а в останні десятиліття прийшло і в вітчизняну охорону здоров'я. В Україні сформувалася потреба офіційного признання цього факту та оновлення паспорту наукової спеціальності епідеміологія.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІТІВ L.PLANTARUM НА ЗДАТНІСТЬ КОРИНЕБАКТЕРІЙ ДО БІОПЛІВКОУТВОРЕННЯ

Рижкова Т.А.^{1, 2}, Калініченко С.В.², Бабич Є.М.²,
Скляр Н.І.², Коротких О.О.²

¹Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології, м. Харків, вул. Тринклера б. 12, тел. (057) 702 11 73, e-mail: epidemos@ukr.net

²Державна установа «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова Національної академії наук України», м. Харків, вул. Пушкінська б. 14-16, Тел. (057) 731 16 42, e-mail: ta_ryzhkova@ukr.net

У сучасному світі на тлі стрімкого розповсюдження антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів завдяки неконтрольованому застосуванню антибіотиків надзвичайну актуальність набувають дослідження у галузі створення альтернативних засобів, спрямованих на підтримку та відновлення симбіотичних мікробіоценозів. На сьогодні, при розробці таких препаратів, особливу увагу приділяють вивченню

біологічно активних метаболітів бактерій. Чисельні дослідження присвячені визначенню протимікробної активності вказаних речовин, проте практично відсутні роботи щодо їх впливу на здатність патогенних та умовно-патогенних бактерій до утворення біоплівки, у складі яких мікроорганізми переважно існують *in vivo* і захищені від дії несприятливих умов оточуючого середовища.

Метою роботи стало дослідження впливу метаболітів штаму *L. plantarum*, перспективного для створення пробіотичних засобів, на здатність представників роду *Corynebacterium* до утворення біоплівки.

Матеріали і методи досліджень. У якості тест-культур використано 9 штамів коринебактерій. Здатність мікроорганізмів до утворення біоплівки визначали планшетним методом з вимірюванням оптичної щільності сформованих біоплівки за допомогою фотометру Stat Fax 303 Plus. На першому етапі досліджень було вивчено вихідні біоплівкоутворюючі властивості коринебактерій. Здатність метаболітів *L. plantarum* впливати на біоплівкоутворення коринебактерій оцінювали за зміною оптичної щільності сформованих біоплівки при додаванні різних доз метаболітів до поживного середовища. Достовірність різниці оптичної щільності біоплівки визначали з використанням методів непараметричної статистики.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що усі досліджені штами роду *Corynebacterium* володіли здатністю до біоплівкоутворення. При цьому, 55,6 % штамів характеризувались високими вихідними біоплівкоутворюючими властивостями, а 44,4 % – середніми.

Оптична щільність утворених коринебактеріями біоплівки за умов застосування метаболітів лактобактерій

знижувалась в 1,7-3,0 рази ($p < 0,05$). При цьому, ступінь пригнічення здатності коринебактерій до утворення біоплівок прямо пропорційно залежав від концентрації екзометаболітів в середовищі. Найбільша концентрація метаболітів *L. plantarum* спричиняла повну втрату здатності до утворення біоплівок у 11,1% штамів коринебактерій, біоплівкоутворюючі властивості решти досліджених культур знижувались до низьких (77,8% штамів) або середніх (11,1%) показників.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про доцільність подальших досліджень біологічних властивостей метаболітів лактобактерій з метою їх використання при створенні препаратів для комплексної терапії захворювань мікробного генезу або відновлення дисбіотичних порушень.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА РЕЗИСТЕНТНОСТИ САЛЬМОНЕЛЛ К АНТИБИОТИКАМ

Рымиш К.А., Балан Г.Г., Кожокару Р.И., Бурдунюк О.С.,
Танасиев В. Н.

Национальный центр общественного здоровья,
ул. Gheorghe Asachi, 67 А
Кишинэу, Республика Молдова.
тел. (373 22) 57-47-03.

Email: <mailto:greta.balan@usmf.md> constantin.rimis@gmail.com.

Государственный университет медицины и фармации
имени Николая Тестемицану,
проспект Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, Кишинэу, Республика Молдова.
тел.:(373 22) 20-54-61. Email: greta.balan@usmf.md;

Сальмонеллезные инфекции остаются серьезной угрозой для здоровья населения во всем мире. Инфекции вызванные сальмонеллами поддаются антимикробной терапии, однако в последние десятилетия наблюдается

резкое увеличение множественной устойчивости патогенов к антимикробным препаратам. Общеизвестно, что серотипы возбудителя и уровни антибиотикорезистентности различаются в зависимости от географического района их выделения и меняются с течением времени. Ясна необходимость постоянного мониторинга антибиотикорезистентности для успешного маневрирования средствами терапии.

Цель: Оценить резистентность сальмонелл к антибактериальным препаратам.

Методы: Мониторинг и оценка за период 2011-2014 гг. антибиотикорезистентности 1385 штаммов *Salmonella* spp., выделенных от детей и взрослых больных сальмонеллезом в Республике Молдова. Выделение и идентификацию культур проводили по стандартным методикам исследования. Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом с помощью коммерческих дисков («HiMedia», Индия). Для контроля качества определения чувствительности использовали штамм *E. coli* ATCC 25922; оценку результатов проводили в соответствии с международными стандартами EUCAST.

Результаты: Данные наших исследований, проведенных в период 2011–2014 гг., свидетельствуют о присутствии значительного разнообразия идентифицированных сероваров (от 12 до 20) сальмонелл, выделенных от людей на территории республики. Преобладающим серотипом от числа всех выделенных культур является *S. Enteritidis* (57,8 %), на втором месте – *S. Typhimurium* (26,7 %). Наибольший удельный вес составили представители группы D – 60,3 %, на долю серогрупп B и C приходилось 30,2 и 7,8 % соответственно. Из серогрупп E и редких групп были изолированы только единичные сероварианты; наиболее разнообразно

представлена группа С – 9 серовариантов. Выделенные штаммы сальмонелл проявляют различную устойчивость к антибиотикам. Высокий уровень резистентности был зарегистрирован к ципрофлоксацину, меропенему и цефотаксину. Все исследованные штаммы сальмонелл сохраняли чувствительность к цефепиму и ампициллину. К тетрациклину были чувствительны 92,3 % штаммов.

Выводы: Результаты мониторинга резистентности сальмонелл к антибактериальным препаратам позволяют корректировать лечение больных. Этиотропная терапия должна проводиться с учетом антибиотикограммы сальмонелл выделенных в республике, для предотвращения осложнений у больных и санации очагов хронической инфекции.

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Семишев В.И., Панченко Д.С.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
эпидемиологии,

г. Харьков, ул. Тринклера, 12,
тел. +38057702-11-73, e-mail: epidemos@ukr.net

Актуальность. Туберкулёз сегодня является острой и актуальной медико-социальной проблемой не только в Украине, но и во всём мире. По прогнозам ВОЗ, в течение следующего десятилетия на нашей планете предполагается возникновение 90 млн. новых случаев туберкулёза, причём большинство из них в наиболее продуктивный период жизни в возрастной группе от 20 до 49 лет. В мире каждый год заболевают туберкулезом около 10 миллионов человек, 3 миллиона умирает, то есть

ежедневно умирают около 8 тысяч человек. Общее количество заболевших превысило 60 миллионов, около 20 миллионов из них имеют открытую форму туберкулеза и являются постоянными источниками опасности для здоровых людей. Среди причин смерти туберкулез занимает 10-ю строчку и первое место среди инфекционных болезней.

Целью работы была оценка эпидемической ситуации по туберкулезу в Балаклейском районе Харьковской области за период 2004 – 2014 гг., и изучение динамики заболеваемости туберкулезом медицинских работников Балаклейского района за последние четыре года.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости туберкулезом в Балаклейском районе Харьковской области за период 2004 – 2014 гг. по официальным данным Балаклейской районной и Харьковской областной санитарно-эпидемиологических служб.

Результаты исследования. Анализ заболеваемости активным туберкулезом в Балаклейском районе показал, что самый высокий уровень заболеваемости был зарегистрирован в 2005 году, интенсивный показатель составил 96,4 на 100 тыс. населения, а самый низкий в 2013 г. – 50,1 на 100 тыс. населения. В 2014 году заболеваемость составила 69,6 на 100 тыс. населения, что выше на 38,9 % в сравнении с показателями 2013 года (50,1 на 100 тыс. населения). В области в этот период пик заболеваемости приходился на 2004 год, составил 77,9 на 100 тыс. населения, а самый низкий отмечался в 2014 г. – 36,0 на 100 тыс. населения. В сравнении с 2013 годом (42,3 на 100 тыс. населения), показатели в 2014 году снизились на 5,7 %. Несмотря на наблюдаемую тенденцию к снижению, заболеваемость остается на высоком уровне.

Установлено, что в Балаклейском районе в 2014 году большая часть заболевших были активными бактериовыделителями, интенсивный показатель МБТ+ составил 46,8 на 100 тыс. населения, а МБТ – равнялся 16,7 на 100 тыс. населения. Наличие большого количества источников инфекции, по-видимому, является одной из причин роста заболеваемости среди населения района и города Балаклеи.

Анализ заболеваемости туберкулезом медицинских работников за последние четыре года выявил колебания показателей заболеваемости на 100 тыс. населения, в 2011 г. этот показатель был максимальным и составил 4,7; в 2012 г. снизился до 1,2; в 2013 г. возрос в три раза и составил 3,6 на 100 тыс. населения.

При оценке уровня заболеваемости детей и подростков в Балаклейском районе отмечается повышение показателей у детей до 34,7 на 100 тыс. детского населения в 2014 году, что превысило на 162,8 % уровень заболеваемости в Харьковской области (в 2013 г. – 5,1, в 2014 г. – 13,4 на 100 тыс. населения). Заболеваемость подростков в Балаклейском районе превысила заболеваемость в области на 27,2 %, и составила в 2013 г. – 38,8; в 2014 г. – 48,6 на 100 тыс. подростков, в то время как в Харьковской области эти показатели составили в 2013 году – 20,1; в 2014 году – 14,6 на 100 тыс. подростков.

Выводы. Установлена актуальность туберкулеза в Балаклейском районе Харьковской области. Эпидемическую ситуацию можно считать напряженной. С учетом того, что значительная часть заболевших является активными бактериовыделителями, существуют условия для распространения данного заболевания. Высокий уровень заболеваемости медицинских работников указывает на необходимость внедрения правил

инфекционного контроля в лечебно-профилактические учреждения соблюдения их. Рост заболеваемости детей и подростков в районе, свидетельствует о скрытом резервуаре туберкулезной инфекции, так как 73,6 % впервые выявленных взрослых больных туберкулезом имели бактериовыделение.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Сипливый В.А., Конь Е.В., Евтушенко Д.В., Бызов Д.В.,
Евтушенко А.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общей хирургии №2

Украина, Харьков, ул. Краснодарская 104, тел. +38 (057) 738-03-39

Современные подходы к лечению инфекционных процессов в хирургии непосредственно связаны с необходимостью понимания общих тенденций развития антибиотикорезистентности и распространенности полирезистентных микроорганизмов в конкретном стационаре.

Цель работы. Изучить распространенность полирезистентных микроорганизмов у больных с хирургическими инфекциями.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования 139 пациентов, находившихся на лечении в хирургической клинике кафедры общей хирургии №2 Харьковского национального медицинского университета с инфекционными процессами различной локализации. Проведено бактериологическое исследование отделяемого из инфицированных ран с определением чувствительности к антимикробным препаратам диско-диффузионным методом.

Результаты и обсуждение. Основными возбудителями были: *Staphylococcus* spp. – 66 штаммов (60 % больных, что составило 47,48% от общего количества выделенных штаммов), из них 46 штаммов *S. aureus* (соответственно 41,82 и 33,09 %), 20 штаммов *S. epidermidis* (18,18 и 14,39 %), 25 штаммов *E. coli* (соответственно 22,73 и 17,99 %), 13 штаммов *P. aeruginosa* (11,82 и 9,35 %), 12 штаммов *Proteus* spp. (10,91 и 8,63 %), 8 штаммов *K. pneumoniae* (7,27 и 5,76 %), 6 штаммов *Enterobacter* spp. (5,45 и 4,32 %), 4 штамма *S. pyogenes* (3,64 и 2,88 %), 3 штамма *E. faecalis* (2,73 и 2,16 %), 2 штамма бактерий рода *Citrobacter* (1,82 и 1,44 %).

Наиболее чувствительными выделенные штаммы были к имипенему (72,73 %), меропенему (61,82 %), карбенициллину (57,14 %), цефтриаксону (45,1 %) и гентамицину (40,24 %), несколько меньше – к азитромицину (37,5 %), полимиксину (37,14 %) и цефалексину (36,36 %). Наибольшая резистентность отмечалась к канамицину и ровамицину (по 100 %), доксициклину (92,68 %), кларитромицину (91,8 %), ампициллину (89,69 %), офлоксацину (89,29 %), пенициллину (85,71 %) и левомицетину (83,05 %).

Распространенность полирезистентных бактерий составила 62,76 %, при этом распространенность в зависимости от видовой принадлежности возбудителей показала преобладание полирезистентных бактерий среди представителей семейства *Enterobacteriaceae*. Полирезистентными были 53,33 % штаммов стафилококков 84 % штаммов кишечной палочки, 69,23 % штаммов синегнойной палочки, 70 % штаммов протей и все выделенные штаммы клебсиеллы.

Выводы. Значительное количество возбудителей хирургических инфекций (62,76 %) – полирезистентны, при этом инфекции, вызванные кишечной палочкой

и синегнойной палочками, клебсиеллой и протеем имеют по уровню резистентности преимущественно госпитальное происхождение, что свидетельствует о необходимости усиления мероприятий по предупреждению распространения госпитальных инфекций.

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ В УКРАИНЕ

Скибина К.П., Макарова В.И.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
эпидемиологии,

г. Харьков, пр. Ленина, 4,

тел.(057)702-11-73, forskina@gmail.com

По данным Всемирной организации здравоохранения в 2013 году около полумиллиона детей (0 - 14 лет) заболели туберкулезом (ТБ), и 80 000 ВИЧ-негативных детей умерли от этой болезни. Это заболевание входит в десятку основных причин детской смертности. ТБ у детей, в отличие от взрослых протекает более злокачественно, с преобладанием милиарных и диссеминированных форм, плохо поддающихся медикаментозному лечению и чаще приводящих к осложнениям.

Целью работы было изучение эпидемической ситуации ТБ у детей в Украине за период 2010 – 2013 гг.

Материалы и методы. Были проанализированы официальные статистические данные частоты выявления случаев ТБ у детей в Украине.

Результаты. За период наблюдения заболеваемость ТБ детей в возрасте 0-14 лет характеризовалась стабильностью и составляла 7,8 – 8,4 на 100 тыс. населения (2010 – 2012 гг. соответственно). Заболеваемость ТБ у детей возрастом 15-17 лет уменьшилась в 2012 г. до 28,1 на 100 тыс. населения (в 2010 г. – 29,9 на 100 тыс.).

В Днепропетровской и Херсонской областях отмечался самый большой показатель заболеваемости всеми формами активного ТБ. Напротив, в Волынской, Полтавской и Хмельницкой областях этот показатель был самым низким. В 2013 г. заболеваемость туберкулезом органов дыхания детей до 17 лет снизилась до 9,7 на 100 тыс. населения против 10,06 на 100 тыс. населения в 2012 г.

Выводы. В целом по всей Украине за период с 2010-2013 гг. имеется тенденция к уменьшению контингента больных всеми активными формами туберкулеза среди детей. Однако в связи с перебоями в поставках вакцины БЦЖ на Украине и снижением охвата вакцинацией и ревакцинацией детей существует опасность увеличения числа осложненных форм туберкулеза.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ.

Сладкова Л.М., Семеняк М.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии и эпидемиологии,
г. Днепропетровск, пл. Дзержинского, 9,
тел.(056)7600939; e-mail:sladkova@dsma.dp.ua.

Заболеваемость туберкулезом в Украине остается актуальной проблемой.

Общее количество подростков и дошкольников, больных туберкулезом, по данным официальной статистики, уменьшилось. Однако с каждым годом заболеваемость туберкулезом приобретает все более опасные формы и ставит под угрозу жизнь и здоровье детей и подростков. Нами была изучена заболеваемость туберкулезом за период с 2004-2013 годы в г. Запорожье. Для этого мы использовали общепринятый эпидемиологический метод изучения заболеваемости. За анализируемый период отмечался фактический подъем

заболеваемости в 2007-2009 и 2013 годах. Динамика заболеваемости оценивается как умеренная тенденция к росту. Наиболее неблагоприятным в отношении заболеваемости туберкулезом детей и подростков является Заводской район, где общая заболеваемость превышает средний городской показатель практически в 2 раза. В структуре клинических форм заболевания у детей превалирует туберкулез органов дыхания. Инfiltrативный туберкулез, диссеминированные формы зарегистрированы в 63,7% случаев у подростков и в 35,7% - у детей. Среди других форм туберкулез суставов у детей и подростков составил 68,8%. Болели в 1,8 раза чаще дети и подростки некачественно привитые. В условиях эпидемии туберкулеза рост заболеваемости детей и подростков обусловлен увеличением эпидемиологической значимости контактно-бытового пути передачи (каждый третий заболевший), за счет активизации социального фактора.

Работа учреждений здравоохранения может быть результативной только при активном участии в проведении противотуберкулезных мероприятий всех ведомств, предприятий, учреждений, широкой общественности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛЕТОЧНОГО БИОСЕНСОРА НА ОСНОВЕ AUREOBASIDIUM PULLULANSB5 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Смотрова Н.Г

ГУ «Днепропетровская государственная медицинская
академия» МЗ Украины

г. Днепропетровск, Октябрьская площадь, 4,
тел.(056) 713-53-06

Сегодня сахарный диабет становится настоящим бедствием человечества. Поданным ВОЗ 6,3 % населения планеты болеют сахарным диабетом. Это заболевание сокращает жизнь миллионам людей, его осложнения приводят к значительным экономическим потерям.

По данным УНИАН количество больных в Украине в 2012 году составило 1311335 человек, 8 тысяч из них – дети. Ежегодно увеличивается количество больных детей в возрасте до 6 лет. По мнению многих авторов эта эпидемия может привести к кризису мирового здравоохранения.

Важное значение имеет выявление концентрации глюкозы в крови пациентов на ранних стадиях заболевания. Современные методы диагностики этого заболевания направлены на использование индивидуальных средств определения глюкозы крови – глюкометров, а также приборов массового использования – микробных биосенсоров.

Особенно широко в качестве аналитического реагента в клинической диагностике и биосенсорных технологиях для определения концентрации глюкозы в биологических жидкостях, применяется фермент глюкозооксидаза. В качестве продуцентов используют *Aspergillus niger*, *Penicillium vitale*, *Penicillium amagasaciense*, *Penicillium funiculosum*. Однако поиск перспективных штаммов, способных синтезировать высокоактивный и стабильный фермент, является и сейчас актуальной проблемой.

Целью нашей работы было выделение высокоактивных штаммов – продуцентов глюкозооксидазы из природных источников и определение возможности их использования для диагностики сахарного диабета.

Материалы и методы. Разработаны индикаторные среды, позволявшие быстро провести скрининг микроорганизмов, интенсивно окислявших глюкозу. Изучены морфологические и культуральные свойства изолятов.

Результаты. Почвенный штамм, проявивший наиболее стабильные окислительные свойства был идентифицирован как *Augeobasidium pullulans* B5. Изучены его биологические и окислительные свойства.

Разработана биотехнология получения максимальной продуктивности биомассы и ферментного комплекса, содержащего глюкозооксидазу.

Культивирование гриба проводили на среде, приготовленной на основе макромицетов *Pleurotus ostreatus*. Активность ферментного комплекса, полученного из культуральной жидкости *A. Pullulans* B5 сравнивали со стандартным препаратом глюкозооксидазы.

С помощью кислородного микроанализатора выявлена чувствительность клеток *A. Pullulans* B5 к концентрациям глюкозы от 1 до 0,008 % в стандартных растворах.

Показано свойство клеточной суспензии окислять глюкозу пропорционально ее концентрации. Это позволило нам использовать штамм в чувствительной части микробного сенсора для выявления глюкозы в сыворотке крови.

Было проведено исследование показателей пяти типов глюкометров разных фирмы микробного сенсора на базе иммобилизованных клеток *A. pullulans*B5.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о возможности применения микробного сенсора и открывают перспективы для дальнейшего изучения штамма и его использования.

ЗНАЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Степанский Д.А., Иванова А.М., Стеценко И.Ю.,
Кошева И.П.

ДЗ “Дніпропетровська медична академія” МОЗ України,
кафедра мікробіології, вірусології, імунології та епідеміології.

Пл. Жовтнева 4, м. Дніпропетровськ,
т. (056) 713-53-06, e-mail - irastetsenko@gmail.com.

Цель исследования. Изучить роль эпидемиологического метода исследования в проявлениях эпидемического процесса инфекционных болезней. Правильное понимание современного эпидемиологического метода может быть достигнуто только в исторической ретроспективе.

Задача исследования. Эволюционные аспекты эпидемического процесса не могут быть познаны вне исторического контекста, вне эволюции как самого человечества, так и природно-социальной среды его обитания. Материалы и методы: Для выявления количественных и качественных проявлений эпидемического процесса и последующего рационального планирования противоэпидемических и профилактических мероприятий используется эпидемиологический метод. Часто используются все его составные элементы, в том числе и историко-географический прием, выявляющий, как изменялись клиника течения инфекционных заболеваний, границы нозоареала, особенно, если эти границы были не просто прогрессивными или регрессивными, но и пульсирующими. Может быть использован статистический прием метода, который

позволяет изучить интенсивность проявления эпидемического процесса. Эта интенсивность может колебаться от спорадического уровня до эпидемического уровня проявления эпидемического процесса инфекции. Важна роль этого приема, когда возникает необходимость выявить потенциальные группы риска, которые могут быть вовлечены в эпидемический процесс. Сегодня значение этого приема возрастает, когда из-за социальных процессов формируются особенности некоторых регионов Украины. И эти особенности (разрушение инфраструктуры, отсутствие централизованной системы водоснабжения и канализации, не функционируют очистные сооружения, миграция населения, недостаточность медицинского обеспечения и т.д.) могут прямо влиять на интенсивность эпидемического процесса многих инфекций. Предвидеть особенности дальнейшего развития эпидемического процесса инфекций позволит использование следующей составляющей эпидемического метода - серологического приема, выявляющего величину иммунной прослойки населения отдельных регионов в отношении конкретной инфекции. Оценка ситуации в теплое время года, когда активизируется фекально-оральный механизм передачи в проблемных регионах будет трудна. Более конкретные проявления эпидемического процесса многих инфекций можно предвидеть, если применить другие приемы эпидемиологического метода исследования: экспериментальный и математическое моделирование, а также ретроспективный эпидемиологический анализ. Они позволят оперативно и конкретно определить группы риска среди населения и более рационально спланировать профилактические мероприятия. Отмечаем, что существует бесспорная взаимосвязь биологического, социального, природного факторов в эпидемическом

процессе инфекционных болезней, и важная роль в механизме развития и исхода принадлежит биологическому. Любой эпидемический процесс зависит от совокупности фенотипических и генотипических свойств популяций паразита и хозяев. Одной из таких характеристик может служить неоднородность по гетероантигенам микробов и антигенам крови макроорганизма. Проанализировав с помощью эпидемиологического метода признак совпадения этих маркеров, можно предположить группу риска, которая первая будет вовлечена в эпидемический процесс.

Выводы. Правильное применение приемов эпидемиологического метода, а также корректная трактовка результатов переводит эпидемиологический метод из разряда вспомогательных в разряд определяющих методов исследования.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯВАКЦИНАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ МОЛОДШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ

Сухорукова М.Ф.

Харківський національний медичний університет,
кафедра епідеміології

тел. +387021173, e-mail: epidemos@ukr.net

Незважаючи на поступове зниження захворюваності на туберкульоз населення Харківської області протягом останніх восьми років, епідемічна ситуація серед дитячого населення залишається напруженою. Захворюваність дітей в області стабільно перевищує середні показники по Україні, темпи зниження захворюваності мають тенденцію до зменшення. Серед захворілих майже кожна п'ята дитина (12,1 % – 27,1 %) не досягла трьохрічного

віку. Розвиток захворювання у ранньому віці має несприятливий прогноз щодо подальшої соціальної адаптації дитини та приносить значні економічні збитки державі.

Мета. Оцінити ризик розвитку захворювання на туберкульоз та виникнення післявакцинальних ускладнень у дітей, що щеплювалися різними видами вакцин БЦЖ.

Матеріали і методи. Проаналізовано частоту виникнення захворювання на туберкульоз та розвитку післявакцинальних реакцій у щеплених проти цієї інфекції дітей вікової групи 0 – 3 роки за 2008 - 2014 роки.

Результати та їх обговорення. За період, що аналізується, серед дітей вікової групи 0 - 3 роки зареєстровано 49 випадків туберкульозу. Не було щеплено проти туберкульозу за медичними протипоказаннями або за відмовою батьків 10 дітей. З цих дітей мали контакт в родині з хворим на туберкульоз дві дитини. З дітей, які не отримали вакцинацію БЦЖ, захворіло 0,28 %.

У 2008 - 2012 роках щеплення проти туберкульозу проводилися вакциною БЦЖ SSI виробництва Статенс Серум інститут Данії, БЦЖ та БЦЖ-М виробництва «Мегдамал» ДУ НДІ ім. Гамалея та ФДУП НВОМІП «Мікроген» Росії, з середини 2012 року – тільки препаратами виробництва Росії. Щеплено вакциною БЦЖ SSI виробництва Данії 10 захворілих дітей, вакциною БЦЖ виробництва Росії - 29 дітей.

За період спостереження туберкульоз розвинувся у 0,012 % дітей, які були щеплені вакциною БЦЖ SSI Данія, та 0,051 % дітей, які були щеплені вакциною БЦЖ Росія.

На вакцину БЦЖ SSI післявакцинальні ускладнення виникли у 0,28 % щеплених. За даними епідеміологічних розслідувань 90,6 % випадків пов'язані з індивідуальною

реактивністю організму (пахвові лімфаденіти), з порушенням техніки щеплення (підшкірний холодний абсцес) – тільки 8,9 %.

З вакцин російського виробництва вища питома вага ускладнень (0,023 %) зареєстрована на щеплення, проведені препаратом виробництва ФДУП «Мікроген», препаратом виробництва інституту ім. Гамалея – 0,01 %.

Висновки. Показники захворюваності нещеплених дітей у 5-10 разів перевищували показники захворюваності серед щеплених. Захворювання на туберкульоз у щеплених вакциною БЦЖ SSI розвивалось в 4 - 5 разів рідше, проте частота післявакцинальних ускладнень була більше ніж у 10 разів, що дозволяє припустити більш високу імуногенність та реактогенність вакцини БЦЖ виробництва Данія у порівнянні з вакциною виробництва Росії.

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДОЛОГІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ ФОНОВИХ ПОКАЗНИКІВ ЦИРКУЛЯЦІЇ КОРИНЕБАКТЕРІЙ ДИФТЕРІЇ СЕРЕД ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕННЯ

Тарасюк О.О., Гладка О.А., Сіренко І.С.

ДУ «Львівський НДІ епідеміології
та гігієни МОЗ України»

79005, Україна, м. Львів, вул. Зелена, 12,

e-mail: difteria@mail.ru

Спостереження за циркуляцією збудника дифтерії серед населення є важливою складовою епідеміологічного нагляду за дифтерійною інфекцією, однак стандартизована система моніторингу за носійством токсигенних та нетоксигенних коринебактерій дифтерії в країні фактично відсутня. Насьогодні вивчення поширеності коринебактерії дифтерії проводиться за допомогою вибіркового бактеріологічних досліджень найбільш

епідеміологічно значимих контингентів, як правило, організованих дитячих колективів.

Мета. Розробити методологію дослідження фонових показників циркуляції коринебактерій дифтерії серед здорового населення на основі репрезентативності окремих вікових груп щодо всього населення.

Завдання. Визначити обсяг вибірки, необхідної для вивчення поширеності дифтерійного носійства серед здорового населення України.

Матеріали і методи. Дослідження проводили за даними форми № 1 та № 2 «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання», даними форми № 40-здоров. галузевої статистичної звітності «Звіт про роботу санітарно – епідеміологічної станції за рік», статистичними даними про чисельність населення кожної цільової групи вцілому по Україні та окремо по областях [<http://www.ukrstat.gov.ua/>]. Розрахунок обсягів вибірки проводили за допомогою комп'ютерної програми Epi Info версія 6, CDC (США).

Результати та їх обговорення. В основу методології покладено визначення необхідного числа бактеріологічних обстежень серед окремих вікових груп з найвищим рівнем захворюваності та носійства збудника дифтерії та відповідності їх населенню України. Запропонована методологія включає визначення чисельності цільових вікових груп з найвищим рівнем захворюваності та носійства збудника дифтерії (діти 3 – 6 та 7 – 14 років, підлітки 15 – 17 років та особи 18 – 22 років), розрахункового показника висівання коринебактерій дифтерії за останні 5 років (очікуваної частоти явища) та статистичних показників (заданого ступеню ймовірності явища, нижчого прийнятного значення явища).

При визначенні обсягу вибірки за очікувану частоту явища приймали середній показник висівання коринебактерій дифтерії при виконанні профілактичних бактеріологічних обстежень в системі лабораторної служби Держсанепіднагляду України за період 2006 – 2009 рр., який складав 0,1 %. Встановлено, що при очікуваній частоті явища – 0,1 %, ймовірності явища – 95,0 % та нижчому прийнятному значенню – 0,05 %, необхідне число спостережень серед дітей 3 – 6 років в цілому по Україні склало 15215 осіб, серед дітей 7 – 14 років – 15280 осіб, серед підлітків 15 – 17 років – 15205 осіб та серед дорослих вікової групи 18 – 22 років – 15300 осіб. За допомогою розробленої методології було проведено планування обсягів бактеріологічних досліджень для кожної адміністративної одиниці України відповідно до чисельності окремих вікових груп. Наприклад, необхідне число бактеріологічних обстежень серед дітей 3 – 6 років у Дніпропетровській обл. становило 1090 осіб, у Чернігівській обл. – 315 осіб.

Загалом, запропоноване необхідне число обстежень для визначення фонові циркуляції коринебактерій дифтерії серед здорових верств населення України склало 61 тис. осіб у віці 3 – 22 років, або 16,1 % від проведених в країні профілактичних бактеріологічних обстежень за 2009 р.

Висновки. Запропонована методологія визначення фонових показників циркуляції коринебактерій дає можливість впровадити принцип репрезентативності отриманих даних відповідно чисельному складу обстежуваних груп населення, скоротити обсяги бактеріологічних обстежень та отримати суттєву економію коштів при збереженні необхідної результативності досліджень.

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ГНІЙНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ МЕНІНГІТІВ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Тарасюк О.О., Мота Б.Є., Ломницька В.Б.
ДУ «Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України», 79005,
м. Львів, вул. Зелена, 12,
тел.(032) 260-11-69, e-mail: san-bac@ukr.net

Мета. Вивчити особливості етіології гнійних бактеріальних менінгітів у Львівській області.

Матеріали і методи досліджень. Скринінг історій хвороби, дані Держсанепідслужби (форма № 40).

Результати та їх обговорення. Гнійні бактеріальні менінгіти відносяться до інфекційних захворювань з тяжкої патології з часто ускладненим перебігом захворювання та розвитком стійких наслідків, а також високими показниками летальності. За даними ВОЗ, щорічно у світі реєструється понад 1 млн. випадків гнійних менінгітів, з яких 200 тис. закінчуються летально. Збудниками цього захворювання можуть бути різні мікроорганізми, як патогенні, так і умовно-патогенні - менінгокок, пневмокок, гемофіли, стафілокок, стрептокок, кишкова паличка, клебсієлла, лістерія, синьогнійна паличка та багато інших.

Проведено аналіз виявлення гнійних бактеріальних менінгітів у Львівській області за період з 2006 по 2014 роки. Максимальна кількість хворих спостерігалася у 2006 та 2007 роках, а саме 48 та 44 особи відповідно. З 2008 року кількість хворих знизилась до 26 осіб, а у 2009 р. до 17 осіб, досягнувши мінімуму у 2013 році – 5 осіб. Однак, у 2014 року спостерігалось різке підвищення кількості хворих – більше 25 осіб.

Аналіз результатів бактеріологічних досліджень виявив, що підтвердження діагнозу – «гнійний бактеріальний менінгіт» (дослідження ліквору) коливалось

в широкому діапазоні – від 20,0 % до 66,7 % за період спостереження. Як видно з рисунку виявлені наступні збудники: *H. influenzae* – 4,2 % - 5,9 %, з максимальною частотою у 2009 р.; *S. pneumoniae* від 7,7 % у 2008 р. до 20 % у 2013 р. Мікробіологічним методом не виявлено *S. pneumoniae* у 2010-2011 рр. *S. aureus* виділявся від 4,5 % до 22,2 % у 2008 та 2013 році відповідно, а гриби роду *Candida* – 2,1 % до 5,9 % за період спостереження. Гнійні менінгіти, спричинені іншими бактеріальними збудниками, становили від 3,0 % до 33,0 % випадків. У значній кількості випадків (60,2 %) збудник не було встановлено.

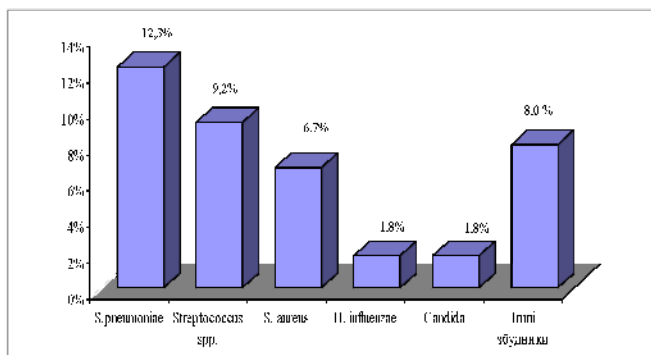


Рисунок Етіологічний фактор гнійних бактеріальних менінгітів у Львівській області за період 2006 – 2013 рр.

Висновки. Виявлено домінування *S. pneumoniae*, *Streptococcus* spp. та *S. aureus*, як потенційних збудників гнійних бактеріальних менінгітів, при проведенні ретроспективного аналізу етіологічних факторів розвитку гнійних бактеріальних менінгітів у Львівській області (2006 – 2013 рр.). Спостерігалось різке підвищення кількості хворих на гнійний бактеріальний менінгіт у 2014 році.

**АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
ЛЕГКИХ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ
В 2014 Г. ПО 4 КАТЕГОРИИ,
В Г ХАРЬКОВЕ**

Ткачев С.Н.

Харьковский национальный медицинский университет
кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Шевченко О.С.

Введение. Мультирезистентный туберкулез (МРТБ) имеет устойчивость к двум основным противотуберкулезным препаратам – изониазиду и рифампицину. Данная форма трудноизлечима, увеличение длительности лечения, трудность подбора схемы лечения является проблемой современной фтизиатрической практики.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование история болезни больных МРТБ, зарегистрированных по 4 категории в 2014 г. В Харьковской области. Бактериоскопически обследовано 384 больных МРТБ (32,6 % от случаев впервые диагностированного туберкулеза в 2013 г. по Харьковской области), из них 282 мужчины и 102 женщины. Проведен тест на чувствительность к противотуберкулезным препаратам (ППП) первого и второго ряда.

Результаты и обсуждения. Исследуя результаты чувствительности у больных, зарегистрированных по 4 категории, проведенной на 384 культуре микобактерии туберкулеза в 2014 году, было выявлено, что мультирезистентные штаммы составляют 72,9 %, риск мультирезистентного туберкулеза – 9,63 %, расширенной резистентности 9,63 %, Ко-инфекция ВИЧ/ТБ выявлена у 35 (9,11 %) человек. 378 (98 %) больным подобрано лечение, 6 (2 %) пациентов находятся на паллиативном

лечении. 155 (40,4 %) пациентов принимают канамицин, 109 (28,38 %) – капреомицин.

Выводы. Исходя из результатов анализа можно судить о высоком уровне распространения резистентных форм туберкулеза среди населения харьковской области. Это говорит о расширении устойчивости устойчивых форм МБТ, что значительно ухудшает эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ СКАЗУ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Тонкошкур Т.І.¹, Чумаченко Т.О.², Махота Л.С.³,
Головчак Г.С.³, Сухорукова Г.Б.³, Кондратенко О.В.³

¹Головне управління Держсанепідслужби
у Харківській області,
м. Харків, Помірки,70,

тел. +38(057)725-01-70 dseskharkiv@ukr.net,

²Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Трінклера, 12,

тел. +38(057)702-11-73 epidemos@ukr.net,

³ДУ «Харківській обласний лабораторний
центр Держсанепідслужби України».

м. Харків, Помірки,70, 3150279, karlova-tatiana@mail.ru

В останнє десятиріччя в Україні значно зросла захворюваність людей на сказ. На території Харківської області триває епізоотія сказу, в якій все більшу роль відіграють свійські тварини. В умовах обмеженого забезпечення антирабічними препаратами підвищується ризик захворювання на сказ серед населення.

Метою роботи було виявлення особливості епідемічного процесу сказу серед населення Харківської області.

Матеріали і методи. За офіційними даними проведено аналіз захворюваності на сказ людей,

зверненість населення за антирабічною допомогою в Харківській області за 2005 - 2014 роки.

Результати. За період, що аналізується, у Харківській області зареєстровано 4 випадки захворювання людей на сказ (у 2005, 2008, 2010, 2013 роках). Усі захворілі відносились до осіб працездатного віку, були чоловічої статті. Мешкали у сільській місцевості троє захворілих, один – у м. Харкові, проте ушкодження отримав у сільській місцевості. В двох випадках джерелом інфекції послужили лисиці, які забігли до населених пунктів, в двох – свійські собаки, у яких порушувалися правила утримання, проти сказу були не щеплені. Захворюваність людей реєструвалась у роки епізоотій сказу. За локалізацією усі хворі отримали тяжкі укуси (один – укус у кисть, один – укус у палець, два – укуси в обличчя). За медичною допомогою з приводу укусу троє хворих не зверталися, один з постраждалих відмовився від лікування.

Інкубаційний період у трьох випадках склав 1,5 – 2 місяця, в одному випадку – 3 місяці (проводилась обробка рани). Особливостями клінічних проявів хвороби в усіх випадках були наявні фобії, первинний діагноз поставлено на підставі епідеміологічного анамнезу та наявності гідрофобії. Усі випадки підтверджено лабораторно.

Аналіз зверненості населення Харківської області за антирабічною допомогою показав, що з 4,5 – 6 тисяч осіб, які щороку звертаються за антирабічною допомогою, 12,1-16,8 % страждають від укусів дикими та невідомими безпритульними тваринами, ще від 80 до 200 осіб отримують ушкодження від тварин, хворих на сказ. Такі постраждалі (500 – 800 осіб щороку) складають потенційну групу ризику захворювання на сказ та отримують призначення на антирабічне лікування. Фактором підвищення ризику виникнення захворювань

людей, є зростання серед хворих на сказ тварин питомої ваги свійських до 80 %.

Слід зазначити, що в останні роки погіршилося централізоване забезпечення антирабічними препаратами, що призводить до проведення курсу щеплень різними серіями, а іноді і різними видами вакцин (Верораб, КоКАВ, Індіраб). За результатами вивчення у 2009 – 2013 роках у вірусологічній лабораторії ДЗ «УЦКПЗ МОЗ» стану імунітету осіб, які отримували антирабічні щеплення, з 43 обстежених мешканців Харківської області мали високий рівень антитіл до вірусу сказу 21 особа (48,8 %). З них 16 отримали щеплення препаратом КоКАВ, у тому числі 4 - різними серіями. Препаратом «Індіраб» щеплено 4 особи, «Верораб» - один. Достатній рівень антитіл встановлено у 16 осіб, у тому числі щеплених препаратом КоКав – 10 (1 щеплений декількома серіями), препаратами «Індіраб» - 3, «Верораб» - 1 (щеплений 2 серіями). Ще один обстежений отримував щеплення вакцинами КоКАВ та «Індіраб». Мали недостатній рівень антитіл до сказу 5 осіб (11,6 %), які отримали щеплення препаратом КоКАВ, ще у однієї особи була відсутня сероконверсія.

Висновки. Захворювання населення Харківської області на сказ обумовлено незверненням постраждалих за антирабічною допомогою, що потребує активізації профілактичної роботи серед населення. Проведення антирабічних щеплень різними видами вакцин забезпечує достатню напруженість імунітету до сказу. Для забезпечення епідеміологічного благополуччя зі сказу населення Харківської області необхідно поліпшити роботу ветеринарної служби щодо вакцинації свійських тварин та контролю за їх належним утриманням, а також роботу комунальних служб щодо боротьби з бродячими тваринами.

ДЕЯКІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА СЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КИШКОВОГО ЄРСИНІОЗУ У ДІТЕЙ

Усачова О.В.

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26,
тел. 050-59-87-146, e-mail: kdib@mail.ru

Мета роботи: вивчення деяких епідеміологічних і серологічних особливостей кишкового єрсиніозу у дітей, які мешкають у Запорізькій області.

Матеріали та методи дослідження. Для реалізації поставленої мети ми провели порівняльний аналіз офіційних статистичних даних відносно реєстрації випадків єрсиніозу та частоти позитивних результатів обстеження на єрсиніоз серед мешканців Запорізької області в 2011-2014 роках, а також детально проаналізували серологічні результати, отримані у 125 позитивних до збудника дітей області. Для виявлення в сироватці крові пацієнтів специфічних до *Y. enterocolitica* антитіл використовувались діагностикуми кишково-єрсиніозні (антигени O3 та O9) ліофілізовані.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз вказав на те, що в Запорізькій області за останні три роки були зареєстровані поодинокі випадки єрсиніозу: в 2011 році – 10 (8 у дітей), в 2012 р. – 13 (9 у дітей), в 2013 р. – 10 (9 у дітей). В той же час щороку біля 1,5 тис. пацієнтів області потребують обстеження на єрсиніоз. Основною причиною, що спонукає лікаря до виключення єрсиніозу, є тривала лихоманка з диспепсичними проявами у пацієнта. За результатами специфічного серологічного обстеження за 4-ри роки (2011-2014 рр.) з'ясовано, що 364 хворих є імунними до *Y. enterocolitica* (від 5,8 % обстежених – в 2013 році до 8,2 % – в 2014 р.). Такий дисбаланс між офіційними статистичними даними та результатами специфічного дослідження вказують

як на не завжди вірну трактовку отриманих результатів лікарями, так і на недоліки системи реєстрації захворюваності на ерсиніоз. Слід зазначити, що частота виявлення специфічних антитіл була майже однаковою і у мешканців м. Запоріжжя, і в районах області (171 позитивний результат з 2100 обстежених у місті (8,2 %) і 193 з 2751 – у області (7,1 %); $p > 0,05$).

Аналіз результатів 125 позитивних серологічних досліджень, отриманих у дітей області, показав, що серед них превалюють пацієнти старші за 6 років (98 – 78,4 %; $p < 0,05$ відносно молодшої групи), тобто такі, в яких з урахуванням вікових особливостей харчування частіше створюються умови для реалізації механізму передачі ерсиній.

Серед серологічних особливостей ми відмітили доволі низку імуногенність ерсиній. Так, у більшості інфікованих загальної групи (46,4 %) виробляються антитіли в титрі 1:200. Ця закономірність найбільше виражена в ранньому віці (у 5-ти з 7-ми серопозитивних титр антитіл не перевищував 1:200). Після 3-х років життя у переважній кількості інфікованих дітей кількість вироблених протиерсиніозних антитіл була значнішою (титр 1:400 та вище). Так у віковій групі 4-6 років такі показники зареєстровані у 11 пацієнтів (60 %), 7-14 років – у 29 (53,7 %), 15-17 років – у 25 (56,8 %).

Висновки:

1. Ерсиніоз є поширеною патологією дитячого віку при низькій офіційній реєстрації хвороби.
2. Серед епідемічних особливостей ерсиніозу – переважання серед інфікованих дітей старших за 6-ть років (98 – 78,4 %; $p < 0,05$ відносно молодшої групи).
3. Низька імуногенність ерсиній утруднює специфічну діагностику хвороби.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

Усачова О.В., Воробйова Н.В.
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26.

Мета дослідження. Проаналізувати сучасні епідеміологічні показники ротавірусної інфекції (РВІ) у дітей Запорізької області.

Завдання. Вивчити динаміку захворюваності на РВІ дитячого населення Запорізької області за період 2008-2014 рр., провести порівняльний аналіз захворюваності на РВІ у різних вікових категоріях дітей за 2 останні роки (2013 та 2014 рр.).

Матеріали і методи. За для реалізації вище зазначених завдань було проаналізовано статистичні дані Запорізької обласної СЕС відносно захворюваності на РВІ дитячого населення області.

Результати та їх обговорення. аналізуючи захворюваність на РВІ в Запорізькій області за останні 7 років (рис.1), бачимо її зростання більше, ніж в 1,5 рази в 2009 р. порівняно з 2008 р., що, вірогідно, в значній мірі пов'язано із широким впровадженням в цьому році специфічної діагностики РВІ. Наступні 4 роки (2009-2012 рр.) захворюваність на РВІ тримається майже на одному рівні, коливаючись з 700,5 до 701,1 відповідно. Останні 2 роки (2013-2014) спостерігається стрімке її зростання серед дитячого населення області із найвищими показниками в 2014 році (1036,48), що в 1,4 та 2,3 рази відповідно перевищує рівень захворюваності на РВІ в 2013 та 2012 роках.

У 2014 році в Запорізькій області на РВІ захворіло 30169 осіб, 2998 (99,3 %) з них – діти. Аналізуючи захворюваність на РВІ (таб. 1) за віком, бачимо,

що впродовж останніх двох років найвищі показники реєструвалися у дітей віком 1-4 роки та у дітей першого року життя, і були зворотно пропорційними віку дітей.

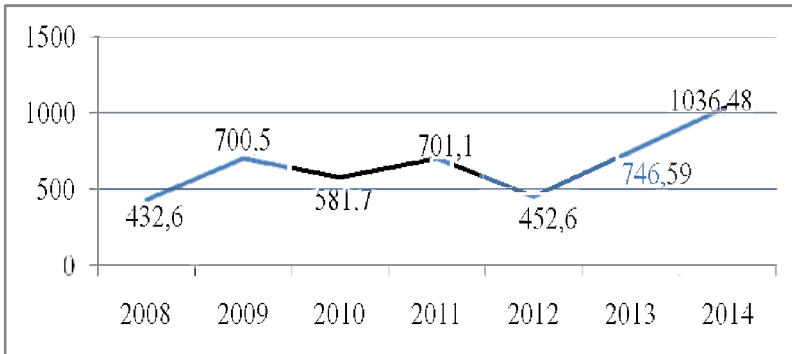


Рис. 1. Динаміка захворюваності на РВІ дитячого населення Запорізької області за останні 7 років (на 100 тис. населення).

Таблиця 1
Захворюваність на РВІ дітей Запорізької області за віком (2013-2014 рр.)

| рік | | 0-17 років | 0-1 рік | 1-4 роки | 5-9 років | 10-14 років | 15-17 років |
|------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------------|
| 2013 | абсол. | 2154 | 412 | 1404 | 277 | 49 | 12 |
| | на 100 тис. | (746,59) | (2283,31) | (1952,39) | (355,9) | (70,14) | (23,59) |
| 2014 | абсол. | 2998 | 595 | 1861 | 410 | 102 | 29 |
| | на 100 тис. | (1036,48) | (3182,4) | (2563,82) | (509,64) | (147,54) | (59,98) |

Так, у 2013 році показник захворюваності у віковій категорії 1- 4 роки був найвищим і складав 1952,39, перевищуючи в 5,5 разів захворюваність на РВІ дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Вікова група 10-14 років у 2013 році хворіла на РВІ у 28 разів рідше за дітей раннього віку, а діти 15-17 років – майже в 83 рази рідше. Проводячи порівняльний аналіз показника між дітьми всіх вікових категорій за 2 роки (2013 і 2014 рр.), бачимо що у всіх, без винятку, вікових групах у 2013 році відзначалася нижча захворюваність на РВІ, ніж в наступному році (в 1,4-2,5 разів), як і взагалі по Запорізькій області. Також звертає на себе увагу збереження тенденції до зниження захворюваності на РВІ з віком.

Висновки: рівень захворюваності на РВІ дитячого населення Запорізької області за останні сім років залишається високим із найвищими показниками в 2013 та 2014 роках; понад 95 % всіх випадків припадає на дітей, і максимально часто на РВІ хворіють діти раннього віку.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Фролова Т.В., Охупкіна О.В., Атаманова О.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії № 1

м. Харків, пр. Московський, 195, тел. 725-24-76,

e-mail: pdb100@mail.ru

Здоров'я дитини визначається не тільки відсутністю хвороби, а й донозологічних розладів і/або «малої патології», яка діагностується на рівні функціональних порушень. Саме донозологічні розлади віддзеркалюють вплив біологічних і зовнішніх факторів, які обумовлюють формування хронічної патології.

Найбільш достовірну інформацію щодо стану здоров'я дитячої популяції на рівні регіону/країни можливо отримати аналізуючи результати клініко-епідеміологічних досліджень. Слід враховувати, що підбір

організованих дитячих колективів для проведення досліджень необхідно проводити методом випадкової вибірки, що дозволяє скласти репрезентативну сукупність яка відображає загальний стан здоров'я популяції.

Мета дослідження: визначення розповсюдження функціональних розладів організму дитини на підставі аналізу результатів незалежного моніторингу стану здоров'я дитячої популяції шкільного віку.

Матеріали та методи. Шляхом експедиційних виїздів до організованих дитячих колективів комплексно обстежено 1200 дітей віком від 8 до 17 років; з них 541 постійні мешканці м. Харкова та 659 дитини, які постійно мешкають у сільських районах Харківської області.

Результати та їх обговорення. При проведенні комплексного обстеження дітей встановлено, що перше рангове місце серед функціональних порушень належить розладам з боку кістково-м'язової системи, а саме порушенням постави, сплющення стопи, остеопенії (59,7 %).

Друге місце посідають розлади системи кровообігу (функціональна кардіопатія, ПМК та малі аномалії розвитку серця) – 27,1 %. І третє – порушення з боку ЛОР-органів, які представлені гіпертрофією мигдалин та аденоїдів (20,5 %).

Наступні рангові місця займають відповідно функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (функціональні розлади кишківника, шлунка, дискінезії жовчного міхура), які виявлені у (15,5 %) дітей; функціональні психоемоційні порушення и розлади поведінки, логоневрози (15,1 %); розлади зору (спазм акомодатції, астигматизм та косоокість), функціональні розлади функції нирок і сечо-видільної системи (дизметаболічна нефропатія, нейрогенний сечовий міхур,

нефроптоз та інш.), алергічні порушення (медикаментозна та аліментарна алергія) та інш.

Поширеність функціональних розладів серед дітей підліткового віку у порівнянні з дітьми молодшого шкільного віку достовірно вище з боку кістко-м'язової системи, органів травлення, нервової системи ($p < 0,05$).

Серед школярів молодшої групи на відміну від підлітків значно більш поширена група дітей, які часто хворіють і хронічної ЛОР-патології ($p < 0,05$).

Відслідковується чітка гендерна направленість щодо розповсюдження функціональних розладів з боку нервово-психічної сфери, які вище серед хлопчиків ніж серед дівчаток ($p < 0,05$) і незалежать від віку. У дівчаток на відміну від хлопчиків достовірно переважають порушення статевого дозрівання ($p < 0,05$), наявність хронічної ЛОР-патології ($p < 0,05$) та вегето-судинних дисфункцій ($p < 0,05$).

Окрім того, слід зазначити, що 87,6% дітей мають сінтропію функціональних розладів з боку двох та більше систем, що у подальшому може призвести до формування поєднаної хронічної патології, яка визначає «тягар хвороб» населення в цілому.

Висновки. Таким чином, проведення клініко-епідеміологічних досліджень здоров'я дітей та підлітків на популяційному рівні дозволяє ще на донозологічному етапі виявити окремі порушення та своєчасно проводити відповідні превентивні заходи.

Саме розробка нових та удосконалення існуючих технологій щодо збереження здоров'я дитини повинно являтися найбільш пріоритетним завданням сучасної педіатрії в умовах реформування системи охорони здоров'я.

**МЕТОДОЛОГІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ
РОБОТИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З
ЕПІДЕМІОЛОГІЇ
В УМОВАХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ**

Холоша П.С., Семішев В.І.

Харківській національний медичний університет
кафедра епідеміології, тел.+38(057)7021173, e-mail:epidemos@ukr.net

Останнім часом світова педагогічна спільнота робить акцент на все більш зростаючий об'єм інформації, яку необхідно засвоїти сучасному фахівцю у галузі медицини. Пошук нової парадигми освіти, яка б задовольняла критерію «час отримання інформації – оперативність – актуальність» є одним з найважливіших завдань сучасного педагога вищої школи.

В умовах глобалізації, загострення міжнародних конфліктів, загрози біотероризму, виникнення спалахів нових інфекційних хвороб, на провідне місце виходить проблема розробки нових методологічних та дидактичних концепцій підготовки та перепідготовки фахівців у галузі епідеміології, які володіють необхідними професійними якостями, знаннями і практичними навичками: умінням критично осмислювати проблеми, ставити епідеміологічний діагноз, приймати правильні управлінські рішення та розробляти адекватні та ефективні заходи з епідеміологічного контролю. Провідним інструментом, який забезпечує якісну постановку епідеміологічного діагнозу є епідеміологічний метод, призначений для виявлення причин, факторів ризику і механізмів формування захворюваності з метою обґрунтування заходів щодо профілактики захворювань і оцінки їх ефективності.

Епідеміологічний метод засновано на популяційнім підході до вивчення патологічних процесів, що передбачає аналіз та оцінювання великих масивів інформації

про здоров'я населення та фактори ризику формування патології. Якісна оцінка отриманих даних неможлива без використання сучасних інформаційних технологій. Тому на кафедрі епідеміології Харківського національного медичного університету при підготовці лікарів-інтернів широко використовуються інформаційно-комунікаційні технології, наприклад, інформаційна система, за допомогою якої лікарі-інтерни навчаються методиці комп'ютерного моніторингу за деякими інфекційними хворобами, встановленню факторів ризику. Інтерни навчаються роботі с такими програмами, як Epi-Info, WHONET. Також використовується програма комп'ютерного тестування, яка може використовуватися як в режимі навчання, так і в режимі контролю.

Перспективним є створення інформаційного порталу підготовки лікарів-інтернів; організація та контроль самостійної роботи студентів; впровадження нової програми тестування (з відкритою відповіддю, пошук та співставлення тверджень і т.п.); розробка методології математичного моделювання із використанням сучасних програмних засобів для прогнозування сценаріїв розвитку епідемій та їхніх наслідків; впровадження елементів дистанційного навчання для організації оперативного навчання лікарів в умовах військових дій; організація Webinar-ів з метою обміну досвідом із провідними фахівцями галузі епідеміології. На кафедрі є досвід дистанційного навчання інтернів та окремих студентів за власною ініціативою викладачів.

Таким чином здійснюється консультування інтернів, підготовка тез доповідей та презентацій на науково-практичні конференції тощо. Але цей досвід повинен бути включений в робочі програми підготовки фахівців.

Зараз, коли зміцнилась матеріальна-технічна база кафедри, є Інтернет, усі викладачі кафедри добре володіють комп'ютерною грамотністю, можливо організувати окремі заняття для лікарів-інтернів дистанційно. В умовах економічної кризи це економічно виправдано, але потребує змінення нормативно-правової бази підготовки фахівців.

Активне впровадження та використання інформаційно-комунікаційних технологій сприятиме підвищенню якості знань, що отримуватимуть лікарі-інтерни, оновленню змісту освіти, отриманню актуальних навичок практичної діяльності за фахом, удосконаленню новітніх інтерактивних педагогічних технологій із урахуванням сучасних аспектів підготовки фахівців у галузі медицини.

Перевагою підготовки фахівця-професіонала на базі нових інформаційних технологій дозволить підвищити рівень професіоналізму як лікаря-інтерна, який безпосередньо навчається на кафедрі, так і спеціалістів санітарно-епідеміологічної служби, з якими буде працювати молодий фахівець.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ БІОПОВЕДІНКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ЩОДО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ

Хомич Л.¹, Сазонова Я.¹, Салюк Т.¹, Думчев К.², Самко М.¹

¹МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

²Український інститут досліджень політики
щодо громадського здоров'я

м. Київ, вул. Димитрова, 5, корпус 10-А, 9-й поверх,
тел. (044) 490-54-85, salyuk@aidalliance.org.ua.

Проблема ВІЛ-інфекції понад 25 років залишається актуальною для світової спільноти, масштаби поширення

ВІЛ набули глобального характеру і постають реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу. Дані щодо епідеміологічної ситуації свідчать, що Україна залишається країною, яка віднесена до категорії країн із концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД. За оціночними на початок 2014 року в Україні кількість людей, що живуть з ВІЛ, складає 232,793 [1]. Офіційні статистичні дані свідчать, що з моменту початку епідемії в Україні (1987 р.) було офіційно зареєстровано 264,657 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 75,714 випадків захворювання на СНІД та 35 287 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [2]. За класифікацією ЮНЕЙДС Україна віднесена до країн з концентрованою стадією епідемії, де ВІЛ-інфекції більшою мірою поширюється серед ключових груп таких, як споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (ЖКС), та чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ). Для відстеження епідемічних процесів в цих групах, а також фіксації факторів, які впливають на рівень інфікування кожні 2 роки проводяться біоповедінкові дослідження крос-секційного дизайну серед груп з використанням методик для реалізації вибірки RDS (Respondent Driven Sampling) та TLS (Time Location Sampling). Дані дослідження є складовою епіднагляду за ВІЛ другого покоління та використовуються для прийняття операційних та стратегічних рішень національного та регіонального рівня в сфері протидії ВІЛ/СНІД.

В рамках дослідження поєднується поведінковий (напівструктуроване інтерв'ю) та біологічний компоненти (тестування на ВІЛ та інші інфекції). Починаючи з 2007 року біологічний компонент дослідження реалізовувався шляхом використання експрес-тестів на ВІЛ, що дозволяло

встановити лише показники поширеності інфекції в даних групах.

Дослідження проводяться на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках проекту Глобального Фонду по боротьбі зі СНІДом, туберкульозом та малярією у тісній співпраці з Центрами контролю та профілактики захворювань (CDC Атланта, CDC Україна).

Оцінки захворюваності є одними з найважливіших показників систем контролю за охороною здоров'я. Така інформація має вирішальне значення для управління превентивними програмами, планування догляду та лікування, а також оцінки результатів цих зусиль. Через специфіку протікання ВІЛ-інфекції неможливо виокремити захворюваність ні з числа нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, ні з даних біо-поведінкових досліджень. Впродовж останніх 15 років були розроблені тести на нещодавнє інфікування, щоб оцінити захворюваність на ВІЛ відповідно до імунологічних біомаркерів прогресування ВІЛ-інфекції в поперечному розрізі зразків, взятих у ВІЛ-інфікованих осіб [3]. Для оцінки рівня та тенденцій захворюваності на ВІЛ в Україні в 2013 році вперше в рамках раунду комплексних біоповедінкових досліджень серед трьох основних груп ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ) було зібрано зразки сухої краплі крові, які були передані до відділу міжнародної лабораторії CDC для тестування методом нового покоління Limiting Antigen Avidity (LAg IFA) для розрізнення нещодавніх та довготривалих ВІЛ-інфекцій [4].

Для оцінки захворюваності кількість тестувань з результатом нещодавнього інфікування в алгоритмі захворюваності (LAg IFA та ВН) та кількість населення підвищеного ризику будуть включені до математичної формули. Отриману в результаті частку порівнюють

з даними останніх математичних моделей та наявними непрямими даними для правдоподібності.

Результати щодо поширеності випадків нещодавнього ВІЛ-інфікування дозволять виявити міста оновлення епідемії та допоможуть ефективно спрямувати програмні та фінансові ресурси для попередження подальшого поширення ВІЛ.

Література:

1. Аналітичний огляд показника смертності від станів та хвороб, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), в Україні, за період 1987-2013 роки. / Авт. кол.: Нізова Н., Марциновська В., Кузін І. та ін. – К., 2014. – С.59.
2. Інформаційний бюлетень "ВІЛ-інфекція в Україні". Київ: Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерство охорони здоров'я України», ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України".
3. Garrett N, Lattimore S, Gilbert V, Aghaizu A, Mensah G, et al. (2012) The Recent Infection Testing Algorithm (RITA) in clinical practice: a survey of HIV clinicians in England and Northern Ireland. *HIV Med* 13: 444-447.
4. Duong YT, Qiu M, De AK, Jackson K, Dobbs T, et al. (2012) Detection of recent HIV-1 infection using a new limiting-antigen avidity assay: potential for HIV-1 incidence estimates and avidity maturation studies. *PLoS One* 7: e33328.

ВИКЛИКИ НА ШЛЯХУ ВИКЛАДАННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я З ПИТАНЬ ПРОВЕДЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Хомич Л., Салюк Т.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
м. Київ, вул. Димитрова, 5, корпус 10-А, 9-й поверх,
тел. (044) 490-54-85. khomych@aidsalliance.org.ua.

Сучасна концепція охорони громадського здоров'я передбачає використання науково-обґрунтованих підходів

і практик в охороні громадського здоров'я та прийняття управлінських рішень, що базуються на доказовості.

Ключові компоненти науково-обґрунтованих практик в охороні громадського здоров'я включають прийняття рішень на основі кращих наявних наукових даних, використанням даних та інформаційних систем систематично, застосування рамок планування програм, залучення спільнот до процесу прийняття рішень, проведення обґрунтованої оцінки і розповсюдження вивчених результатів.

Одним із інструментів реалізації цих компонентів є проведення різних епідеміологічних досліджень, включаючи різного роду поведінкові дослідження та дослідження щодо економічної ефективності програм та проектів.

Існуюча система вищої освіти в Україні та стандартні навчальні плани підготовки та перепідготовки лікарів та практиків охорони громадського здоров'я не передбачають систематичне вивчення та підвищення обізнаності з таких аспектів функціонування системи громадського здоров'я у світі.

Школа охорони здоров'я при Національному університеті «Києво-Могилянська академія» є єдиною в Україні університетською інституцією, покликаною з днів свого заснування поширювати кращі світові практики щодо громадського здоров'я серед українських фахівців. Проте рівень охоплення навчальною програмою Школи не є достатнім для зміни на суспільному рівні практик та підходів до організації системи охорони громадського здоров'я в Україні. Кілька місцевих університетських ініціатив намагаються мінімізувати дану прогалину в системі фахової освіти в Україні.

В рамках реалізації проекту з технічної допомоги в сфері МіО та ефективного використання даних

(МЕТІДА) за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань (CDC), що виконується Міжнародним благодійним фондом «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», в 2014 році в Україні стартувала довгострокова Навчальна програма з питань проведення досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Навчальна програма орієнтована на дослідників, охочих отримати додаткові знання та навички щодо організації та проведення наукових досліджень, підготовки та аналізу даних та публікації результатів в наукових рецензованих виданнях.

Місією даної ініціативи є розвиток дослідницького потенціалу на суб-національному рівні шляхом надання знань та навичок щодо дизайнів, методів досліджень, що використовуються в рамках нагляду за епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу, заради формування спільноти фахівців, зацікавлених у розвитку досліджень та участі в них на національному та регіональному рівнях.

Навчальна програма складається з кількох навчальних модулів і передбачає багатоетапний підхід і реалізацію у кілька етапів.

В рамках Навчальної програми приділяється ґрунтовна увага таким напрямкам як:

- Проведення огляду літератури за обраною тематикою, робота з бібліографічними базами, пошук наукової літератури, аналіз публікацій;
- Формулювання дослідницького питання та його уточнення;
- Розуміння різниці між різними дизайнами досліджень та їх застосуванням;
- Планування дослідження у сфері громадського здоров'я з урахуванням потреб регіону чи специфіки досліджуваного питання;

- Розробка дослідницькі пропозиції та дослідницькі протоколи відповідно до обраної тематики та дизайну дослідження;
- Розробка інструментарій дослідження, пілотувати його та адаптувати;
- Проведення польових етапів дослідження та обробляти зібрані дані, в тому числі проводити статистичний аналіз даних;
- Підготовка наукової статті до публікації в міжнародних наукових рецензованих журналах.

На початковому етапі шляхом відкритого всеукраїнського конкурсного оголошення було анонсовано та набрано когорту потенційних учасників Навчальної програми.

Впродовж 2014 та початку 2015 року було розроблено програми та навчальні матеріали за Модулями 1, 2, 3 та 4. За Модулями 1-3 проведено навчальні заходи. У період між заходами мультидисциплінарна команда тренерів та експертів надає консультаційну підтримку кожному із учасників у питаннях роботи над концепцією власного дослідження. По закінченню кожного із Модулів учасники отримують домашнє завдання, виконання якого є однією з умов продовження його подальшої участі в Навчальній програмі.

На сьогоднішній день актуальними перепонами до більш ефективного викладання питань проведення епідеміологічних досліджень як серед молодих науковців, так і серед представників університетських кафедр залишаються:

- Недостатній рівень володіння англійською мовою;
- Низька культура використання сучасних інформаційних технологій та інструментів для систематизації та оптимізації роботи;

- Неготовність до самоосвіти, самостійної роботи;
- Низька або відсутня мотивація до змін, в тому числі перенавчання, зміни парадигми мислення тощо;
- Часові та ресурсні обмеження;
- Низький рівень наступництва в установах, в яких працюють/навчаються учасники.

Варто зауважити, що дані бар'єри не є суто специфічними у викладанні саме питань епідеміологічних досліджень, а є «вузькими місцями» системи вищої освіти та науки, що сповільнює перехід української наукової спільноти до міжнародних стандартів та вихід на міжнародний рівень.

Одним із рішень ситуації може стати інституалізація аналогічної навчальної програми в системі вищої освіти України, шляхом інтеграції курсу до робочого навчального плану профільних спеціальностей з обов'язковим викладанням впродовж навчального процесу.

Ще одним сучасним та дієвим способом поліпшення ситуації щодо викладання та підвищення обізнаності фахівців сфери охорони громадського здоров'я з питань проведення епідеміологічних досліджень та доказової медицини може стати створення та запуск масового відкритого онлайн курсу з можливістю подальшої інтеграції онлайн-навчання до навчального процесу університетів за, так званою, змішаю моделлю освіти.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

Цаканян А.В., Алексанян Ю.Т., Ханджян Г.Ж.,
Мамиконян К.Л.

НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской паразитологии
им. А.Б. Алексаняна МЗ РА,
0060, Ереван, ул. Худякова 1,
+374 10 62-99-24, melikandreasvan@mail.ru

В эру быстро развивающейся антибиотикорезистентности и замедления скорости разработки новых антибиотиков, их назначение должно быть взвешенным и ответственным.

Целью данного исследования явилось изучение антибиотикочувствительности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, выделенных от детей раннего возраста в различных медицинских учреждениях города Еревана.

Материалы и методы. Антибиотикочувствительность исследованных штаммов микроорганизмов проверялась по отношению к широко применяемым на практике антибиотикам: фторхинолонам: ципрофлоксацину, офлоксацину, норфлоксацину, левофлоксацину; бета-лактамам: пенициллинам (оксациллину, ампициллину, амоксиклаву) и цефалоспорином (цефазолину, цефалотину, цефуросиму, цефотаксиму, цефтриаксону, цефтазидиму); аминогликозидам (амикацину, гентамицину, стрептомицину, канамицину, азитромицину, кларитромицину, тобрамицину); тетрациклинам (доксциклину, тетрациклину). Чувствительность микроорганизмов определялась диско – диффузионным методом на твердой питательной среде посевом суточных бульонных культур микроорганизмов. Результаты оценивались по диаметру зоны задержки роста микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

В течение последних лет исследована чувствительность к антибиотикам 115 патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, выделенных у детей раннего возраста в различных медицинских учреждениях города Еревана.

Результаты. Из изученных микроорганизмов 22,6 % (26 штаммов) принадлежат к *Proteus* spp, 18,3 % (21 штамм) – *Klebsiella pneumoniae*, 12,2 % (14 штаммов) – *E. coli*, 6,1 % (7 штаммов) – *Staphylococcus* spp., 7,8 % (9 штаммов) – *Shigella*, 5,2 % (6 штаммов) – *Enterobacter* spp, 5,2 % (6 штаммов) – *Pseudomonas aeruginosa*, 18,3 % (21 штаммов) – *Serratia* spp, 2,6% (3 штамма) – *Citrobacter* и 0,9% (1 штамм) – *Morganella morganii*. Изучение чувствительности 115 штаммов микроорганизмов к широко применяемым на практике антибиотикам показало, что они чувствительны к фторхинолонам (ципрофлоксацину – 93,3 %, офлоксацину – 92,3 %, норфлоксацину – 92,3 %, левофлоксацину – 75,0 % и к препаратам группы бета-лактамов (цефтазидиму – 75,0 %, цефтриаксону – 75,0 %, цефотаксиму – 60,7 %).

Исследованные микроорганизмы чувствительны к резистентность к аминогликозидам – канамицину – 100 % (21 штамм), кларитромицину – 100 % (37 штаммов), эритромицину – 92,9 % (52 из 56-и штаммов), ампицилину – 75,3 % (61 из 81), тобрамицину – 66,7 % (22 из 33), азитромицину – 63,2 % (12 из 19). Исследованные микроорганизмы чувствительны к из использованных аминогликозидов с

лактамов: оксациллина – 97,9 % (46 из 47), амоксиклава (аугментина) – 91,9 % (34 из 37), ампициллина – 87,7 % (50 из 57), цефалотина – 76,5 % (26 из 34), цефуроксима - 69,6 % (16 из 23), цефазолина – 69,6 % (39 из 56). Исследованные микроорганизмы проявили полирезистентность в отношении 3-13 антибиотиков.

Выводы. Таким образом, исследования показали циркуляцию полирезистентных штаммов микроорганизмов среди детей раннего возраста, что свидетельствует о необходимости постоянного эпидемиологического контроля над циркуляцией и формированием новых резистентных и, особенно, полирезистентных штаммов микроорганизмов. Проведение образовательных программ среди врачей и информационное обеспечение является эффективной мерой по ограничению необоснованного применения антибиотиков для лечения больных. Антибиотикорезистентность – глобальная проблема и только одновременно проводимые действия по сдерживанию роста антибиотикорезистентности смогут дать положительные результаты во всем мире.

ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ: ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ

(сучасні медико-соціальні тенденції)

Цимбалюк В.І.,¹ Торяник І.І.,² Колесник В.В.¹

¹ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України».
м. Київ, вул. Платона Майбороди, буд. 32.

тел. +38 057-711-75-02. e-mail: kolesnik.neuros@mail.ru

²ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України». 61057, м. Харків, вул. Пушкінська, 14-16.

тел.+38 057-731-23-62. e-mail: kamysh_in@ukr.net

Мета. Вивчити сучасні медико-соціальні тенденції епідеміології ішемічного інсульту (ІІ).

Завдання. Вивчити частоту, рівень захворюваності, летальність у разі розвитку ІІ серед працездатного населення середнього віку.

Матеріали і методи досліджень. Матеріалом дослідження стали інформаційні джерела з науково-теоретичної, методичної, патентної літератури, ресурси «Internet» з питань епідеміології ІІ. З метою об'єктивізації дослідження застосовували ретроспективний аналіз.

Результати та їх обговорення. За визначенням ВООЗ ІІ (інфаркт мозку) являє собою гострий розлад мозкового кровообігу з ураженням речовини мозку, порушенням його функції в наслідок погіршення або припинення кровопостачання. На думку фахівців, інсульт до тепер залишається невідкладним станом з більш високою летальністю, ніж переважна чисельність типів раку. За експертними даними, у світі щорічно виявляється 15 млн. випадків захворювань на інсульт, 5 млн. із яких завершуються летально. Епідеміологічна ситуація з інсульту така, що більша половина обумовлених згаданою патологією смертей відбувається у хворих, за віком молодших 70 – 75 років. Саме цей факт забезпечив інсульту, як причині летальності, другу за значенням позицію серед захворювань у світі. Даними Консенсусу Європейської ради мозку (2006), присвяченої церебральним хворобам у Європі, констатовано, що гострі церебро- васкулярні розлади щорічно розвиваються більш, ніж у 200 європейців на 100 тис. населення і невпинно зростають із збільшенням віку пацієнтів. Стурбованість викликає підвищення медико-соціальних затрат, пов'язаних із інтервенцією, реабілітацією та профілактикою інсульту (кошти, що потребує лікування одного пацієнта з інсультом досягають 22000 євро). За підрахунками аналітиків щорічно у США на інсульт хворіє близько 700 тис. чоловік, – із них 500 тис.

переносить зазначене страждання вперше; у 200 тис. захворювання констатується повторно. Внаслідок інсульту кожного року помирає 270 тис. американців, щорічні соціально-економічні збитки на кожного пацієнта становлять близько 57,9 млрд. доларів. У Росії реєструється більш, ніж 450 тис. випадків інсульту на рік, що дорівнює 336 на 100 тис. населення. Дослідженням епідеміології інсульту провідними спеціалістами Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України (Департамент розвитку медичної допомоги) Н.К. Хобзей, Т.С. Міщенко зі співавторами наголошується гостра актуальність зазначеної проблеми у нашій державі. Авторами зауважується, що від 100 до 120 тис. населення щорічно вперше переносить мозковий інсульт. Від 20 до 25 % в структурі ішемічних церебральних захворювань займають повторні порушення мозкового кровообігу. В 2009 році відповідно до офіційної статистики МОЗ України 105836 мешканців вперше переносять інсульт (280,2 на 100 тис. населення), у 39566 випадках він стає причиною смерті. Протягом декількох десятиліть найвищі показники захворюваності на інсульт традиційно реєструються у східних регіонах України. Занепокоєння викликає той факт, що серед захворювання на інсульт 35,5 % складають особи працездатного віку. Показники первинної інвалідності з причин «Наслідки інсульту» у 2008 – 2009 роках серед дорослих респондентів досягають 11-12, для осіб працездатного віку: 7,6 та 7,0 випадків на 100 тис. населення. Тяжкої інвалідності за цим отримують 10 % хворих.

Висновки. Сучасний ІІ являє собою гостру проблему, що потребує термінового розв'язання. Успішною запорукою останнього вважають ранне розпізнання, якісну діагностику, адекватну клінічному перебігу інтервенцію.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ - РЕАЛІЇ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ НА ДОНБАСІ

Черкасова В.С.¹, Ключник І.О.²

¹Головне управління Держсанепідслужби у Луганській області
м. Северодонецьк, вул. Жовтнева, 2а,
тел.(06452) 4-13-74, e-mail: lgudses@gmail.ru,

²Харківський національний медичний університет,
кафедра епідеміології, м. Харків, пр. Леніна, 4,
тел. (057) 702-11-73, e-mail: tomklu@mail.ru

Мета та завдання. Виявлення та оцінка причин, що впливають на прояви епідемічного процесу менінгокової інфекції (МІ) в умовах надзвичайної ситуації, котра виникла на Донбасі.

Матеріали і методи. Оцінка результатів ретроспективного аналізу захворюваності на МІ населення Луганської області за 2005-2014 рр. з використанням епідеміологічного методу дослідження. Головне джерело інформації - уніфіковані форми державної статистичної звітності про окремі інфекційні та паразитарні захворювання.

Результати та їх обговорення. Прояви епідемічного процесу МІ у Луганській області у період 2005-2013 рр. відтворювали закономірності, характерні для більшості розвинених країн світу: інтенсивні показники захворюваності на МІ не перевищували 1-3 випадки на 100 тис. населення, випадки захворювань реєструвались щорічно; переважно хворіли діти, особливо активно – діти першого року життя; у структурі захворювань переважали генералізовані форми; показники летальності в окремі роки досягали 28%; зміна етіологічної ролі менінгококів різних серогруп обумовлювала на території області періодичність захворюваності на МІ у 10-12 р.

У 2014 р. ситуація вперше за останні кілька десятиліть різко змінилась: рівень захворюваності

населення області на МІ досяг лише 0,15 на 100 тис. населення, нижче рівня 2013 р. у 5 разів. Фактично зареєстровано 1 випадок захворювання дорослого чоловіка, виділено менінгокок групи В. Такий стан зовсім не відповідає класичним канонам епідеміології надзвичайних ситуацій-тим умовам, в яких Донбас живе зараз. На наш погляд, такі показники не відтворюють реальні особливості епідемічного процесу МІ на даній території у цей час, на що вказує низка фактів, а саме:

- за даними Міністерства соціальної політики Україні, понад 850 тисяч людей з Донбасу та Криму вимушено покинули місця проживання. Статистика чисельності населення Луганської області зменшилася в 3,5 рази (враховуються лише мешканці, які офіційно перебувають на неокупованій території). Більша частина переселенців, перебуваючи у вимушених умовах, іноді екстремальних, не підлягають ніяким видам профілактичного обстеження та диспансерного нагляду фахівців, що додатково ускладнює епідеміологічну діагностику та епідемічне благополуччя в місцях їх перебування.

- руйнування інфраструктури лікувально-профілактичної мережі на окупованій території, міграція з неї кваліфікованих медичних фахівців, важке фінансове становище людей, ускладнюючи можливість надання та отримання медичної допомоги, забезпечують реєстрацію лише вкрай важких форм захворювань, не відтворюючи реальний епідемічний стан.

- руйнація ефективної системи епіднагляду за МІ, що існувала на території Луганської області до 2014 р., також не дозволяє відтворити фактичну епідемічну ситуацію в регіоні: взаємообмін інформацією про рівні інфекційної захворюваності населення окупованої території області відсутній, епідеміологічний моніторинг за циркуляцією менінгококів не здійснюється.

Висновки. В надзвичайних умовах життя населення України епідеміологія катастроф стає одним з провідних розділів науки медицини катастроф, так як йдеться про здоров'я не окремих осіб, а цілих колективів людей, що знаходяться в екстремальній для них обстановці. Насьогодні потрібно максимально інтегровано використовувати знання соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, епідеміології, інфекційної патології, санітарно-протиепідемічного забезпечення постраждалого населення для ефективного подолання наслідків надзвичайних ситуацій.

ФАКТОРИ СОЦІАЛЬНОГО ВПЛИВУ НА ПСИХОФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЮ

Черненко Л.М., Шипко А.Ф., Авдейчик Є.В.

Харківський національний медичний університет
м. Харків, пр. Леніна, 4.

Рівень народжуваності недоношених новонароджених у Європі складає 5-9 %. В Україні питома вага передчасних пологів - біля 5 %, із них бронхолегенева дисплазія (БЛД) формується у 62 % дітей з вагою до 1000 грам, у 39 % новонароджених з масою тіла від 1000 до 1500 грам та у 10 % немовлят з вагою при народженні більше ніж 1500 грам. Хворі на БЛД є важливим чинником витрат у галузі охорони здоров'я, які збільшується експоненційно зі зменшенням гестаційного віку та ваги. Діти з БЛД мають особливості психічного і фізичного розвитку, часті прояви екстерналізації і інтерналізації своїх проблем, та більш низьку оцінку IQ ($P=0,03$). Тому спостереження за цією категорією дітей, вивчення факторів, що впливають на динаміку психофізичного розвитку розглядаються як актуальні питання у більшості країн світу. У дітей з БЛД можна виділити патофізіологічну

та соціальну групи факторів, що впливають на фізичні показники та когнітивні властивості. Серед патофізіологічних факторів: хронічна гіпоксія, незрілість органів і систем, а зокрема головного мозку, серцева недостатність, часті респіраторні інфекції та необхідність отримання тривалої терапії у стаціонарних умовах. Соціально-економічні фактори: можливість забезпечити дитину ліками, збалансованим харчуванням, комфортними умовами проживання, наявність неповної сім'ї, недостатня освіта матері, відсутність можливості чи бажання психічно розвивати дитину. У більшості досліджень робляться висновки про значення систематичного сімейного середовища у дітей перших років життя. Тому важливо визначення когнітивного та фізичного розвитку дітей з БЛД та ступень впливу соціальних факторів на перебіг захворювання, для запобігання негармонійного розвитку дитини.

Мета. Удосконалення діагностики фізичного та психічного розвитку дітей хворих на бронхолегеневу дисплазію в залежності від впливу факторів соціального середовища.

Методи дослідження. У групу спостереження ввійшло 53 пацієнти з діагнозом бронхолегенева дисплазія у віці від 1 до 3 років. Оцінка фізичного розвитку проводилася за центральними графіками. Психічний розвиток дитини визначався за Bayley Scales of Infant Development Second Edition (BSID-II) (1993 р.) яка скорегована під дітей від 1 місяця до 3,5 років. Коефіцієнт надійності теста Бейлі варіює у інтервалі 0,81-0,93, для моторного розвитку 0,68-0,92.

Результати та їх обговорення. Всі 53 обстежені дитини були недоношеними, середній гестаційний вік при народженні складав $30,36 \pm 2,88$ тижнів, маса тіла при народженні – $1636 \pm 490,76$ гр. 65 % – пацієнти чоловічої

статі, 35% - жіночої. При оцінці фізичного розвитку дітей з БЛД маса тіла у 6% дітей досягала середніх величин (50 перцентилів), у 33% пацієнтів – цей показник був 25 перцентилів. Достовірно частіше (61%; $p < 0,001$) маса тіла у хворих на БЛД не досягала 5 перцентіля і розцінювалась як низька. Індекс психічного розвитку (ІПР) та індекс психомоторного розвитку (ІПМР) у більшості (66%; $p < 0,005$) дітей був нижчим за 69, що складало 2,6 стандартного відхилення від середнього показника та розцінювалось як значне відставання у розвитку. 33% хворих на БЛД набрали від 70 до 84 балів (1,2 стандартних відхилення) що розцінено, як помірне відставання у психомоторному розвитку. Визначені слабкі корелятивні зв'язки між економічним станом сім'ї та відставанням у фізичному ($r = +0,348$) та психомоторному розвитку ($r = +0,456$). Такі зв'язки нами розцінені як ймовірний вплив несприятливих умов життя матері на пренатальний період розвитку: важка фізична праця, нутрітивна недостатність, некомфортні умови проживання. Залежності розвитку дитини від освіти матері та повноти сім'ї виявлено не було. Виявлені сильні корелятивні зв'язки між відсутністю батьківського піклування та відставанням у фізичному ($r = +0,796$) і психомоторному розвитку дітей ($r = +0,789$). У 35,7% пацієнтів з низьким економічним станом (за оцінкою батьків) виявлена кореляція тільки з ІПМР ($r = +0,645$), що ймовірно пов'язано, не тільки з особливостями розвитку дітей хворих на БЛД, а і з недостатньою участю батьків у психічному розвитку дитини.

Висновки. Діти хворі на бронхолегеневу дисплазію мають низьку масу тіла, низькі показники зросту та значне відставання у психомоторному розвитку. Має місце залежність між економічним станом сім'ї та відставанням у фізичному та психомоторному розвитку, що розцінено

як ймовірний вплив несприятливих умов життя матері на пренатальний період розвитку: важка фізична праця, нутрітивна недостатність, некомфортні умови проживання. Динаміка поліпшення розвитку дитини значно залежить від соціально-економічного стану та повноти сім'ї у якій розвивається дитина з бронхолегеневою дисплазією.

RISK OF EBOLA VIRUS INFECTION IN NIGERIA AND WAYS OF PREVENTION

Chukwuyem Victor Nnamdi, Akopyan Ya.V.

Kharkiv National Medical University, Epidemiology Department

Phone+38(057)702-11-73, e-mail: epidemos.@ukr.net

Aim is to elucidate the risk factors making Nigeria susceptible to outbreak and ways of prevention.

Background. History has it that in the first Ebola virus outbreak emerged in 1976 in Zaire, Sudan which infected over 284 people. Since its discovery however 14 outbreaks have been recorded, 7 of which has occurred since the year 2000. Recently as of 18.00 on the 10th of May 2014 the federal ministry of health Guinea reported a total of 233 clinical cases of Ebola virus disease and 157 clinical deaths. Ebola virus with a natural history associated with an incubation period of about 1-3 weeks which is followed by the onset of prodromal symptoms of fever, asthenia, myalgia, diarrhea, abdominal pain, conjunctivitis, headache and sore throat. About one week after the onset of symptoms a rash appears followed by a hemorrhagic complications which leads to death after an average of about 11 days.

Over the years, the mode of transmission of this epidemics has cycled around direct contact with blood, secretions, organs or other body fluids. Cases where mourners have direct contact with the deceased (in Uganda for instance)

can play a vital role in the transmission of the virus. It is noteworthy that the infection by the virus has been recorded through handling of animals such as gorillas, monkeys, chimpanzees and antelopes either dead or alive as this was recorded in Cote-d-Voire. However, health workers are not left out due to contact with infected patients without taking necessary precautions.

Methods. We analyzed data from the WHO and the scientific literature.

Results. Calling to mind the facts that recent outbreaks of Ebola virus has emerged in Africa in recent times in Liberia, Cote-d-Voire, Guinea republic, Republic of Congo and Uganda of which Liberia , Chad, Cameroon are neighboring countries to Nigeria. As a result of this we have analyzed the possible risk of Ebola virus outbreak in Nigeria which is a possibility due to certain factors such as Immigrants fleeing from crisis torn countries in Central Africa to Nigeria's neighboring countries such as Chad and Cameroon. The total number of probable, confirmed and suspected cases in the current outbreak of Ebola virus disease (EVD) in West Africa was 4366, with 2218 deaths, as at 7 September 2014.

Another factor which poses a risk to Ebola outbreak pertains to the fact that most Nigerians are not enlightened on the characteristic features of Ebola virus and its deadly consequences as a result of this most people are not aware of necessary precautions that are to be undertaken in order to prevent getting infected.

In an unprecedented event, the virus entered Lagos, Nigeria on 20 July in a symptomatic air traveller whose sister had just died from Ebola in Liberia. He vomited during the flight, on arrival and, yet again, in the car that drove him to a private hospital, where he told staff he had malaria. The protocol officer who escorted him later died of Ebola. As malaria is not transmitted from person to person, no staff

at the hospital took protective precautions. Over the coming days, 9 doctors and nurses became infected and 4 of them died. No one who shared a flight with the index case developed the disease.

Lagos is a chaotic and densely populated city with many poor people living in crowded slums and a population that swelled and ebbed every day as people came to the city looking for work or returned home when unsuccessful. Many envisioned an urban apocalypse, with Nigeria seeding outbreaks in several other countries, as had happened in the past with the poliovirus.

The second shock came when a close contact of the index case entered the country's oil hub, Port Harcourt, on 1 August. A doctor who treated him developed symptoms on 10 August and died of Ebola on 23 August. An investigation undertaken by Nigerian and WHO epidemiologists revealed an alarming number of high-risk and very high-risk exposures for hundreds of people.

In both cities, all the ingredients for an explosion of new cases were in place. That explosion never happened, thanks to the country's strong leadership and effective coordination of an immediate and aggressive response.

An emergency operations centre was established, supported by the WHO country office. Also Nigeria had a first-rate virology laboratory, affiliated with the Lagos University Teaching Hospital, that was staffed and equipped to promptly diagnose a case of Ebola virus disease.

The government generously allocated funds and dispersed them quickly. Isolation facilities were built in both cities, as were designated Ebola treatment facilities. House-to-house information campaigns and messages on local radio stations, in local dialects, were used to ease public fears. Infrastructures and cutting-edge technologies in place for polio eradication, were repurposed to support the Ebola response,

putting GPS systems to work for real-time contact tracing and daily mapping of transmission chains. Contact tracing reached 100% in Lagos and 99.8% in Port Harcourt.

In what WHO described as a “spectacular success story”, the country held the number of cases to 19, with 7 deaths. World-class epidemiological detective work eventually linked all cases back to either direct or indirect contact with the air traveller from Liberia. WHO declared Nigeria free of Ebola virus transmission on 20 October.

This situation showed there were possible preventive measure that could be employed by the Nigerian government and the world at large. Nigeria had the own high-quality laboratories, facilitating the rapid detection or discarding of cases.

The rapid detection of an imported case and the rapid introduction of classical control measures were carried out. They also benefitted from government support at the highest level that treated the first case as a national emergency. Support from WHO epidemiologists at the start of the investigation was warmly welcomed.

Contact tracing was rigorous and most identified contacts were monitored in isolation. Local staff and existing infrastructures were used in innovative ways. Nigeria established emergency operations centres and recognized the critical importance of public information campaigns that encouraged community cooperation.

The measures must include firstly creating awareness by providing jingles, and newspaper advertisements, radio announcements and making use of the mass media at large in enlightening the masses on Ebola virus infection.

Secondly, Training of health staffs on precautions that must be undertaken when treating patients with Ebola virus infection and infection control measures. As well as reproduction and distribution of SOPs for health workers.

Thirdly, Setting up Ebola disease research laboratory in Nigeria as well as strengthen contact tracing to follow up activities to interrupt transmission.

Fourthly. Improve and increase support for isolation units and alerting major hospitals in neighboring countries to identify isolation units and medical staffs.

Additionally, procuring and supplying health facilities with personal protective equipment's (PPEs).

Conclusion. The fact that the worst-case scenario never happened supports two important lessons.

First, conventional control tools – like early detection, contact tracing, isolation and monitoring of those exposed, adequate supplies of personal protective equipment for medical and nursing staff, and strict procedures for infection prevention and control – are indeed highly effective when a country's first imported case is detected early enough and managed as recommended by WHO.

Second, if Nigeria can control an outbreak caused by such a deadly and highly contagious virus, right from the start, any country in the world can do the same.

ОПРОСНЫЙ МЕТОД И ЕГО ЗНАЧЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Чумак Л.И.

Харьковский национальный медицинский университет.

г. Харьков. 61022, пр. Ленина. 4.

тел.707-73-80. e-mail: meduniver@knmu.kharkov.ua

Опросное исследование – это во многом универсальный продукт, востребованный и как самостоятельная форма работы, и в качестве составляющей социологического исследования. К достоинствам этого метода следует отнести его универсальность. При опросе регистрируются

и мотивы деятельности индивидов, и продукты их деятельности.

Информация, полученная методом опроса, дешевле информации полученной другими методами. Так же, умелое применение закрытых вариантов вопроса позволяет использовать при обработке и анализе информации, полученной методом опроса, вычислительную технику.

Опросный метод используется, если изучаемая проблема недостаточно обеспечена документальными источниками информации, либо когда такие источники вообще отсутствуют и если предмет исследования или отдельные его характеристики недоступны для наблюдения.

Предметом изучения в данном случае являются элементы общественного или индивидуального сознания: потребность, интересы, мотивации, настроения, ценности, убеждения людей и т. д.

Цель. Изучить возможности применения опросного метода для изучения качества жизни различных групп населения.

Задачи. 1. Изучить качество жизни детей с сахарным диабетом I типа и студентов ХНМУ; 2. Выявить ограничения по различным сферам жизнедеятельности анкетированных людей; 3. Оценить возможность коррекции этих ограничений.

Материалы и методы. Методика исследования качества жизни использовалась для определения показателя качества жизни детей больных сахарным диабетом I типа (в исследовании участвовали 202 ребенка до 18 лет, проживающие в г. Харькове) и студентов 4-х курсов ХНМУ (в исследовании участвовали 297 студента). Опрос проводился по специально разработанным анкетам, где были включены вопросы по определенным группам

ограничений. Расчет проводился по предложенной нами формуле в процентах.

Результаты и их обсуждение. Одним из примеров опросного метода является исследование качества жизни. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества и определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, важными для него.

Результаты исследования определили средний показатель качества жизни для детей с сахарным диабетом, который составляет 63,9 %. Наиболее значимыми являются ограничения в психологично-духовной и в физической сферах. Среднее значение показателя качества жизни для студентов медицинского ВУЗа составило 72,9 %. Наиболее значимыми были ограничения в сфере независимости.

Детальный анализ каждой группы ограничений позволяет определить возможности различных видов коррекции: медицинской, психологической, социальной, педагогической. Эти мероприятия целесообразно проводить комплексно, что позволит повысить качество жизни респондентов.

Выводы. Проведенные исследования подтвердили возможность исследования важных аспектов жизнедеятельности различных групп населения опросным методом, что позволило выявить уровни показателя качества жизни как больных людей, так и здоровых, а также обратить внимание на составляющие качества жизни и определить степень ограничений по каждой составляющей. Полученные данные легли в основу моделей управления качеством жизни детей с сахарным диабетом I типа и студентов-медиков, которые показывают пути коррекции показателя качества жизни, которые

доказали свою ефективність и внедряются в практику здравоохранения.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ГРИПУ
ТА ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ
В ЕПІДЕМІЧНИЙ СЕЗОН 2013-2014 РР.
У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Чумаченко Т.О., Колпакова Т.М., Тонкошкур Т.І.,
Максуль Т.Є., Бідненко Л.М.

Харківський національний медичний університет,
кафедра епідеміології

тел. +38(057)702-11-73, epidemos@ukr.net

Головне управління Держсанепідслужби у Харківській області
тел. +38(057)725-01-70, dseskhariv@ukr.net

У структурі інфекційної патології людини грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) займають провідне місце і становлять 85 – 90 % від офіційно зареєстрованих інфекційних хвороб. В Україні щорічно на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) хворіє від 7 до 16 млн. осіб.

Епідемії та пандемії грипу, які виникають через постійну мінливість антигенів вірусів грипу, завдають значного соціально-економічного збитку. Активність пандемічних вірусів грипу підтипів H5N1, H5N2, H1N1pdm, H7N3, H7N9, що посилюється в останні роки в світі, диктує необхідність моніторингу епідемічної ситуації з метою своєчасного реагування на її ускладнення та попередження виникнення пандемій.

Мета роботи. Оцінка епідемічної ситуації щодо грипу та ГРВІ в Харківській області в епідемічний сезон 2013 – 2014 рр.

Матеріали та методи. Робота проведена за даними епідеміологічного та вірусологічного моніторингу грипу

та ГРВІ, який проводився Головним управлінням Держсанепідслужби у Харківській області.

Результати та їх обговорення. У Харківській області в епідемічний сезон 2013 - 2014 рр. перевищення епідемічних порогів грипу та ГРВІ не було зареєстровано. За оперативними даними перехворіло 140 137 осіб, що склало 5,1 % всього населення і було менше у 2,5 рази у порівнянні з середнім показником в Україні (12,9 %). Рівень захворюваності по області становив 467,3 на 10 тис. населення проти 1294,6 на 10 тис. населення в Україні.

Динаміка захворюваності мала двохвиловий характер з максимальними підйомами на 49 - 50 тижнях 2013 р. (інтенсивний показник на 10 тис. населення дорівнював 18,27 – 17,95) та 8 - 9 тижнях 2014 р. (інтенсивний показник на 10 тис. населення дорівнював 20,55 – 20,79).

Госпіталізовано до інфекційних стаціонарів з діагнозом «грип та ГРВІ» 4,0 % захворілих (5616 осіб), аналогічно середньому показнику по Україні, з них питома вага дітей віком до 18 років склала 67,4 %.

Зареєстровано один летальний випадок від грипу, чоловік 46 років. При вірусологічному обстеженні 24.03.2014 р. підтверджено вірус грипу А(H1N1)sw.

Відомо, що динаміка захворюваності на грип та ГРВІ залежить від стану популяційного імунітету, дрейфових змін в антигенній структурі збудника, та активності механізму передачі інфекції. Висока сприйнятливість дітей до вірусних інфекцій визначила різні рівні захворюваності на грип та ГРВІ серед дітей та дорослих. Так, показник захворюваності в епідемічний сезон дитячого населення склав 2176,5 на 10 тис. населення, а дорослого – 191,7 на 10 тисяч населення, тобто діти хворіли частіше за дорослих у 11,4 разів.

У віковій структурі захворювань діти становили 64,7 %, (90 640 осіб), з яких 71,1 % випадків зареєстровано серед школярів віком від 5 до 17 років.

Представлені дані свідчать про більш значущу роль дітей в розповсюдженні захворюваності на ГРВІ та грип, а школярі є провідною соціальною групою ризику, що суттєво може впливати на активізацію епідемічного процесу респіраторних вірусних інфекцій.

Аналіз етіологічної структури виявлених вірусів свідчить, що в епідемічному сезоні 2013 – 2014 рр. в Харківській області 3,7 % випадків захворювань були викликані вірусами грипу, серед яких домінували віруси грипу типу А (70,0 %), а 96,3 % випадків (1835 осіб) іншими вірусами: парагрипу (55,2 %), Rs-вірусу (22,2 %), аденовірусу (18,9 %).

Попередження захворювань на грип, особливо його тяжкий перебіг, можливо при своєчасній імунізації проти грипу. В передепідемічний сезон 2013 – 2014 рр. проти грипу було щеплено 11181 осіб, що у порівнянні з попереднім епідемічним сезоном більше на 30,3 % (8584 особи), проте недостатньо для створення колективного імунітету, щепленість населення області склала 0,41 %, питома вага дітей віком до 18 років від щеплених становила 9,0 %.

З урахуванням епідемічної ситуації в області та в Україні, з метою недопущення спалахів, групових захворювань в організованих колективах області проводився щоденний моніторинг відвідування навчальних закладів з уточненням причин відсутності школярів.

При відновленні занять після канікул впроваджувались у роботу «медичні фільтри» із залученням до роботи медичних працівників територіальних закладів охорони здоров'я. Зазначені

заходи сприяли своєчасному виявленню захворілих дітей та недопущенню їх в організовані колективи.

Незважаючи на низький відсоток охоплення профілактичними щепленнями проти грипу в епідемічний сезон 2013 – 2014 рр. захворюваність на грип та ГРВІ була в межах сезонних показників, епідемічні пороги рівнів захворюваності не були перевищені в жодному районі області. В епідемічний сезон 2013 - 2014 рр. навчально-виховний процес в закладах освіти області не призупинявся.

Висновки. В Харківській області в епідемічний сезон 2013 – 2014 рр. не відбувалось ускладнення епідемічної ситуації щодо грипу та ГРВІ.

Серед циркулюючих штамів респіраторних вірусів превалювали віруси грипу типу А, парагрипу, Rs-вірусу, аденовірусу; нових пандемічних штамів виявлено не було.

Проведені профілактичні заходи були ефективними. Проте необхідно збільшити відсоток охопленого щепленнями проти грипу населення.

Існуюча в Харківській області система епідеміологічного нагляду за грипом та ГРВІ дозволяє раннє виявлення спалахів захворювань та інших ускладнень епідемічної ситуації, що дозволяє своєчасно проводити профілактичні та протиепідемічні заходи, спрямовані на зниження захворюваності на грип та ГРВІ населення.

Проведення епідеміологічного та вірусологічного моніторингу в системі епідеміологічного нагляду за грипом та ГРВІ є доцільним та виправданим, як з медичної та соціальної, так і з економічної точки зору.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ОКРУЖАЮЩЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Чумаченко Т.А., Несвижская И.И., Горленко Т.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
эпидемиологии, г. Харьков, ул. Тринклера, 12, тел. +380577021173, e-
mail: epidemos@ukr.net

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии
им. В.И. Шаповала, г. Харьков, просп. Московский, 195

Микробиологический мониторинг в условиях стационара является составной частью инфекционного контроля, направленного на обеспечение эпидемиологического благополучия, и должен включать проведение бактериологических исследований объектов окружающей внутренней среды стационара, воздуха и воды для выявления любых микробиологических загрязнений [Galvin S.I., Dolan A., 2012]. Кроме того, эти исследования могут быть направлены на выделение условно-патогенных микроорганизмов, склонных к образованию госпитальных штаммов, являющихся основной этиологической причиной возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи населению (ИСМП), а также определение их чувствительности к действию антимикробных препаратов.

Установлено, что существует корреляция между количеством бактерий в воздухе операционной и процентом послеоперационных инфекций, зарегистрированных у пациентов, хотя результаты исследований сильно отличались в зависимости от места и времени их проведения [Lidwell O.M., Lowbury E.J., 1983].

Поверхности в больнице также представляют определенную опасность и могут служить резервуаром

микроорганизмов для заражения при контакте с пациентами или путем передачи через руки персонала [Weber D.J., Rutala W.A., 2010].

Вопрос о значимости и величине непосредственного риска инфицирования пациентов из объектов окружающей среды остается дискутабельным: ряд исследований определяют риск как незначительный, в то время как другие считают, что объекты окружающей среды могут служить значимым фактором передачи ИСМП. Этот риск зависит от вида микроорганизма и его способности к выживанию на поверхностях объектов, а также функционального назначения помещения стационара. [Hartemann P., Blech M.F., 1997; Brocard-Lemort C., 2000].

Целью исследования была оценка результатов микробиологического мониторинга объектов окружающей внутренней среды урологического стационара.

Материалы и методы. Исследование проведено в Харьковском областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, бактериологическая лаборатория которого осуществляет микробиологический мониторинг объектов внешней среды и воздушной среды стационара. Нами был проведен анализ результатов микробиологических исследований за период с 2004 г. по 2013 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что наметилась тенденция к снижению количества положительных смывов на бактерии группы кишечной палочки (БГКП) и золотистый стафилококк – с 1,05 % в 2004 г. до 0,37 % в 2013 г.; улучшилось состояние воздушной среды, так, в 2007 г. результаты исследований проб воздушной среды были положительны в 5 % проб; в 2010 г. количество положительных проб снизилось до 0,3 % и с 2011 г. по 2013 г. пробы воздуха были отрицательными.

Возможно, данный результат является следствием введения в эксплуатацию системы очистки и обеззараживания воздуха помещений стационара с помощью очистителей воздуха «Аэролайф».

Также отмечается определенный прогресс в эффективности работы стерилизующей аппаратуры: в 2004 г. при контроле работы стерилизаторов положительными были 2,2 % проб, в 2006 г. – 1,7 %, и с 2008 по 2013 гг. положительных результатов проб не отмечалось.

Наблюдались изменения микробного пейзажа стационара: в 2004 г. в пробах с объектов внешней среды преобладала *Pseudomonas aeruginosa*, доля которой составила 56 %, несколько меньше выделяли *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli* – 20 % и 16 %. В 2005 г. микробный пейзаж был представлен теми же видами микроорганизмов, однако их соотношение в пробах изменилось: доминирующим штаммом стала кишечная палочка *E. coli*, удельный вес которой составил 52 %, штаммы *E. faecalis* и *Ps. aeruginosa* выделялись в 27 % и 10,5 % проб соответственно. В 2006, 2007 и 2008 гг. *E. coli* продолжала доминировать, удельный вес этого микроорганизма составил 45 %; 71,4 % и 40 % соответственно, *Ps. aeruginosa* в 2007 г. выделялась в 14,3 % проб, в 2008 г. в 13,3 % проб. В эти же годы в микробном пейзаже объектов окружающей внутренней среды увеличилась доля *K. pneumoniae*, которая выделялась в 15 % проб, 7,1 % проб и 26,7 % проб соответственно в 2006 г., 2007 г. и 2008 г.

Наметившаяся тенденция повышения значимости *K. pneumoniae* получила свое развитие в 2009 г. и 2010 г., когда этот микроорганизм составил соответственно 25 % и 40 % всех выделенных штаммов. В 2011 – 2013 гг. распределение микроорганизмов среди выделенных

штаммов было несколько иным: снова преобладала *E. coli*, удельный вес которой составил 45,4 %, в 2011 г. доминировал *E. faecalis*, который был выделен в 36,4 % проб, а в 2013 г. отмечался одинаковый удельный вес выделенных штаммов *E. faecalis* и *Enterobacter spp.* – по 18,2 % положительных проб.

Выводы. Проведенные исследования показали в динамике смену доминирующих штаммов микроорганизмов, циркулирующих в урологическом стационаре, что указывает на целесообразность осуществления микробиологического мониторинга в системе инфекционного контроля.

Результаты микробиологического мониторинга необходимо учитывать при принятии управленческих решений в отношении профилактики ИСМП и оценки ее эффективности.

Методы микробиологического мониторинга, использующиеся в стационарах, должны позволять немедленно осуществлять профилактические и противоэпидемические мероприятия, направленные на предотвращение возникновения и распространения ИСМП, а также гарантировать максимальную безопасность пребывания в лечебном учреждении для пациента.

INFORMATION-PROCESSING METHOD OF IMITATION OF HIV INFECTION DISTRIBUTION

Chumachenko K.I., Chumachenko D.I.

Mikkeli University of Applied Sciences
Patteristonkatu 3, 50100 Mikkeli, Finland

National Aerospace University “Kharkiv Aviation Institute”
Chkalova str. 17, 61070 Kharkiv, Ukraine

HIV remains a major challenge of global public health: by now it took more than 39 million lives. In 2013, 1.5 [1.4-

1.7] million people worldwide died from HIV-related reasons. The modern strategy of overcoming the HIV infection is largely determined by science-based evaluation system of epidemic situation of HIV infection. The system uses mathematical models that can identify patterns of infection distribution and major risk groups, predict the expected incidence.

Goal of this research was to build a mathematical model of HIV infection distribution on the base of imitation method.

Research materials and methods. To construct a mathematical model of the HIV epidemic multi-agent simulation was used. This approach is based on the consideration of a set of parallel running processes, each of which is described by the set of deterministic and stochastic parameters that determine the characteristics of the "life cycle" of the agent. Agent has activity, autonomous behavior, ability to act in accordance with a certain set of rules and interact with the environment or other agents.

Results and discussion. Software system prototype was developed. System includes a multi-agent simulation subsystem and specialized statistical and mathematical subsystems that can process the simulation results and perform optimization of selected objective functions (incidence of the population and the risk groups, effectiveness of certain preventive and anti-epidemic actions, and so on).

A distinctive characteristic of the multi-agent approach in the design of the algorithm of agent behavior is a representation of automata. Input of each of them is the time of the next event. If the current time exceeds the specified time of the next event, the event is processed. This processing results in a number of the new field, the time of next event and its number. Event approach is applied to the set of agents (model particles) that are moving

in the area, that is represented by a set of rectangular cells. The list of events contains events - cross-border cells; these events form the flow of events of the first type. Events of this type are represented as an increasing sequence of time moments; each of them is processed as a transition from one cell to another. For each of the events of the first type the time moment of its occasion is calculated accurately. This is the basis of considered model. This allows to record the events of the second flow of events, connected with the transition from one internal state to another.

In the following model, agents have the properties of age and sex. Agents can be in one of the following conditions: 1. healthy (susceptible); 2. infected (source of infection); 3. sick (source of infection); 4. lethal outcome. The model takes into account that there is a possibility of transmission by parenteral, heterosexual and homosexual ways. The model incorporated the population by age group and sex, as well as the estimated number of risk groups - injecting drug users; female sex workers; homosexual men. It is promising to include the parameters that characterize the use of antiretroviral therapy, as well as the transmission of HIV from mother to child in the model.

Conclusions. The information-processing method of epidemiological diagnosis of HIV infection that takes the specific conditions of space and time into account was proposed. A stochastic multi-agent discrete-event model of HIV infection distribution in the area of the city was built, allowing to predict the dynamics and manifestation of the epidemic process of HIV infection

АНАЛІЗ ІНДИКАТОРІВ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Шевченко О.С., Овчаренко І.А, Китаєнко З.А.,
Ковальова Т.Ф.

Харківський національний медичний університет,
кафедра фтизіатрії та пульмонології, м. Харків, прос. Леніна, 4,
тел. 057 357 11 08, email: arlabhf@i.ua

Харківський обласний протитуберкульозний диспансер №1,
м. Харків, вул. Ньютона, 145,
тел. 057 357 12 22, email: ot81_83@ukrpost.net

В останні роки в Україні відмічається зниження показників захворюваності на туберкульоз. Однак велика кількість дорослих хворих на туберкульоз легень з бактеріовиділенням є джерелом інфікування мікобактеріями туберкульозу, що особливо небезпечно для найбільш уразливих контингентів населення – дітей та підлітків.

Дитячий туберкульоз можна вважати індикатором епідеміологічної ситуації, щодо цього захворювання, тому що випадок туберкульозу у дітей вказує на свіжість передачі інфекції. Для дитячого туберкульозу також притаманний швидкий перехід від інфікування до захворювання. Крім того формується резервуар туберкульозної інфекції на майбутнє.

Метою даної роботи було вивчення динаміки захворюваності на туберкульоз серед дітей та підлітків Харківської області за останні два роки.

Матеріали та методи. Робота проведена на основі аналізу статистичних даних захворюваності на туберкульоз у Харківській області.

Результати та їх обговорення. В цілому по Україні у 2014 р. відмічається зниження показників захворюваності на активний туберкульоз у порівнянні з 2013 р. на 12,4 % (відповідно у 2013 р. він становив 67,9 на

100 тис. нас., а у 2014 р. - 59,5 на 100 тис. нас.). У харківській області також має місце зниження захворюваності на туберкульоз на 6,3 % (2013 р. – 44,7 на 100 тис. нас.; 2014 р. – 41,9 на 100 тис. нас.), що є нижчим за показник в цілому по Україні.

У 2014 р. у Харківській області відзначається збільшення показника захворюваності на туберкульоз дітей 0-17 років включно на 15,3 % і становить 13,6 на 100 тис. дит. населення (у 2013 р. – 11,7 на 100 тис. дит. нас.).

Збільшення цього показника відбулось з рахунок росту захворюваності серед дітей віком 0-14 років включно на 39,6 % за 2014 р. (2013 р. – 9,6 на 100 тис. дит. нас.; 2014 р. – 13,4 на 100 тис. дит. нас.). У цій же віковій групі показник захворюваності на активний туберкульоз по Україні в цілому на 17,8 % нижче у 2014 р., і становить 7,4 на 100 тис. дит. населення (2013р. – 9 на 100 тис. дит. нас.).

Починаючи з 2010 року, це самий високий показник захворюваності дітей на туберкульоз у Харківській області (у попередні роки він становив: 2010 р. – 11,7 на 100 тис. дит. нас.; 2011 р. – 9,9 на 100 тис. дит. нас.; 2012 р. – 8,6 на 100 тис. дит. нас.). Це свідчить про наявність прихованого резервуару туберкульозної інфекції у області (66,1 % вперше виявлених дорослих хворих та туберкульоз мали бактеріовиділення).

В той же час, у 2014 р. відмічається значне зниження(27,4 %) показника захворюваності на туберкульоз серед підлітків (віком 15-17 р. включно). В цілому по області він склав 14,6 на 100 тис. підл. населення (у 2013 р. – 20,1 на 100 тис. підл. нас.). По Україні у 2014 р. цей показник становить 23,1 випадок (у 2013 р. – 24,7 на 100

тис. підл. нас.), а зниження цього показника відбулось на 6,5 %.

Висновки. Таким чином, епідеміологічна ситуація у Харківській області щодо туберкульозу залишається складною. Крім того ріст захворюваності на туберкульоз серед дітей є індикатором погіршення епідемічної ситуації щодо цього захворювання по області.

ХРОНИЧЕСКИЙ САЛЬПИНГООФОРИТ: ПУТИ РЕШЕНИЯ

Щербина Н.А., Бородай И.С., Капустник Н.В.
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
акушерства и гинекологии №1
г. Харьков, пр. Ленина, 4

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей продукции в цервикальной слизи (ЦС) воспалительных и противовоспалительных цитокинов – интерлейкина-1 (IL-1), интерлейкина-4 (IL-4) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО α) у женщин с хроническим сальпингитом в стадии ремиссии до и после проведения реабилитационной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 60 женщин в возрасте от 18 до 36 лет. Основная группа – 30 пациенток с диагнозом хронический сальпингоофорит в стадии ремиссии, получавшие суппозитории экзогенного интерферона (ИФНа) в качестве иммуномодулирующей терапии (ИМТ), в дозировке 500000 МЕ по 1 свече два раза в сутки ежедневно в течение 10 дней. Контрольная группа – 30 практически здоровых женщин, проходивших профилактический медицинский осмотр.

Результаты и их обсуждение. Концентрации провоспалительных цитокинов в ЦС у пациенток основной группы: ФНО- α (до терапии – $214,5 \pm 4,2$ пкг/мл, после

терапии – $152,7 \pm 4,1$ пкг/мл), IL-1 (до терапии – $122,7 \pm 4,3$ пкг/мл, после терапии – $74,3 \pm 4,8$ пкг/мл), противовоспалительных – IL-4 (до терапии – $335,1 \pm 4,9$ пкг/мл, после терапии – $511,9 \pm 4,3$ пкг/мл). В контрольной группе: IL-1 – $48,4 \pm 2,2$ пкг/мл, ФНО- α – $122,4 \pm 4,7$ пкг/мл, IL-4 – $627,4 \pm 3,8$ пкг/мл ($p < 0,05$).

Выводы. Введение экзогенного ИФНа оказывает влияние на иммунопатогенез хронических воспалительных процессов путем восстановления нарушенного иммунологического гомеостаза цитокинов в ЦС у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Зміст

| | |
|---|----|
| Чумаченко Т.А. 85 РОКІВ НА ВАРТІ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ (ДО ЮВІЛЕЮ КАФЕДРИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ) | 5 |
| Лісовий В.М. ПРОФЕСОР ЧЕРНЕНКО ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ – ГРОМАДЯНИН, ОРГАНІЗАТОР, ВЧЕНИЙ (ДО 90-РІЧЧЯ З ДНЯ ПАРОДЖЕННЯ) | 14 |
| Акинина М.Н., Елосва З.В., Кузнцова В.М., Шевченко Я.А., Коржова А.В. РОЛЬ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЛИХОРАДОК НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ | 17 |
| Амбарцумян А.Д., Оганесян А.С. Арутюнова К.Э., Меймарян М.А., Тер-Степанян М.М., Сукіасян С.М., Бадалян А.Р. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ | 19 |
| Амбросова Т.М., Ащеулова Т.В., Смирнова В.І. ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ НАЛЕЖНИХ ПРАКТИК В КОНЦЕПЦІЇ ЯКІСТЬ-ЕФЕКТИВІСТЬ-БЕЗПЕКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ | 21 |
| Андреева І.А. АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ДЛЯ РОБОТИ В СИСТЕМІ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ | 23 |
| Ануар аль Хатіб АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЯХ | 25 |
| Арутюнян Н.М., Лалаян А.А. ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА У БОЛЬШЫХ С АЛЛЕРГИЕЙ | 27 |
| Бабаян Ж.Р., Алексанян Ю.Т., Бабаханян А.В., Казарян А.Э., Маргарян А.В., Мелик-Андрасян Г.Г. БАКТЕРИЦИДНЫЕ КОМПОЗИЦИИ НА ОСНОВЕ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ЗАМЕЩЕННЫХ ЧЕТВЕРТИЧНЫХ АММОНИЕВЫХ СОЛЕЙ | 29 |

| | |
|--|----|
| Бадалян А.Р. ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВАКЦИНО- АССОЦИИРОВАННОГО ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ПОЛИОМИЕЛИТА В АРМЕНИИ ЗА 2003-2013 гг. | 32 |
| Бадалян А.Р., Оганесян А.С., Саакян Г.Ф., Ароян А.Л., Григорян С.С., Саргсян Ш.Б., Ерицян А.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ОСТРЫМИ ВЯЛЫМИ ПАРАЛИЧАМИ В АРМЕНИИ ЗА 2003-2013гг. | 33 |
| Балан Г.Г., Рымиш К.А., Бурдунюк О.С. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ГНОЙНЫХ РАН | 35 |
| Біломеря Т.А., Дараган Г.М., Скрипка Л.В. ВІРОВАДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ ЗА ТУБЕРКУЛЬОЗОМ | 37 |
| Боброва О.В., Вернигора И.И. ВЕДУЩИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРИОБРЕТЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА | 38 |
| Бодня І.П. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ЕНТЕРОБІОЗ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЗАХОДИ БОРІТЬБИ І ПРОФІЛАКТИКИ | 41 |
| Бодня К.І., Газзаві-Рогозіна Л.В., Потапова Л.Н. ЭНТОМОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛЯРИОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 43 |
| Бодня Е.И., Танчук Ю.В. ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИОБРЕТЕННЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ: КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗА | 46 |
| Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Могиленець О.І. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ХВОРОБИ ВІД КОТЯЧИХ ПОДРЯЩІН | 48 |
| Бутов Д.А., Ипатова М.А., Тихонова Ю.С., Худoley Е.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 51 |

| | |
|--|----|
| Бутов Д.О., Пашков Ю.М., Хасенко С.Д., Черних Г.В. ДИНАМІКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЦЮ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА АКТИВНИЙ ТБ У ПОЄДНАННІ ЗІ СНІДОМ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ | 52 |
| Велиева Т.А., Колесник Е.И. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЭХИНОКОККОЗА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 53 |
| Виноград Н.О. СИНДРОМАЛЬНИЙ НАГЛЯД ПРИ ВИВЧЕННІ ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИХ ПРИРОДНО ОСЕРЕДКОВИХ ХВОРОБ | 55 |
| Виноград Н.О., Васишин, З.П., Козак Л.П. ДОЦІЛЬНІСТЬ МЕТОДУ ГРУПОВИХ ПРОЕКТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ СТУДЕНТАМИ РОЗДІЛУ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ | 57 |
| Гайдей В.Р., Савчук А.І., Козішкурт О.В., Тверезовський М.В., Тверезовська І.І. СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ МАТЕРІВ, ЦЮ ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ ВІЛ | 59 |
| Глушко-Маківська А.П. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ГРИПОМ В УКРАЇНІ | 61 |
| Говардовська О.О. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВОМ ТА ІНШИМИ ВИПАДКАМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ. | 64 |
| Голіков Д.І. ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У 2008–2014 рр. | 65 |
| Гречаник Л.И., Трихлеб В.И., Ткачук С.И., Майданюк В.П. АКТУАЛЬНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЛЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВС УКРАИНЫ | 66 |
| Губар А.М., Сокирко Д.М., Майданюк В.П., Завроцький О.О. ВІДПОВІДНІСТЬ СУЧАСНИХ МЕТОДИК ВИЗНАЧЕННЯ НЕБОЙОВИХ САНІТАРНИХ ВТРАТ ПРИНЦИПАМ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ | 70 |

| | | |
|---|---------------------------------------|----|
| Гуйда П.П. КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАСКУЛИТОВ | ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АСПЕКТЫ СИСТЕМНЫХ | 72 |
| Гуйда П.П., Молотягина С.П. РОЛЬ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ | ИССЛЕДОВАНИЙ | 75 |
| Daragan G.N., Belomera T.A., Litvinova T.P. NEW FEATURES OF EPIDEMIOLOGICAL AND ERIZOOTOLOGICAL PROCESS OF LIME-BORRELIOSIS IN DONETSK REGION | | 78 |
| Демочко Г.Л. ДІЯЛЬНІСТЬ ХАРКІВСЬКОГО ГУБЕРНСЬКОГО САНІТАРНО- ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛУ ПО БОРОТБІ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ НА ПОЧАТКУ 20-Х РР. ХХ СТ. | | 80 |
| Долгий А.А., Асланов Б.И., Гончаров А.Е. МОНИТОРИНГАНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ШТАММОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ. | | 82 |
| Слисеева І.В., Бабич Є.М., Ждамарова Л.А., Білозерський В.І., Ісаєнко О.Ю., Колпак С.А., Горбач Т.В. АНТИАДГЕЗИВНІ ВЛАСТИВОСТІ ПРЕПАРАТІВ ПОВЕРХНЕВИХ АНТИГЕНІВ С.ДІРНТНЕРІАЄ, ОДЕРЖАНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕЛЕКТРО-МАГНІТНОГО ВИПРОМІЕННЯ НАДЗВИЧАЙНО ВИСОКОЇ ЧАСТОТИ | | 84 |
| Завалий М.А., Балабанцев А.Г. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИНОСИТАМИ В КРЫМУ | | 86 |
| Завалий М.А., Балабанцев А.Г., Мальтий К.Д., Шульженко Н.Г., Лашко О.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТОВ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ | | 89 |
| Завалий М.А., Тверзозовский М.В. ПОТЕНЦИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА НА АНТИМИКРОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОСИНОСИТОВ | | 92 |

| | |
|--|-----|
| Завалий М.А., Тверезовский М.В. РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ПРИ СИНУСИТАХ В КРЫМУ | 93 |
| Задорожна В.І., Чудна Л.М., Маричев І.Л. КІР: ВООЗ – ПОЛІТИКА, УКРАЇНА – ПЕРСПЕКТИВИ | 96 |
| Задорожна В.І., Чудна Л.М., Маричев І.Л., Подаваленко А.П. ВПЛИВ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ТА СОЦІАЛЬНО – ЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНІСТІ НА КОНТРОЛЬОВАНІ КРАПЕЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ | 99 |
| Иванченко С.В., Гончарь А.В., Иванова Е.В. АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ВАКЦИНА – ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ БОРЬБЫ С ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ. | 102 |
| Львів В.Г. ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В РАДЯНСЬКОМУ ХАРКОВІ В ПОВОЄННІ РОКИ (1945-1991) | 105 |
| Карабан О.М., Кратенко І.С., Цодікова О.А. ДОСВІД ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ | 107 |
| Карамышев В.Д., Клочко Н.И., Панасенко В.А., Трач О.А. ПОДБОР КЛЕТОК БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ АУТОПОЗОДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ | 109 |
| Карлова Т.О. АНАЛІЗ ПРИЧИН АКТИВІЗАЦІЇ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ КАШЛЮКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2014 РОЦІ | 111 |
| Кириенко В.Т., Зайцев И.А., Потий В.В., Скорик Е.Б. ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ 2,3-М ГЕПУТИТЕ ВИРУСА ГЕПАТИТА С: КЛИНИЧЕСКИЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ | 114 |
| Кирсанова Т.А., Кузнецов С.В., Ткаченко С.О., Донская А.П., Шевченко Я.А. ВОПРОСЫ ФАКМАКОКОРРЕКЦИИ ПЕШПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА | 116 |

- Ковальова О.М.
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН ОЖИРІШНЯ 119
- Ковальова О.М., Ащсулова Т.В.
МЕТОДОЛОГІЯ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИПРОБУВАНЬ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ 120
- Козел В.М.
ПЕДОЛІК СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПАЛІЯДУ ТА
МОНІТОРИНГУ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ПАРОТИТНОЇ ІНФЕКЦІЇ
В УКРАЇНІ 121
- Козько В.М., Анциферова Н.В., Соломенник Г.О.,
Кузнєцова А.А., Гаврилов А.В., Пеньков Д.Б., Маценко О.М.
ЩОДО ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ХРОПІЧНОГО
ГЕПАТИТА С У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ 123
- Козько В.Н., Бондарь А.Е., Соломенник А.О., Меркулова Н.Ф.,
Могиленец Е.И., Винокурова О.Н., Анциферова Н.В.,
Никитина В.В., Острополец А.С.
АНАЛИЗ ИНФИЦИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ ПШВ И ПСВ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГЕПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
Г. ХАРЬКОВА 124
- Kozko V.N., Gavrylov A.V., Sokhan A.V., Bondarenko A.V.,
Zoth Ya.V., Anziferova N.V., Solomennik A.O.,
EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF HIV INFECTION ACCORDING
TO THE DATA OF THE KHARKIV REGIONAL CLINICAL
HOSPITAL OF INFECTIOUS DISEASES 126
- Козько В.Н., Градиль Г.И., Губина-Вакулик Г.И., Ярош В.А.,
Лобойко К.Н., Борзенкова И.В., Левинский В.Л.
КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ГРИППЕ
А (H1N1) CALIFORNIA 2009, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ
ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ
ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМ ШТАММОМ КІ. PNEUMONIAE В
ПОСЛЕПАНДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТА БЕЗ
ОСНОВООПЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА. 127

| | |
|---|-----|
| Kozko V., Kuznietsova A., Antsyferova N., Gavrilov A., Solomennyk A. HEMATOLOGICAL AND BIOCHEMICAL DISORDERS IN HIV/TUBERCULOSIS CO-INFECTED PATIENTS WITH DIFFERENT STATE OF IMMUNITY | 129 |
| Козько В.М., Могиленець О.І., Меркулова Н.Ф., Бондаренко А.В., Соломенник Г.О., Юрко К.В., Винокурова О.М., Скімова Н.А., Лихач В.В. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ | 130 |
| Koz'ko V.N., Sokhan A.V., Gavrilov A.V., Zoc Y.V., Solomennik A.O., Goydenko A.A., Markush L.I. ACUTE PURULENT MENINGITIS IN THE KHARKOV REGION. | 131 |
| Козько В.М., Юрко К.В., Соломенник Г.О., Адейємі А.А. ОЦІНКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ | 132 |
| Колеснікова І.П. ПРОБЛЕМИ ПРОЦЕСУ ВЕРИФІКАЦІЇ ЕЛІМІНАЦІЇ КОРУ ТА КРАСІЛУХИ В УКРАЇНІ | 134 |
| Конакова О.В., Усачова О.В., Сіліна Е.А., Пахольчук Т.М. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КОКЛЮШІ СЕРЕД ДІТЕЙ РАНЬНОГО ВІКУ ТА РІВЕНЬ ОХОПЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ З 1998 ПО 2012 РОКИ | 136 |
| Корженко Д.О. РОЛЬ ТА АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ НЕДЕРЖАВНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У НАДААННІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОСЛУГ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У м. ХАРКІВ | 138 |
| Коробчанський В.О., Богачова О.С., Григорян О.В., Старусєва В.В. МЕДИЦИНА ГРАНИЧНИХ СТАНІВ: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМКИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ | 140 |
| Коробчанський В.О., Куркіна В.М. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД НЕПОВНОЛІТНІХ ВАГІТНИХ | 143 |

| | |
|--|-----|
| Коцина С.С. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХРОНІЧНОГО НАБУТОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ДОРΟΣЛИХ | 144 |
| Кузнецов С.В., Вовк Т.Г., Татаркина А.М., Васильева Л.А., Зозуля Н.И., ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АНТРАЛЬ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ | 146 |
| Кучеренко О.О., Зіміна М.С., Кузнецова Д.А., Мухіна А.А., Майорова М.В., Зайцева О.В. КЛІШКО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХЛІМДІЙНИХ І БАКТЕРІАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ | 148 |
| Кущнір З.Г., Зарічна О.З., Чіпак Н.І., Бек Н.Г., Кіцара М.С., Логінов Ю.О., Топорович О.І., Луцик Т.С., Всяка І.В. АКТУАЛЬНІСТЬ СУЧАСНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ РИКІТСІЙНИХ ЗАХВОРИВАНЬ В УКРАЇНІ | 150 |
| Куюн Л.А. СПОСОБНОСТЬ МЕТИЦИЛЛИН РЕЗИСТЕНТНОГО STARNUCOCUS AUREUS УСКОЛЬЗАТЬ ОТ УНИЧТОЖЕНИЯ АКТИВИРОВАННЫМИ НЕЙТРОФИЛАМИ | 153 |
| Литвиненко М.І., Щербань М.Г., Махота Л.С., Тонкошкур Т.І., Гарник В.В., ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ВНЕСЕННЯ ПИТАНЬ З ПРОБЛЕМ ЕПІДІАГНОЗУ ДО НОРМАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ВИМОГИ ДО ВОДНИХ РЕКРЕАЦІЙНИХ ЗОН | 155 |
| Литвиненко О.А. МІКРОБІЙНІЙ ШЕЙЗАЖ КИШКІВНИКА У ОСІБ З ОЖИРІННЯМ. | 157 |
| Лупальцов В.И., Котовшиков М.С., Трофимова А.В. ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА. | 159 |
| Макарова В.И., Анопина А.С. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 161 |

| | |
|---|-----|
| Manee H., Romanenko V.R., Romanenko O.R., Talalayenko O.K. MUCOSAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS BEFORE AND AFTER TREATMENT WITH HIGH-ENERGY SEMICONDUCTING LASER | 163 |
| Манукян Д.В., Кешишян А.Ш., Мелик-Андреасян Г.Г. ЩЕРШОСЧИКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ | 166 |
| Меймарян М.А. ПНЕВМОЦИСТОЗ КАК НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ | 168 |
| Микита О.О., Гутченко К.С., Ковида Д.В., Шевчук О.С. ПРОБЛЕМИ ОБІЗНАНОСТІ ЛІКАРІВ МЕДИЧНИХ ПІДРОЗДІЛІВ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИЦ ЩОДО ВИКОРИСТААННЯ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТІВ ЗІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЩО ҐРУНТУЄТЬСЯ НА ДОКАЗАХ | 170 |
| Мінухін В.В., Коваленко Н.І., Ткаченко В.Л., Замазій Т.М. ПОСІЙСТВО АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ У НОСОГЛОТЦІ ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ | 173 |
| Москвяк Н.В. МЕТОДИКА ОЦІНКИ РІВНЯ АДАПТОВАНОСТІ ПІКОЛЯРІВ МОЛОДШИХ КЛАСІВ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ | 174 |
| Мохорт Г.А., Колесніков М.М., Глушкевич Т.Г. ЕТИОЛОГІЯ ГНІЙНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ МЕНІНГІТІВ В УКРАЇНІ | 176 |
| Овасапян В.О. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ | 178 |
| Одинец Ю.В., Алексеева Н.П., Бирюкова М.К. РОЛЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ | 180 |
| Одинец Ю.В., Ручко А.Ф., Саратов В.М., Череднікова Т.Ю. ПРОФИЛАКТИКА ЗАТЯЖНОГО ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ШІВМОЩІЙ У ДІТЕЙ - МОЖЛИВОСТІ СЬОГО ДЕННЯ | 183 |

| | |
|---|-----|
| Ольховская О.Н., Курлан Н.Ю., Рожнова А.С., Поддубная М.А., Бондарева Е.Н. КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ: АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ ОДИКБ г. ХАРЬКОВА ЗА 2014 г. | 185 |
| Пахольчук Т.М., Усачова О.В., Сіліна Є.А., Матвеева Т.Б., Печугіна В.В. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИПКОВИХ ІНФЕКЦІЙ З СИНДРОМОМ ГЕМОКОЛІТУ У ДІТЕЙ РАЙОННОГО ВІКУ | 188 |
| Петрусевич Т.В., Зубленко О.В. РИЗИК ТА АНАЛІЗ РИЗИКУ В ЕПІДЕМІОЛОГІЇ | 190 |
| Потий В.В., Зайцев И.А., Кириченко В.Т. ЗАВИСИМОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА БОЛЬНЫХ | 192 |
| Резніков А.П. Шевченко Г.М. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПОПИРЕННЯ ГОСТРИХ КИПКОВИХ ІНФЕКЦІЙ | 195 |
| Робак І.Ю. ВОЛОДИМИР ФАВР ЯК ЕПІДЕМІОЛОГ | 197 |
| Романенко Т.А. ПРЕДМЕТ І МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ НАУКИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ | 200 |
| Рижкова Т.А., Калініченко С.В., Бабич Є.М., Скляр Н.І., Коротких О.О. ВІПЛИВ МЕТАБОЛІТІВ L.PLANTARUM НА ЗДАТІСТЬ КОРИНЕБАКТЕРІЙ ДО БІОПЛВКОУТВОРЕННЯ | 202 |
| Рымиш К.А., Балан Г.Г., Кожокару Р.И., Бурдунок О.С., Танасиев В. Н. РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА РЕЗИСТЕНТНОСТИ САЛЬМОСЕЛЛІК АНТИБИОТИКАМ | 204 |
| Смишев В.И., Панченко Д.С. ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ | 206 |

| | |
|---|-----|
| Сипливый В.А., Конь Е.В., Евтушенко Д.В., Бызов Д.В., Евтушенко А.В. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ | 209 |
| Скибина К.П., Макарова В.И. ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ В УКРАИНЕ | 211 |
| Сладкова Л.М., Семеняк М.В. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ | 212 |
| Смотрова Н.Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛЕТОЧНОГО БИОСЕНСОРА НА ОСНОВЕ AUREOBASIDIUM PULLULANSB5 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА | 213 |
| Степанский Д.А., Иванова А.М., Стеценко И.Ю., Кошечая И.П. ЗНАЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА | 216 |
| Сухорукова М.Ф. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯВАКЦІНАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ МОЛОДШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ | 218 |
| Тарасюк О.О., Гладка О.А., Сіренко І.С. ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДОЛОГІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ ФОНОВИХ ПОКАЗНИКІВ ЦІРКУЛЯЦІЇ КОРИНЕБАКТЕРІЙ ДИФТЕРІЇ СЕРЕД ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕННЯ | 220 |
| Тарасюк О.О., Мота Б.Є., Ломницька В.Б. ОСОБЛИВОСТІ ЕПІОЛОГІЇ ГНІЙНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ МЕНІНГІТІВ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ | 223 |
| Ткачев С.Н. АНАЛИЗ БОЛЬШИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕЖИХ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В 2014 Г. ПО 4 КАТЕГОРИИ, В Г. ХАРЬКОВЕ | 225 |

| | |
|--|-----|
| Тонкошкур Т.І., Чумаченко Т.О., Махота Л.С., Головчак Г.С., Сухорукова Г.Б., Кондратенко О.В. ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ СКАЗУ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ | 226 |
| Усачова О.В. ДЛЯКІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА СЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КИШОВОГО ЄРСИНІОЗУ У ДІТЕЙ | 229 |
| Усачова О.В., Воробйова Н.В. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ | 231 |
| Фролова Т.В., Охакіна О.В., Атаманова О.В. СТАН ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ | 233 |
| Холоша П.С., Семішев В.І. МЕТОДОЛОГІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ РОБОТИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ЕПІДЕМІОЛОГІЇ В УМОВАХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ | 236 |
| Хомич Л., Сазонова Я., Салюк Т., Думчев К., Самко М. ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ БІОПОВЕДІНКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД ГРУП ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ЩОДО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ | 238 |
| Хомич Л., Салюк Т. ВИКЛИКИ НА ШЛЯХУ ВИКЛАДАЦЬ ТА ПІДВИЩЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я З ПИТАНЬ ПРОВЕДЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ | 241 |
| Цаканян А.В., Алексанян Ю.Т., Ханджян Г.Ж., Мамиконян К.Л. АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ | 246 |
| Цимбалюк В.І., Торяник І.І., Колесник В.В. ПШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ: ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ (сучасні медико-соціальні тенденції) | 248 |

| | |
|---|-----|
| Черкасова В.С., Ключник І.О. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ - РЕАЛІЇ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ НА ДОНБАСІ | 251 |
| Черненко Л.М., Шипко А.Ф., Авдейчик Є.В. ФАКТОРИ СОЦІАЛЬНОГО ВПЛИВУ НА ПСИХОФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЮ | 253 |
| Chukwuyem Victor Nnamdi, Akopyan Ya.V. RISK OF EBOLA VIRUS INFECTION IN NIGERIA AND WAYS OF PREVENTION | 256 |
| Чумак Л.И. ОПРОСНЫЙ МЕТОД И ЕГО ЗНАЧЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ | 260 |
| Чумаченко Т.О., Колпакова Т.М., Тонкошкур Т.І., Максуль Т.Є., Бідненко Л.М. ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ ГРИПУ ТА ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ В ЕПІДЕМІЧНИЙ СФЗОН 2013-2014 РР. У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ | 263 |
| Чумаченко Т.А., Несвижская И.И., Горленко Т.Н. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ОКРУЖАЮЩЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ | 267 |
| Chumachenko K.I, Chumachenko D.I. INFORMATION-PROCESSING METHOD OF IMITATION OF HIV INFECTION DISTRIBUTION | 270 |
| Шевченко О.С., Овчаренко І.А., Китаєнко З.А., Ковальова Т.Ф. АНАЛІЗ ІНДИКАТОРІВ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУБІОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ | 273 |
| Щербина Н.А., Бородай И.С., Капустник Н.В. ХРОНИЧЕСКИЙ САЛЬМОНОСЕЛЛЮЛАЗИТ: ПУТИ РЕШЕНИЯ | 275 |

Епідеміологічні дослідження в клінічній та профілактичній медицині: досягнення та перспективи

Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю,
(12-13 березня, 2015 р., Харків, Україна),
присвяченої 210-й річниці
Харківського національного медичного університету та 85-
річчю кафедри епідеміології

Видавництво ТОВ «Щедра садиба плюс»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи:
серія ДК № 4666 від 18.12.2013р



Підп. до друку 09.03.2015р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Друк різнографія. Умов. друк. арк. 12,08.
Облік.-вид. арк. 17,40
Тираж 300 пр. Зам. № 09/032015.

Друк ФОП Томенко Ю.І.
Харків, м. Руднева, 4
(057) 757-93-82