

туберкульозну – у 9,9%, спричинену вірусом простого герпесу – у 2,5%; не вдалося визначити етіологію ураження ЦНС у 27,4% осіб. Туберкульоз був вперше виявлений у 15,6% хворих. Кандидоз ротоглотки спостерігали у 54,0% пацієнтів, кахексію – у 12,1%, пневмонію – у 27,7%, хронічний гепатит С – у 25,9%, хронічний гепатит В – у 7,4%. У 75,3% хворих відзначали мікст-інфекцію двох і більше збудників інфекційних захворювань.

Лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) потребували 44,1% з цих пацієнтів, це 34,6% від усіх пацієнтів, що знаходилися на лікуванні у ВРІТ за цей період часу. Летальність склала 13,8%. Основною причиною летальності стали менінгоенцефаліт різної етіології, туберкульоз, пневмонія.

Таким чином, в ОКІЛ знаходилися пацієнти переважно з III-IV клінічною стадією ВІЛ, мікст-інфекціями і поліорганными ураженнями. У цієї групи хворих ефект від лікування незначний, у більшості випадків вдається досягти лише короточасного поліпшення стану пацієнта. Лікування супроводжується великою кількістю лабораторних та інструментальних досліджень, є вельми коштовним і вимагає значної уваги медперсоналу.

*В.М. Козько, О.І. Могиленець, Н.Ф. Меркулова,  
А.В. Бондаренко, Г.О. Соломенник, К.В. Юрко, В.В. Нікітіна*

## **РОЛЬ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ В ЕТІОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОУКЛЕОЗУ**

Національний медичний університет, м. Харків

В останні роки в Україні відзначається значне зростання захворюваності на інфекційний мононуклеоз (ІМ). Відомо, що, окрім вірусу Епштейна-Барр (ЕВВ), захворювання можуть спричиняти й інші герпесвіруси. Незважаючи на широке використання нових лабораторних технологій, проблема своєчасної диференційної діагностики різних етіологічних варіантів цього захворювання залишається актуальною.

Мета роботи – оцінити стан лабораторних показників у хворих на ІМ різної етіології.

Під спостереженням знаходилось 47 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ м. Харкова. Із них 28 (59,6%) чоловіків і 19 (40,4%) жінок. Середній вік хворих склав  $(23,94 \pm 1,08)$  роки.

Діагноз встановлювали на підставі клінічних даних, результатів додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження згідно загальноприйнятих у клінічній практиці стандартів. Етіологічне розшифрування проводили шляхом виявлення антитіл до EBV і цитомегаловірусу (CMV) методом імуноферментного аналізу (ІФА), а також детекції ДНК цих вірусів у сироватці крові полімеразною ланцюговою реакцією. Для виключення вірусних гепатитів частині хворих проводили визначення anti-HAV IgM, HBsAg та anti-HCV IgG. Після підписання хворими інформованої згоди обстежували їх на наявність антитіл до ВІЛ методом ІФА. В усіх пацієнтів оцінювали активність аланінової амінотрансферази (АлАТ), тимолову пробу; визначали інтегральні гематологічні показники (ІГП), які обчислювали, використовуючи математичні формули.

Серед обстежених у 26 (55,3%) хворих ІМ був зумовлений EBV, у 6 (12,8%) – CMV, у 15 (31,9%) – виявлено маркери обох вірусів. Усі хворі були ВІЛ-негативними.

Клініка ІМ характеризувалася вираженим поліморфізмом. У зв'язку з цим поставала необхідність проведення диференційної діагностики з багатьма іншими інфекційними та неінфекційними захворюваннями. Крім того, слід зазначити, що лише на підставі клінічних даних неможливо провести диференційну діагностику EBV ІМ та ІМ, зумовленого іншими герпесвірусами.

Підвищення активності АлАТ спостерігали у 81,2% хворих; тимолової проби – у 50,0%; одночасне підвищення обох показників – у 50,0% пацієнтів. Середній показник АлАТ становив  $(2,5 \pm 0,3)$  ммоль/(лхгод), тимолової проби –  $(5,2 \pm 0,6)$  од. Різниця між групами хворих на ІМ різної етіології була недостовірною.

Встановлено, що, порівняно зі здоровими особами, у хворих на ІМ (не залежно від етіології) спостерігається достовірне підвищення ЛІ, ІЛГ, ЗІ, достовірне зниження ЛІІ, ІСНЛ, ІЗЛ, тенденція до зниження ЛІІ 2, ІСНМ, ІЛШОЕ, що вказує на наявність ендогенної інтоксикації, яка зумовлена інфекційним процесом, і порушення імунологічної реактивності. При порівнянні показників достовірної відмінності між ІГП у хворих на EBV-, CMV- та EBV+CMV-ІМ не встановлено.

Таким чином, клінічні прояви ІМ характеризуються вираженим поліморфізмом і достовірно не відрізняються залежно від етіології. У більшості хворих на ІМ спостерігається ураження печінки, що проявляється наявністю цитолітичного і мезенхімально-запального синдромів різного ступеня виразності. Неспецифічна імунологічна реактивність у хворих на ІМ відрізняється від такої у здорових осіб. Достовірної відмінності між показниками АлАТ, тимолової проби, ІГП у хворих на ІМ EBV-, CMV- та EBV+CMV-етіології не встановлено, що не дозволяє використовувати ці показники в якості диференційного критерію етіологічної розшифровки захворювання.

*В.М. Козько, К.В. Юрко, А.В. Бондаренко, Г.О. Соломенник,  
О.І. Могиленець, О.В. Корж*

## **СТАН ПОКАЗНИКІВ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ**

Національний медичний університет, м. Харків

Пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу є однією з глобальних проблем нашого часу і важливою проблемою світової системи охорони здоров'я. Україна – одна із країн Європи, яка очолює сумний рейтинг за кількістю виявлених ВІЛ-інфікованих та осіб, які захворіли на СНІД і померли від цієї хвороби. У пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, крім порушення Т-клітинної ланки і поліклональної активації гуморальної ланки імунітету, спостерігаються також порушення нормального балансу цитокінів і функціонування цитокінової мережі.

Мета роботи – вивчити вміст цитокінів у сироватці крові ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Хворі були віком від 19 до 60 років. Серед ВІЛ-інфікованих хворих жінок було 30 (41,7%), чоловіків – 42 (58,3%). У сироватці крові 72 ВІЛ-інфікованих хворих визначали вміст прозапальних цитокінів – фактору некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ), інтерлейкіну-1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ), інтерлейкіну-2 (ІЛ-2), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), інтерлейкіну-8 (ІЛ-8) і протизапального інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) методом твердофазного ІФА з використанням наборів реагентів ЗАТ “ВЕКТОР-БЕСТ” (Новосибірськ, Росія). Результати аналізу визначали спектрофотометричним методом при довжині хвилі 450 нм на приладі АІФ/Ц-01С.