

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

ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЗАХИЩЕНИХ ПЕНІЦИЛІВ (АМОКСИКЛАВ) У ХВОРИХ НА СТРЕПТОКОКОВИЙ ТОНЗИЛІТ

Кацапов Д.В., Меркулова Н.Ф.

Державний медичний університет, Харків

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

Мета дослідження – оцінка ефективності амоксициліну/клавуланату (Амоксиклав®) в лікуванні хворих на гострий тонзиліт.

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

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

За результатами аналізу тривалості клінічних симптомів у хворих, яким було призначено амоксиклав, зареєстрована достовірно швидша регресія температури після призначення терапії – $1,6 \pm 0,19$ діб проти $2,5 \pm 0,3$ у хворих контрольної групи, хоча загальна тривалість температури є подібною в обох групах. Крім того, у хворих, яким було призначено амоксиклав, зареєстроване скоріше зникнення болю в горлі – $3,93 \pm 0,27$ проти $5,5 \pm 0,3$ діб, гіперемії слизової оболонки ротоглотки – $3,8 \pm 0,21$ проти $6,2 \pm 0,3$ та гіпертрофії мигдаликів – $3,87 \pm 0,3$ проти $5,6 \pm 0,22$ діб у контрольній групі. Хворі досліджуваної групи перебували в стаціонарі в середньому $8,07 \pm 0,5$ койко-діб, що достовірно не відрізнялось від контролю.

Висновки. Застосування амоксициліну/клавуланату (Амоксиклаву) в лікуванні хворих на гострий тонзиліт в стандартній дозі 500 мг/125 мг два рази на добу є ефективним за рахунок швидшої регресії симптомів – болю в горлі, гіперемії ротоглотки, гіпертрофії мигдаликів та зникнення гнійних нальотів. Перевагами є також зручний комплайнс та економічність за рахунок перорального призначення.

ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ТЕРМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ЛІМФАДЕНОПАТІЄЮ

Кацапов Д.В., Мішенін В.А., Бондаренко А.В.

Державний медичний університет, Харків, Україна

Діагностика захворювань, які супроводжуються гарячкою, ураженням периферичних лімфатичних вузлів є досить складною задачею. Враховуючи розповсюдження хвороб, викликаних вірусами Herpesviridae (герпеси, цитомегаловірус, вірус Епштейн-Барра), які, зокрема, відносяться до СНІД – індикаторних, хвороби від котячої подряпани, токсоплазму та інших, питання своєчасної діагностики пов'язане як з лабораторним обстеженням, так і з визначенням переважної локалізації та інтенсивності запального процесу. У зв'язку з цим застосування термографічного метода в діагностиці захворювань, що супроводжуються лімфаденопатією, зокрема хвороби від котячої подряпани. Інформативність термографії, зокрема інтерпретації даних термограм в комплексі з іншими клініко – лабораторними методами, не лімітоване променевим навантаженням, можливе багаторазове використання, що складає переваги цього метода.

Матеріали і методи. Дистанційна термографія (методика А.Ф. Возіанова, Л.Г. Розенфельда, 1993, апарат ТВЦ – 01 “Радуга”) проводилась 14 хворим із синдромом лімфаденопатії.

Результати. При аналізі ефективності термографічної діагностики хвороби від котячої подряпани встановлено, що досить типовою ознакою був лімфаденіт. Спостерігалось збільшення переважно переднешийних (73%),