



MECHNIKOV READINGS 2018  
THE INTERNATIONAL CONFERENCE



**МЕЧНИКОВСЬКІ ЧИТАННЯ - 2018.**  
**«Актуальні проблеми парентеральних інфекцій».**

**Науково-практична конференція з міжнародною участю,  
присвячена 95-річчю кафедри інфекційних хвороб ХНМУ  
17 - 18 травня 2018 р., м. Харків, Україна**

**MECHNIKOV READINGS - 2018.**  
**«Actual problems of parenteral infections».**

**International Scientific Conference  
dedicated to 95<sup>th</sup> anniversary  
of infection diseases department of KNMU  
17 - 18 may 2018, Kharkiv, Ukraine**

**Харків, 2018**

**Міністерство охорони здоров'я України  
Харківський національний медичний університет  
ГО «Асоціація інфекціоністів Харківщини»  
Обласна клінічна інфекційна лікарня м. Харкова  
Харківський благодійний фонд «БЛАГО»**

**МЕЧНИКОВСЬКІ ЧИТАННЯ – 2018.  
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ  
ІНФЕКЦІЙ**

**Матеріали науково-практичної конференції  
з міжнародною участю, що присвячена 95-річчю кафедри  
інфекційних хвороб  
Харківського національного медичного університету**

**(17 - 18 травня 2018 року, м. Харків)**

**Харків**

**2018**

УДК: 616.98(062.552)

*Редакційна колегія:*

**проф., д.мед.н. В.М. Козько (відповідальний редактор)**

**проф., д.мед.н. К.В. Юрко**

**доц., к.мед.н. А.В. Сохань**

**доц., к.мед.н. О.Є. Бондар**

**к.мед.н. А.В. Гаврилов**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**вченою радою ХНМУ.**  
**Протокол №17 від 17.05.2018**

© Харківський національний медичний університет, 2018  
© Кафедра інфекційних хвороб ХНМУ, 2018

Генеральний спонсор:



**GILEAD**

Advancing Therapeutics.  
Improving Lives.

&



**Delta Medical**

Партнери конференції:

**Медична лабораторія «СІНЕВО»**

**Valartin Pharma**

**AbbVie**

**Abbott**

**ТОВ «Аптечний склад Медичної академії»**

**ООО «Ультрасайн»**

**ООО «Омни фарма»**

*Алексеевко А.П.*

## **ОПТИМИСТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЖИЗНИ В ФИЛОСОФСКИХ ИДЕЯХ И.И. МЕЧНИКОВА**

*ХНМУ, Харьков, Украина*

Величие истинного ученого заключается в том, что его идеи остаются актуальными на протяжении столетий и продолжают вызывать определенный интерес. К числу таких выдающихся ученых относится И.И. Мечников – великий ученый и врач, лауреат Нобелевской премии. Не будучи философом по своему призванию и деятельности, он в своих работах изложил ряд философских идей, которые связаны с проблемой старения человеческого организма. Казалось бы старость сопровождает человека, она является обязательным этапом в завершении его жизни. Однако старость – это то этап в человеческой жизни, который может сопровождаться радостью, оптимистическими идеями, желанием активной, счастливой жизни. Замечательная актриса Ольга Аросева в свое время произнесла прекрасные слова: «Не жалеете о том, что стареете – многим в этом было отказано. Жизнь дается всем, старость избранным». Эти слова тесно переплетаются с теми размышлениями, которые присущи И.И. Мечникову. В чем суть его размышлений?

Процесс старения человеческого организма – естественный процесс, которого никто не может избежать. Но люди по-разному встречают свою старость. И.И. Мечников отстаивает идею счастливой старости, когда человек старается сохранить свою активность, содержит свой ум в постоянном напряжении, стараясь занимать его интересными вопросами и проблемами. С годами у человека появляется способность наслаждаться простыми радостями жизни: улыбкой ребенка, красотой окружающего мира, добрым отношением с людьми. Именно способность чувствовать жизнь «составляет настоящую основу философии оптимизма». Если в старости удастся сохранить оптимизм,

то человек сможет прожить дольше. Долгая жизнь, с точки зрения И.И. Мечникова дает возможность ощутить чувство удовлетворения жизнью.

Но в философских идеях И.И. Мечникова заложены и глубокие нравственные вопросы, связанные со старением человеческого организма. Многое зависит от того, как человек распоряжается своей жизнью: пытается ли он наполнить ее смыслом, выполнить свое предназначение, проявлять к людям самое главное чувство – любовь, или он ее растратил в погоне за деньгами, погряз в увеселительных мероприятиях, свысока смотрел на менее обеспеченных и незащищенных людей, считая их гораздо ниже рангом.

Настоящая счастливая жизнь сопровождает человека, умудренного опытом, руководствующегося определенными нравственными принципами, любящего себя и людей в этом мире. Старость – этап жизни человека; душевная деятельность его именно в это время идет вперед, получает дальнейшее развитие.

И.И. Мечникову принадлежит идея о том, каким образом гармонизировать отношения человека с обществом; из-за своего крайнего несовершенства они подлежат переделке, причем «самой капитальной», что, в конечном итоге, должно отразиться и на самой природе человека. Индивидуализму и эгоизму, царящим в обществе, крайностям богатства и бедности, которые его отличают, должны прийти на смену иные начала, соответствующие новому социуму. Это взаимопомощь и солидарность в отношениях между людьми, отказ от роскоши и излишеств, трудовой, умеренный образ жизни. Хотя эта идея была довольно утопическая, но она указывала на реальные возможности изменения в обществе, которые привели бы и к существенному изменению человека в плане совершенствования его природы и продления жизни.

Рассматривая человеческую природу, Мечников предлагает отказаться от взгляда на нее как на нечто незыблемое. Она может и должна претерпеть изменения сообразно определенному плану и ко благу самих людей.

## **ВНЕСОК АДИПОКІНІВ В КОНЦЕПЦІЮ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Концепція кардіометаболіческого ризику заснована на уявленні про існування взаємної інтерференції між метаболічними і кардіоваскулярними факторами, що модулюють величину сумарного або глобального ризику виникнення коронарних подій і цукрового діабету. Однією з таких патогенетичних ланок є дисфункція адипокінів. Адипоцити експресують більше 50 гетерогенних за своєю структурою і функцією різних адипокінів, які беруть безпосередню участь у забезпеченні атерогенезу, метаболізму глюкози і ліпідів, впливають на інтенсивність процесів запалення, згортання крові, ангиогенезу, пухлинного росту, диференціювання тканин, імунітету та ін.

**Мета.** Оскільки існують відомості щодо потенційних можливостей деяких адипокінів впливати на структурно-функціональний стан лівого шлуночка у пацієнтів на АГ, метою дослідження стало вивчення змін функціональної активності адипокінів у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в залежності від наявності гіпертрофії міокарду лівого шлуночка (ГМЛШ).

**Матеріали і методи.** Обстежено 142 пацієнта з АГ. Проведено розподіл пацієнтів на дві групи залежно від наявності гіпертрофії МЛШ та проаналізовано активність ФНП- $\alpha$ , ІЛ-6, адипонектину та показників вуглеводного обміну. До 1 групи ввійшли 52 пацієнти на АГ з нормальною ММЛШ (НММЛШ), до 2 групи – 90 пацієнтів на АГ з гіпертрофією МЛШ (ГМЛШ).

**Результати.** Пацієнти суттєво не відрізнялися за тривалістю АГ, середніми значеннями рівня артеріального тиску та окружністю талії, а значення ІМТ пацієнтів з наявністю ГМЛШ достовірно перевищувала величину пацієнтів з НММЛШ. Пацієнти на АГ з ГМЛШ характеризувалися достовірно вищими значеннями ФНП- $\alpha$  ( $27,49 \pm 4,79$  пкг/мл) проти пацієнтів з НММЛШ

(11,56±1,40 пкг/мл;  $p<0,05$ ). При кореляційному аналізі виявлено позитивну залежність між рівнем ФНП- $\alpha$  та ТМЗС ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ), ТМШП ( $r=0,47$ ;  $p<0,05$ ), ВТСЛШ ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ) у групі пацієнтів з наявністю ГМЛШ. Встановлено наявність негативного достовірного взаємозв'язку між рівнем адипонектину та показником ТМЗС ( $r=-0,48$ ;  $p<0,05$ ) у пацієнтів на АГ з ГМЛШ.

Аналіз активності адипокінів залежно від ГМЛШ у пацієнтів на АГ виявив достовірне зростання середнього рівня ФНП- $\alpha$ . Кореляційний аналіз виявив позитивну залежність між рівнем ФНП- $\alpha$  та ТМЗС ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ), ТМШП ( $r=0,47$ ;  $p<0,05$ ), ВТСЛШ ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ) у групі пацієнтів з наявністю ГМЛШ. У нашому дослідженні незважаючи на відсутність достовірної різниці рівня адипонектину у групах порівняння, при проведенні кореляційного аналізу встановлено наявність негативного достовірного взаємозв'язку між рівнем адипонектину та показником ТМЗС ( $r=-0,48$ ;  $p<0,05$ ).

**Висновки.** Зміни активності саме ФНП- $\alpha$  у гіпертензивних пацієнтів можливо розглядати як компонент інкорпорації морфофункціонального ремоделювання міокарду, який обумовлює субклінічні початкові прояви клінічних еквівалентів на різних стадіях кардіоваскулярного континууму.

*Бодня Е.И., Бодня И.П., Аль Хатиб Ануар*

## **О ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ ПАЗАРИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ НА РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

Системно-органная форма синдрома «сухого глаза» ассоциируется с иммунологическими нарушениями в организме человека. Нельзя недооценивать значимость синдрома «сухого глаза» (ССГ) в общей патологии организма. Существенное влияние на уровень слезопродукции оказывают различные гормоны. Также к эндокринным нарушениям, вызывающим ССГ, относятся

тиреотоксическая офтальмопатия, сахарный диабет. Перенапряжение систем регуляции может привести к истощению защитных сил организма, снижению его функциональных возможностей. Одним из подходов в этом направлении может быть изучение нарушений процессов адаптации при воздействии паразитов на организм хозяина (З.К. Леутская, 1990). Длительное воздействие любой паразитарной инвазии, как стресс-фактора, может привести к активизации нервной и гормональной регуляции при сохранении адаптивных возможностей организма и может стать патогенетической основой различных функциональных нарушений и поражений при снижении адаптивных возможностей. Таким образом, исследования клинико-лабораторных и иммунологических особенностей течения ССГ на фоне паразитозов актуальны и обусловлены распространенностью нозологий, полиморфизмом клинических проявлений и похожими ведущими патогенетическими механизмами (аллергизация и иммуносупрессия) при разнонаправленном первичном негативном воздействии на системно-органном уровне.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения синдрома «сухого глаза» у больных с тканевыми паразитогами.

Материалы и методы исследования. При выполнении работы использовались общепринятые клинические и лабораторные методы обследования больных, паразитологические, а также иммунологические (показатели клеточного и гуморального иммунитета), гормональные, статистические методы.

Для выполнения поставленных задач обследовано 99 человек с «синдромом сухого глаза» при паразитарных инвазиях (53 мужчин и 46 женщин), и 56 больных паразитогами, у которых «синдром сухого глаза» отсутствовал, в возрасте от 20 до 60 лет и 20 практически здоровых лиц подобного возраста и пола. Больные находились на лечении на кафедре медицинской паразитологии и тропических болезней в 2011-2016 гг., а также прошли комплексное клинико-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, клинико-лабораторных показателей и результатов иммуноферментного анализа.

Одним из путей оценки состояния адаптивных возможностей организма является исследование содержания в крови гормонов, так как известно, что изменение концентрации гормонов в крови, ведущее к перестройке межэндокринных отношений, является одним из важных звеньев сложной системы регуляции. В условиях хронического действия инвазии как стресса у больных на фоне паразитарных инвазий происходило разнонаправленное изменение концентрации кортизола и инсулина.

Результат корреляционного анализа кортизола с показателями иммунитета у больных показал изменение корреляционной связи кортизола с показателями, характеризующими клеточный иммунитет (при этом уменьшилось влияние на CD4+). Кроме этого наблюдалось нарушение (т.е. появление обратной зависимости) во взаимодействии кортизола и фагоцитарного звена, популяции CD3+, Ig M и Ig G.

Анализ корреляционных связей инсулина с показателями иммунитета у больных показал, что связь между инсулином и общим содержанием лимфоцитов сильная с обратной зависимостью ( $r = -0,99$ ), тогда как в норме имеет место слабая положительная связь ( $r = 0,29$ ). Повышение в крови инсулина сопряжено со снижением выработки Ig A ( $r = -1,0$ ), тогда как в норме наблюдается слабая прямая зависимость этих показателей ( $r = 0,35$ ).

Изучение межсистемных отношений различных уровней адаптации свидетельствует об изменении регулирующего влияния адаптивных гормонов на факторы иммунитета у больных с синдромом «сухого глаза». Выявленные нарушения носят характер уменьшения силы корреляционной связи и, в ряде случаев, изменения направленности связи.

Таким образом, у больных с синдромом «сухого глаза» при паразитарных инвазиях формируются определенные связи между различными уровнями адаптации, отличные от физиологических. Поэтому для повышения

ефективності реабілітації необхідна одночасно комплексна корекція порушень на різних рівнях – відповідуюча симптоматична терапія разом з протипаразитарною.

*Бодня К.І., Боброва О.В.*

## **ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ МОЛЕКУЛЯРНОЇ ПАРАЗИТОЛОГІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ПРОЦЕСУ МОНІТОРИНГУ ТА КОНТРОЛЮ ЗА ЕФЕКТИВНІСТЮ ЛІКУВАННЯ ПАРАЗИТОЗІВ В УКРАЇНІ**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

**Актуальність проблеми.** В останні десятиліття в Україні зростає кількість соціально значущих паразитозів, що, обумовлено погіршенням екології, зниженням популяційного імунітету та рівня життя населення, та якості медичної допомоги. Ефективність і вартість лікування паразитарних хвороб залежить від термінів виявлення захворювання, стадії розвитку патологічного процесу, у зв'язку з чим існує необхідність в сучасних високочутливих методах моніторингу за цими хворобами (лабораторна діагностика паразитозів, моніторинг за лікарською стійкістю, контроль ефективності лікування, пошук внутрішньовидових відмінностей збудників паразитарної природи, визначення таргетних ділянок в геномі паразитів в якості об'єкту створення лікарських засобів).

**Мета роботи.** Впровадження застосування молекулярно-біологічних методів досліджень як одного із шляхів вирішення проблеми підвищення ефективності профілактики, достовірності діагностики, адекватної терапії, та удосконалення моніторингу паразитологічної ситуації в Україні.

**Матеріали і методи.** Молекулярно-біологічні методи досліджень при паразитарних інвазіях.

**Результати.** Вивчення молекулярних механізмів впливу паразитів на імунну систему людини й розробка ефективних засобів профілактики паразитарної імуносупресії є важливою складовою забезпечення біологічної безпеки нашої країни. Одним з шляхів вирішення цієї проблеми може стати застосування молекулярно-біологічних методів, які на даний час обмежено застосовуються у вітчизняній паразитології – перш за все – полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). На даний час, ПЛР є одним з найбільш ефективних діагностичних інструментів індикації та ідентифікації фрагментів геномів збудників інфекційних та паразитарних хвороб, а також вивчення цілих геномів різних патогенів паразитарної природи. В порівнянні з традиційними методами діагностики, ПЛР має більш високу чутливість, специфічність, дозволяючи проводити пряме визначення присутності генетичних фрагментів мікроорганізму безпосередньо в клінічному матеріалі, без отримання чистої культури збудника, що скорочує терміни дослідження і знижує трудовитрати на обстеження. Різні варіанти обладнання для ПЛР дозволяють працювати як в умовах повної автоматизації процесу, так і при чергуванні ручних й автоматизованих етапів, що робить ПЛР доступною не тільки науковим установам і великим медичним центрам, які здійснюють ПЛР-діагностику збудників інших інфекційних хвороб (вірусів гепатиту, імунодефіциту людини, мікоплазми та ін.), але і звичайним клінічним і паразитологічним лабораторіям. Широке впровадження ПЛР в клінічну лабораторну діагностику вимагає підвищення рівня інформованості медичних працівників про теоретичні основи і можливості сучасних методичних підходів і інтерпретації результатів аналізів. ПЛР дозволяє легко виявити мікст-інфекції (наприклад, при діагностиці малярії мікроскопічними методами при мікст-інвазії один зі збудників – *P. falciparum* – зазвичай превалює і маскує одиничних паразитів іншого виду). Найбільша потреба в нових методах молекулярної діагностики існує в області трансмісивних та внутрішньоклітинних паразитозів: малярії, лейшманіозів і дирофіляріозів, які погано культивуються на поживних середовищах.

**Висновки.** Таким чином, ПЛР може бути використана не тільки як інструмент діагностики паразитарних інвазій, а і для покращення ефективності методології пошуку генетичних відмінностей між штамми збудників – при малярії, видами та підвидами (лейшманіози), виявлення паразитів в переноснику (дирофіляріоз); висока чутливість ПЛР дає переваги для виявлення прихованих джерел інфекції з субклінічною паразітемією; - застосування методів молекулярної біології до вивчення паразитарних хвороб в перспективі має привести до створення принципово нових способів діагностики, лікування і профілактики паразитарних хвороб, та покращення епідеміологічного моніторингу за цими хворобами в Україні.

*Бондарь А.Е.<sup>1</sup>, Козько В.Н.<sup>1</sup>, Нартон П.В.<sup>2</sup>, Чирюкина О.И.<sup>2</sup>*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С С 1В ГЕНОТИПОМ**

*<sup>1</sup>Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

*<sup>2</sup>Областная клиническая инфекционная больница, областной специализированный гепатологический центр, г. Харьков, Украина*

Согласно рекомендаций Европейской ассоциации по изучению печени (EASL, 2018) для противовирусной терапии (ПВТ) больных хроническим гепатитом С (ХГС) с 1В генотипом используются пять комбинаций препаратов прямого противовирусного действия (ПППД): софосбувир/велпатасвир, глекапревир/пибрентасвир, софосбувир/ледипасвир, гразопревир/элбасвир, омбитасвир/паритапревир/ритонавир и дасабувир. В Украине последние годы применение ПППД было ограничено их высокой стоимостью или отсутствием регистрации, в связи с чем в схеме терапии использовались препараты пегилированного ИФН-альфа (ПЕГ-ИФН) в сочетании с рибавирином.

**Цель исследования:** оценка эффективности ПВТ у больных ХГС с 1В генотипом при разных схемах лечения.

**Объект и методы исследования.** Исследование проводилось на базе областного специализированного гепатологического центра областной клинической инфекционной больницы – клиники инфекционных болезней ХНМУ в 2014-2018 гг. Обследовано 146 больных ХГС с 1В генотипом. Диагноз был установлен на основании общепринятых критериев. Вирусная нагрузка определялась методом ПЦР (Real-time, Roshe), стадия фиброза с помощью APRI теста, соноэластографии печени с помощью приборов FibroScan (Echosens, Франция) и Ultrasound Diagnostic Scanner Hitachi Hi vision Avius 2013 (Япония) по системе METAVIR.

Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от схемы ПВТ в стандартных дозировках: 1-я группа – 62 (42,5%) больных, получавших ПЕГ-ИФН в сочетании с рибавирином (мужчин 31 (50,0%), женщин 31 (50,0%); средний возраст  $41,17 \pm 1,48$  лет), 2-я группа – 38 (26,0%) больных, получавших ПЕГ-ИФН, рибавирин в сочетании с софосбувиром (мужчин 20 (52,6%), женщин 18 (47,4%); средний возраст  $39,68 \pm 2,14$  лет), 3-я группа – 46 (31,5%) больных, получавших софосбувир/ледипасвир (мужчин 21 (45,7%), женщин 25 (54,3%); средний возраст  $45,31 \pm 2,44$  лет). Все пациенты впервые получали ПВТ, по стадии фиброза печени достоверной разницы в группах не зафиксировано. Эффективность ПВТ оценивалась по достижению устойчивого вирусологического ответа (УВО) 24 недели.

**Результаты.** У больных 1-й группы УВО достигнут у 43 (69,4%) больных, 2-й группы – у 35 (92,1%), 3-й группы – у 45 (97,8%). Терапия прекращена из-за нежелательных явлений или несоблюдения режима лечения только у 17 (27,4%) пациентов 1-й группы. Наилучшая переносимость ПВТ отмечена у 46 (100%) пациентов 3-й группы.

**Вывод.** Среди оцененных схем ПВТ пациентов с ХГС с 1В генотипом наиболее эффективной и безопасной является комбинация софосбувир/ледипасвир.

*Букій С.М.<sup>1</sup>, Ольховська В.М.<sup>2</sup>*

## **РАЦІОНАЛЬНА ДІЄТОТЕРАПІЯ ПРИ ШИГЕЛЬОЗІ У ДІТЕЙ З ОБТЯЖЛИВИМ АЛЕРГОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ**

<sup>1</sup> *Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

<sup>2</sup> *КЗОЗ «Харківська дитяча клінічна лікарня №24», м. Харків, Україна*

Однією із складових успішного лікування хворих на кишкові інфекції (КІ) є вибір раціональної дієти. На сучасному етапі розвитку людства з року в рік зростає кількість дітей з проявами алергії різного ступеню виразності, у яких спостерігається порушення біоценозу кишечника і пристінкової біоплівки, відбуваються зміни проникності слизових оболонок шлунково-кишкового тракту (ШКТ). За таких умов розвиток бактеріальної КІ може призводити до тяжкого перебігу, набувати загрозливого для життя характеру як за рахунок виразних місцевих проявів з боку ШКТ, так і за рахунок посилення клінічних ознак алергії.

Мета дослідження – вивчення ефективності використання суміші «NAN-гіпоалергеній» у дітей з проявами алергії, хворих на шигельоз.

Було проведено обстеження 36 дітей з проявами алергії віком до 4 років, хворих на шигельоз, в комплексній терапії яких використовували дієтотерапію адаптованою сумішшю «NAN-гіпоалергеній» одночасно із застосуванням діосмектиту (основна група). Алергія проявлялась у вигляді шкіряних проявів – від діатезу до екземи. Контрольну групу склали 20 дітей, аналогічних за віком, преморбідним фоном, етіологічним чинником КІ, терапію яких проводили без застосування гіпоалергенних сумішей. Поряд із загально прийнятими обстеженнями, хворим проводили дослідження калу на дисбактеріоз в динаміці хвороби. Всі діти добре переносили використання вище зазначеної суміші.

Співставлення динаміки клініко-лабораторних показників хворих виявило суттєву різницю в групах спостереження. Використання запропонованої схеми дієтотерапії призводило до швидкої регресії місцевих ознак запалення ШКТ – нормалізація калових мас відбувалась на  $2,38 \pm 0,25$  доби раніше ( $p < 0,05$ ),

абдомінальні болі зникали на  $3,17 \pm 0,31$  доби раніше ( $p < 0,05$ ). У хворих основної групи відмічали швидке покращення самопочуття – відновлення апетиту (на  $2,25 \pm 0,15$  доби раніше), зменшення занепокоєння (на  $1,95 \pm 0,22$  доби раніше).

Застосування рекомендованої дієтотерапії позитивно впливало на прояви дисбіозу кишечника. У 25 (69,44 %) хворих основної групи відмічено зменшення ознак дисбактеріозу за даними бактеріологічного дослідження калу, в той час як в групі контролю це відмічено лише у 8 (40 %).

Застосування адаптованої суміші «НАН гіпоалергеній» разом із діосмектитом сприяло швидкій регресії алергічних проявів у хворих, що передусім проявлялось у зменшенні розмірів висипки, гіперемії шкіряних покривів, набряку, а також покращенням самопочуття (зникнення свербіжу). У 5 дітей ми констатували повне зникнення алергічного дерматиту. Позитивна динаміка симптомів у хворих основної групи дозволила нам рекомендувати пацієнтам продовжувати використання суміші на етапах реабілітації.

Висновки. Використання суміші «NAN-гіпоалергеній» одночасно із діосмектитом у дітей з проявами алергії, хворих на шигельоз, призводять до більш швидкій регресії клінічних ознак хвороби, нормалізації лабораторних показників хворих.

*Бутов Д.О.<sup>1</sup>, Юрко К.В.<sup>1</sup>, Некрасова Н.О.<sup>1</sup>, Степаненко Г.Л.<sup>1</sup>, Бутова Т.С.<sup>2</sup>*

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ІЗОНІАЗИДУ ТА ЕТАМБУТОЛУ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТ/ВІЛ**

<sup>1</sup> *Харківський національний медичний університет*

<sup>2</sup> *Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна*

**Метою роботи** було вивчення особливості внутрішньовенного застосування ізоніазиду та етамбутолу у хворих на ко-інфекцію туберкульозний менінгоенцефаліт (ТМ) /ВІЛ.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилось 54 хворих на ТМ у віці від 20 до 60 років. Хворі були розподілені на I та II клінічну групу. До I (основна) групи віднесено 23 хворих з ТМ, які отримували внутрішньовенну хіміотерапію ізоніазидом та етамбутолом. Рифампіцин та піразинамід застосовувались у I групі внутрішньо. У II (контрольна) групу увійшов 31 хворий з ТМ, який отримував хіміотерапію ізоніазидом, етамбутолом, рифампіцином та піразинамідом внутрішньо. ВІЛ-інфекція була встановлена у 41 (75,9±5,8%) хворого (I група – 18 (78,2±8,7%), II група – 23 (74,1±7,8%),  $p>0,05$ ). У цих пацієнтів показник кількості CD4+ – лімфоцитів у крові не перевищував 100 кл/мкл. Усі хворі з ВІЛ отримували стандартну антиретровірусну терапію. У хворих на ТМ діагностували легеневий туберкульоз (ТБ): міліарний ТБ – 28 (51,8±6,8%) (I група – 12 (52,1±10,6%), II група – 16 (51,6±8,9%)), інфільтративний ТБ – 17 (31,4±6,3%) (I група – 7 (30,4±9,8%), II група – 10 (32,2±8,4%)) та дисемінований ТБ – 9 (16,6±5,0%) (I група – 4 (17,3±8,0%), II група – 5 (16,1±6,6%)) ( $p>0,05$ ).

**Результати та обговорення.** Після проведення двохмісячної хіміотерапії ми спостерігали відносно кращу стабілізацію клінічної картини у хворих I групи у зрівнянні з другою з урахуванням померлих. Так були значимі наступні показники у I групі: до лікування (підвищення температури тіла - 19 (82,6±8,0%), зниження апетиту-16 (69,5±9,8%), нічні поти - 16 (69,5±9,8%),

кашель - 20 (86,9±7,1%), нудота - 7 (30,4±9,8%), загальмованість - 12 (52,1±10,6%), ригідність м'язів потилиці - 17 (73,9±9,3%), симптоми натягнення - 15 (65,2±10,1%) хворих), через два місяці проведеної хіміотерапії (підвищення температури тіла - 7 (43,7±12,8%), зниження апетиту - 4 (25,0±11,1%), нічні поти - 5 (31,2±11,9%), кашель - 7(43,7±12,8%), нудота - 1 (6,2±6,2%), загальмованість - 3 (18,7±10,0%), ригідність м'язів потилиці - 3 (18,7±10,0%), симптоми натягнення - 3 (18,7±10,0%) хворих) ( $p<0,05$ ) та у II групі: до лікування (кашель - 25 (80,6±7,2%), ригідність м'язів потилиці - 25 (80,6±7,2%), симптоми натягнення - 22 (70,9±8,1%) хворих), через два місяці проведеної хіміотерапії (кашель - 10 (47,6±11,1%), ригідність м'язів потилиці - 7 (33,3±10,5%), симптоми натягнення - 7 (33,3±10,5%) хворих) ( $p<0,05$ ).

На фоні покращеної клінічної симптоматики при ТМ ми спостерігали позитивну рентгенологічну динаміку органів грудної клітини у 12 хворих (52,1±10,6%) I групи та 6 - (19,3±7,1%) II групи ( $p<0,05$ ). Негативна рентгенологічна динаміка спостерігалася у 9 (39,1±10,4%) осіб I групи та 22 (70,9±8,1%) - II групи ( $p<0,05$ ), відсутні зміни у 2 (8,7±6,0%) пацієнтів I групи і 3 (9,6±5,3%) - II групи ( $p>0,05$ ). У I групі померли протягом перших двох місяців 7 (30,4±9,8%) хворих, у II групі - 10 (32,2±8,4%) ( $p>0,05$ ). До шести місяців лікування померло ще 2 (8,7±6,0%) хворих на ТМ у I групі та 12 (38,7±8,7%) - у II групі ( $p<0,05$ ).

**Висновки.** Завдяки внутрішньовенному застосуванню ізоніазиду та етамбутолу у хворих на ТМ швидше ліквідувалися основні клінічні прояви захворювання на фоні позитивних змін з боку загального аналізу крові та рентгенологічної динаміки у легенях у порівнянні з пероральним застосуванням протитуберкульозних препаратів. Проведення даної хіміотерапії знижує смертність хворих у порівнянні з групою контролю. Внутрішньовенне застосування ізоніазиду та етамбутолу у хворих на ТМ не викликає додаткових побічних дій у порівнянні з контрольною групою.

## **НЕСПЕЦИФІЧНА ЛАНКА ІМУНІТЕТУ ПРИ ЕХІНОКОКОЗІ ПЕЧІНКИ**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

З перших годин інвазії ехінокока в організмі проміжного хазяїна починається процес імунного опору, який перебігає за загальними законами з включенням клітинних і гуморальних механізмів імунітету.

Формування імунної відповіді – захисна реакція, і в той же час це головний механізм патогенезу ехінококозу печінки. Імунологічні реакції, переходячи межі адекватної фізіологічної відповіді, стають імунопатологічними, будучи причиною тяжких органних уражень. З таких позицій дослідження ролі медіаторів імунного запалення при ехінококозі печінки представляє безперечний науковий і практичний інтерес. З одного боку, ці дослідження дозволяють уточнити механізми імунних порушень при ехінококозі печінки, а з іншого, можуть виявитися корисними при розробці на їх основі додаткових прогностичних критеріїв, що дозволять диференційовано підходити до проблеми ехінококової інвазії і поліпшити як безпосередні, так і віддалені результати лікування ехінококозу печінки.

**Мета дослідження.** Визначити зміни імунної системи в периферичній крові у хворих на ехінококоз печінки до лікування.

**Матеріали і методи дослідження.** Для виконання поставлених завдань обстежено 53 хворих на ехінококоз у віці від 20 до 70 років (24 чоловіків і 29 жінок), які перебували на амбулаторному обстеженні та лікуванні на кафедрі медичної паразитології та тропічних хвороб Харківської медичної академії післядипломної освіти в 2013-2017 рр. Для порівняння і контролю обстежено 30 практично здорових осіб відповідної статі й віку. Діагноз «ехінококоз» у всіх хворих основної групи і його відсутність у контрольній групі підтверджено відповідно до критеріїв діагностики на підставі сукупності клінічної картини, клініко-лабораторних показників і результатів інструментального дослідження на ехінококоз. Критерії включення: до групи дослідження включалися пацієнти

після отриманої інформованої згоди пацієнта з достовірно встановленим діагнозом «ехінококоз».

Клінічне дослідження хворих проводили за загальноприйнятою методикою, яка включала дані ретельно зібраного анамнезу, суб'єктивних та об'єктивних даних, даних лабораторного та інструментального дослідження.

**Результати дослідження.** Аналіз розподілу хворих за статтю та віком показав, що жінок було більше, ніж чоловіків, і що співвідношення між чоловіками (45,3%) і жінками (54,7%) склало 1: 1,2. У 58,5% хворих були солітарні кисти, і у 41,5% – множинні кисти, причому частіше (43,4%) мав місце первинно-солітарний характер ураження. На першому етапі оцінки загального імунітету була вивчена неспецифічна реактивність імунної системи в периферійній крові у 53 хворих на ехінококоз печінки. У хворих на ехінококоз печінки до лікування середня кількість нейтрофілів була вище ( $12,65 \pm 0,33 \times 10^9/\text{л}$ ), ніж в групі контролю ( $3,19 \pm 0,87 \times 10^9/\text{л}$ ). З метою визначення функціональної активності нейтрофілів оцінювалася їх фагоцитарна активність. У хворих на ехінококоз до лікування середнє значення фагоцитарної активності нейтрофілів було  $59,65 \pm 2,61\%$  і  $71,01 \pm 2,17\%$  відповідно, що трохи нижче в порівнянні з контролем –  $78,90 \pm 1,14\%$ . Таким чином, у хворих на ехінококоз печінки у периферійній крові виявлено достовірні зміни фагоцитарної активності нейтрофілів до лікування у вигляді зниження показників. Абсолютна кількість моноцитів в периферійній крові у хворих на ехінококоз до лікування не відрізнялася від норми ( $0,18 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$ ). З метою вивчення функціональної активності фагоцитів периферійної крові хворих на ехінококоз печінки визначалася продукція ФНП- $\alpha$  як цитокіну, що відображає неспецифічну цитотоксичність макрофагів. У хворих на ехінококоз печінки до лікування спостерігалася достовірне збільшення продукції ФНО- $\alpha$  у кілька разів ( $1203,6 \pm 248,17$  пкг/мл), що вказує на збільшення прямої цитотоксичності макрофагів. Таким чином, у хворих на ехінококоз печінки виявлено достовірне збільшення цитотоксичної активності моноцитів, на що вказує підвищена продукція ФНП- $\alpha$ . При диспансерному спостереженні встановлено, що через 3

місяці після лікування кількість і функціональна активність моноцитів периферійної крові хворих на ехінококоз печінки залишалася вищою в порівнянні з нормою.

*Висеканцев І.П., Буряк І.А., Бабінець О.М., Марценюк В.П.*

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ЗАСОБИ ДОСТАВКИ ЛІКІВ НА ОСНОВІ ГЕЛЕВИХ НОСІЇВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ І ДИСБІОЗІВ**

*Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, Харків, Україна*

Метою дослідження була розробка експериментальних засобів доставки ліків (ЗДЛ) на основі гелю альгінату натрію для лікування кишкових інфекцій та дисбіозів і технологій їх довгострокового зберігання.

Об'єктами дослідження були пробіотики *Bifidobacterium bifidum* 1 (*B. bifidum*), *Lactobacillus delbrueckii subsp. bulgaricus* (*L. bulgaricus*), *Saccharomyces cerevisiae* Hansen (*S. boulardii*), антибіотик «Ципрофлоксацин», імуномодулятор «Натрію нуклеїнат», «Препарат бактеріофага клебсієл полівалентний».

Модельні середовища шлункового соку та соку дванадцятипалої кишки готували на основі цитратно-фосфатного буферного розчину з рН 2,5 або 7,0 та з додаванням «Ацедин-пепсину» та «Панзинорм форте 20 000», відповідно. Гостру кишкову інфекцію та хіміотерапевтичний дисбіоз моделювали на імуносупресованих мишах. Імуносупресію викликали гідрокортизону ацетатом, інфекцію – введенням через оральний зонд клінічних ізолятів *K. pneumoniae*, дисбіоз – введенням ампіциліну та метронідазолу. Мікробіологічні дослідження проводили згідно протоколів МОЗ України.

Імобілізацію пробіотиків та вказаних препаратів проводили в гранулах гелю альгінату натрію за методом іонотропного гелеутворення.

Встановлено, що на стійкість пробіотиків і препаратів до фізико-хімічних факторів природних захисних бар'єрів ШКТ та до процесів заморожування-відтавання впливають концентрація альгінату натрію в гелі, термін полімеризації гелевих гранул в розчинах хлориду кальцію, розмір гранул. Були експериментально визначені параметри процесу іммобілізації: кінцева концентрація альгінату натрію в гелі – 1%, зшиваючий агент – 0,2 М розчин хлориду кальцію, термін полімеризації – 20 хв., діаметр гранул 1,5 – 2 мм.

Процес іммобілізації пробіотиків не впливав на їх життєздатність, спектри і вираженість антагоністичної дії, цукролітичної активності, спектри чутливості до антибіотиків, здатність до адгезії. Іммобілізація також не впливала на спектр дії і мінімальні інгібуючі концентрації «Ципрофлоксацину», збереженість РНК в «Натрію нуклеїнаті», інфекційність і літичну дію препарату бактеріофагу.

Під час корекції експериментального дисбіозу і лікування гострої кишкової інфекції іммобілізованими пробіотиками терміни відновлення мікрофлори кишечника у тварин достовірно скорочувалися. Максимальний терапевтичний ефект під час лікування тварин, інфікованих штамом *K. pneumoniae*, резистентним до «Ципрофлоксацину», забезпечували зразки з іммобілізованими в одному носії пробіотиками, антибіотиком, імуномодулятором і полівалентним препаратом бактеріофага клебсієл.

Зберігання протягом року (термін спостереження) при температурах –80, –196 °С не впливало на життєздатність іммобілізованих пробіотиків і терапевтичну дію іммобілізованих препаратів.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ ПРИ РАЗЛИЧНОМ АНАТОМИЧЕСКОМ СТРОЕНИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Риносинусит - это заболевание, при котором воспалительный процесс развивается одновременно в полости носа и в одной или нескольких околоносовых пазухах. Заболевание может иметь вирусную, бактериальную или грибковую природу; выделяют также аллергический риносинусит.

**Целью** данного исследования явилось сопоставление плотности костной ткани околоносовых пазух с помощью СКТ у здоровых лиц и при катаральном гайморите.

**Материалы и методы.** Для формирования группы сравнения отобраны 10 СКТ-исследований без какой-либо патологии околоносовых пазух, которым проводилось исследование по поводу патологии не связанной с заболеваниями ЛОР-органов. В исследуемую группу мы включили 10 пациентов с двусторонним катарально-отечным гайморитом. Пациенты были подобраны с одинаковым распределением по полу и возрасту. Возраст исследуемых лиц от 25 до 60 лет. Для оценки плотности костной ткани при СКТ-исследовании использовали шкалу Хаунсфилда. Расчет плотности проводился в нескольких наиболее поверхностно расположенных к полости пазухи условных точках. Полученные цифровые данные статистически обрабатывались.

**Результаты** проведенного исследования свидетельствуют о наименьшей плотности кости в области медиальной стенки:  $122,1 \pm 7,9$  Ну слева и  $144 \pm 6,3$  Ну справа и при гайморите –  $127,4 \pm 7,09$  и  $131,8 \pm 7,91$  Ну ( $p=0,3329$  и  $p=0,0405$  соответственно).

Максимальной по плотности оказалась латеральная стенка верхнечелюстного синуса:  $187,2 \pm 9,3$  слева и  $181,9 \pm 8,3$  Ну справа и  $188,3 \pm 8,2$  и  $181,1 \pm 7,81$  Ну при гайморите ( $p=0,47$  и  $p=0,48$ ).

Максимально плотность кости в норме и при гайморите изменилась в области нижней стенки верхнечелюстного синуса (с  $165 \pm 7,7$  до  $126,9 \pm 6,47$  Нц слева и с  $175,6 \pm 8,21$  до  $122,4 \pm 4,32$  Нц справа) став статистически достоверной ( $p=0,00567$  и  $p=0,00022$  соответственно).

Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о наибольшей плотности костной ткани околоносовых пазух в области латеральной стенки, наименьшей - в области медиальной стенки. При катаральном гайморите наблюдается достоверное снижение плотности костной ткани в области нижней стенки гайморовой пазухи.

*Герасун О.Б.<sup>1</sup>, Сороколит А.Л.<sup>2</sup>, Сосна Г.П.<sup>1</sup>*

## **АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ЗА ДАНИМИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ**

<sup>1</sup> *Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Львів, Україна*

<sup>2</sup> *КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я», Львів, Україна*

**Актуальність.** У 2017 р. в Україні збільшились темпи приросту показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію: кількість вперше зареєстрованих осіб (+6,6%), нові випадки захворювання на СНІД (+6,0%), смертність від хвороб, пов'язаних зі СНІДом (+4,4%). У Львівській області темп приросту захворювання на СНІД зріс на 32,9%, смертність від СНІДу – на 24,0%.

Проаналізувавши смертельні випадки від ВІЛ-інфекції по різних стаціонарах Львівщини за 2017 рік, ми з'ясували, що летальність по інфекційному стаціонару становила 50%. Отже, метою нашого дослідження став детальний аналіз летальності від ВІЛ-інфекції по Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні (ЛОІКЛ) за останні п'ять років.

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого та протоколів патологоанатомічного дослідження пацієнтів ЛОІКЛ з діагнозом «ВІЛ-інфекція» упродовж 2013-2017 рр.

**Результати.** За аналізований період у ЛОІКЛ зареєстровано 35 летальних випадків серед ВІЛ-інфікованих осіб (показник летальності – 15,63%). Чоловіків – 24 (68,6%), жінок – 11 (31,4%), 80,0% померлих – мешканці міста. Вік хворих коливався в межах 26-57 років.

У 16 (45,7%) пацієнтів спостерігали повний збіг клінічного і патологоанатомічного діагнозів, у 11 (31,4%) випадках – розбіжність діагнозів, у 8 (22,9%) хворих – гіпердіагностика основного захворювання.

У 7 з 8 (87,5%) хворих з гіпердіагностикою клінічно було запідозрено «Менінгоенцефаліт змішаної етіології (Toxoplasma + Mycobacterium)», проте на секції у 5 випадках з 7 (71,4%) виявлено лише токсоплазмозний менінгоенцефаліт та по 1 (14,3%) випадку генералізованого туберкульозу і мікст-менінгоенцефаліту (Toxoplasma + Candida); в 1 (12,5%) випадку клінічно верифіковано «Менінгоенцефаліт змішаної етіології (Toxoplasma + Mycobacterium + Candida)», на секції виявлено – мікст-менінгоенцефаліт токсоплазмозної та кандидозної етіології. Тобто з 8 випадків гіпердіагностики припущення щодо мікобактеріальної інфекції підтвердилося лише за даними одного розтину (12,5%).

Найчастіше розбіжності діагнозів виникли при діагностиці криптококової (4; 36,4% випадки) та гістоплазмозної (3; 27,2% випадки) інфекції. У 100,0% дані захворювання верифіковані постмортально. Цим хворим було встановлено такі варіанти клінічних діагнозів: «Менінгоенцефаліт змішаної етіології (Mycobacterium+Candida)» – 42,8%, «Туберкульозний менінгоенцефаліт» – 28,6%, «Мікст-менінгоенцефаліт (Toxoplasma+Candida)» та «Інфекційно-токсичний шок. Септичний ендокардит» по 14,3%.

Значно рідше (по 1 випадку, 9,1%) розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів спостерігали при рецидивуючому септичному ендокардиті (клінічно встановлено – «Сепсис (St.Aureus + C.albicans).

Менінгоенцефаліт»), генералізованому туберкульозі (клінічно – «Об'ємний процес головного мозку. Лімфома»), неходжкінській дифузній великоклітинній лімфомі шлунка та тонкої кишки (клінічно – «Гостра серцево-судинна недостатність. Шлункова-кишкова кровотеча?»), низькодиференційованій саркомі з ураженням печінки, селезінки та лімфатичних вузлів (клінічно – «Мікст-менінгоенцефаліт (Toxoplasma+Mycobacterium)»).

**Висновок.** Менше ніж у половині випадків (45,7%) клінічні та патологоанатомічні діагнози повністю співпадали. У 20% виявлено гіпердіагностику на користь туберкульозу. Розбіжність діагнозів спостерігалась у 31,4% випадків, що в більшості пов'язано з розвитком захворювань грибкової етіології, які донедавна вважалися рідкісними для нашого регіону (гістоплазмоз та криптококоз – 63,7%).

*Гуйда П.П.*

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Изменения пищеварительного тракта наиболее типичны для висцеральных проявлений системной склеродермии (ССД) и служат важным дифференциально-диагностическим критерием. Нами патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 84% больных. В патологический процесс могут вовлекаться все отделы пищеварительного тракта, но наиболее частым (60-80%) и важным для диагностики ССД является поражение пищевода.

Склеродермическое поражение пищевода клинически проявляется дисфагией с затруднением прохождения прежде всего плотной пищи, что вынуждает больных запивать пищу жидкостью, частыми и выраженными изжогами, усиливающимися при наклоне туловища и в горизонтальном

положении. Кроме того, больных беспокоят давящие боли за грудиной во время еды, срыгивания и так называемые пищеводные рвоты. Рентгенологически регистрируются гипотония и атония стенок пищевода, ослабление перистальтики, замедление прохождения бариевой взвеси по пищеводу, сужение пищевода в нижнем отделе с диффузным расширением его верхних отделов. Характерна задержка контрастной массы в пищеводе от нескольких минут до 2 часов и более (в наших наблюдениях до 24 часов), обусловленная в раннем периоде болезни эзофагоспазмом, а в позднем – фиброзным сужением пищевода в нижнем отделе.

Имеется несоответствие клинических проявлений и рентгенологических признаков поражения пищевода у больных ССД. Так, у наблюдаемых нами больных клиническая симптоматика имела место у 84% пациентов, а рентгенологические изменения выявлены у 66%. Эндоскопически обычно обнаруживаются явления эзофагита, нередко с множественными кровоизлияниями и изъязвлениями в нижнем отделе пищевода.

У отдельных больных отмечается и более редкая патология пищевода. Нами в двух случаях определялись дивертикулы пищевода, в 6 – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, в 10 – желудочно-пищеводный рефлюкс, в 7 – дуодено-гастральный рефлюкс.

Поражение пищевода развивается, как правило, уже на фоне выраженных клинических проявлений ССД при наличии периферического симптомокомплекса и висцеропатий. Возможно также поражение пищевода и других отделов пищеварительного тракта уже в ранние сроки. У отдельных больных признаки поражения пищевода, в частности явления эзофагита, превалируют в клинической картине заболевания, что нередко приводит к диагностическим ошибкам и необоснованным оперативным вмешательствам в связи с подозрением на злокачественное новообразование.

При поражении желудка обычно снижается аппетит, возникают боли и чувство тяжести в подложечной области, чувство быстрого насыщения, тошноты и рвоты после еды. Рентгенологически устанавливается снижение

тонуса и перистальтики желудка, опущение или расширение его. При эндоскопическом исследовании выявляются кровоизлияния и эрозии на слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Почти у трети больных нами выявлен бульбо- и/или дуоденостаз. Реже при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях обнаруживали явления дуоденита (у 23 больных) и перидуоденита (у 14 больных).

Нередко (в наших наблюдениях у 19 пациентов) обнаруживаются также язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, возникающие иногда уже в раннем периоде заболевания, которые могут осложняться кровотечением, перфорацией, стенозом, в связи с чем возникает необходимость в хирургическом вмешательстве.

В генезе язвенного процесса при ССД несомненное значение имеют сосудистые и микроциркуляторные нарушения, изменение моторики желудка, нарушения секреторной и кислотообразующей функций. Определённую роль может играть также частый и длительный, зачастую нерациональный, приём кортикостероидных гормонов, нестероидных противовоспалительных препаратов и других средств, оказывающих раздражающее и ульцерогенное воздействие на слизистую оболочку пищеварительного тракта. Исходя из современных представлений об этиологии язвенной болезни, в развитии язв желудка и двенадцатиперстной кишки при ССД не исключается также роль геликобактера, что было подтверждено нашими наблюдениями. Для лечения желудочных и дуоденальных язв при ССД нами применён один из вариантов современной антигеликобактерной терапии, включающей отечественные препараты доксицилин, викалин и метронидазол и способствующей эрадикации геликобактера. Лечение проводилось на фоне базисной терапии унитиолом и другими общепринятыми средствами, в том числе нестероидными противовоспалительными препаратами и глюкокортикостероидами. Выраженный терапевтический эффект был достигнут у всех 19 больных. Практически у всех больных в течение первой недели исчезали боли в животе и диспептические явления. При эндоскопическом исследовании рубцевание язв

наблюдалось через 15-17 дней. Одновременно отмечалось уменьшение выраженности эзофагита и дуоденита, а также заживление имевших место эрозий слизистой оболочки желудка. Побочные реакции в процессе антигеликобактерной терапии не возникали. Длительные катамнестические наблюдения свидетельствуют о достижении у больных ССД длительной ремиссии, что подтверждается эндоскопическими исследованиями, систематически проводимыми этим больным.

Поражение кишечника встречается почти у половины больных ССД. Патология тонкого кишечника клинически проявляется болями в эпигастральной области и в области пупка, тошнотами, рвотами, вздутием живота и чувством распираания, поносами и запорами или их чередованием. Одним из характерных проявлений тяжёлого поражения тонкого кишечника считается синдром нарушения всасывания (мальабсорбции), развивающийся обычно у больных с тяжёлыми генерализованными висцеропатиями и являющийся прогностически неблагоприятным признаком ССД.

Поражение толстого кишечника характеризуется упорными запорами, вплоть до развития кишечной непроходимости, или их чередованием с поносами, метеоризмом, болями по ходу кишечника. С помощью ирриго- и колоноскопии у отдельных больных выявляются язвы толстой кишки, иногда с поражением по типу язвенного колита.

Почти у половины больных ССД выявляется поражение печени, чаще в виде гепатомегалии и гепатолиенального синдрома. Лишь в двух случаях в наших наблюдениях имел место цирроз печени. Изменения желчевыводящих путей выявляются у 60% больных и обычно характеризуются признаками дискинезии жёлчного пузыря в сочетании с гипертонусом сфинктера Одди.

Нередки также поражения поджелудочной железы, что выражается в повышении её эхоплотности при ультразвуковом исследовании и нарушениях эндокринной функции, играющих большую роль в генезе кишечной патологии. Изменения поджелудочной железы нередко сопровождаются ноющими болями и диспептическими нарушениями.

Таким образом, поражение пищеварительного тракта наблюдается у большинства больных ССД, нередко уже в раннем периоде заболевания, проявляется характерными клинико-рентгенологическими признаками и по диагностической значимости занимает первое место среди склеродермических висцеропатий.

*Гуйда П.П., Молотягина С.П.*

## **ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ**

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины»,*

*г. Харьков, Украина*

Болезнь Стилла (БС) – один из вариантов суставно-висцеральной (системной) формы ювенильного ревматоидного артрита. У взрослых заболевание чаще встречается у лиц молодого возраста – до 35-40 лет.

БС характеризуется острым началом полиартрита с поражением крупных и мелких суставов и позвоночника, резкими болями и выраженными экссудативными явлениями. Наряду с этим отмечаются высокая лихорадка (39°С и выше), нередко предшествующая другим проявлениям, и полиморфные высыпания на коже лица, туловища и конечностей, появляющиеся в часы максимального повышения температуры тела (чаще вечером) и исчезающие при её снижении. Отличительной особенностью кожной сыпи при БС считается возможность возникновения её после трения или под воздействием тёплой воды.

У больных быстро развивается лимфаденопатия, увеличиваются печень и селезёнка, значительно нарушается общее состояние, наблюдается похудание и выпадение волос. Частым и характерным признаком БС считается боль в горле. В дальнейшем выявляются поражения внутренних органов: плеврит,

пневмония, экссудативный перикардит, миокардит, полисерозит, полинейропатия и др.

Специфических тестов для диагностики БС не имеется. В периферической крови обнаруживаются стойкое повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево (иногда лейкопения), анемия, тромбоцитоз. Из биохимических показателей необходимо отметить наличие С-реактивного белка, повышение уровня серомукоида, трансаминаз и щелочной фосфатазы, гипоальбуминемию, гиперальфа<sub>2</sub> – и гаммаглобулинемию. Характерным является отсутствие в крови ревматоидного фактора, антинуклеарных антител и антител к ДНК, что может служить важным дифференциально-диагностическим критерием.

Течение заболевания может быть различным. Чаще БС протекает с обострениями и ремиссиями, причём высокая активность процесса нередко сохраняется до 5 лет.

Правильная диагностика БС базируется на учёте характерных клинических проявлений заболевания и лабораторных показателей, среди которых ведущими и обязательными являются лихорадка (до 39°С и выше), эритематозно-папулёзная сыпь, артралгии (миалгии), артрит, увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево. В то же время, несмотря на наличие характерных клинических проявлений, появляющихся в начальной стадии или при обострении заболевания, диагностика БС значительно затруднена, на что указывают частые диагностические ошибки. Так, из наблюдавшихся нами 7 больных (5 мужчин и 2 женщины) с типичной клинической картиной БС правильный диагноз при первичном обращении к врачу не был установлен ни в одном случае, а на протяжении всего периода болезни установлен лишь у одного больного. Больным чаще всего устанавливались ошибочные диагнозы реактивного и ревматоидного артрита, ревматизма, системной красной волчанки, «полиаллергоза».

При проведении дифференциальной диагностики обязательным является исключение инфекционных заболеваний, прежде всего сепсиса и

инфекционного мононуклеоза, злокачественных новообразований (особенно злокачественной лимфомы) и других ревматических болезней, имеющих сходную клиническую картину.

В практическом здравоохранении могут быть использованы диагностические критерии БС, рекомендованные к клиническому применению Ассоциацией ревматологов Украины.

Большие (основные) критерии:

1. Лихорадка –  $39^{\circ}\text{C}$  или выше длительностью 1 неделя и более.
2. Артралгия в течение 2 недель и более.
3. Макулярная или макулопапулярная оранжево-розовая не зудящая сыпь, обычно появляющаяся во время лихорадки.
4. Лейкоцитоз – более 10000 в мм<sup>3</sup> и выше.

Малые (второстепенные) критерии:

1. Боль в горле.
2. Лимфаденопатия и/или спленомегалия, подтверждённая пальпаторно или эхографически.
3. Нарушение функции печени: повышение уровней трансаминаз и/или лактатдегидрогеназы, не связанное с токсическим действием лекарств или с аллергией.
4. Отсутствие ревматоидного фактора и антинуклеарных антител.

Диагноз БС может быть установлен при наличии у больного 5 и более критериев, из них не менее двух – больших.

Лечение БС аналогично лечению ревматоидного артрита, основу патогенетической терапии которого составляют базисные препараты:

1. Селективные иммуносупрессоры – лефлуномид (арава).
2. Препараты золота – тауредон, ауранофин.
3. Цитостатические иммуносупрессоры – метотрексат, азатиоприн (имуран), циклофосфамид, хлорбутин (лейкеран).
4. Тиоловые соединения – унитиол, Д-пеницилламин.
5. Аминохинолиновые производные – делагил, плаквенил.

6. Сульфопрепараты – сульфасалазин, салазопиридазин.

Базисную терапию начинают сразу после установления диагноза, назначая препараты в различных комбинациях (чаще иммуносупрессоры в сочетании с препаратами золота или аминохинолиновыми производными). Лечение проводится под контролем активности патологического процесса и переносимости препаратов. Базисные препараты обязательно комбинируют с нестероидными противовоспалительными средствами и, при необходимости, с глюкокортикостероидами.

Кроме средств базисной терапии, в лечении широко используются нестероидные противовоспалительные препараты – мовалис, диклофенак, диклоберл, вольтарен, пироксикам и др.

Из глюкокортикостероидов чаще применяются преднизолон, метипред, медрол в небольших или средних дозах.

К методам местного воздействия на воспалительный процесс относятся внутрисуставное введение лекарственных средств (глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры, ингибиторы протеаз), мазевые и гелевые формы на основе нестероидных противовоспалительных препаратов, аппликации димексида на суставы, лазерное излучение, физиотерапевтические процедуры.

В тяжёлых случаях на фоне проводимого комплексного медикаментозного лечения нередко возникает необходимость в проведении пульс-терапии метилпреднизолоном и циклофосфаном и в использовании методов экстракорпоральной терапии (плазмаферез, гемосорбция).

Нами для лечения ревматоидного артрита и БС применяется унитиол, который назначается по 5-10 мл 5% раствора внутримышечно ежедневно повторными курсами из 30-40 инъекций, проводимыми через 4-6 месяцев. Как показали наши многолетние (больше 45 лет) наблюдения, унитиол выгодно отличается от Д-пенициллина более высокой терапевтической эффективностью и отсутствием серьёзных побочных реакций, не развивающихся даже при длительном (10-15 лет и более) применении. В качестве метода местной терапии нами применяется суперэлектрофорез

унитиола с димексидом, назначаеый больным с высокой активностью патологического процесса на фоне лечения другими базисными средствами, в частности, с внутримышечным введением унитиола.

Таким образом, в настоящее время имеются определённые трудности диагностики болезни Стилла у взрослых, что подтверждается нашими наблюдениями. Своевременному установлению правильного диагноза способствует в первую очередь знание врачами характерных клинических проявлений, лабораторных показателей и диагностических критериев заболевания. Назначение адекватной терапии в раннем периоде БС и включение унитиола в комплекс общепринятых лекарственных средств, используемых для лечения заболевания, позволяют повысить эффективность терапии и улучшить дальнейший прогноз.

*Гуйда П.П., Молотягина С.П.*

## **ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА**

*Харківський національний медичний університет, Україна*

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»,*

*м. Харків, Україна*

Системний червоний вовчак (СЧВ) – системне аутоімунне захворювання сполучної тканини і судин серед ревматичних хвороб вирізняється перш за все гостротою і тяжкістю перебігу, вираженою лихоманкою, наявністю полісерозитів. Прогноз при СЧВ до цього часу залишається досить серйозним.

В той же час діагностика СЧВ, особливо в ранньому періоді, як свідчить наш досвід, викликає у широкого кола лікарів значні труднощі, про що свідчить частота діагностичних помилок. За даними проведеного нами аналізу еволюції діагнозу у 100 хворих на достовірний СЧВ, незважаючи на наявність у більшості хворих типових клінічних проявів, правильний діагноз на протязі

першого року хвороби було встановлено в 47% випадків і лише у 6 пацієнтів – при первинному зверненні до лікаря.

Серед помилкових діагнозів частіше зустрічались реактивний і ревматоїдний артрит, ревматизм. Суглобовий синдром став причиною помилкових діагнозів хвороби Рейтера, остеоартрозу, подагри. Наявність дискоїдних осередків ураження шкіри розцінювалась лікарями, в тому числі дерматологами, як дискоїдний червоний вовчак. Інші ураження шкіри розглядались як алергічна реакція, рецидивуюча кропив'янка, вузлувата еритема, токсикодермія, дерматит. Переважання в клінічній картині вісцеропатій у третини пацієнтів спричинило помилкові діагнози недиференційованого системного захворювання сполучної тканини, гломерулонефриту, міокардиту, плевриту, пневмонії, туберкульозу легень, системного васкуліту, системної склеродермії, синдрому Шегрена. За наявності вираженої лихоманки і зростаючої загальної слабкості помилково діагностувались сепсис, злоякісні пухлини, інфекційні хвороби.

Як свідчить проведений нами аналіз, однією із основних причин діагностичних помилок є недостатнє знання лікарями клініки і діагностичних критеріїв СЧВ, на чому і повинна базуватись діагностика. На жаль, до цього часу багато лікарів, в тому числі ревматологів, вважають обов'язковими для установлення діагнозу наявність еритеми шкіри лица у вигляді «метелика» і виявлення LE-клітин, а за їх відсутності діагноз СЧВ виключають. При цьому не ураховуються можливість моносиндромного початку СЧВ і різні атипові варіанти дебюту захворювання, що дуже важливо для ранньої діагностики СЧВ. В ранньому періоді захворювання не завжди правильно інтерпретуються наявні клінічні прояви і не ураховуються ознаки системності ураження. Із інших причин слід відзначити поліморфізм клінічних проявів СЧВ, недостатню їх вираженість і неспецифічність в ранньому періоді хвороби.

Неправильна діагностика СЧВ і несвоєчасне призначення раціональної терапії, перш за все глюкокортикостероїдів та імуносупресорів, в значній мірі

ускладнюють перебіг і посилюють тяжкість захворювання, а також погіршують його подальший прогноз.

Діагностика СЧВ базується в першу чергу на урахуванні клінічних проявів. Для діагностики можуть бути використані діагностичні критерії Американської ревматологічної асоціації:

- висипання у виличній ділянці (еритема – «метелик»);
- дискоїдний вовчак;
- фотосенсибілізація;
- виразки порожнини рота;
- артрит;
- серозит (плеврит, перикардит);
- ураження нирок (персистуюча протеїнурія 0,5 г і більше за добу);
- ураження нервової системи (судоми, психоз);
- гематологічні зміни (гемолітична анемія, лейкопенія, лімфопенія, тромбоцитопенія, наявність LE-клітин);
- імунологічні порушення (антитіла до нативної ДНК у високих титрах, анти-Sm-антитіла, фальшивопозитивна реакція на сифіліс, виявлення антифосфоліпідних антитіл);
- антиядерні антитіла.

Діагноз СЧВ вважається достовірним за наявності 4 критеріїв і більше.

Запропоновані критерії більш придатні для установлення діагнозу СЧВ в розгорнутій стадії хвороби. При їх використанні необхідно урахувувати не тільки виявлену кількість, а й діагностичну цінність та специфічність кожного з них. Так, «метелик» і дискоїдні осередки високо специфічні для СЧВ, тому виявлення одного із цих критеріїв у поєднанні з двома або навіть ще з одним (особливо якщо це нирковий і суглобовий синдроми) дозволяє з високою достовірністю установити правильний діагноз.

При установленні діагнозу СЧВ необхідно також урахувувати жіночу стать, молодий дітородний вік, анамнестичні дані – зв'язок захворювання з пологами, абортами, початком менструальної функції, гіперінсоляцією,

переохолодженням, перенесеною інфекцією та іншими провокуючими факторами, стійку лихоманку, значну і швидку втрату маси тіла, посилене випадання волосся.

Однак слід відзначити, що останнім часом зросла захворюваність на СЧВ серед чоловіків (серед наших хворих жінок – 86, чоловіків – 14), а розвиток СЧВ та інших ревматичних хвороб запального генезу нерідко спостерігається у людей похилого віку. За нашими спостереженнями, ознаки типової СЧВ вперше виникають і у віці 70-80 років: в 73 роки – у 1 хворого, 77 років – у 1, 78 років – у 2, 82 роки – у 1. Такі особливості розвитку та перебігу СЧВ також необхідно враховувати при установленні діагнозу.

Основу ранньої діагностики СЧВ складають в першу чергу знання початкових проявів захворювання, виявлення та урахування ознак системності ураження, які супроводжуються змінами клініко-лабораторних, біохімічних та імунологічних показників. При цьому необхідно також враховувати можливість наявності атипичних варіантів дебюту СЧВ, зокрема:

- СЧВ з переважним і раннім ураженням центральної нервової системи у вигляді менінгоенцефалополірадикулонеуриту, епілептиформних нападів, нейропсихічних порушень, невритів та інш.;

- СЧВ з тяжким ураженням легень у вигляді пневмоніту і швидко прогресуючої легеневої гіпертензії;

- СЧВ з гематологічними порушеннями (гемолітична анемія, аутоімунна тромбоцитопенія);

- СЧВ з наявністю в дебюті синдромів Рейно і Шегрена.

Для ранньої діагностики СЧВ можна використати також критерії Американської ревматологічної асоціації, але при цьому наявність 3 критеріїв свідчить про вірогідний діагноз, що дає можливість виділити групу осіб з ранньою стадією хвороби, які мають потребу у подальшому цілеспрямованому обстеженні, динамічному спостереженні і проведенні заходів, спрямованих на профілактику прогресування захворювання.

При проведенні диференціальної діагностики необхідно перш за все виключити інші ревматичні хвороби (системні васкуліти, системну склеродермію, дерматоміозит, реактивний артрит), захворювання кровотворної системи, а при наявності стійкої лихоманки – сепсис, інфекційні захворювання, злоякісні новоутворення.

Установлення правильного діагнозу в ранньому періоді СЧВ, своєчасне призначення і систематичне проведення раціональної терапії дозволяють не тільки багато в чому визначати подальший перебіг захворювання, але і попереджувати тяжкі ураження окремих органів і систем і тим самим покращувати якість життя хворих, зберігати чи відновлювати їх працездатність та істотно збільшувати тривалість життя.

*Данилов Д.Е., Литвинчук Д.В., Виноградова Д.А., Матвеенко А.В., Карпов И.А.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ**

*Учреждение образования Белорусский государственный медицинский  
университет, г. Минск, Республика Беларусь*

**Цель работы:** проанализировать результаты лечения пациентов с хроническим гепатитом С различными схемами прямого противовирусного действия.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе УЗ «Городская клиническая инфекционная больница г. Минска». Общее количество пациентов в исследовании – 253 (110 мужчин, 143 женщины, соотношение М:Ж=1:1,3). Доля пациентов с выраженным фиброзом (F3)/циррозом печени составила 40,71% (103 пациента). Статистическая обработка – ПО MS Excel 2013.

**Результаты.** Медиана возраста пациентов составила 48 лет (межквартильный размах 39 – 59 лет). Определение генотипа/субтипа проводилось у 248/253 пациентов (98%): 1 генотип – 69,76% (173/248), в т.ч.

субтип 1b - 63,58% (110/173), субтип 1a - 5,78% (10/173), 1a/1b - 3,47% (6/173), субтипирование не проводилось - 27,17% (47/173); 2 генотип – 13,3% (33/248); 3 генотип – 16,53% (41/248); у 1 (0,41%) пациента выявлен микст: 1+2 генотипы.

Медиана вирусной нагрузки составила 1200000 МЕ/мл (межквартильный размах 352500МЕ/мл – 3127500 МЕ/мл).

Количество пациентов, получавших лечение схемой софосбувир+даклатасвир±рибавирин – 144/253 (56,9%), в данной группе пациентов у 64/144 (44,44%) имелся выраженный фиброз (F3) /цирроз печени. НВО – 26/144 (18,06%), 1/144 (0,69%) не достиг НВО, УВО12 достигли 29/144 (20,14%), не достигли УВО12 – 3/144 (2,08%), УВО24 достигли 62/144 (43,06%), у 22/144 (15,28%) отсутствуют данные о вирусологической нагрузке на окончание лечения, 1/144 – отмена по медицинским показаниям.

Количество пациентов, получавших лечение схемой софосбувир+рибавирин – 23/253 (9,1%), в т. ч. 19/23 (82,61%) – со 2 генотипом вируса. У 6/23 (26,09%) имелся выраженный фиброз (F3) /цирроз печени. Достижение НВО – 4/23 (17,39%), УВО12 - 6/23 (26,09%), не достигли УВО12 – 1/23 (4,35%), УВО24 - 8/23 (34,78%), не достигли УВО24 – 2/23 (8,7%), у 2/23 (8,7%) отсутствуют данные о вирусологической нагрузке на окончание лечения. У 1 пациента в схему был добавлен ПегИФН, однако данные по эффективности схемы отсутствуют.

Количество пациентов, получавших лечение схемой софосбувир/ледипасвир±рибавирин – 53/253 (20,9%). У 22/53 (41,5%) имелся выраженный фиброз (F3) /цирроз печени. У 1/53 (1,9%) НВО не достигнут, УВО12 – 4/53 (7,5%), не достиг УВО12 – 1/53 (1,9%), УВО24 – 47/53 (88,7%).

Количество пациентов, получавших лечение схемой омбитасвир/паритапревир/ритонавир+дасабувир±рибавирин – 32/253 (12,6%), в данной группе пациентов у 11/32 (34,38%) имелся выраженный фиброз (F3) /цирроз печени. У 1/32 (3,13%) достигнут НВО, 31/32 (96,87%) – УВО24.

**Выводы.** Предварительная эффективность (УВО12) схемы софосбувир + даклатасвир ± рибавирин составила 94,79% (91/96); 26 пациентов достигли НВО и ожидают УВО12.

Предварительная эффективность (УВО12) схемы софосбувир + рибавирин составила 82,35% (14/17); 4 пациента достигли НВО и ожидают УВО12.

Предварительная эффективность (УВО12) схемы софосбувир/ледипасвир ± рибавирин составила 98,08% (51/53).

Предварительная эффективность (УВО12) схемы омбитасвир/паритапревир/ритонавир + дасабувир ± рибавирин составила 100% (31/31); 1 пациент достиг НВО и ожидает УВО12.

*Данилова В.В.<sup>1</sup>, Овчаренко С.С.<sup>1</sup>, Бевз С.І.<sup>2</sup>*

## **АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ДЕСТРУКТИВНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ**

<sup>1</sup> *Харківський національний медичний університет, кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології, м. Харків, Україна*

<sup>2</sup> *КЗОЗ обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Харків, Україна*

**Мета.** Аналіз ефективності лікування дітей, хворих на ГДП із застосуванням внутрішньотканинного електрофорезу та без його застосування.

**Матеріали та методи.** До дослідження було долучено 389 дітей віком 5,4±4,4 років, що лікувались у Обласній дитячій клінічній лікарні №1 м. Харкова у 2014-2017 роках. Група I (n=84) - лікувались із застосування внутрішньотканинного електрофорезу; група II (n=305) - отримували лікування, згідно чинних наказів МОЗ України. Добова доза антибіотика (АТБ) вводилась внутрішньовенно-крапельно протягом 30 хвилин. У дітей групи I на грудній клітці розташовували електроди від гальванічного апарату так, щоб вогнище запалення знаходилось в міжелектродному просторі. Через 15 хвилин після початку інфузії АТБ починали гальванізацію протягом 30 хвилин (15 хвилин

сумісно з введенням АТБ та 15 хвилин після закінчення його введення). Внутрішньотканинний електрофорез АТБ проводився 1 раз на добу протягом 4 – 5 діб).

Результати. Особливостями збудника гострої деструктивної пневмонії (ГДП) у дітей в сучасних умовах є висока антибіотикорезистентність. Порушення мікроциркуляції у вогнищі запалення викликає труднощі у досягненні необхідної концентрації АТБ та має вплив на результати лікування таких хворих.

На протязі перших 15 діб лікування в основній групі I клінічний аналіз крові нормалізувався у  $76,7 \pm 12$  % спостережень, проти  $41 \pm 7$  % в групі II. В групі I дітей повна нормалізація показників клінічного аналізу крові зафіксована на 20 добу лікування, тоді, як в групі II – у  $18,1 \pm 8$  % дітей ці показники нормалізувались до 25 діб, а у  $9,1 = 6$  % - до 30 діб лікування.

Так, позитивна рентгенологічна динаміка у дітей групи I в перші 10 діб лікування спостерігалась у дітей основної групи в  $7,6 \pm 8$  % випадків, проти  $4,5 \pm 5$  % - у дітей групи II. Протягом 20 діб рентгенологічна картина нормалізувала в  $69,2 \pm 13$  % в основній I, і в  $54,5 \pm 11$  % - в групі II, тобто  $14,7 \pm 12$  % більше. Рентгенокартина піотораксу у дітей групи I нормалізувалась до 25 доби лікування, тоді, як в групі II – в  $13,6 \pm 7$  % дітей зміни на контрольних рентгенограмах зафіксовані до 30 доби лікування. Це дозволило скоротити терміни стаціонарного лікування в середньому на 4 ліжкодня.

Висновок. Таким чином, проведені дослідження довели можливість адресного підвищення концентрації та накопичення антибіотиків в осередку запалення шляхом внутрішньотканинного електрофорезу.

## **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ**

*Харківський національний медичний університет*

Однією з важливих медичних проблем сьогодення є широке розповсюдження ВІЛ/СНІД інфекції не лише серед населення України, а і у всьому світі. Щорічно на Україні фіксується до 100 нових випадків ВІЛ-інфікованих. За період з 1987 року по 2016 рік було зареєстровано 48357 дитини, які народились від ВІЛ-інфікованих матерів. В 2017 року ВІЛ-інфекція була виявлена у 2158 дітей, з яких 32 дитини померли від СНІДу.

Інфікування відбувається переважно серед осіб репродуктивного віку, що приводе до постійного зростання ВІЛ-інфікованих серед вагітних жінок. Більш 70 % всіх випадків ВІЛ-інфекції є результатом гетеросексуальної передачі серед дорослих, а 90 % випадків ВІЛ-інфекції є наслідком передачі інфекції від матері дитині. Групою ризику в таких випадках є жінки - ін'єкційні наркоманки та жінки, які ведуть безладне статеве життя. Стан здоров'я дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, обтяжений. Структура захворювань таких дітей значно відрізняється від захворювань дітей із загальної популяції, що потребує особливого дородового та післяродового спостереження за ВІЛ-інфікованими вагітними жінками та дітьми, народжених від них.

**Метою даної роботи** було вивчення особливостей клінічних проявів у ВІЛ-інфікованих дітей.

**Матеріали та методи.** Нами було досліджено 30 ВІЛ-інфікованих дітей, віком від 5-15 років.

**Результати та обговорення.** При загальній схожості перебігу ВІЛ-інфекції у дітей та дорослих педіатричні спостереження виявляли ряд істотних особливостей. У дітей з ВІЛ-інфекцією характерною особливістю була висока частота різних бактеріальних інфекцій, які занімали перше місце, на другому місці були зафіксовані пухлинні хвороби. У зв'язку з цим бактеріальні інфекції

у дітей були занесені в список «індикаторних» хвороб, при виявленні яких діагноз ВІЛ-інфекції можливо встановити без дослідження на наявність сероконверсії. В результаті досліджень клінічного матеріалу, взятого від хворих дітей на ВІЛ-інфекцію з різними діагнозами (гнійний отит, менінгіт, піодермія при супутній екземі, бактеріальна пневмонія з абсцедуванням і в плевральним випотом, бактеріальний сепсис) було встановлено, що в 73,2 % випадків етіологічним фактором гнійно-запальних захворювань були коагулазопозитивні стафілококи (*S. aureus*) та коагулазонегативні коки (*S. epidermidis*, *Str. pneumoniae*). Грамнегативні бактерії (*K. pneumoniae*, *E. coli*, *Proteus spp* та *P. aeruginosa*, *H. influenzae*) у хворих зустрічалися в 26,8 % випадках.

Слід відмітити, що бактеріальні інфекції у дорослих людей, що хворіють на СНІД, представляли меншу частину великого спектра вторинних інфекційних уражень, в той час, як у дітей вони були основною причиною захворюваності та смертності.

Особливістю і унікальністю патології дитячого СНІДу є лімфоцитарна інтерстиціальна пневмонія (ЛІП), яка зустрічалася тільки у ВІЛ-інфікованих дітей. Серед інших інфекцій, крім бактеріальних, для дітей були характерними вірусні інфекції, викликані наступними вірусами: вірусом Епштейна-Барра, цитомегаловірусом, вірусом простого герпесу та вірусом вітряної оспи.

Встановлено, що протозойні інфекції, такі як токсоплазмоз та криптококоз у дітей були майже відсутніми. В той час, як у дорослих, хворих на ВІЛ інфекцію, вони зустрічалися з високою частотою.

Аналіз клінічних спостережень показав, що ураження ЦНС були характерні як для дорослих, так і для дітей - хворих на СНІД. Клінічні прояви нейро-СНІДу були виявлені серед дорослих у 30%, серед дітей у 50-80% випадках.

Результати проведених досліджень показали, що у дітей набагато раніше, аніж у дорослих відбувається сероконверсія. Встановлено, що у 2/3 дітей протягом 6 місяців від моменту інфікування виявляються антитіла до ВІЛ, а у дітей старшого віку (7-14 років) сероконверсія настає пізніше.

**Висновки.** Отримані нами дані, свідчать про особливості, які відрізняють клінічну картину ВІЛ-інфекції у дітей та дорослих. Необхідно також акцентувати увагу лікарів різних спеціальностей на особливостях прояви ВІЛ-інфекції у дітей. Лікарі акушери-гінекологи, педіатри, дерматологи повинні знати особливості ураження внутрішніх органів, шкіри і слизових, ЦНС на тлі ВІЛ-інфекції. У випадках атипичного перебігу, торпідності до проведеної терапії направляти дітей для обстеження на ВІЛ інфекцію. Рання діагностика та своєчасне розпочате лікування зможуть поліпшити якість життя і продовжити життя таким дітям. Неухильний ріст кількості ВІЛ-інфікованих диктує необхідність розробки спеціальних профілактичних та лікувальних засобів при проведенні дородового та післяродового спостереження за ВІЛ-інфікованими вагітними і народженими дітьми від них.

*Дубинська Г.М., Котелевська Т.М., Прийменко Н.О., Ізюмська О.М., Боднар В.А.,  
Руденко С.С., Лимаренко Н.П., Дубина К.В.*

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПІСТОРХОЗУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична  
стоматологічна академія», м. Полтава, Україна*

Опісторхоз – природно-вогнищевий біогельмінтоз, спричинений двовустецями (*Opistorchis felineus* та *Opistorchis viverrini*), який характеризується переважним ураженням печінки, жовчного міхура, підшлункової залози і має системний вплив на стан здоров'я, збільшує сприйнятливність до інших інфекцій, видозмінює перебіг супутніх захворювань,

має канцерогенну дію. В Україні опісторхоз реєструється практично в усіх областях, але рівень ураженості населення опісторхисами, за даними різних авторів, коливається від 0,2% до 60,0% залежно від регіону. Найбільшим ендемічним осередком опісторхозу є Дніпровський річний басейн – Сумська та Полтавська області. На сьогодні доведено, що наявність опісторхозної інвазії маскує та обтяжує перебіг інших патологічних процесів, а в свою чергу інфекції, що перебігають з ураженням печінки (зокрема парентеральні гепатити В і С), незалежно від їх клінічної форми (маніфестна або латентна) впливають на перебіг опісторхозу. Це ускладнює діагностичний пошук, призводить до помилок в диференціальній діагностиці та створює складності у виборі лікувальної тактики хворих з мікст-інфекціями, що визначає актуальність даного дослідження.

**Мета дослідження** – з'ясувати епідеміологічні та клінічні характеристики опісторхозу в Полтавській області.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано захворюваність на опісторхоз серед населення Полтавської області за даними річних звітних форм МОЗ України за 2006-2015 рр. Клінічний перебігу опісторхозу вивчали при ретроспективному дослідженні 114 історій хвороб пацієнтів, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні за період 2013-2015 рр. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою точного тесту Фішера та критерію хі-квадрат.

**Результати дослідження.** Проведені дослідження показали, що в Полтавській області знаходиться другий по величині природний осередок інвазії в Україні. Захворюваність на опісторхоз в регіоні за останні 10 років становила від 17,58 (2006 р.) до 4,96 (2015 р.) на 100 тис. населення та перевищувала загальноукраїнські показники в 10,2 та 5,9 рази відповідно (1,73 і 0,84 на 100 тис. населення аналогічно).

Аналіз перебігу опісторхозу в госпіталізованих хворих показав, що переважна більшість (85,8%) мала хронічний перебіг захворювання, а гострі форми інвазії реєструвалися переважно в сімейних осередках. Основним

фактором передачі у більшості випадків (64,9%) була солена чи в'ялена риба. При маніфестному перебігу інвазії у хворих найчастіше виявляли ураження гепатобіліарного тракту (95,6%), шлунково-кишкового тракту (42,1%), рідше – алергічні прояви (10,5%). Мікст форми опісторхозу та інших інвазій (аскаридоз, ентеробіоз, лямбліоз) мали місце у 14,0%, парентеральних гепатитів В і С – у 8,3% обстежених. Вирішальна роль у діагностиці опісторхозу належала копроовоскопії (93,9%), менше значення мала дуоденоскопія (6,1%). Повторний курс дегельмінтизації потребували 7,9% хворих.

**Висновки.** Захворюваність на опісторхоз в Полтавській області одна з найвищих в Україні. Опісторхоз у хворих Полтавської області перебігав переважно (85,8%) в хронічній формі з ураженням гепатобіліарного тракту (95,6%). Мікст-форми опісторхозу в поєднанні з іншими інвазіями реєстрували у 14,0%, з парентеральними гепатитами В і С – у 8,3% обстежених. Повторний курс дегельмінтизації потребували 7,9% хворих.

*Дубинська Г.М.<sup>1</sup>, Котелевська Т.М.<sup>1</sup>, Приймєнко Н.О.<sup>1</sup>, Ізюмська О.М.<sup>1</sup>,  
Коваль Т.І.<sup>1</sup>, Крупініна Т.М.<sup>2</sup>, Коваль А.В.<sup>1</sup>*

### **ГАРЯЧКА ЗАХІДНОГО НІЛУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

<sup>1</sup> *Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна*

<sup>2</sup> *Державна установа «Полтавський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Полтава, Україна*

Гарячка Західного Ніла (WNF) є найбільш розповсюдженою арбовірусною інфекцією, викликаною вірусом Західного Нілу (WNV), що має високий епідемічний потенціал та становить загрозу для здоров'я населення в усьому світі, завдяки швидкому глобальному розповсюдженню, формуванню нових природних осередків та здатності спричиняти епідемії в ендемічних регіонах. За останні 20 років зареєстровано численні епідемічні спалахи

хвороби серед людей, птахів та коней, пов'язані з WNV. Провідним механізмом передачі WNV людині є трансмісивний через укуси комарів та кліщів. Тривалий час вважалося, що цей шлях передачі єдиний, а людина в епізоото-епідемічному процесі є «тупиковим хазяїном», доки не було виявлено нових механізмів його передачі. На сьогодні доведена можливість передачі WNV при переливанні крові, трансплантації органів, трансплацентарно і при вигодуванні дитини через грудне молоко, а також описані лабораторні випадки інфікування. Крім того, гарячка Західного Нілу входить в перелік обов'язкового обстеження донорської крові в США.

На території України WNV вперше виявлений в 70-х роках ХХ століття, однак на сьогодні клінічні та епідеміологічні аспекти вивчені недостатньо. В даному дослідженні проаналізовано епідемічну ситуацію щодо WNF в Полтавській області за 2011-2017 рр. та з'ясовані епідеміологічні та клінічні прояви серологічного підтверджених випадків гострої WNF.

**Мета дослідження** – вивчити епідеміологічні та клінічні характеристики гарячки Західного Нілу в Полтавській області.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано випадки WNF в Полтавській області за 2011-2017 рр., за даними річних звітних форм МОЗ України. Проведено серологічне дослідження парних сироваток крові на специфічні антитіла класу IgG до WNV 166 хворих із гарячковими станами, що потребували обстеження на WNF. Клінічний перебіг вивчали при ретроспективному аналізі 14 історій хвороб пацієнтів з WNF, які знаходилися на лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні.

**Результати.** Проведений аналіз показав, що в Полтавському регіоні протягом 2011-2017 рр. зареєстровано 25 серологічно підтверджених випадків гострої WNF, з найбільшою кількістю – 14 осіб у 2012 році. Серологічне обстеження на специфічні маркери WNV 166 хворих із гарячковими станами дозволило виявити 45 (27,1%) серопозитивних пацієнтів. Гостра WNF діагностована в 25 (15,1%), перенесена - в 20 (12,0%) осіб.

Аналіз історій хвороб пацієнтів з гострою WNF показав, що найбільш вражливими виявилися особи жіночої статі (64,1%), а середній вік обстежених становив  $46,28 \pm 0,30$  років. За даними епідеміологічного анамнезу серед хворих переважали жителі міст – 71,4%; усі (100%) відмічали укуси комарів; захворювання мало сезонний характер з найбільшою (78,6%) кількістю випадків у липні-серпні. Клінічний перебіг WNF в усіх (100%) хворих мав середньо-тяжку форму та характеризувалася поліморфізмом клінічних проявів. Провідними клінічними синдромами були: інтоксикаційний (100,0%), гарячковий (100,0%), катаральний (50,0%), алергічний (42,8%), диспепсичний (35,7%) та лімфаденопатія (28,5%).

**Висновки.** На території Полтавської області є всі умови для формування природного осередку гарячки Західного Нілу. Протягом 2011-2017 рр. в області обстежено на специфічні маркери вірусу Західного Нілу 166 хворих із гарячковими станами, серед яких серопозитивними виявилися 45 (27,1%). Гостра гарячка Західного Нілу діагностована в 25 (15,1%) та мала типовий перебіг.

*Ковальова А.А.*

## **АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С**

*Харківський національний медичний університет*

*Кафедра внутрішньої медицини № 3 та ендокринології, м. Харків, Україна*

Як відомо, наявність астено-вегетативного синдрому спостерігається при більшості гастроентерологічної патології. Однак найчастіше він визначається у хворих з хронічними захворюваннями печінки, до яких належить хронічний вірусний гепатит С (ХВГ С). Розвиток даного захворювання впливає на вегетативну регуляцію фізичної і психічної діяльності, що призводить до астенічного стану пацієнтів.

**Мета.** Визначити ступінь вираженості астено-вегетативного синдрому у пацієнтів з ХВГ С.

**Матеріали та методи.** Обстежено 28 хворих на ХВГ С у віці від 24 до 65 років з легким та середньотяжким перебігом, які перебували на лікуванні в гастроентерологічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ - ЦЕМД та МК» м. Харкова. Групу контролю склали 23 практично здорових пацієнта. Для діагностики вегетативної дисфункції була застосована «Схема дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень» за А.М. Вейном. Для виявлення симптомів астенії застосовувалася суб'єктивна шкала оцінки астенії MFI-20, що дозволяє визначити рівень фізичної, психічної та загальної астенії, зниження активності та мотивації. Сума за кожним показником в нормі не повинна перевищувати 12 балів, а загальний бал - не більше 60, в іншому випадку астенія вважається значною.

**Результати.** Найбільш часто серед пацієнтів з ХВГ С виявлялися такі скарги, що властиві астено-вегетативному синдрому: підвищене почуття втоми (87%), зниження трудової активності (69%), погіршення самопочуття при зміні погоди (87%), підвищена тривожність, драгівливість, відчуття неспокою і страху (85%), гіпергідроз долонь і стоп (62%), погана переносимість спеки і духоти (65%). У групі здорових осіб окремі симптоми астенії виявлялися не частіше ніж в 12% випадків. Згідно з результатами суб'єктивної шкали оцінки астенії у пацієнтів з ХВГ С знижена активність становила 15,46 балів, зниження мотивації - 10,07 балів, фізична астенія - 16,05 балів, психічна астенія - 11,65 балів, загальна астенія - 12,44 бали (загальна сума балів склала 65,67). У групі контролю загальна сума балів була 35.

**Висновок.** Наявність астено-вегетативного синдрому у пацієнтів з ХВГ С спостерігається в більшості випадків, визначаються ознаки порушення нервово-психічної діяльності. Дана обставина робить необхідним проведення терапевтичної корекції астенічних станів у пацієнтів з ХВГ С поряд з противірусною терапією, що поліпшить якість життя таких хворих.

*Козько В. Н.<sup>1</sup>, Винокурова О.Н.<sup>1</sup>, Танчук Ю.В.<sup>2</sup>, Меликидзе М.С.<sup>2</sup>*

## **ИНДЕКС APRI ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ НЕКРОВСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

<sup>1</sup> *Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

<sup>2</sup> *Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков, Украина*

Хронический гепатит С (ХГС) является распространенным заболеванием с высоким риском перехода в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Поэтому адекватная оценка состояния гепатобилиарной системы, в том числе стадии фиброза, позволяет не только прогнозировать течение ХГС, но и своевременно назначать этиотропную и патогенетическую терапию, проводить оценку ее эффективности. Оценка некрвоспалительного процесса так же важна, она позволяет судить о прогрессировании течения заболевания. Имеются данные о целесообразности использования для мониторинга прогрессирования болезни индекса APRI.

В связи с этим **целью** нашего исследования явилось установление у больных ХГС возможности использования индекса APRI для определения активности некрвоспалительного процесса в печени.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 79 больных ХГС. Всем пациентам проводился GenoFibroTest, для оценки вирусной некротически-воспалительной активности использовался ActiTest (шкала METAVIR). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия t Стьюдента, в том числе для малых выборок, коэффициента корреляции и метода наименьших квадратов. Тест APRI рассчитывали по формуле  $APRI = АСТ \text{ (верхний предел нормы для АСТ)} / \text{тромбоциты (} 10^9/\text{л)} \times 100$ .

**Результаты и их обсуждение.** При отсутствии фиброза F0 стадия A0 выявлена у 32,4 % больных (некрвоспалительная активность отсутствует), стадия A1 – у 37,8 % пациентов (минимальная некрвоспалительная

активность), стадия A2 – у 16,2 % обследованных (умеренная некрвоспалительная активность), A3 – у 13,6 % пациентов (высокая некрвоспалительная активность). При портальном и перипортальном фиброзе без образования септ F1 стадия A0 выявлена у 22,3 % больных, стадия A1 – у 33,3 % пациентов, стадия A2 – у 11,1 % обследованных, A3 – у 33,3 % пациентов. При портальном и перипортальном фиброзе с единичными септами F2 стадия A0 выявлена у 7,6 % больных, стадия A1 – у 23,1 % пациентов, стадия A2 – у 23,1 % обследованных, A3 – у 46,2 % пациентов. При портальном и перипортальном фиброзе со множественными септами F3 и циррозе F4 у 100% пациентов выявлена высокая активность A3.

Были проведены исследования на наличие зависимости между A и APRI. Коэффициент корреляции составил  $r=0,7896$ , то есть выявлена сильная прямая зависимость. Используя аппроксимирующие функции, построенные с помощью метода наименьших квадратов, выявлено, что если APRI принимает значение из интервала от 0 до 1, то активность некрвоспалительного процесса в печени соответствует A0–A1 (с вероятностью 73%), а если APRI принимает значение выше 1, то активность некрвоспалительного процесса в печени соответствует A2–A3 (с вероятностью 75%).

Выводы. Тест APRI может быть использован как дополнительный показатель для оценки стадии некрвоспалительного процесса в печени у больных ХГС. Диапазон значений этого показателя от 0 до 1 свидетельствует об отсутствии или минимальной активности процесса (A0–A1), выше 1 – об умеренной (A2) и высокой (A3) активности некрвоспалительного процесса в печени.

*Козько В.М., Гасанова А.І., Бондар О.Є., Соломенник Г.О.*

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ, РЕГЛАМЕНТОВАНОЇ УНІФІКОВАНИМ КЛІНІЧНИМ ПРОТОКОЛОМ, У ХВОРИХ НА ХГВ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

На сучасному етапі хронічний гепатит В (ХГВ) залишається актуальною медико-соціальною проблемою, що пов'язано із значним його поширенням, високим ризиком переходу до цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми. У зв'язку з цим розробка ефективних і безпечних способів лікування хворих на ХГВ є важливим завданням. Проте натепер терапевтичну тактику у хворих на ХГВ в Україні регламентує «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит В у дорослих».

Мета дослідження – оцінити ефективність лікування пегильованими інтерферонами та аналогами нуклеотидів хворих на ХГВ.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебувало 35 хворих на ХГВ. З них чоловіків було 21 (60 %), 14 жінок (40 %). Серед них 4 хворих мали додатково ХГС, 1 хворий – ХГД, 1 хворий – цироз печінки. Середній вік пацієнтів склав 43 роки. Діагноз встановлювали на підставі виявлення в сироватці крові хворих HBsAg методом імуноферментного аналізу, ДНК-НВV методом полімеразної ланцюгової реакції. Крім того пацієнтам визначали вірусне навантаження, HBeAg-статус, активність аланінамінотрансферази (АлАТ) у сироватці крові, ступінь запально-некротичних змін у печінці та стадію фіброзу за системою METAVIR. Хворих було поділено на 2 групи. У 1-у групу увійшло 7 пацієнтів (20 %), які в якості етіотропної терапії отримували пегильований інтерферон по 180 мг підшкірно 1 раз на тиждень протягом 48 тижнів, у 2-у – 28 хворих (80 %), яким було призначено тенофовіру дизопроксил fumarat, що належить до аналогів нуклеотидів, по 300 мг 1 раз на добу внутрішньо.

Результати. Вірусологічна відповідь спостерігалась у 30 хворих: у 4 (11,4 %) хворих з першої групи та у 26 (74,3 %) з другої. У цих хворих на тлі терапії спостерігалось зниження вірусного навантаження та активності АЛАТ у сироватці крові, проте після вимушеної відміни препаратів відбувся вірусологічний та біохімічний рецидив. Стійкої вірусологічної відповіді було досягнуто лише в 2 (18 %) хворих на ХГВ, які отримували пегильований інтерферон. Хворі, які не мали взагалі вірусологічної відповіді – 5 (14,3 %).

Висновок. Відміна противірусної терапії в хворих на ХГВ через 48 тижнів від її початку призводить до виникнення рецидиву хвороби у вигляді підвищення вірусного навантаження понад 2000 МО/л та активності АЛАТ у сироватці крові.

*Козько В.М., Зоц Я.В., Соломенник Г.О., Сохань А.В., Божко А.М.*

## **ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ГОРМОНІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНІЙ РІДИНІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ БАКТЕРІАЛЬНІ МЕНІНГІТИ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Проблема гострих бактеріальних менінгітів, враховуючи тяжкість перебігу, високий ризик ускладнень, а також формування стійких резидуальних наслідків, не зважаючи на сучасне лікування й досі залишається актуальною.

Бактеріальне ураження центральної нервової системи (ЦНС) пов'язане з факторами самого мікроорганізму, а також із патологічною активацією катаболічних процесів, основою яких є гіпоксичний стрес і підвищення в тканинах мозку концентрації речовин з властивостями ендотоксинів.

У зв'язку з цим метою дослідження стала оцінка діагностичного значення вмісту вільного трийодтироніну (Т3), тироксину (Т4) та тиреотропного гормону (ТТГ) у цереброспинальній рідині (ЦСР) хворих на гострі бактеріальні менінгіти залежно від ступеня тяжкості та етіології захворювання.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 66 хворих на гострий бактеріальний менінгіт, з яких 33 хворим встановлено менінгококову етіологією захворювання, 33 – пневмококову. За тяжкістю перебігу хвороби хворих було розподілено на дві групи. До I групи увійшло 26 (39,4 %) пацієнтів з середнім ступенем тяжкості хвороби, до II групи – 40 (60,6 %) пацієнтів з тяжким ступенем тяжкості. В якості групи порівняння було обстежено 15 осіб без ознак менінгіту в цереброспінальній рідині. Вміст ТТГ, вільного Т3 та Т4 визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи фірми «ХЕМА» (Росія). Отримані результати дослідження оброблялися методом варіаційної статистики з використанням критерію t Ст'юдента зокрема і для малих вибірок.

Результати. У хворих на гострі бактеріальні менінгіти виявлено підвищення вмісту в ЦСР порівняно з групою порівняння ТТГ ( $4,25 \pm 0,19$ ,  $p < 0,001$ ), вільного Т3 ( $15,91 \pm 0,27$ ,  $p < 0,001$ ), вільного Т4 ( $46,47 \pm 1,18$ ,  $p < 0,001$ ). Вміст вільного Т3 і Т4 відрізнявся як залежно від етіології, так і від ступеня тяжкості хвороби. У хворих на пневмококові менінгіти вміст вільного Т3 був вищим, ніж у хворих на менінгококові менінгіти ( $p < 0,001$ ), а вміст вільного Т4 – навпаки ( $p < 0,01$ ). Вміст вільного Т3 ( $p < 0,01$ ), і Т4 ( $p < 0,001$ ) у хворих із тяжким перебігом хвороби. Вміст ТТГ не відрізнявся у хворих на гострі бактеріальні менінгіти залежно від етіології або тяжкості.

Висновки. У хворих на гострі бактеріальні менінгіти спостерігається значне підвищення у ЦСР вмісту ТТГ, вільного Т3 і Т4 ( $p < 0,001$ ). Останні два показника відрізняються у хворих залежно від етіології та тяжкості хвороби.

*Козько В.Н., Меркулова Н.Ф., Терешин В.А., Соломенник А.О., Градиль Г.И.,  
Бондарь А.Е., Могиленец Е.И., Екимова Н.А., Гасанова А.А.*

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина  
Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков, Украина*

**Актуальность.** Малярия, несмотря на проводимые меры борьбы с нею, остаётся одним из распространённых и тяжёлых инфекционных заболеваний в мире. Более 2 млрд человек или 41% населения планеты, всё ещё находятся под угрозой заражения и ежегодно заболевают этой опасной болезнью около 500 млн.

В основном это заболевание регистрируется у 104 странах Африки, Центральной и Южной Америке, Азии и Океании. Украина не относится к эндемической зоне по малярии. Однако угроза заражения данной болезнью существует для эмигрантов. Значительно увеличилось риск заражения, заболеваемость и даже смертность от малярии среди не иммунизированных лиц, которые посещают страны эндемичные по малярии, либо по роду своей деятельности (моряки, бизнесмены, студенты, туристы). Тропическая малярия характеризуется самым тяжёлым течением и не редко летальным исходом. Поэтому медицинские работники должны знать клинику малярии и проводить своевременную госпитализацию больных в стационар.

**Цель работы** было изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения тропической малярии.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 25 больных с диагнозом тропическая малярия (все случаи были завозными). Пациенты находились на лечении в 4-ом отделении Областной клинической инфекционной больницы (ОКИБ) г.Харькова за период с 2011 по 2017 гг.

По гендерному признаку распределение больных было следующим: мужчин - 22 (88%) и женщин – 3 (12%) . По возрасту: от 17 до 20 лет – 7 (28%),

от 21 до 30 – 13 (52%), от 31 до 49 – 2 (8%), свыше 50 – 3 (12%) пациентов. Среди контингента больных преобладали студенты из Индии и Африки. Среди больных, которые были жителями Украины, четверо находились в Нигерии, 2-е в Конго, 1 в Гане.

Диагноз малярии был установлен в 4-м отделении на основании клинико-эпидемиологических данных. Подтверждение диагноза осуществлялось методом паразитоскопии.

**Результаты.** Иностранные граждане поступали в стационар на 3-4 день болезни, а жители Украины после 10-го дня. Заболевание начиналось остро, с высокой температуры, которое сопровождалось ознобом, головной болью, снижением аппетита, болями в области эпигастрия продолжительностью до 2-3 часов. Затем больные ощущали жар во всем теле, температура достигала максимума 40 С у 25 пациентов (100%), боли в области поясницы у 6 (24%) сухость во рту у 24 (96%), боли в мышцах у 21 (84%). Наиболее выражен синдром интоксикации отмечался у наших соотечественников. При объективном осмотре выражена гиперемия лица, конъюнктивальная инъекция, желтушность склер и кожных покровов, а также гепатоспленомегалия. Приступы малярии заканчивались выраженной потливостью и повторяли каждые 48 часов. При постановке диагноза особое внимание уделяли сбору эпиданамнеза, из которого выяснили, что жители Украины в основном работали в Нигерии, Конго и Гане. Эти страны являются ведущими эндемичными зонами по тропической малярии. По роду своей профессиональной деятельности это были летчики, инженеры, преподаватели и рабочие. Диагноз тропической малярии был подтвержден методом паразитоскопии в 100% случаях.

Необходимо отметить, что наиболее тяжелое течение заболевания отмечалось у граждан Украины.

**Выводы:** Клинико-эпидемиологические данные позволяют нам своевременно выставлять диагноз тропической малярии, констатировать более тяжелое течение болезни у жителей Украины, которые прибыли из Африки, чем

у самих африканцев, что, по видимому, связано с более поздним обращением в стационар и как следствие, несвоевременной диагностикой и терапией.

*Козько В.М., Соломенник Г.О., Юрко К.В., Дурсунова Г.М., Хрипко К.Ю.*

**ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ  
МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ  
ФОРМИ НСV-ІНФЕКЦІЇ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Між мікрофлорою кишечника та печінкою існує певний взаємозв'язок, який проявляється, передусім, роллю печінки в процесах детоксикації багатьох речовин, що надходять з кишечника через систему портальної вени. Водночас дослідження останніх років показали, що в процесах детоксикації різних сполук, що надходять ззовні у травний канал або утворюються там, бере участь мікрофлора. Детоксикація з участю мікроорганізмів відбувається в результаті мікробної біотрансформації хімічних сполук у нетоксичні кінцеві продукти або в сполуки менш токсичні; частина речовин, що надходить, виводиться з фекаліями. На кишкових мікроорганізмах також відбуваються процеси сорбції різних сполук. Печінка й мікрофлора кишечника беруть участь у процесах печінково-кишкового кругообігу багатьох органічних та неорганічних сполук і здійснюють захист організму від токсичних сполук за рахунок окислювальних процесів у печінці, гідролітичних, відновлювальних ферментів мікрофлори кишечника.

Існують дані, що гепатотоксичні хімічні сполуки знижують або повністю втрачають токсичність під впливом ферментних систем кишкових мікроорганізмів. Порухення мікроекології кишечника призводить до того, що навантаження печінки щодо детоксикації токсинів різко підвищується, що призводить як до функціональних, так і до структурних її порушень.

Особливо важливою є роль мікрофлори в процесах формування імунітету та неспецифічних захисних реакцій організму, імунорегуляції. Імуномодулюючий вплив нормальної мікрофлори включає як імуностимуляцію, так й імуносупресію, гармонійний розвиток яких попереджає виникнення багатьох захворювань. Порушення мікрофлори кишечника призводить до часткового або повного випадіння цих функцій. Найбільш серйозними наслідками дисбактеріозу є зниження резистентності організму та розвиток імунодефіциту. Водночас на якісний і кількісний склад мікрофлори впливає наявність первинних і вторинних імунодефіцитів. Останнім часом порушення мікрофлори, стан імунного статусу й прояви хвороби розглядають у єдності, до того ж роль пускового механізму в кожному конкретному випадку може належати будь-якому із цих компонентів тріади.

Установлено, що дисбактеріоз кишечника, що розвинувся на тлі хронічних захворювань органів травлення у дітей, супроводжується зниженням вмісту комплементу, бактерицидної активності сироватки крові, фагоцитарної активності лейкоцитів і нейтрофільних гранулоцитів. Ці зміни залежать від ступеня тяжкості дисбіозу.

Дані мікробіологічних досліджень хворих на гепатити та цироз печінки (ЦП) показали різке зниження колонізаційної резистентності хворих і наявність зв'язку між мікроекологічними порушеннями та тяжкістю ЦП. У хворих на ЦП спостерігають зниження загальної кількості анаеробних бактерій, зростання кількості клостридій, клебсієл, протеїв, псевдомонад та зниження біфідумбактерій у товстій кишці. Під час оцінки стану кишкової мікрофлори в хворих на хронічний гепатит С (ХГС) було виявлено глибокі дисбіотичні зміни: дефіцит біфідобактерій, наявність гемолітичних ешерихій та золотистих стафілококів, зниження вмісту молочнокислих стрептококів та лактозонегативних ешерихій, зростання епідермальних стафілококів. Установлено зв'язок змін мікрофлори товстої кишки у хворих на ХГС з клінічними особливостями захворювання. Зокрема, у хворих на ХГС під час клінічного загострення, коли спостерігалися ті чи інші симптоми хвороби та

зміни з боку функціональних проб печінки, частіше відбувалося значне зниження в порівнянні з нормою (на 2 порядки та більше) вмісту біфідобактерій (у 70 % пацієнтів) і лактозонегативних ешерихій (у 50 % пацієнтів). Е.Г. Ходосевич (1997) також знайшов у всіх хворих на ХГС зниження загальної кількості *E. coli* та анаеробної флори: біфідо- і лактобактерій, появу гемолітичних штамів кишкової палички та штамів зі зниженими ферментативними властивостями. У третини хворих виявлено підвищене зростання грибової флори. Серед умовно-патогенних ентеробактерій переважали бактерії роду *Citrobacter* та *Enterobacter*. У процесі прогресування захворювання та трансформації у ЦП відзначалося достовірне посилення змін мікрофлори кишечника.

При хронічних вірусних гепатитах, зокрема при ХГС, відбувається розвиток дисбіотичних порушень мікрофлори кишечника. Зміни мікрофлори товстої кишки впливають на перебіг основного захворювання, через що варто проводити відповідну корегуючу терапію, тобто курс лікування хворих на хронічні захворювання печінки має містити не тільки препарати, що володіють протівірусною дією, корегують метаболізм і стабілізують мембрани гепатоцитів, але й засоби, що нормалізують мікрофлору кишечника.

*Козько В.М., Тєрьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Соломенник Г.О., Могиленець О.І.,  
Гаврилов А.В., Єкімова Н.О.*

## **ВПЛИВ НУКЛЕКСУ НА ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ МОНОЦИТІВ У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧУ ГЕРПЕТИЧНУ ІНФЕКЦІЮ**

*Харківський національний медичний університет, Україна*

Актуальною проблемою сучасної медицини є рецидивуюча герпетична інфекція (РГІ), що обумовлено широкою поширеністю даного захворювання,

ураженням усіх верств населення, тривалою персистенцією вірусу в організмі тощо.

**Метою** роботи було оцінка ефективності сучасного муноактивного препарату нуклексу в терапії хворих на РГІ та його вплив на показники фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ).

**Матеріали та методи.** Під наглядом було дві групи хворих на РГІ - основна (46 хворих), які додатково до загальноприйнятої терапії отримувала нуклекс по 1-2 капсулі 2-3 рази на день протягом 5-7 діб поспіль та групи зіставлення (40 осіб), що отримувала лише загальноприйняте лікування. При вивченні імунологічних показників до початку лікування хворих на РГІ було встановлено суттєве зниження показників ФАМ, а саме фагоцитарного індексу (ФІ) в основній групі був в середньому в 1,59 рази менш норми ( $26,8 \pm 1,5$ );  $P < 0,05$ ) та досягав значення ( $16,9 \pm 1,3$ ); фагоцитарне число (ФЧ) в цей період обстеження було в 2,0 рази менш норми ( $4,0 \pm 0,12$ ;  $P < 0,01$ ) та дорівнювало  $2,0 \pm 0,09$ ; індекс атракції (ІА) знижувався до ( $11,8 \pm 0,12$ ), що було менш норми ( $14,8 \pm 0,2$ );  $P < 0,05$ ) в 1,25 рази; індекс перетравлення (ІП) зменшувався у 1,73 рази та складав до початку лікування ( $14,5 \pm 0,8$ );  $P < 0,01$ ). В групі зіставлення ФІ до початку терапевтичних заходів складав ( $17,2 \pm 1,4$ ), що в 1,56 рази було менш норми ( $P < 0,05$ ); ФЧ –  $2,1 \pm 0,1$ , тобто в 1,9 рази менш норми ( $P < 0,05$ ); ІА - ( $12,0 \pm 0,1$ ), що було менш норми в 1,23 рази; ІП – ( $14,8 \pm 0,9$ ), що було в 1,7 рази менш норми ( $P < 0,01$ ). Таким чином, отримані дані стосовно стану ФАМ в обстежених хворих дають підставу для висновку, що до початку проведення лікування, має місце суттєве пригнічення усіх проаналізованих показників ФАМ, особливо ФЧ та ІП, що свідчить як про значне зменшення спроможностей моноцитів/макрофагів хворих до фагоцитозу, так і про незавершеність фагоцитарної реакції.

В основній групі хворих на РГІ (яка додатково до загальноприйнятого лікування отримувала нуклекс) після завершення основного курсу лікування відмічена практично повна нормалізація показників ФАМ. При цьому рівень ФІ зріс в цієї групі в середньому в 1,56 рази відносно вихідного показника та

досягав  $(26,4 \pm 1,3)\%$ , ФЧ – в 1,95 рази та складало у періоді ранньої реконвалесценції  $3,9 \pm 0,1$ ; ІА підвищувався стосовно вихідного значення в 1,24 рази та дорівнював  $(14,6 \pm 0,15)\%$ ; ІП збільшився відносно першопочаткового значення в 1,72 рази та досягав  $(25,0 \pm 1,5)\%$ . В групі зіставлення, яка отримувала лише загальноприйнятну терапію, також відмічена тенденція до відновлення фагоцитарних показників моноцитів периферичної крові хворих, але суттєво менш виражена. Так, кратність збільшення ФІ в групі зіставлення в ході лікування із застосуванням загальноприйнятих препаратів складала лише 1,16 рази, дорівнюючи при цьому  $(19,9 \pm 1,2)\%$ , що було в 1,34 рази менш норми; ФЧ – в 1,33 рази, тобто значення цього показника в цей період обстеження складало  $2,8 \pm 0,09$ , що було нижче нормальних значень у 1,42 рази; ІА в хворих групи зіставлення збільшився лише в 1,04 рази, тобто дорівнював в період завершення лікування  $(12,5 \pm 0,1)\%$ , що було в 1,18 рази менш норми; кратність збільшення ІП у хворих групи зіставлення складала 1,2 рази, досягаючи  $(17,8 \pm 0,8)\%$ , що було нижче нормальних значень у 1,35 рази. У динаміці клінічного спостереження було встановлено, що в основній групі хворих регрес клінічних проявів РГІ відмічався у середньому на 24-48 годин раніше, ніж у осіб групи зіставлення.

**Висновки.** Таким чином, отримані дані свідчать, що використання імуноактивного препарату нуклексу у дорослих хворих на РГІ сприяє зниженню терміну лікування та покращення імунологічних показників, що робить використання цього препарату клінічно доцільним, ефективним та перспективним.

*Круглова О.В., Высоцкая А.Л., Сацута С.В., Самарцев В.Н., Саламадзе О.А.,  
Нужный Р.А., Козлова А.Г.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ С ДОКАЗАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное*

Этиологические причины современных острых инфекционных диарей достаточно разнообразны. Согласно данным медицинской статистики, большинство случаев острых инфекционных гастроэнтеритов в настоящее время вызвано вирусами, тогда как бактериальные или протозойные возбудители выделяют сегодня лишь в 15–26% случаев. В целом уменьшение показателя инцидентности бактериальных диарей – одна из основных особенностей современных кишечных инфекций.

Как известно, сорбенты широко используются в терапии острых диарейных заболеваний. Для проведения рациональной комплексной терапии больных РИ наше внимание привлекла возможность использования современного кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь». Для реализации цели исследования было проведено клиническое обследование 62 пациентов с РИ, средний возраст обследованных больных был  $26,6 \pm 8,8,1$  лет (от 17 до 55 лет), из них мужчин – 52% (32 пациента). Больные, находившиеся под наблюдением, были разделены на две рандомизированные по полу и возрасту группы. Основную группу составили 31 пациент, которые наряду с базисной терапией получали энтеросорбент «Белый уголь» по 2-3 таблетки за 30-40 минут до приема пищи или лекарственных препаратов 3-4 раза в день на протяжении 3-5 дней. Группа сопоставления включала 31 больного, при лечении которых применяли только базисную терапию.

У всех пациентов, находившихся под наблюдением, вирусная этиология заболевания подтверждалась методами иммуноферментного анализа, проводимых на 1-е сутки госпитализации. Все больные переносили заболевание

в среднетяжелой форме, при этом у 50 (80,6%) лиц ротавирусная инфекция протекала по типу гастроэнтерита, у 4 (6,4%) – энтерита, у 8 (12,9%) – гастроэнтероколита, при этом стул был водянистый, пенистый с небольшим количеством патологических примесей. Максимальная кратность стула отмечалась на 2-й день заболевания. Рвота у большинства больных (83,9%) регистрировалась с 1-го дня болезни. Температура достигала фебрильных значений у 82,3% больных. Всех пациентов беспокоили слабость, вялость, снижение или отсутствие аппетита, в ряде случаев (58,1%) – тошнота.

Оценка клинического течения РИ у обследованных больных показала, что включение в комплексную терапию препарата «Белый уголь» способствовало сокращению продолжительности основных проявлений заболевания, улучшилось общее состояние и самочувствие в виде уменьшения слабости, практически у всех больных улучшился аппетит, нормализовался характер стула. В группе сопоставления на фоне базисной терапии в течение 5 дней динамика была менее выражена, хотя отмечалось небольшое улучшение общего самочувствия. Слабость, вялость, снижение аппетита, сонливость при РИ купировались быстро и составили в среднем  $2,3 \pm 0,22$  ( $p \leq 0,05$ ) у больных основной группы и  $3,2 \pm 0,22$  ( $p \leq 0,05$ ) у пациентов группы сопоставления. В группе больных, получавших препарат «Белый уголь» имела место более быстрая нормализация характера и кратности стула, при этом сокращалась длительность диареи до  $3,1 \pm 0,45$  дней ( $p \leq 0,05$ ), тогда как в группе больных, получавших только базисную терапию, длительность диареи составила, соответственно  $5,5 \pm 0,53$  дней ( $p \leq 0,05$ ). Средняя длительность госпитализации оказалась меньше у лиц основной группы –  $6,1 \pm 1,0$  дня, по сравнению с больными группы сопоставления –  $6,9 \pm 0$ , дня. Таким образом, как видно из полученных данных, применение сорбента «Белый уголь» в терапии больных РИ является клинически эффективным, что позволяет рекомендовать данное назначение препарата в комплексе лечения данной патологии.

*Кузнєцов С.В., Копійченко Т.С., Татаркіна А.М., Бурма Я.І., Глебова Л.М.,  
Сушко Л.М.*

## **ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ДІТЕЙ**

*Національний медичний університет, м. Харків, Україна*

*Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня, м. Харків, Україна*

В останні роки все частіше у дітей, особливо у підлітків, реєструється синдром хронічної втоми (Chronic Fatigue Syndrome, CFS). Захворювання пов'язують з різними факторами: інфекційними, соціальними, віковими та інш. Але все частіше вчені приходять до думки, що основним чинником хвороби є інфекційний агент.

Мета роботи: уточнити етіологічні чинники синдрому хронічної втоми (СХВ) у дітей.

Під нашим наглядом знаходилось 42 дитини в віці 7-17 років у яких був діагностований СХВ. Діти знаходились на лікуванні в Обласній дитячій інфекційній клінічній лікарні або звертались за консультацією по направленню поліклінік міста і області, а також обласного імунологічного центру

Основними скаргами дітей були тривалий субфебрилітет (протягом від 6 місяців до двох років), безпричинна слабкість, швидка втома, в'ялість, періодичний головний біль, сонливість, або безсонницю, зниження апетиту, депресивні стани, іпохондрія. У 8 дітей (19,0 %) відмічалось зниження маси тіла, у 12 (28,6 %) біль в суглобах. Усі діти указували на те, що їм важко навчатися в школі, погіршилися оцінки. При огляді виявлялись поліаденопатія різної виразності (100 %), збільшення розмірів печінки (35,7 %) і селезінки (21,4 %), тахікардія (73,8 %), фарингіт (61,9 %). Захворювання частіше (83,3 %) розвивалося після перенесеного інфекційного захворювання, чи після емоційного стресу (7,1 %), або фізичного перевантаження (9,6 %).

Діагноз установлювався за результатами анамнестичних, клініко-епідеміологічних, гематологічних та імунологічних даних з застосуванням сучасних методів діагностики, таких як полімеразна ланцюгова реакція та

імуноферментного аналізу. У 11 (26,2%) дітей виявлялися вірус герпесу (ВГ) 6 типу, у 8 (19,0 %)- ВГ 7 типу, у інших (23-54,8 %) визначалися асоціації герпесвірусів, але завжди були присутніми ВГ 6 чи 7 типів.

В гемограмі визначалися лімфо-моноцитоз, плазматизація лімфо- та моноцитів.

Таким чином, важливим чинником розвитку СХВ являються інфекційні агенти, зокрема віруси групи герпесу, насамперед ВГ 6 та 7 типів.

*Курчанова Ю.В., Ивантеева Ю.И., Тесленко О.А.*

## **НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

В 21 веке борьба с ВИЧ-инфекцией и СПИДом приобретает междисциплинарный характер. Интерес врачей-неврологов к данной проблеме обусловлен тем, что неврологические симптомы и когнитивные нарушения имеют до 70 % ВИЧ-инфицированных пациентов на разных стадиях заболевания, а у 45% подобные проявления являются манифестом ВИЧ-инфекции.

Цель. Ознакомиться с основными неврологическими проявлениями и когнитивными нарушениями у ВИЧ-позитивных пациентов.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были использованы общенаучные методы теоретического уровня: анализ специализированной литературы, систематизация, сравнение, обобщение.

Результаты. Клинически значимое ухудшение когнитивных функций по сравнению с исходным более высоким уровнем общей длительностью не менее 6 месяцев определяется по МКБ–10 как один из ключевых критериев диагностики деменции. Задача врача заключается в обоснованном выборе из множества причин когнитивных нарушений именно тех, которые выступили

главными в конкретном клиническом случае. В 80% случаев ВИЧ-инфекция провоцирует появление прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии. Клиническая картина характеризуется когнитивными нарушениями с торможением психомоторной деятельности. Кортикальные нарушения проявляются в виде аграфии, апраксии, алексии. Симптоматика также включает гиперкинетический синдром, выраженную вегетативную дисфункцию, экстрапирамидные нарушения, сосудистый синдром. На поздних стадиях развивается параличи конечностей, агнозия. Оценить тяжесть когнитивных нарушений можно при помощи количественных нейропсихологических методик и клинических шкал. Весьма часто на практике применяется шкала общего ухудшения (Global Deterioration Rating), краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), Монреальская шкала оценки когнитивных функций, методика Мини-Ког и тест рисования часов. Клиническая картина деменции при ПМЛ не имеет критических отличий от деменции не иммунодефицитной природы, но при МРТ у таких пациентов обнаруживается феномен «лейкоареоза» – снижение плотности белого слоя головного мозга, особенно выраженное вокруг боковых желудочков.

Выводы. Неврологические заболевания с нетипичной клинической картиной или быстрым нарастанием когнитивных нарушений, особенно среди молодых лиц в возрасте до 45 лет, должны вызывать настороженность относительно ВИЧ-инфицированности больного и сопровождаться соответствующими медицинскими обследованиями. Знание когнитивных проявлений ВИЧ будет способствовать ранней диагностике заболевания и поможет сохранить высокий уровень качества жизни пациентов.

## **АНАЛІЗ КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

Термін «коморбідність» був вперше запропонований Feinstein в 1970 р. для відображення існування «любих клінічних сутностей, які виявляються або виявлялися в анамнезі захворювання пацієнта». Концепція коморбідності має велике значення не тільки для диференціальної діагностики співіснуючих станів і вивчення їх впливу на перебіг основного захворювання і якість життя пацієнтів, але і для розуміння об'єднуючих основне і коморбідних захворювань етіологічних і патогенетичних механізмів, і вибору найбільш ефективних підходів до їх лікування. У хірургії коморбідні захворювання внутрішніх органів здатні істотно змінити перебіг післяопераційного періоду і вплинути на прогноз. Існуючі на сьогоднішній день стандарти і підходи в хірургії включають аналіз супутньої патології при виборі методів анестезії, обсягу і виду оперативного втручання. Досить часто хірургічна патологія є наслідком або крайнім проявом хронічної патології внутрішніх органів, несприятливий прогноз і високу смертність, при якій зумовлює не тільки перебіг основного захворювання, а й супутніх. Коморбідність часто зустрічається у людей похилого віку, вона збільшує тяжкість стану і погіршує прогноз. Лікування пацієнтів теж має проводитися з урахуванням коморбідного фону, так як при цьому збільшується кількість медикаментів, відповідно підвищується ризик їх побічних ефектів і небажаної взаємодії, збільшуються економічні витрати на лікування.

У 2017 році нами було проведено дослідження на базі КЗОЗ Харківської міської клінічної лікарні швидкої невідкладної медичної допомоги ім. проф. А.О. Мещанінова у хірургічних відділеннях. У ході дослідження визначено відсотки зустрічаємості коморбідних захворювань у хворих з хірургічною патологією. Гіпертонічна хвороба у 35% пацієнтів, ІХС - у 20%, цукровий діабет - 15%, хронічний необструктивний бронхіт - 13%, хронічний алкоголізм

- 9%, ожиріння - 6%, варикозна хвороба нижніх кінцівок - 2%. Коморбідність у теперішній час представляє досить серйозну проблему для охорони здоров'я, так як одночасне лікування декількох захворювань вимагає збільшення витрат і важко в умовах вузької спеціалізації лікувальних установ.

*Лахно О.В., Цівенко О.І., Артюхова А.В.*

## **МЕТАБОЛІЗМ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Мета дослідження.** Визначити особливості тиреоїдного гомеостазу в пацієнтів на тлі метаболічного синдрому залежно від компенсації вуглеводного обміну.

**Матеріал і методи.** Проведено обстеження 34 пацієнтів із метаболічним синдромом. Пацієнтів розподілено залежно від рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1C) наступним чином: група I – вуглеводний обмін компенсований - рівень HbA1C менше 7 (11 осіб), група II – вуглеводний обмін субкомпенсований - рівень рівень HbA1C у межах 7–7,5 (13 осіб), група III – вуглеводний обмін декомпенсований - рівень HbA1C більше 7,5 (10 осіб).

**Результати дослідження.** Нами виявлено вірогідне зниження рівня вільного трийодтироніну (вТ3) у групах II та III порівняно з групою I на 17,3 % та 21,7% відповідно ( $p < 0,05$ ). Рівень вільного тироксину (вТ4) зростав зі зростанням HbA1C, але в групі II його рівень був вищим порівняно із групою I на 16,8% ( $p < 0,05$ ). Значення коефіцієнта вТ3/вТ4 у групі II вірогідно нижче порівняно з групами I та II на 38,2% та 12,6% відповідно ( $p < 0,05$ ) та в групі II порівняно з групою I на 32,4% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** У пацієнтів із метаболічним синдромом порушується периферична конверсія тиреоїдних гормонів із розвитком синдрому

нетиреоїдної патології що поглиблюється декомпенсацією вуглеводного обміну.

*Лахно О.В., Цівенко О.І., Келеберда О.С.*

## **ОСОБЛИВОСТІ БІОЕЛЕМЕНТНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Мета дослідження.** Підвищення якості діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки (НЖХП) у хворих на цукровий діабет (СД) 2 типу шляхом оцінки порушень мікро- і макроелементного складу сироватки крові, функціонального стану гепатоцитів.

**Матеріал і методи дослідження.** В умовах ендокринологічного та гастроентерологічного відділення КЗОЗ "ОКЛ-ЦЕМД та МК" м. Харкова було обстежено 47 хворих НЖХП на тлі СД 2 типу у віці від 41 до 65 років. Діагноз НЖХП у хворих на ЦД 2 типу верифіцировали на підставі результатів визначення вуглеводного, білкового, пігментного обмінів та вмісту купрума, кальцію, цинку і магнію в сироватці крові, а також ультразвукового дослідження печінки та морфологічного дослідження біоптату печінки.

**Результати досліджень.** Аналіз отриманих результатів свідчить про зміну про вміст біоелементів сироватки крові, що супроводжувалися збільшенням рівня купрума і зниженням рівня кальцію, цинку і магнію в сироватці крові в залежності від розвитку патологічного процесу в печінці. Морфологічні зміни у тканині печінки проявляються дифузною запальною та жировою інфільтрацією, білковою дистрофією гепатоцитів, нерівномірним розподілом глікогену в цитоплазмі гепатоцитів. Типовими змінами є

порушення форми та розмірів гепатоцитів та їх ядер, гіперхроматоз ядер гепатоцитів.

Таким чином, проведені дослідження показали, що у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки на тлі цукрового діабету 2 типу, мають місце різного ступеня порушення у вмісті мікро- і макроелементів. Глибина цих порушень залежить від активності патологічного процесу в печінці, стадії захворювання і функціонального стану органа. Порушення біоелементного обміну несприятливо відображається на перебігу та результаті НЖХП на тлі цукрового діабету 2 типу, тому доцільно включати в комплексне дослідження цих хворих одночасне визначення калію, натрію, кальцію, магнію, заліза, цинку і міді з наступною їх корекцією.

*Лахно О.В., Цівенко О.І., Пискарева А.М.*

## **СТАН ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ЗА НАЯВНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Мета.** Вивчення стану жовчного міхуру у хворих на хронічний некаменевиий холецистит (ХНХ) у хворих з метаболічним синдромом (МС).

**Матеріал і методи.** В дослідження було включено 35 хворих віком від 31 до 59 років, які були розділені на 2 групи: I група (основна) – 24 хворих на ХНХ на тлі МС, II група (група порівняння) – 11 хворих на ХНХ без МС. Тривалість захворювання складала: у хворих I групи – (5,32±0,52) роки, II групи – (4,72±0,34) роки. Визначали антропометричні показники, пероральний глюкозотолерантний тест (ПГТТ), ліпідний і ферментний спектри крові. Стан жовчного міхура (ЖМ) оцінювали за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) та багатомоментного фракційного дуоденального зондування (БМФДЗ).

**Результати.** Збільшений об'єм ЖМ, що дорівнював  $72,6 \pm 5,3$  мл ( $p < 0,05$ ), визначався у 19 ( $86,17 \pm 3,56\%$ ) хворого I групи. У пацієнтів на ХНХ без МС об'єм ЖМ був меншим ( $p < 0,05$ ); його збільшення виявлялося у 17 ( $58,70 \pm 7,25\%$ ) випадків. У хворих I групи виявлено більш значні зміни скоротливої здатності жовчовивідних шляхів за результатами БФДЗ, про що свідчить достовірне подовження тривалості I фази в 1,30 рази ( $p < 0,05$ ), II – в 1,79 ( $p < 0,01$ ), III – у 2,25 рази ( $p < 0,001$ ), порівняно зі здоровими. Швидкість виділеної жовчі у IV фазу у хворих на ХНХ з МС була в 1,74 рази меншою порівняно з пацієнтами II групи ( $p < 0,05$ ), що свідчить про виражене зниження скоротливої функції ЖМ. Виявлене зменшення скоротливої функції ЖМ при МС, на наш погляд, зумовлене жировими відкладеннями в його стінці. При мікроскопії жовчі у хворих на ХНХ на тлі МС частіше виявляли у порції «В» кристали холестерину ( $p < 0,001$ ), ніж при відсутності МС, в той час як кристали білірубінату кальцію частіше визначали у хворих на ХНХ без МС.

**Висновки.** У хворих на хронічний некаменевий холецистит на тлі метаболічного синдрому відзначаються більш виражені структурно-функціональні зміни ЖМ. Визначаються порушення моторики ЖМ за гіпотонічно-гіпокінетичним типом, які посилюються по мірі зниження холеретичної функції печінки. Встановлено взаємозв'язок між порушеннями моторики жовчовивідних шляхів і розвитком внутрішньопечінкового холестазу.

*Литвинчук Д.В., Данилов Д.Е., Карпов И.А.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С**

*Учреждение образования Белорусский государственный медицинский университет г. Минск, Республика Беларусь*

**Цель работы:** определить эффективность применения различных схем на основе лекарственных средств прямого противовирусного действия для лечения ИСВ-инфекции у пациентов с циррозом печени.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе УЗ «Городская клиническая инфекционная больница г. Минска». Оценка эффективности лечения была проведена у 51 пациента (17 мужчин, 34 женщины, соотношение М:Ж=1:2). Диагноз цирроза печени выставлялся на основании клинических данных и результатов эластографии печени (TE и pwe/ARFI): жесткость ткани печени по результатам TE >13 кПа соответствует стадии фиброза F3-F4 (METAVIR), величина ARFI >1,9 м/с соответствует стадии фиброза F3-F4 (METAVIR). Статистическая обработка выполнена при помощи ПО IBM SPSS 23. Оценка нормальности распределения проводилась методом Шапиро-Уилка. Статистически значимым считался уровень  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Медиана возраста пациентов составила 60 лет (межквартильный размах 53 – 66 лет). Классы тяжести цирроза печени по классификации Чайлд-Пью: А – 48/51; В – 1/51; С – 2/51. Распределение ВГС по генотипам: 1 генотип – 82,4% (42/51), 2 генотип – 11,8% (6/51), 3 генотип – 5,9% (3/51). Субтипирование у пациентов с 1 генотипом ВГС проводилось у 20 человек (у всех выявлен субтип 1b). Медиана вирусной нагрузки составила 1 500 000 МЕ/мл (межквартильный размах 543 000 МЕ/мл – 3 500 000 МЕ/мл, минимум – 32 000 МЕ/мл, максимум – 8 590 000 МЕ/мл). Количество пациентов, получавших лечение схемой софосбувир+даклатасвир±рибавирин (11/51; 21,6%) с 1 генотипом ВГС следующее: 4/11 (36%) достигли НВО и

ожидают констатацию УВО12, УВО12 – 4/11 (36%), УВО24 – 3/11 (28%). Количество пациентов, получавших лечение схемой софосбувир/ледипасвир±рибавирин (31/51; 60,8%) с 1 генотипом ВГС: 5/31 (16,1%) достигли НВО и ожидают констатацию УВО12, 15/31 (48,4%) – УВО12, 9/31 (29,0%) – УВО24, 2/31 (6,5%) – рецидив. Количество пациентов, получавших лечение схемой софосбувир+даклатасвир без ребавирина (4/51; 7,8%) со 2 генотипом ВГС: 1 пациент из 4 достиг НВО и ожидает констатацию УВО12, 3/4 (75%) – УВО12. Количество пациентов, получавших лечение схемой софосбувир+рибавирин (2/51; 4,0%) со 2 генотипом ВГС: 2/2 пациента достигли НВО и ожидают констатацию УВО12. Количество пациентов, получавших лечение схемой софосбувир+даклатасвир+рибавирин (3/51; 5,9%) с 3 генотипом ВГС: 2/3 достигли НВО и ожидают констатацию УВО12, 1 пациент – УВО24.

**Выводы.** Противовирусная терапия HCV-инфекции с применением лекарственных средств прямого действия у пациентов с вирус-ассоциированным циррозом печени является высокоэффективной.

Предварительная эффективность (УВО12) схемы софосбувир+даклатасвир±рибавирин составила 100% (11 из 11 пациентов, достигших контрольной точки 12 недель после окончания лечения) вне зависимости от генотипа вируса; 7 пациентов достигли НВО и ожидают УВО12.

Предварительная эффективность (УВО12) схемы софосбувир/ледипасвир ± ребавирин составила 92,0% (24 из 26 достигших контрольной точки 12 недель после окончания лечения); 5 пациентов достигли НВО и ожидают УВО12.

Неэффективность противовирусной терапии (рецидив) наблюдалась у двух пациентов с циррозом печени и 1b субтипом ВГС, получавших лечение схемой софосбувир/ледипасвир без ребавирина в течение 12 недель.

*Лішневська А.Г., Чемич М.Д.*

## **ЛЕЙКОЦИТАРНИЙ ІНДЕКС ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ІМУНОРЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ТА ЇХ ЗМІНИ ПРИ ЛІКУВАННІ**

*Сумський державний університет, м. Суми, Україна*

**Актуальність.** У сучасних умовах практичні лікарі досить часто виявляють симптоми інтоксикації у хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС), що отримують протівірусну терапію (ПВТ). Але не завжди з впевненістю можна стверджувати про об'єктивність встановленого ступеня інтоксикації лише на основі даних об'єктивного обстеження.

**Мета дослідження** – встановити роль лейкоцитарного індексу інтоксикації та індексу імунореактивності у хворих на ХВГС та вивчити динаміку змін цих індексів після 4 тижня ПВТ.

**Матеріали та методи.** Для виконання поставлених завдань обстежено 88 хворих на ХВГС, які отримували ПВТ. Хворі знаходилися на лікуванні у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького. З метою об'єктивної оцінки ступеня інтоксикації на основі результатів клінічного аналізу крові, для кожного хворого був розрахований лейкоцитарний індекс інтоксикації за Я. Я. Кальф-Каліфом та індекс імунореактивності за Д.О. Івановим.

**Результати дослідження.** Серед усіх обстежених у 2,4 раза переважали особи чоловічої статі (70,5 %) порівняно з жінками (29,5 %). Вік хворих коливався від 19 до 69 років.

Перед початком ПВТ середнє значення лейкоцитарного індекса інтоксикації досягало середнього ступеня тяжкості (за І.Н. Большаковим та співав.) і складало  $(4,6 \pm 0,4)$ . Після 4 тижнів лікування показник тяжкості ендогенної інтоксикації у середньому знизився вдвічі  $(2,1 \pm 0,2)$ , але залишився у межах середнього ступеня тяжкості. При чому, осіб із зниженням у динаміці лейкоцитарного індексу інтоксикації (64,8 %) у 1,8 раза було більше, ніж хворих із його підвищенням (35,2 %).

Індекс імунореактивності перед початком ПВТ у середньому складав ( $5,2 \pm 0,5$ ), а після лікування протягом 4 тижнів незначно підвищився ( $5,9 \pm 0,4$ ), що свідчить про посилення функції імунітету.

**Висновки.** Таким чином, у хворих на ХВГС, які перебувають на ПВТ спостерігається позитивна динаміка зниження рівня ендогенної інтоксикації та поступового наростання імунореактивності організму, що, ймовірно, може бути пов'язано зі зниженням запального процесу внаслідок зниження вірусного навантаження під впливом етіотропних препаратів.

*Лола Н.В., Якушева А.Ю.*

## **ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

Цель: оценить эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Харьковской области.

Материалы и методы: проанализированы архивные истории болезни 27 больных ВИЧ-инфекцией IV клинической стадия, которые находились на лечении в ОКИБ города Харькова.

Результаты: в структуре заболевших 44% женщин, 56% мужчин. Возраст больных от 21 до 60 лет. В возрастную группу 18-29 лет вошли 10% пациентов, 30-39 лет – 35%, 50-60 лет – 10%. Среди обследованных больных основной путь передачи – парентеральный, так как большая часть пациентов употребляли инъекционные наркотические вещества. При опросе выяснили, что 80% мужчин употребляли инъекционные наркотические вещества на протяжении многих лет (до 10 лет), а 20% - более 10 лет. Если раньше это были амфетамин, кодеин, героин, кокаин, то сейчас – производные мефедрона или его аналогов, которые официально называются метилдиоксипировалероны. Они более токсичны и ведут к необратимым психическим расстройствам. У 80% женщин

и 20% мужчин, которые не употребляли наркотические вещества, основным путем передачи ВИЧ-инфекции – половой. По данным истории болезни 30% женщин из общего количества обследуемых вели асоциальный образ жизни (занимались секс-бизнесом). Из всех больных преобладали жители Харьковской области, таких районов как Балаклеевский, Дергачевский, Лозовской, Первомайский. По данным Областного центра здоровья города Харькова в 2017 году ВИЧ- инфекция впервые выявлена у 598 пациентов, в 2016 году – у 495, что подчеркивает рост заболеваемости.

Вывод: За последний год в Харьковской области отмечается рост заболеваемости по ВИЧ-инфекции. Инъекционные наркоманы по-прежнему остаются группой риска.

*Лукашик С.П., Карпов И.А., Гавриленко Н.Г., Жуковская И. В.*

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ  
ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С,  
У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ПРИ  
НАЗНАЧЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский  
университет», г. Минск*

*Государственное научное учреждение «Институт генетики и цитологии  
Национальной академии наук Беларуси», г. Минск*

Инфекция, вызванная вирусом гепатита С (ВГС-инфекция), характеризуется высоким процентом формирования хронических форм, латентным течением и широким распространением. В мире насчитывается около 71 млн. человек. В течение последних двух десятилетий клиническая помощь данному контингенту значительно улучшилась. В то же время для клинической практики необходимо дальнейшее углубленное изучения течения заболевания с формированием акцентов на генетических особенностях

организма пациента, которые могут отражаться на исходах проводимой противовирусной терапии.

**Цель работы** - определить частоту встречаемости мутантного аллеля UGT1A1\*28, обуславливающего развитие синдрома Жильбера (СЖ), у пациентов с хронической ВГС-инфекцией, оценить эффективность и безопасность применения препаратов прямого противовирусного действия (ПППД).

**Материалы и методы.** Проведен генетический анализ 181 пациента с хронической ВГС-инфекцией на наличие мутации в промоторной области гена UGT1A1, приводящей к развитию СЖ. Для оценки эффективности и безопасности лечения ПППД пациентов с хронической ВГС-инфекцией отобрано 67 пациентов (20 - с гомозиготным вариантом мутации, 37 - гетерозиготным, 10 – с отсутствием мутации). Развитие нежелательных явлений со стороны печени оценивали на основании динамики уровней билирубина, аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспаргатаминотрансферазы (АсАТ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП) через 4, 8, 12, 16, 20 и 24 недели терапии. Степень выраженности отклонений биохимических показателей оценивали по международной шкале нежелательных явлений. Обработка данных осуществлялась с использованием программы STATISTICA 10.0 и Excel 2013.

**Результаты и их обсуждение.** Частота встречаемости мутантного аллеля UGT1A1\*28, обуславливающего развитие СЖ у пациентов с хронической ВГС-инфекцией составила 58,9% (n=106): гомозиготный вариант – 33% (n=35), гетерозиготный 67% (n=71). Средний возраст на момент установления диагноза СЖ - 51,2±1,3 лет. Нежелательные лекарственные явления, характеризующиеся повышением уровня билирубина в процессе лечения ПППД, наблюдались только у пациентов с гомозиготным вариантом мутации UGT1A1\*28 по схемам: Софосбувир+Даклатасвир – 2-ая степень повышения общего билирубина (M=45,26±24,32 ммоль/л), Софосбувир+Ледипасвир – 2-ая степень (M=47,32±16,51 ммоль/л), Софосбувир+Ледипасвир+Рибавирин- 2-ая степень

(M=40,4 ммоль/л). Уровень АлАТ, АсАТ, ГГТП в процессе лечения не превышал верхнюю границу нормы во всех группах пациентов. Эффективность противовирусной терапии составила 100%.

**Выводы.** 1. В популяции пациентов с хронической ВГС-инфекцией наблюдается высокая частота (58,9%) встречаемости мутантного аллеля UGT1A1\*28: с гомозиготным вариантом – в 33% и гетерозиготным вариантом – в 67%.

2. У пациентов с хронической ВГС-инфекцией наблюдалась поздняя диагностика СЖ (средний возраст к моменту постановки диагноза - 51,2±1,3 лет).

3. Применение ПППД (Софосбувир+Ледипасвир±Рибавирин, Софосбувир+Даклатасвир) характеризуется высоким процентом эффективности, однако у пациентов с гомозиготным вариантом мутации UGT1A1\*28 и хронической ВГС-инфекцией может сопровождаться нежелательными лекарственными явлениями, характеризующимися повышением уровня билирубина.

*Лукашик С.П., Карпов И.А., Гавриленко Н.Г., Котуль Ю.А.*

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ  
ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С,  
У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ HFE63 МУТАЦИИ  
В ГЕНЕ ГЕМОХРОМАТОЗА**

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский  
университет», г.Минск*

*Государственное научное учреждение «Институт генетики и цитологии  
Национальной академии наук Беларуси», г. Минск*

В мире насчитывается около 71 млн. человек, страдающих хронической инфекцией, вызванная вирусом гепатита С (ВГС-инфекция). Известно, что

печень является основным органом, депонирующим железо. Предполагается, что у пациентов хронической ВГС-инфекцией избыточное накопление железа в может быть дополнительным фактором, способствующим воспалению, фиброгенезу и ускоренному формированию цирроза печени. В настоящее время остается не до конца понятной роль носительства мутаций в гене гемохроматоза (HFE) у данного контингента пациентов.

**Цель работы** - определить частоту встречаемости мутации HFE63 в гене гемохроматоза и ее роль в клиническом течении ВГС-инфекции.

**Материалы и методы.** Проведен генетический анализ 177 пациентов с хронической ВГС-инфекцией на наличие мутации HFE63 в гене гемохроматоза.

Для оценки заболевания анализировались данные общего и биохимического (билирубин, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспаратаминотрансфераза (АсАТ), гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП), щелочная фосфатаза (ЩФ)) анализа крови, УЗИ органов брюшной полости (УЗИ ОБП). Обработка данных осуществлялась с использованием программы STATISTICA 10.0 и Excel 2013.

**Результаты и их обсуждение.** Частота встречаемости мутации HFE63 у пациентов с хронической ВГС-инфекцией составила 26,8% (n=19): гомозиготный вариант – 5,3% (n=1), гетерозиготный 94,7% (n=18). Средний возраст на момент обнаружения мутации - 56,8±3,2 лет. Течение ВГС-инфекции у пациентки А. (возраст – 70 лет) с гомозиготным вариантом мутации характеризовалось сформировавшимся ВГС-ЦП класса тяжести С по Чайлд-Пью. Показатели уровня железа соответствовали нормальным значениям. Группа с гетерозиготным вариантом HFE63 в 50% случаев была представлена пациентами с ХГС (n= 9, средний возраст 54,3±3,9 лет), в 50% случаев – с ВГС-ЦП (n=9, средний возраст 59,3±5,2). Пациенты с ЦП имели класс тяжести по Чайлд-Пью А в 55,6% случаев (n=5), класс тяжести В - в 44,4% (n=4). В обеих группах пациентов (ХГС и ВГС-ЦП) и гетерозиготным вариантом мутации показатели железа соответствовали нормальным значениям ( 26±2,8 мкмоль/л и 19±3,5 мкмоль/л, соответственно, p>0,05). В то же время у

пациентов с ХГС по сравнению с пациентами с ВГС-ЦП наблюдались различия в уровнях билирубина ( $16,2 \pm 2,1$  и  $31,6 \pm 5,1$  мкмоль/л, соответственно,  $p < 0,05$ ), АлАТ ( $54 \pm 11,9$  и  $66,4 \pm 12,4$  ЕД/л,  $p > 0,05$ ), АсАТ ( $39,1 \pm 10,6$  и  $92,8 \pm 18,9$  ЕД/л,  $p < 0,05$ ), ГГТП ( $62,3 \pm 20,5$  и  $143,3 \pm 67,9$  ЕД/л,  $p < 0,05$ ). Остальные анализируемые данные соответствовали пределам установленной нормы. При анализе клинико-лабораторных данных проведенных исследований в группах пациентов с хронической ВГС-инфекцией с наличием мутации HFE63 и при ее отсутствии сохранялись выше описанные тенденции.

**Выводы.** 1. В популяции пациентов с хронической ВГС-инфекцией частота встречаемости мутации HFE63 в гене гемохроматоза составила 26,8% с большей распространенностью гетерозиготного варианта (94,7%).

2. Клинические и лабораторные показатели у пациентов хронической ВГС-инфекцией и наличием гетерозиготного варианта мутации HFE63 в гене хроматоза соответствовали установленному диагнозу и не отличались от анализируемых показателей у пациентов, не имеющих подобной мутации.

3. Диагностика мутации HFE63 в гене гемохроматоза у пациентов с хронической ВГС-инфекцией была поздней (средний возраст к моменту постановки диагноза -  $56,8 \pm 3,2$  лет), что, вероятно, связано с отсутствием клинических и лабораторных показателей, свидетельствующих о перегрузке организма пациентов железом.

Могиленець О.І., Махмудов Ю.Ю.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПОМИЛКИ ДІАГНОСТИКИ ЗАВЕЗЕНОЇ МАЛЯРІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ *P. FALCIPARUM*, НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

**Мета:** дослідити епідеміологічні особливості та проаналізувати помилки діагностики завезеної малярії, спричиненої *P. falciparum*, на догоспітальному етапі.

**Матеріали та методи.** Нами було вивчено дані 34 історій хвороб пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні в Обласній клінічній інфекційній лікарні (ОКІЛ) м. Харкова в 2011 – 2017 рр. з діагнозом «малярія». Діагноз було встановлено на підставі клініко-анамнестичних і епідеміологічних даних, підтверджено паразитоскопічним методом (мазок і товста крапля). В 26 хворих (76,47 %) було виявлено *P. falciparum*, у т.ч. в 21 випадку діагностовано моноінфекцію, спричинену цим збудником, у 4 – мікст-інфекцією, зумовлену *P. falciparum* та *P. vivax*, у 1 – мікст-інфекцією *P. falciparum* та *P. ovale*.

**Результати:** Гендерно-віковий склад пацієнтів, хворих на малярію, спричинену *P. falciparum*, розподілився наступним чином: 23 чоловіки та 3 жінки. Середній вік склав  $29,42 \pm 2,83$  роки.

Серед хворих було 7 (26,9%) громадян України, 19 (73,1%) іноземців. Серед останніх переважали студенти харківських вищих навчальних закладів (89,47%). 13 пацієнтів (50%) раніше вже хворіли на малярію, 12 (46,15%) – не хворіли, 1 (3,85%) – утруднявся відповісти.

Причиною виникнення захворювання в усіх випадках було перебування в ендемічних країнах: 8 хворих відвідували Нігерію, 4 – Камерун, 4 – Гану, 2 – Кот-д'Івуар, 2 – Конго, 2 – Індію, по одному хворому – Малі, Ліберію, Анголу, Ємен.

Аналіз щомісячної захворюваності на малярію, спричинену *P. falciparum*, показав, що завезені випадки малярії були спорадичними та спостерігалися

майже рівномірно протягом усього року. Дещо частіше ( $p > 0,05$ ) госпіталізація хворих відбувалася в лютому, квітні, вересні та грудні (по 3 випадки). Тобто сезонність була відсутня.

В середньому пацієнти зверталися за медичною допомогою на  $3,04 \pm 0,64$  день хвороби, та були госпіталізовані на  $4,3 \pm 0,95$  день хвороби.

10 хворих були направлені до ОКІЛ лікарями поліклінік, 10 – лікарями екстреної допомоги, 2 – приватними клініками, 1 – переведений із обласної клінічної лікарні (ОКЛ), 1 – із центральної районної лікарні (ЦРЛ), 2 – звернулися за медичною допомогою до ОКІЛ самостійно.

На догоспітальному етапі діагноз «малярія» було встановлено 13 хворим (50%), у т.ч. 8 – лікарями поліклінік, 3 – лікарями швидкої допомоги, 1 – ОКЛ, 1 – ЦРЛ. Найменш обізнаними з патологією виявилися спеціалісти приватних клінік (100% хибних діагнозів) та лікарі екстреної допомоги (70% помилок). В 6 випадках було встановлено діагноз «гостра респіраторна інфекція», в 3 – «гарячка невідомого генезу», в 1 – «гастроентероколіт», в 1 – «менінгіт».

В 11 (42,31%) випадках причиною гіподіагностики був погано зібраний епідеміологічний анамнез. Серед інших причин слід зазначити мовний бар'єр, відсутність специфічності або атиповість клінічної картини.

**Висновки:** 1. *P. falciparum* був найбільш частим етіологічним чинником завезеної малярії. 2. Найнебезпечнішими щодо можливості зараження виявилися країни Африки. 3. Серед захворілих переважали чоловіки-іноземці працездатного віку. 4. Захворювання реєструвалися у вигляді спорадичних випадків без чіткої сезонності. 5. Гіподіагностика малярії на догоспітальному етапі становила 50%. 6. Найпоширенішим невірним діагнозом був діагноз «гостра респіраторна інфекція». 7. Найбільш частою причиною помилок діагностики був погано зібраний епіданамнез, що свідчить про низьку обізнаність і відсутність настороженості лікарів первинної ланки щодо малярії.

Моїсеєнко Т.М., Торяник І.І., Казмірчук В.В., Іваннік В.Ю.

## СТАТУС *MILIUM* У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ІНФЕКЦІЙНО УСКЛАДНЕНОГО АКНЕ

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»,

м. Харків, Україна

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Київський медичний університет, м. Київ, Україна

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,

м. Харків, Україна

Міліум як нозологічна одиниця відома давно. У спостереженнях окремих дослідників вона фігурує у якості одного із різновидів *acne vulgaris*. Однак клініко-морфологічна характеристика зазначеної патології доволі своєрідна і долучає низку специфічних ознак, що визначають її окреме місце серед інфекційних (інфекційно ускладнених) захворювань шкіри. Назва хвороби (*milium*) походить від латинського терміна «просо», інша інтерпретація - «білий вугор», що відображає зовнішній вигляд утворень (малих за розмірами, щільних та не схильних до злиття у конгломерати, білого або біло - жовтого кольору вузликів на шкірі). Подекуди останні зонально групуються, однак у переважній більшості випадків, розташовуються поодинокі. Найчастіші ділянки локалізації останніх - повіки, щоки, скроні, скули, дещо меншою мірою, - тулуб, статеві органи. Зовнішня схожість «білих вугрів» з окремими видами та підвидами *acne vulgaris* (за деякими ознаками та позиціями клінічних проявів) вимагає вкрай уважного відношення до подальшої діагностики *milium* та їхньої диференціації, з огляду на вибір ефективної терапевтичної тактики.

Метою започаткованого дослідження було з'ясувати статус та роль *milium* у оптимізації результатів диференційної діагностики *acne vulgaris*.

Матеріал та методи дослідження. Об'єктами дослідження стали власне вузликові утворення на шкірі хворих обоє статі у віці від 12 до 67 років та архівні ретроспективні матеріали попередніх спостережень (глибина пошуку 10

років: з 2008 по 2018 рр.). У розробці застосовували комплекс клініко-морфологічних методів досліджень (анамнез, лабораторні тести, відповідні мікробіологічні проби, макромікроскопічний аналіз). Кляч - препарати, (у зтяжних випадках хвороби з місцевим оперативним втручанням, - зрізи) виготовляли згідно провідних принципів гістологічної техніки. (Фіксація матеріалу у 12 % розчині формаліну на фосфатному буфері чи його парах, проводка, зневоднення, заливка у блоки з подальшим отриманням препаратів та їхнім забарвленням). З метою об'єктивізації результатів отримані дані порівнювали із параметрами інтактного контролю (у осіб з відповідними статеві - віковими показниками).

У результаті дослідження було встановлено, що з точки зору диференційно діагностичної доцільності, для *milium* характерний розвиток субепітеліальних кистозних утворень з обов'язковим походженням із волосяних фолікулів. Для хвороби можливі як спонтанний первинний прояв, так і вторинним чином виниклі - ретенційні кисти (*pseudomilium*), що, як правило, здатні супроводжувати рубці після опіків, герпетиформний дерматит (Дюринга), пізню порфірію шкіри, дистрофічну форму уродженого епідермолізису. *Milium* тривають пролонгований час, не змінюються зовні. Хворі (на відміну від *acne vulgaris*) звертають увагу лікаря на власну звичність до наявності вузликів, «відносну комфортність» існування із ними. Утворення зустрічаються у осіб різних вікових категорій, найчастіше в період статевого дозрівання. Однак, у літературі описані випадки появи «білих вугрів» навіть у новонароджених. Явища генералізації *milium* зустрічаються рідко (специфічна риса для зазначеного захворювання). За даними морфологічного дослідження у препаратах позначені концентрично зосереджені рогові маси, що периферійно оточені капсулою з характерно облаштованим епітеліальним шаром.

Отже, специфічність клініко-морфологічних проявів *milium*, механізми таргетних уражень, пролонгований час існування, доволі високий рівень звикання пацієнтів до його наявності на шкірі свідчать на користь безперечності статусу цієї нозології у диференційній діагностиці *acne vulgaris*.

*Ніколаєва Л.Г., Майстат Т.В., Черкасов О.П., Куц Д.В.*

## **ОЦІНКА РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ БОРОТЬБИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В СУЧАСНИХ УМОВАХ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

*КЗОЗ Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, м. Харків, Україна*

В рамках реалізації глобальної ініціативи Стратегії Fast Track «Прискорення припинення епідемії СНІДу до 2030 року» визначені нові цільові показники прогресу у припиненні глобальної пандемії.

**Мета дослідження.** Використання моделі добровільного консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію, як ефективного кроку досягнення першої стратегічної цілі Fast Track (90 % людей, які живуть з ВІЛ, повинні знати про свій ВІЛ-позитивний статус).

**Матеріали й методи.** Аналіз матеріалів звітів з проведення добровільного консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію (ДКТ) в закладах охорони здоров'я Харківської області за 2017 рік. З метою залучення уразливих груп населення: людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), осіб секс-бізнесу (ОСБ), чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ), ув'язнених до цільових заходів і програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, КЗОЗ Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом суміжно з Харківськими міськими благодійними фондами «Благо» та «Надія Є», благодійними організаціями «Мережа 100 відсотків життя» м. Харків» та «Благодійний фонд «Парус» здійснював роботу з надання інформаційно-консультативних послуг, проведення перед- та післятестового консультування особам з числа груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ при тестуванні експрес-тестами .

**Отримані результати.** Протягом 2017 року в Харківській області загальна кількість осіб, які отримали передтестове консультування становила 194 444 (191 627 індивідуальних та 2 817 групових); кількість отриманих згод на проходження тестування – 183 650; кількість осіб, які отримали післятестове

консультування – 157 357 (82,11 %) від кількості осіб, які отримали передтестове консультування.

Особи, з факторами ризикованої поведінки, а саме: ін'єкційне споживання наркотичних речовин, численні незахищені гетеросексуальні контакти, гомосексуальні контакти між чоловіками та інші фактори ризику, склали 18,7 % (35 865 осіб) від загальної кількості індивідуальних передтестових консультувань.

Аналіз структури надання передтестового консультування серед ЗОЗ свідчить про те, що найбільшу кількість передтестових консультувань проведено акушерсько-гінекологічною службою – 32,2 %, службою переливання крові – 16,4 %, кабінетами «Довіра» – 12,1 %, неурядовими ВІЛ-сервісними організаціями – 7,8 %.

В Харківській області відкрито 31 кабінет «Довіра», в тому числі, в м. Харкові – 2.

До кабінетів «Довіра» звернулося 34172 особи, обстеження на ВІЛ-інфекцію пройшли 32340 осіб, з них анонімно – 1028 (3,2%). Виявлено 572 особи (1,8%) з антитілами до ВІЛ.

За 2017 рік обстежено на ВІЛ 14415 осіб з числа груп ризику, з них 3014 ОСБ, 8853 ЛВІН, 1725 ЧСЧ та 823 особи з інших груп ризику. Мобільними амбулаторіями здійснено 399 виїздів, охоплено профілактичними послугами 6615 осіб з груп ризику (ОСБ).

Із кількості обстежених на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів у рамках проектів, які виконували вказані громадські та благодійні організації з профілактики інфікування ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику, було охоплено профілактичними послугами – 6615, серед них позитивний ВІЛ-статус виявлено у 233 осіб. Під медичний нагляд було взято 196 осіб та 175 осіб розпочали АРТ.

**Висновок.** В умовах нових викликів, з якими стикнулася Україна на порозі реформування системи охорони здоров'я та стабільно високими темпами поширення ВІЛ-інфекції, запровадження послуг ДКТ в закладах охорони

здоров'я та громадськими організаціями серед представників уразливих груп є оптимальним методом надання всебічної допомоги.

*Ольховський В.О., Бондаренко В.В., Губін М.В., Пешенко О.М.*

**ВНЕСОК ПЕРШИХ ПРОФЕСОРІВ КАФЕДРИ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ  
ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В  
ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

З моменту заснування (1804 р.) медичного факультету (сьогодні – це Харківський національний медичний університет) Імператорського Харківського університету і до 1884 р. окремих кафедр гігієнічного та інфекційного профілю, згідно університетських статутів Російської імперії вказаного періоду, не передбачалося. Основи цих наук вивчалися та викладалися студентам на кафедрі судової медицини у вигляді окремих курсів, спочатку під назвою «медична поліція» (1804-1835 р.р.), потім - «медична поліція, гігієна та дієтетика» (1835-1863 р.р.); «гігієна, медична поліція, вчення про епізоотії та ветеринарна поліція» (1863-1884 р.р.). Лише за 4-тим університетським статутом Російської імперії від 1884 р. в структурі медичного факультету була створена окрема кафедра «Гігієна та при ній: епідеміологія, медична поліція, медична статистика, вчення про епізоотичні хвороби та ветеринарна поліція».

Дослідження архівних матеріалів і використання літературних джерел й попередніх публікацій по історії університету та історії кафедр показують, що вже з перших часів перебування в м. Харкові перші професори-медики Харківського університету самовіддано створювали засади харківської медичної школи, були великими трудівниками та благородними людьми, що пройшли нелегкі випробування за різних негод свого часу. Вони були

жагучими поборниками здорового способу життя, поліпшення санітарно-гігієнічної обстановки нашого міста на початку ХІХ століття. Зокрема, перший завідувач кафедри судової медицини професор Людвиг Йосипович Ванноті вже у грудні 1807 р. на засіданні вченої ради медичного факультету виступив співавтором доповіді проф. В.Ф. Дрейсига «Про жахливе забруднення м. Харкова, що породжує різні хвороби». У 1813 р. також на засіданні вченої ради медичного факультету були заслухані думки другого завідувача кафедри професора Івана Дмитровича Книгіна, разом з професорами В.Ф. Дрейсигом та Ф.В. Пільгером «Про профілактику заразних хвороб, що розвинулися від полонених». Автори запропонували два способи, придатних у цьому випадку: I) припинення (профілактика) хвороб; II) лікування хвороб. Для цих цілей вони вважали за необхідне: 1) ізолювати хворих в окремі приміщення; 2) заборонити хворим спілкування з іншими людьми; 3) прислузі, що доглядає за хворими, заборонити відвідувати інші житла і знайомих; 4) приміщення для хворих тримати в чистоті; 5) частіше змінювати білизну хворих. Надалі доповідачі говорять про необхідність допомоги госпіталям з боку вчених-медиків, а також про необхідність розроблення настанов директорам і учителям училищ, щоб оберегти учнів від хвороб. У 1815 р. знову на засіданні вченої ради медичного факультету обговорювалося питання причин, що «породжували в Харкові хвороби, які за короткий час положили в домовину багатьох професорів університету». Усі члени ради одностайно вбачали суть цих причин у неналежному санітарному стані самого міста, його рік, відсутності очисних споруд, облаштованих доріг і т. ін.

Найбільш вагомим внеском професорів судових медиків Харкова ХІХ століття в дослідження питань профілактики та лікування інфекційних захворювань став захист у 1849 р. докторської дисертації завідувачем кафедри Іваном Афанасійовичем Свирідовим на тему: «До питання попередження появи та боротьби з розповсюдженням заразно-епідемічних хвороб». Дисертація викладена латинською мовою й узагальнила існуючі на той час сучасні наукові відомості щодо причин виникнення інфекційних хвороб та епідемій, а також

організації і тактики їх попередження, лікування, таких як: створення особливих колегій по боротьбі з хворобами; введення карантину в місцях їх виникнення; проведення роз'яснювальної роботи серед населення стосовно особливостей харчування та проживання на момент епідемій; використання дезінфікуючих засобів; терапевтичні та хірургічні підходи при лікуванні хворих; необхідність та способи очищення зараженої території проживання.

*Ольховський Є.С., Кузнецов С.В.*

**ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНИХ  
ПОКАЗНИКІВ ПРИ ЕШЕРИХІОЗІ У ДІТЕЙ НА ФОНІ  
ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

За останні часи зростає кількість асоційованих захворювань. Враховуючи високу частоту інфікування людей вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ) з раннього дитячого віку, обґрунтованим є вивчення перебігу ешерихіозу (як однієї із найбільш поширених бактеріальних кишкових інфекцій у дітей) на тлі інфікування ВЕБ. Актуальність вивчення проблеми полягає і в здатності ВЕБ тривалий час перебувати в організмі людини, призводячи до порушень функціонування імунної системи. Тому вкрай важливим є рання діагностика наявності ВЕБ-інфекції, визначення діагностичних ознак цього інфікування у хворих на ешерихіоз дітей, що дасть можливість своєчасно проводити корекцію терапії хворих.

**Мета роботи** – визначити діагностичну значимість клініко-імунологічних показників при ешерихіозі у дітей на фоні Епштейна-Барр віруної інфекції

На базі Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова нами обстежено 76 дітей віком одного- трьох років, хворих на ешерихіоз, які були поділено на дві групи. До першої групи увійшло 34 дитини, хворих на ешерихіоз на тлі активної ВЕБ-інфекції, до другої - 42 хворих на ешерихіоз без

супутнього інфікування ВЕБ. Діагноз підтверджували на підставі клінічного, бактеріологічного, вірусологічного і серологічного дослідження. Всім хворим проводили дослідження титрів антитіл до капсидного, раннього та нуклеарного антигенів EBV (CA, EA, NA) і ПЦР крові хворих. Наряду із загально прийнятими методами обстеження всім дітям в гострому періоді ешерихіозу (1-2 доба хвороби) і в періоді ранньої реконвалесценції (7-10 доба) було досліджено рівні про- та протизапальних інтерлейкінів сироватки, показники клітинної ланки імунної відповіді, фагоцитарну активність нейтрофілів. Із використанням неоднорідної послідовної процедури Вальда-Генкіна нами були проаналізовані основні клініко-імунологічні показники хворих на ешерихіоз. Прогностично значимими розглядали показники, інформативність яких перевищувала 0,30 ( $I \geq 0,30$ ). Серед найбільш значимих виявились фактор некрозу пухлин інтерлейкін 4, CD4+, CD21+, фагоцитарна активність нейтрофілів, зміни при ультразвуковому дослідженні печінки, гіперемія ротоглотки, високі цифри температурної реакції, лімфаденопатія, часті респіраторні інфекції в анамнезі, відсутність суттєвих змін показників периферичної крові. Саме ці показники мали найбільш високий індекс інформативності.

Нами розроблено і запропоновано алгоритм ранньої попередньої діагностики інфікування ВЕБ у дітей з ешерихіозом, який полягає в алгебраїчному підсумовуванні діагностичних коефіцієнтів (ДК) з моменту досягнення діагностичного порогу, який для  $\geq 95\%$  рівня надійності складає  $\Sigma \text{ДК} \geq 13,0$ . Наявність позитивного значення вирахованого показника «+» дає підставу діагностувати інфікування ВЕБ у пацієнта, негативного «-» – відсутність інфікування. Якщо підсумовування ДК показників алгоритму не досягає визначеного порогу, то діагноз залишається невизначеним, і в такому випадку необхідно проводити додаткове обстеження хворого за допомогою спеціальних методів діагностики ВЕБ (ПЦР, ІФА). Простий і економічно вигідний запропонований спосіб дасть можливість на ранніх етапах ешерихіозу проводити корекцію терапії хворих у разі їх інфікування ВЕБ.

## **АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ І БЕЗПЕКИ ЦЕФТАРОЛІНА ФОСАМІЛА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПОЗАЛІКАРНЯНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Мета роботи: оцінити клінічну ефективність та безпеку цефтароліну у хворих позалікарняною пневмонією.

Матеріали й методи: Всього проаналізовано 15 історій хвороби, з яких для подальшого аналізу було сформовано дві групи. У 1-у групу увійшло 8 пацієнтів, яким була призначена фармакотерапія з використанням цефтароліна (+ макролід), до 2-ї - 7 хворих, які отримували стандартну комбіновану антимікробну терапію - цефотаксим або цефтриаксон + макролід. Цефтаролін застосовувався в стандартних схемах по 0,6 г внутрішньовенно (в / в) 2 рази на добу ± макролід (азитроміцин 500 мг в / в 1 раз на добу або кларитроміцин 500 мг в / в 2 рази на добу). Цефтриаксон або цефотаксим також застосовувались в рекомендованих дозах: цефтриаксон - по 1,0-2,0 г в / в 2 рази на добу, цефотаксім - по 1,0 в / в 3 рази на добу плюс макролід (Азитроміцин 500 мг в / в 1 раз на добу або кларитроміцин 500 мг в / в 2 рази на добу).

Результати: 3 8 хворих 1-ї групи повний курс стартової антибіотикотерапії завершили 4 пацієнтів. Клінічна ефективність лікування склала 50%. У 4 хворих (50%) з важким плином позалікарняної пневмонії в зв'язку з клініко-лабораторної картиною захворювання, розцінена лікуючим лікарем як негативна динаміка, було проведено модифікацію антибіотикотерапією (у 2 пацієнтів проводилася комбінована терапія меропенем + лінезолід, у 2 пацієнтів до лікування був доданий моксифлоксацин). Середня тривалість перебування хворих в 1-й групі склала  $2,7 \pm 1,3$  добу, тривалість терапії -  $9,8 \pm 3,1$  добу, середній термін рентгенологічного дозволу інфільтрації при пневмонії -  $14,5 \pm 4,3$  добу. В процесі лікування у 2 пацієнтів (25%) спостерігалися різні порушення:

найчастіше підвищення активності печінкових трансаміназ (АЛТ, АСТ) - у 1 хворого, в 2 випадках відзначалася диспепсія. Тривалість стаціонарного лікування в 1-й групі склала  $20,3 \pm 8,2$  добу.

У 2-й групі при назначенні стартової терапії (цефалоспорин III покоління + макролід) тільки у 2 пацієнтів був досягнутий позитивний клінічний ефект. В інших випадках потрібна була модифікація антибактеріального лікування. Таким чином, клінічна ефективність стартовою терапії важкої ВП із застосуванням комбінації цефалоспорин III покоління + макролід становила 52,9%. Середня тривалість терапії у 2-й групі становила  $10,9 \pm 1,9$  добу, середній термін рентгентехнологічного "одужання" -  $15,7 \pm 4,6$  добу, середня тривалість перебування хворих в стаціонарі -  $21,1 \pm 7,9$  добу.

Небажані реакції реєструвалися у 3 хворих (42,8%). У 2 пацієнтів спостерігались підвищення рівня печінкових трансаміназ, у 1 - диспепсія.

Висновок: Застосування цефтароліну у стартовій терапії важкої позалікарняної пневмонії характеризується високою клінічною ефективністю і хорошим профілем безпеки, що дозволяє рекомендувати цей режим антибіотикотерапії до широкого застосування в клінічній практиці.

*Потапова Л.Н., Скорик Л.И.*

## **АНАЛИЗ ВИДОВОГО СОСТАВА КРОВСОСУЩИХ КОМАРОВ**

**Г. ХАРЬКОВА**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

Кровососущие комары играют очень важную роль в трансмиссии и резервации возбудителей природно-очаговых особо опасных вирусных и бактериальных инфекций. На сегодняшний день в Украине насчитывается 62 вида комаров, относящихся к 7 родам. В фауне Харьковской области и г. Харькова представлены преимущественно голарктические и транспалеарктические виды, а также виды – космополиты с довольно широкой

экологической валентностью развития преимагинальных фаз и имаго. Из всех этих видов доминирующими по численности в г. Харькове являются 2 рода – *Culex* и *Aedes*. Следует отметить, что в данной работе не приведены результаты отловов кровососущих комаров в жилых домах и подвальных помещениях.

**Материалы и методы.** Отлов взрослых особей кровососущих комаров производился при помощи специального энтомологического сачка, к которому крепился отсадник в виде пластиковой бутылки с проделанными в ней множественными отверстиями. Этот метод позволяет анализировать численность кровососущих комаров. Помимо сачка так же использовался эксгаустер с широким отверстием для удобства поимки комаров. В отловах эксгаустером присутствовали практически только самки комаров, так как чаще всего отлов проводился на человеке, как факторе привлечения комаров. Для удаления комаров из отсадника и эксгаустера использовался табачный дым, который на время оказывал парализующее действие на двукрылых. Перед определением комаров также обездвигивали при помощи табачного дыма.

На сборщике учет численности кровососов проводят 15 минут на оголенном предплечье или голени с помощью пробирки-морилки. Целью этих сборов является фенология и видовой состав фауны.

**Результаты и обсуждение.** За исследуемый период отловлено и собрано 4558 экземпляров кровососущих комаров 22 видов 5 родов. В сборах доминировал типичный представитель фауны сем. Culicidae – *Culex pipiens* (23,89% от общего числа отловленных особей), так же являющегося космополитом. Вид субдоминант *Anopheles messae* составил 21,85% от общего числа отловленных особей. В отловах с помощью эксгаустера доминировал *Culex pipiens*. При отловах в водоемах доминировал *Culex molestus* – 17,75%, также часто встречался *Anopheles maculipennis* – 16,37%.

Исследуемый регион обладает оптимальными природно-климатическими условиями для существования популяций кровососущих комаров, среди которых наиболее многочисленным видом является *Culex pipiens*, являющийся переносчиком многих опасных трансмиссивных инфекций человека и

животных. Изучение биологии, экологии кровососущих комаров, характерных для данной местности, ведение регулярного эпизоотологического мониторинга численности, видового, возрастно-полового состава и пиках их активности дают возможность прогнозировать возникновение эпидемически неблагоприятной ситуации по различным природно-очаговым инфекциям, передающихся кровососущими комарами.

*Похил С.І., Козько В.М., Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Бондаренко О.В.*

## **УДОСКОНАЛЕННЯ МІКРОСКОПІЧНОГО МЕТОДУ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ КРИПТОСПОРИДИОЗУ**

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН»,*

*Національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Криптоспоридіоз – емерджентна протозойна хвороба, що характеризується хронічною водянистою діареєю з летальним наслідком в осіб з імунним дефіцитом. На теперішній час криптоспоридіоз визнано глобальною біологічною загрозою з убіквітарним поширенням. Ефективність лікування та профілактики хвороби базується на своєчасній і якісній його діагностиці. Спеціальні лабораторні дослідження відіграють провідну роль при верифікації криптоспоридіозу з огляду на подібність її клінічного прояву до інших діарейних інфекцій.

**Об’єкт дослідження:** зразки фекалій від хворих із діагнозом ВІЛ-інфекція/СНІД та наявністю водянистої діареї.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування та профілактики криптоспоридіозу на основі розробки та впровадження сучасних методів лабораторної діагностики.

**Результати та обговорення.** На теперішній час є чинним “Протокол надання медичної допомоги хворим на криптоспоридіоз” (наказ МОЗ України від 03.07.06 № 434), де єдиним методом етіологічної лабораторної діагностики

криптоспоридіозу визначено дослідження мазків фекалій з метою виявлення вегетативних форм і ооцист паразитів. Але використання мікроскопічних методів з процедурами очистки та концентрування в Україні не проводиться.

Нами експериментально випробувано та встановлено недоліки традиційних методів (метод концентрування під дією відцентрової флотації в градієнті сахарози, метод концентрування під дією відцентрової седиментації в формаліново-етил ацетатній суміші). Встановлено, що останні характеризуються високою матеріалозатратністю та трудоємкістю процедур, низькими рівнями валідності та біобезпечності, істотним варіюванням продуктивності внаслідок суттєвого впливу суб'єктивного чинника. На основі результатів проведених досліджень обґрунтовано доцільність використання фекального паразитологічного концентратора “Mini Parasep® SF-EU Faecal Parasite Concentrator” виробництва “Aparcor Ltd.” (Англія) з метою оптимізації процедур очистки та концентрування ооцист криптоспоридій. Даний метод має ряд суттєвих рейтингових переваг у порівнянні із традиційними варіантами: низьку матеріалозатратність та істотно меншу (у 2,2-2,6 рази) трудоємкість, помірний рівень валідності, високу біобезпечність та більшу (у 1,5 рази) продуктивність мікроскопічного виявлення загальної кількості ооцист криптоспоридій у препаратах збагаченого осаду досліджуваних зразків фекалій.

Усі випробувані нами традиційні методи фарбування ооцист криптоспоридій, що широко застосовуються у світовій медичній практиці (негативного забарвлення, модифікований за Циль-Нільсеном, модифікований швидкий кислотний метод Кіньюна, фарбування сафраніном за Кестером, аурамін-фенольний), за виключенням аурамін-родамінового не забезпечують досягнення необхідної результативності візуалізації ідентифікаційного критерію “внутрішня структурованість ооцист”, що перешкоджає надійно диференціювати ооцисти паразитів із присутніми у фекаліях морфологічно-подібними до них контамінатами. Нами вперше розроблено удосконалений метод фарбування ооцист криптоспоридій для їх виявлення у зразках фекалій за допомогою люмінесцентної мікроскопії – аурамін-родаміновий водний. Даний

метод є більш безпечним і дозволяє зменшити майже у 2 рази (порівняно з традиційним аурамін-родаміновим методом) кількість обов'язкових етапів технології фарбування, використання якого забезпечує достатній рівень візуалізацію усіх діагностично-важливих ознак ооцист для їх ідентифікації.

**Висновки.** Впровадження в практику охорони здоров'я України розробленого методу фарбування ооцист криптоспоридій з попереднім використанням фекального паразитологічного концентрату "Mini Parasep® SF-EU" дозволить підвищити ефективність лабораторної діагностики криптоспоридіозу.

*Похил С.І., Торяник І.І., Тимченко О.М., Чигиринська Н.А., Костиця І.А.*

### **ЗМІНИ У ТКАНИНАХ НАДНИРОКВИХ ЗАЛОЗ ЗА УМОВ КРИПТОСПОРИДІОЗУ ТА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»,  
м. Харків, Україна*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна*

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

У сучасних спеціальних джерелах науково-медичної інформації звертається увага фахівців на вкрай не достатній рівень розробки питань, що стосуються морфологічного опису органів за умов розвитку маркерної патології/ коморбідного стану. До останніх найчастіше відносять СНІД/ВІЛ-маркерні захворювання (вірусні гепатити С, D, F, криптоспоридіоз, т.і.). З огляду на це вивчення структурної характеристики змін у тканинах надниркових залоз за умов детектованого криптоспоридіозу, що перебігав на тлі ВІЛ-інфекції видається своєчасним. Метою роботи було надати морфологічної характеристики змінам, що відбувались у тканинах надниркових залоз на тлі криптоспоридіозу та ВІЛ-інфекції.

Матеріал та методи дослідження. У якості матеріалу дослідження використовували фрагменти надниркових залоз дитини чоловічої статі у віці 1,5 року. З огляду на специфіку детектованої патології та її рідкість, об'єм вибірки доповнювали біоматеріалом з органів центральної нервової системи, серцево-судинної, дихальної, сечо - статевої, обов'язковим чином, імунокомпетентної та шлунково-кишкового тракту. Шматочки розмірами  $0,5 \times 0,5 \times 0,5$  см піддавали фіксації у 12 % розчині формаліну на фосфатному буфері (рН = 7,0-7,2). За цим постфіксували, зневоднювали у спиртах зростаючої концентрації (від 30° до 96°), заливали у смоли (парафін та целоїдин), виготовляли блоки. Отримані за допомогою мікротому зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином, за Ван-Гізоном, Браше, Шиката. Аналіз матеріалу здійснювали у світлооптичному мікроскопі ЛОМО, Санкт-Петербург, Росія ( $\times 200$ ;  $\times 400$ ). З метою об'єктивізації попередньо отриманих даних та узгодження заключного діагнозу, слиз тонкого/товстого кишківника досліджували за методом Циля - Нельсена. Група порівняльного контролю формувалась за рахунок архівного секційного матеріалу. Інтактний контроль складався за рахунок ресурсних матеріалів, отриманих від здорових осіб (синдром раптової смерті), тощо. Для більш повного розуміння епідеміологічного анамнезу, відмітимо, що дитина належала до соціально невлаштованої родини (мати, за словами опікунів, страждала на алкоголізм та наркоманію, долею дитини не переймалась, на медичному обліку не стояла, на початку хвороби від шпиталізації відмовилась. Хлопчика було доставлено у стаціонар на 3 добу захворювання у вкрай виснаженому стані. Запроваджені заходи виявились не результативними). Дані на користь заключного діагнозу були отримані 3-ма тижнями пізніше.

За результатами морфологічного аналізу матеріалу встановлено, що зміни у тканинах на препаратах від осіб, які становили групу інтактного контролю, відповідали параметрам статево-вікової норми та тенденціям постнатального онтогенезу. Тканина надниркових залоз диференційована, без ознак ушкоджень клітинних популяцій капсули, стромального та паренхіматозного компонентів.

У препаратах надниркових залоз, що належали до групи клінічного спостереження, відмічали атрофію, гіпоплазію мозкової речовини. У окремих ділянках тканин з'являлись ознаки фіброзе (виразність якого була різною за ступенем). Добре позначеними ставали дистрофічні зміни епітелію. У окремих зонах відбувалась поява кист та кистоподібних утворень. Згодом ставали позначеними на тлі запальних явищ вогнищеві некрози (незначні за розмірами), поширені паравазальні крововиливи. На тлі згаданого відмічались явища проліферації судин з інфільтрацією капсули лімфоцитами. Висновок. Отже, ушкодження надниркових залоз носили розповсюджений характер та супроводжувались розвитком дистрофічних процесів, некрозу, порушень кровопостачання.

*Россихин В.В.<sup>1</sup>, Яковенко М.Г.<sup>2</sup>, Осипов П.Г.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНЫ «УРИВАК» У ПАЦИЕНТОВ С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРОСТАТИТАМИ, ВЫЗВАННЫМИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНОЙ ФЛОРОЙ**

<sup>1</sup> *Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина*

<sup>2</sup> *Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Украина*

Наиболее распространенными этиологическими агентами хронического бактериального простатита (ХБП, категория II) являются представители семейства грамотрицательных бактерий *Enterobacteriaceae*, которые проникают в простату из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это штаммы *Escherichia coli*, которые обнаруживаются в 65–80% случаев инфекций. *Pseudomonas aeruginosa*, виды *Serratia*, *Klebsiella* и *Enterobacter aerogenes*, а также *Acinetobacter spp.* выявляются в оставшихся 10–15%. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2011) по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин, длительность антимикробной терапии ХБП фторхинолонами или

триметопримом должна составлять от 2 до 6 нед. Несмотря на преимущества антибиотиков у них есть ряд недостатков, - возникновение антибиотикорезистентности и иммуносупрессии. Одним из новых иммунотерапевтических препаратов является «Уривак», который представляет собой лиофилизированный бактериальный лизат штаммов следующих бактерий - *Klebsiella pneumoniae* ССМ\* 7589- 0,67мг., *Pseudomonasa eruginosa* ССМ\* 7590- 0,67мг., *Enterococcus faecalis* ССМ\*7591 - 0,67мг., *Escherichia coli* ССМ\*7593 - 0,67мг. Механизм действия «Уривака» заключается в активизации гуморального и клеточного звеньев иммунитета, что приводит к уменьшению рецидивов ХБП и снижению уровня иммуносупрессии, вызванной сопутствующей антибиотикотерапией.

Цель исследования: Оценить эффективности вакцины «Уривак» у пациентов с ХБП, обусловленных антибиотикорезистентной флорой.

Представляем опыт клинического наблюдения за пациентами клиники мужского здоровья с ХБП. Анализируемая группа составила 14 пациентов, имеющих давность анамнеза от 3 до 7 лет, средний возраст которых (43±6 лет). Каждый из пациентов прошел ранее лечение от 2 более курсов по поводу этого заболевания. Эти пациенты принимали «Уривак» в сочетании с ферментными препаратами (ректальные свечи «Биострепта»), физиотерапией и массажем, в связи с индивидуальной непереносимостью антибиотиков (4 чел.) или где были выявлены антибиотикорезистентные штаммы возбудителей (10 больных).

На момент назначения «Уривака» у всех пациентов этой группы отмечалось увеличение размеров предстательной железы и характерные жалобы. Для оценки эффективности лечения проводили комплексное обследование (пальпация простаты, УЗИ, урофлоуметрия, микроскопическое и бактериологическое исследование секрета простаты) до начала лечения и спустя 3 мес по его завершению. «Уривак» пациенты принимали натошак утром 1 раз в день в течение 3 мес. После 3-месячного курса применения «Уривака» был достигнут положительный клинический эффект, эффективность лечения составила 70%, оставшимся 30% был назначен дополнительный курс

«Уривака». В результате контрольных исследований было отмечено уменьшение размеров предстательной железы, улучшение лабораторных показателей, исчезновение болевого синдрома и дизурических расстройств.

Таким образом, «Уривак» является весьма эффективным средством лечения хронического простатита. Назначение «Уривак» особенно показано пациентам, имевшим противопоказания к приему антибиотиков, а также с целью профилактики обострений.

*Сипливий В.О., Євтушенко Д.В., Євтушенко А.В.*

## **ОБТУРАЦІЙНА ЖОВТЯНИЦЯ ЯК ГОСТРИЙ НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Актуальность темы:** Холелітіаз є одним із розповсюджених захворювань нашого часу. 14% чоловіків та 23% жінок страждають на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ).

**Мета роботи:** Провести аналіз лікування хворих з ускладненнями холелітіазу, визначити оптимальні терміни відновлення жовчотоку при обтураційній жовтяниці.

**Матеріали та методи дослідження:** Приведен ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 184 хворих з ускладненнями холелітіазу. Чоловіків було 68 (37%), жінок – 116 (63%). Вік хворих коливався від 31 до 88 років і в середньому становив  $64,1 \pm 1,0$  рік. При аналізі змін лабораторних показників використовували шкалу СТС v. 3.0 (2006). Для аналізу і класифікації післяопераційних ускладнень використовувалася шкала Clavien-Dindo (2004). Статистична обробка даних - Statistica 10.0 for Windows.

**Результати:** Аналіз лейкограми показав, що у пацієнтів з холедохолітіазом та обтураційною жовтяницею у доопераційному періоді рівень лейкоцитів у середньому становив  $8,1 \pm 0,39 \times 10^9/\text{л}$  з коливанням

показників від 2,8 до 26,3  $\times 10^9$ /л. Спостерігався помірний зсув лейкоформули вліво, що відображало загальну запальну реакцію організму хворих. Рівень загального білірубіну становив  $85,9 \pm 8,3$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ) (з коливаннями від 20,9 до 303 мкмоль/л), а у пацієнтів з асимптоматичним холедохолітіазом –  $13,0 \pm 0,85$  мкмоль/л (з коливаннями від 3,7 до 19,5 мкмоль/л). Аналіз відхилень показників білірубіну від норми за критеріями СТС показав, що у 33(31,4 %) хворих рівень загального білірубіну перевищував верхню межу норми більше ніж у 3 рази, що відповідає тяжкому чи вкрай тяжкому рівню порушення функції печінки. Рівні АЛТ та АСТ у 43,9% та 24,2% пацієнтів відповідно перевищували 200 Од/л, що відповідає тяжким/загрозуючим життю змінам функції печінки за критеріями СТС. Основним методом відновлення жовчотоку у пацієнтів з холедохолітіазом та обтураційною жовтяницею було ендоскопічне транспапілярне втручання – ЕПСТ з літекстракцією. Дане втручання проведено 105 хворим. У 98 (93,3 %) пацієнтів було досягнуто видалення конкрементів, які викликали обструкцію, та відновлено прохідність жовчної протоки. У 7 (6,7 %) пацієнтів ендоскопічна корекція жовчотоку була безуспішною і їм виконане відкрите оперативне втручання. Післяопераційні ускладнення спостерігалися у 16 (15,2 %) пацієнтів: Grade 1–2 за Clavien – Dindo відзначені у 13 (12,38 %) пацієнтів, Grade 3b – у 3(2,85 %). Розвиток обтураційної жовтяниці при холедохолітіазі супроводжується розвитком морфологічних змін печінки, ступінь вираженості яких збільшується зі збільшенням тривалості жовтяниці. Збільшення тривалості жовтяниці від 7 до 30 діб веде до зменшення відносного об'єму гепатоцитів з  $66.55 \pm 2.07$  до  $59.55 \pm 2.15$  ( $p < 0,05$ ), зростання об'єму сполучної тканини з  $5.05 \pm 0.96$  до  $11.4 \pm 1.39$  ( $p < 0,05$ ), та стромально-паренхіматозного індексу з  $0.37 \pm 0.009$  до  $0.5 \pm 0.012$  ( $p < 0,05$ ). При розвитку холангіту, визваного *P. aeruginosa* та *E. Coli*, морфологічна картина печінки характеризується розвитком дифузного гнійного холангіту на тлі хронічних змін, характерних для термінів жовтяниці. Відновлення жовчотоку забезпечує виражене зниження інтенсивності альтеративних і запальних змін в структурі паренхіми печінки з посиленням репаративних процесів в її тканини.

**Висновки:** Мінінвазивні втручання є ефективним у лікуванні пацієнтів з клінікою обтураційної жовтяниці при холедохолітазі. Корекція жовчотоку має бути проведена якомога швидше, оптимально - в терміни до 7 днів після розвитку жовтяниці.

*Сіроштан Г.М.<sup>1</sup>, Козько В.М.<sup>2</sup>, Бондар О.Є.<sup>2</sup>, Нартів П.В.<sup>3</sup>, Пеньков Д.Б.<sup>3</sup>,  
Танчук Ю.В.<sup>3</sup>*

**РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ  
ПО ЛІКУВАННЮ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С У ХАРКІВСЬКІЙ  
ОБЛАСТІ СТАНОМ НА 01.01.2018 р.**

<sup>1</sup> *Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації,  
м. Харків, Україна*

<sup>2</sup> *Національний медичний університет, м. Харків, Україна*

<sup>3</sup> *Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків, Україна*

З метою раціонального використання лікарських засобів для лікування хворих на хронічні вірусні гепатити В і С, закуплених у централізованому порядку за кошти Державного бюджету України за напрямом виконання заходів Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 29.04.13 №637, виданий наказ Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації від 14 січня 2014 № 10.

На виконання наказу в межах програми виконане наступне:

1. Створено єдиний реєстр хворих на хронічні вірусні гепатити В і С м. Харкова та Харківської області, що знаходяться на диспансерному нагляді у гепатологічному центрі при КЗОЗ Обласна клінічна інфекційна лікарня та КЗОЗ ХОЦПБС.

2. Створена комісія по відборі хворих на хронічні вірусні гепатити В і С для проведення лікування лікарськими засобами, закупленими у централізованому порядку за кошти Державного бюджету України.

3. Визначені показання, протипоказання, критерії включення та виключення щодо призначення протівірусної терапії хворим на хронічні вірусні гепатити В і С.

4. Забезпечено обстеження хворих на хронічні вірусні гепатити В і С з метою визначення курсу лікування лікарськими засобами, закупленими у централізованому порядку за кошти Державного бюджету України.

5. Забезпечено складання інформованої згоди пацієнта на проведення протівірусної терапії лікарськими засобами, закупленими у централізованому порядку за кошти Державного бюджету України.

6. Забезпечено своєчасне інформування адміністрацій закладів охорони здоров'я за місцем проживання хворого, який отримує лікарські засоби, закуплені у централізованому порядку за кошти Державного бюджету України.

7. Забезпечена своєчасна передача у встановленому порядку лікарських засобів для лікування хворих на хронічні вірусні гепатити В і С за місцем проживання хворого із збереженням холодового ланцюга.

8. Забезпечено контроль за обсягами лікування хворих на хронічні вірусні гепатити В і С в амбулаторних умовах.

9. Забезпечено диспансерний нагляд за хворими, що отримують протівірусну терапію.

10. Виділена відповідальна особа для збору використаних форм лікарських засобів після проведення лікування за місцем проживання хворого.

11. Визначена потреба у протівірусній терапії хворих на хронічні вірусні гепатити В і С на 2018 рік згідно квоти.

Всього до реєстру хворих на хронічні вірусні гепатити В і С Гепатологічного центру станом на 01.01.2018 внесено 7444 осіб, із них з

хронічною інфекцією HBV – 1204, HCV – 5347, HBV/HCV – 112, ВІЛ/ХВГ – 781.

У 2014-2017 рр. проведено 41 засідання комісії по відбору хворих, розглянуті справи 946 хворих (хронічний вірусний гепатит С – 671, хронічний вірусний гепатит В – 275).

Станом на 01.01.2018 року лікування лікарськими засобами, закупленими у централізованому порядку за кошти Державного бюджету України в 2013-2016 рр., почали 65 хворих на хронічний гепатит В (ХГВ), у тому числі 5 хворих на ко-інфекцію ХГВ/ХГD/ХГС. Пегільований інтерферон призначений 11 хворим, тенофовір – 54 хворим. Серед хворих, що почали лікування мешканців м. Харкова – 49, мешканців Харківської області – 16, медичних працівників – 2, інвалідів – 8. Первинна або часткова вірусологічна відповідь на противірусну терапію спостерігалися у 92,3% хворих.

Станом на 01.01.2018 року лікування лікарськими засобами, закупленими у централізованому порядку за кошти Державного бюджету України в 2013-2016 рр. (пегільований інтерферон, рибавірин, Совалді, Харвоні, Вільвіо та Вірелакір), призначено 187 хворим на хронічний гепатит С (ХГС), у тому числі 19 хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС. Серед хворих, що почали лікування мешканців м. Харкова – 114, мешканців Харківської області – 73, медичних працівників – 48, інвалідів – 10, учасників АТО – 36. Розподіл хворих за генотипами HCV: 1 генотип – 109 (58,3%), 2 або 3 генотип – 78 (41,7%).

Ефективність противірусної терапії оцінена у 161 пацієнта. Частота стійкої вірусологічної відповіді у хворих з 1 генотипом HCV склала 75%, з генотипом 2/3 – 75,3%.

Враховуючи велику кількість хворих на хронічні вірусні гепатити, що потребують противірусної терапії, значну вартість противірусних препаратів та задовільні результати лікування у рамках національної програми доцільно продовження реалізації Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів препаратами прямої противірусної дії.

## **КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

В Україні, як і у всьому світі відмічається висока захворюваність на гострі кишкові інфекції (ГКІ). Етіологічним чинником більшості ГКІ є віруси, у тому числі і ротавірус. За даними ВООЗ у світі реєструється більше 114 млн. випадків ротавірусних гастроентеритів на рік, 20 млн. з них мають тяжкий перебіг.

За даними різних авторів у світі від ротавірусного гастроентериту гине біля 500 тис. дітей щорічно, 90% з них мешкають у країнах що розвиваються. Широка розповсюдженість, тяжкість перебігу, можливість летальних випадків, особливо у дітей молодшого віку, у разі відсутності кваліфікованої медичної допомоги, визначають актуальність цієї проблеми.

З метою вивчення клініко-епідеміологічних особливостей ротавірусної інфекції у Харківській області ми проаналізували 280 історій хвороб дітей, які знаходились на лікуванні у ОДКЛ м. Харкова у період з березня 2017 року по березень 2018 року з діагнозом: Ротавірусна інфекція. Діагноз встановлювався на підставі виявлення рота вірусного антигену у фекаліях методом ІФА. Також було проведено бактеріологічне дослідження фекалій на кишкову групу, хворі з підтвердженою бактеріальною етіологією гастроентериту були виключені з когорти дослідження.

По результатам проведеної роботи було встановлено, що у Харківській області зберігається циклічність епідемічного процесу, з підвищенням рівня захворюваності у зимово-весняний період з піком у лютому та березні.

Серед госпіталізованих було 175 (62,5%) хворих з тяжкою формою захворювання, та 105 (37,5%) дітей у стані середньої тяжкості. Ступінь тяжкості визначався за ретроспективною шкалою оцінки тяжкості ГКІ Vesikari.

Усіх хворих було поділено на групи залежно від віку. Перша група – це діти віком від 6 місяців до 18 місяців, друга група від 18 місяців до 36 місяців і третя група - це діти від 36 місяців і доросліше. При цьому була встановлена чітка залежність тяжкості перебігу від віку дитини. У дітей з першої групи ротавірусна інфекція характеризувалась тяжким перебігом у 92% випадків серед госпіталізованих. У 100% дітей з цієї вікової групи мала місце блювота, що зберігалась протягом перших 2-3-х діб захворювання. Синдром ентериту був помірним у 57 (50,8%) хворих, кількість рідких випорожнень не перевищувала 5 разів на добу. В інших 44 (39,4%) випадках рідкий стілець відмічався 6-10 разів, а у останніх 11(9,8 %) кількість випорожнень перевищувала 10 разів на добу. Також у дітей з першої групи у 25 (22,3%) випадках мав місце коліт. Кількість лейкоцитів при копрологічному дослідженні коливалась від 15 до 35 одиниць у полі зору.

Таким чином вік визначає тяжкість перебігу захворювання, та є фактором ризику розвитку гастроентероколітичного варіанту перебігу ротавірусної інфекції.

*Сохань А.В.*

## **ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РІВНІВ НЕЙРОСПЕЦИФІЧНИХ МАРКЕРІВ У ЦСР ХВОРИХ НА ГОСТРІ БАКТЕРІАЛЬНІ ТА ВІРУСНІ НЕЙРОІНФЕКЦІЇ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Діагностична роль нейроспецифічних білків при оцінці ступеня пошкодження клітин центральної нервової системи в даний час підтверджена. Доведено, що рівень специфічних нейронів білків у спинномозковій рідині відповідає ступеню пошкодження клітин ЦНС у пацієнтів з інсультами, черепно-мозковими травмами, хворобою Альцгеймера та ін. Проте роль та

діагностичне значення рівнів нейроспецифічних маркерів у ЦСР пацієнтів з гострими бактеріальними та вірусними нейроінфекціями майже невідоме.

Матеріали та методи: Проведено аналіз 155 випадків гострих бактеріальних та вірусних менінгітів та менінгоенцефалітів. Серед них - 45 з пневмококовою, 36 з менінгококовою, 20 з ВПГ 1,2, 19 з ЕБВ, 15 з ВЗВ та 20 з ентеровірусною етіологією захворювання. Хворі були розподілені на групи за етіологією та тяжкістю хвороби. Рівень нейроспецифічних маркерів білку S-100, NSE, MBP, GFAP та BDNF визначались у ЦСР хворих на першу добу лікування. Проводився статистичний аналіз отриманих даних з метою визначення діагностичної та прогностичної цінності отриманих показників. Етіологія захворювання була підтверджена методом ПЛР цереброспінальної рідини. Рівень нейроспецифічних маркерів визначали за допомогою тесту ELISA. Статистичний аналіз даних, зроблених за допомогою програми «BioStat 2009».

Результати. Нами було отримано статистично значущі ( $P < 0,001$ ) підвищені рівні нейроспецифічних маркерів NSE, GFAP, MBP та білку S-100 у пацієнтів всіх груп. У хворих з тяжким перебігом рівні маркерів NSE, GFAP, MBP та білку S-100 були достеменно вищі у порівнянні з хворими на нейроінфекції середньої тяжкості. У хворих з летальним перебігом ( $n=15$ ) рівні маркерів NSE та GFAP були достеменно вищі за показники усіх груп пацієнтів що вижили ( $P < 0,05$ ). Рівень маркера BDNF у хворих на тяжкі менінгіти/менінгоенцефаліти був достеменно нижчий у порівнянні з показниками середньої тяжкості ( $P < 0,05$ ). Рівні NSE, S-100, GFAP та MBP, на перший день лікування, перебували в прямому корелятивному зв'язку з розвитком і вираженістю вогнищевих неврологічних симптомів. Найбільш сильний ( $r = 0,712$ ) прямий корелятивний зв'язок, виявлений нами, спостерігається між тяжкістю неврологічних симптомів та рівнем NSE і GFAP. У той же час нами виявлений сильний зворотний корелятивний зв'язок ( $r = -0,727$ ) між рівнем BDNF і тривалістю неврологічних симптомів.

Висновки: Підвищення рівнів нейроспецифічних маркерів у ЦСР хворих на гострі нейроінфекції демонструє наявність пошкодження нейронів, астроглії та мієлінових нервів у хворих як з тяжкими так і середньої тяжкості бактеріальними та вірусними нейроінфекціями. Рівень нейроспецифічних маркерів у ЦСР безпосередньо залежить від тяжкості захворювання і найвищий у хворих з тяжким та летальним перебігом, що може бути використаним з діагностичною та прогностичною метою. Рівень нейроспецифічних маркерів NSE, S-100, GFAP та MBP знаходиться в прямій залежності від тяжкості захворювання та найвищий у хворих з тяжким перебігом герпесвірусного менінгіту ( $P < 0,05$ ), що підтверджує діагностичне та прогностичне значення нейроспецифічних маркерів у хворих на гострі вірусні нейроінфекції. У хворих з тяжким перебігом гострої нейроінфекції знижується активність регенеративних процесів у тканинах ЦНС за рахунок зниження рівню BDNF ( $P < 0,05$ ).

*Сохань А.В., Симкіна В.Є.*

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГРВІ, ЩО УСКЛАДНИЛАСЬ ГОСТРИМ ГНІЙНИМ МЕНІНГІТОМ У ХВОРОГО З РЕЦИДИВУЮЧИМ СИНУСИТОМ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Хворий чоловічої статі у віці 17 років (студент Національної академії Національної гвардії України) був шпиталізований до Обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова (ОКІЛ) зі скаргами на нездужання, помірний головний біль розлитого характеру, підвищення температури тіла ( $37,8\text{ C}$ ), біль в горлі, закладеність носа. Захворів після переохолодження, гостро напередодні ввечері, коли вперше з'явилися вищевказані симптоми, вранці наступного дня звернувся до санітарної частини, звідки був направлений в ОКІЛ з попереднім діагнозом: Гостра респіраторна вірусна інфекція, ринофаринготонзиліт.

Самостійно не лікувався. Зазначає контакт з хворими на ГРВІ за місцем навчання. За останні два роки три рази переносив синусит (двічі за останні 6 місяців).

При надходженні в інфекційну лікарню: стан середнього ступеня тяжкості за рахунок виражених симптомів інтоксикації, контакту доступний, свідомість ясна. Шкірні покриви бліді, слизова оболонка ротоглотки гіперемована, задня стінка пухка, зерниста. Мигдалини гіпертрофовані, на поверхні наліт білого кольору, легко знімається шпателем. Інші дані огляду хворого без особливостей. Менінгеальних симптомів і осередкової симптоматики у перший день шпиталізації не виявлено. Був виставлений попередній діагноз ГРВІ та призначений план обстеження згідно локальних стандартів лікування ГРВІ. За результатами обстеження виявлений гайморит зліва. У клінічному аналізі крові та сечі, флюорографія – без патологічних змін. Призначено лікування: режим ліжковий, стіл № 13, Цефтріаксон 1,0 г 2 рази на день, неонокс з цікломеном, сульфат магнію 25% р-р по 5 мл в/м, лоратодін, амброксол, диклофенак натрію 3,0 при лихоманці вище за 38 С, сінупрет, септифрїл, полоскання горла антисептиком, рясне пиття.

Протягом 3-х діб лікування стан хворого залишався середнього ступеня тяжкості за рахунок симптомів інтоксикації, що зберігалися (температурна крива ремітуюча, з максимумом ввечері до 38,5, головний біль, слабкість та зниження апетиту). На четверту добу лікування до терапії був доданий левофлорксацин по 500 мг 1 раз на добу. Протягом наступних 3 діб лікування поліпшення стану хворого не спостерігалось, зберігалася лихоманка, інтенсивний головний біль, рідкий кашель. В зв'язку з чим лікуючий лікар заміняє цефтріаксон на брорксон по 40 мг два рази на добу. На 10-ту добу лікування у хворого зростають явища інтоксикації, посилюється головний біль, температура підвищується вже до 39С. При об'єктивному огляді визначаються гіперемія слизової ротоглотки та гіпертрофія мигдаликів. У легенях жорстке дихання, хрипів немає. Печінка пальпаторно + 0,5 см, селезінка не збільшена. При перевірці симптому ригідності м'язів потилиці – ригідності немає, однак

відмічається легке посилення болю голови, що іррадіює у шию та спину, також сумнівний симптом Керніга з обох боків. З огляду динаміку хвороби, відсутність ефекту від лікування і появу сумнівних менінгіальних симптомів з діагностичною метою проведено люмбальна пункція. За результатами пункції ЦСР – прозора, безкольорова, білок 0,36 г/л, плеоцитоз -  $10 \cdot 10^6$ /л, нейтрофіли – 90%, лімфоцити- 10%, цукор 3,1 ммоль/л. Таким чином у хворого було діагностовано гнійний менінгіт. Нажаль бактеріологічні та ПЦР дослідження ЦСР не виявили етіологію нейроінфекції, що пов'язано з попереднім тривалим використанням антибіотиків. Хворому було проведене ургентне МРТ головного мозку – без патологічних змін. Він був переведений до відділення нейроінфекцій ОКІЛ та через 2 доби лікування стан пацієнта значно покращився, був виписаний з лікарні в задовільному стані. Даний клінічний випадок висвітлює труднощі у діагностиці та веденні хворих з нейроінфекціями. Практикуючому лікарю слід бути настороженим щодо можливості менінгіту у всіх хворих з головними болями, особливо якщо стандартне лікування не дає очікуваного поліпшення стану. Відсутність, або незначна вираженість менінгеальних симптомів не виключає наявності нейроінфекції. Лише проведення аналізу ЦСР є достеменним методом діагностики нейроінфекційного процесу.

*Татаркіна А.М., Копійченко Т.С., Вовк Т.Г., Білоконова Л.А., Оношко Н.В.*

*Астапова В.В., Шапарная Л.А.*

## **КЛІНІКО – ЕТІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ЕШЕРИХІОЗУ У ДІТЕЙ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ОБЛАСНОЇ ДИТЯЧОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ КЛІНІКИ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

*Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня, м. Харків, Україна*

Ешерихіоз у загальній структурі бактеріальних гострих кишкових інфекцій (ГКІ) посідає важливе місце як у дітей, так і дорослих. Моніторинг етіологічної структури бактеріальних ГКІ за період 1998-2017рр. в умовах Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова виявив поступове зростання питомої ваги ешерихіозу з 3,6 % - 4,7 % у 1998-2002 рр. до 13,7 % - 15,4 % протягом останніх п'яти років. Лідируючі позиції у структурі ешерихіозів за період 2013-2017рр. належать ентеропатогенним штамам (коливання від 59,7 % до 66,3% в окремі роки)

З метою визначення особливостей клінічних проявів та перебігу ешерихіозу, обумовленого ентеропатогенними штамми був проведений порівняльний аналіз і зіставлення у двох групах спостережень за хворими, що перенесли названу інфекцію у різні відрізки часу. Проведений ретроспективний аналіз 154 історій хвороб дітей раннього віку, хворих на ентеропатогенний ешерихіоз (ЕПЕ), що знаходилися на стаціонарному лікуванні впродовж 1998-2002рр. домінуючи серовари O127, O55, O26, O18, O75(1 гр. спостережень). В якості порівняння проаналізовані 175 історій хвороб дітей, хворих на ЕПЕ які знаходилися на лікуванні впродовж 2013-2017рр., домінуючи серовари O44, O114, O119, O142, O86, O55 та ін. (2гр.) Хлопчиків 51,9%, дівчаток - 48,1 %. Групи порівнянь співставлялися за віком, статевими ознаками, фоною патологією та клінічними формами. В обох групах спостережень переважно реєструвалися гастроентеритичні форми (56 % і 51,5 %); ентеритичні та ентероколітичні -33,7 - 33,2 % і 10,3 % - 15,3 %

відповідно. Враження товстого кишечника із проявами гемоколіту в двічі частіше реєструвалося у хворих 1-ї гр., що пов'язане зі здатністю ЕПЕ продукувати VERA – подібний токсин, притаманний ЭГЭ, зокрема - О-157. Середньотяжкі форми діагностовані у 58,6% (1гр.) та 56,2% (2гр.), тяжкі та легкі 36,9% і 38,1% та 4,5% і 5,7% відповідно. Несприятливий перебіг хвороби (затяжний, хвилеподібний перебіг, ускладнення, загострення, рецидиви) спостерігались значно ( $P < 0.05$ ) частіше у хворих 1-ї гр.

Встановлено, що і останніми роками ешерихіоз, обумовлений ентеропатогенними штамами зберігає основні клінічні ознаки - йому, як і раніше, притаманні ураження шлунково – кишкового тракту, (переважно шлунку та тонкого кишечника), симптоми ексикозу, електролітні розлади, розвиток токсикозу, залучення в патологічний процес товстого кишечника та поява ускладнень. У той же час, у хворих 1-ої групи достовірно частіше ( $P < 0,05$ ) тяжкість патологічного процесу була обумовлена розвитком кишкового токсикозу (34,7% проти 13,8% відповідно), Середня тривалість гарячкового періоду, діареї та бактеріовиділення ешерихій у хворих 1-ої групи були значно тривалішими ( $P < 0,05$ ). Реєстрація ускладнень рецидивів у хворих в минулому відмічена в 1,6 разів частіше, а повторна госпіталізація складала 5,7% проти 1,3% у 2-ій групі спостережень. Тривалішим було і перебування на ліжку у хворих 1-ої групи і склало  $13,7 \pm 1,7$  проти  $10,8 \pm 1,2$  днів – у 2-й гр. спостережень.

Таким чином, в етіологічній структурі ешерихіозів на сучасному етапі домінуюче положення займають ентеропатогенні штами з переважанням О44, О114, О119, О142, О86, О55 сероварів. При збереженні основних клінічних ознак, відносно минулого, спостерігається більш сприятливий перебіг хвороби. Зменшення тяжкості патологічного процесу, можливо, пов'язане зі змінами довкілля, які впливають не лише на стан макроорганізму, але й біологічні властивості збудників хвороб, послабляючи або посилюючи їх патогенні властивості.

## **СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХВОРОБУ ЛАЙМА У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

В останні десятиліття хвороба Лайма (ХЛ) все більше поширюється в нашій країні і навіть зустрічається у тій місцевості, де раніше її навіть не реєстрували. В останні роки детальному вивченню піддані особливості перебігу ХЛ з аналізом спектра клінічних проявів, впроваджені нові схеми діагностики, етіо- і патогенетичної терапії. Незважаючи на це питання профілактики та діагностики залишаються актуальними в різних регіонах України.

Мета. Виявити динаміку поширеності ХЛ в Харківській області.

Матеріали й методи. Аналіз зареєстрованих даних відкритих джерел інформації про стан ХЛ в Харківській області.

Результати. Вперше в Україні хворобу Лайма виявили в 1994-му році, з того ж періоду ведеться її епідеміологічна реєстрація. Завдяки впровадженню нових схем діагностики, відзначалося різке збільшення захворюваності ХЛ у період 2000-2014 рр. В цілому в Україні цей показник збільшився в 29 разів, в Харківській області - в 16 разів, незважаючи на те, що Харківська область раніше не була осередком ХЛ.

Сьогодні вся Харківська область є ензоотичною на ХЛ. Це означає, що у всіх районах області є збудник кліщового бореліозу, який передається через укус кліща. По місту Харкову найбільш ензоотичними територіями є лісопаркова зона та район П'ятихаток. В Харківській області підтверджено циркуляцію серед кліщів збудників кліщового бореліозу, анаплазмозу, ерліхіоза, туляремії. В області за результатами моніторингу визначено 394 території, де є осередки цієї інфекції. Насьогодні у Харківській області спостерігається неухильне зростання захворюваності ХЛ, що вочевидь, обумовлено зростанням щільності поширення кліщів, кращим виявленням захворювання, але й недостатньою програмою первинної профілактики

ензоотичних територій. Також має місце низький рівень інформованості не тільки пересічних жителів але й самих сімейних лікарів про методи лікарської профілактики захворювання.

За даними статистики у 2014 р. в Харківській області лікарі зареєстрували 56 випадків ХЛ. За весь період 2015 р. був зареєстровано 216 випадків ХЛ. Це найбільша кількість випадків зареєстрованих за останні 5 років в Харківській області. За даними досліджень, проведених у 2016 році, в області відзначено збільшення чисельності іксодових кліщів і подальша активізація природних вогнищ лайм-бореліоз. Так, жителі стали частіше звертатися за допомогою після укусів кліщів: зареєстровано 2799 постраждалих, 30,7% з яких - діти. Показник захворюваності складав 14,9% (зареєстровано 141 випадків) з найбільшою кількістю хворих саме в м.Харкові (82 випадки).

За результатами 2017 року рівень інфікованості кліщів борреліями становив вже 15,9%. За 9 місяців 2017 року зареєстровано 137 випадків кліщового бореліозу, 31,6% хворих постраждали в рекреаційних зонах м.Харкова, 22,8% у зонах відпочинку в районах області.

Висновки. В Харківській області триває поступове зростання захворюваності ХЛ не тільки на території області, а й в самому місті Харкові, що вимагає обов'язкового посилення методів первинної профілактики ХЛ. На цьому тлі необхідно більш ретельно відноситися до формування знань лікарської профілактики ХЛ у сімейних лікарів.

*Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Градиль Г.І, Гаврилов А.В., Гордієнко А.І.*

## **ВПЛИВ СУЧАСНОГО ЕНТЕРОСОРБЕНТУ З ДОКАЗАНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ «БІЛЕ ВУГІЛЛЯ» НА ПОКАЗНИКИ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Харчові токсикоінфекції (ХТІ) є актуальною проблемою сучасної інфектології. У соціальному плані ХТІ продовжують залишатися одним з найважливіших індикаторів соціального і санітарного благополуччя.

В даний час все більшу увагу дослідників і практичних лікарів приділено питанням застосування в клінічній практиці ентеросорбентів на основі кремнезьому або діоксиду кремнію ( $\text{SiO}_2$ ), оскільки ці препарати мають ряд позитивних фармакологічних ефектів, до яких слід віднести, перш за все, велику сорбційну ємність і високу швидкість зв'язування мікроорганізмів і бактеріальних токсинів, можливість прийому помірних терапевтичних доз завдяки великій площі їх активної поверхні, а також швидкий терапевтичний ефект. Ентеросорбенти на основі  $\text{SiO}_2$  не викликають запорів, для них характерна нетоксичність, гіпоалергенність і селективна, тобто виборча дія, в результаті чого в процесі ентеросорбції досягається мінімізація втрат корисних мікронутрієнтів. Для проведення раціональної комплексної терапії хворих на ХТІ нашу увагу привернула можливість використання сучасного кремнезьомного ентеросорбенту «Біле вугілля».

Мета дослідження - оцінка впливу сучасного ентеросорбенту з доказаною ефективністю «Біле вугілля» на показники ендотоксикозу в хворих на ХТІ.

Під наглядом знаходилося 70 пацієнтів з ХТІ. Середній вік обстежених хворих складав  $32,4 \pm 7,8$  років (від 17 до 60 років), з них осіб чоловічої статі було 31 хворий (44,3%). Хворі, які перебували під наглядом, були розділені на 2 групи по 35 осіб в кожній. Першу (основну) групу склали хворі, які поряд з базисною терапією отримували кремнезьомний ентеросорбент «Біле вугілля» по 2-3 таблетки за 30-40 хвилин до прийому їжі або лікарських препаратів 3-4

рази на день протягом 5-7 діб. Другу (контрольну) групу склали пацієнти, в лікуванні яких використовували тільки базисну терапію. Стан ендотоксикозу оцінювали за рівнем у сироватці крові так званих «середніх молекул» (СМ), що досліджували за методом Ніколайчика В.В. та співавт.

В результаті клінічних спостережень було встановлено, що в ході лікування хворих на ХТІ поступово наступило клінічне поліпшення, яке характеризувалося зменшенням проявів синдрому інфекційного токсикозу, абдомінально-больового і диспептичного синдромів, при цьому в основній групі пацієнтів спостерігалися більш ранні терміни ліквідації симптомів захворювання. Середнє значення тривалості лікування до досягнення ефекту в групі контролю склало 2,6 днів (95% довірчий інтервал (ДІ) становив 2,3 днів - 3,0 днів), а для пацієнтів основної групи середнє значення тривалості лікування до досягнення ефекту склало 1,7 діб (95% ДІ 1,6 днів - 1,9 днів). Таким чином, використання ентеросорбенту «Біле вугілля» дозволяє скоротити ( $p < 0,001$ ) тривалість лікування, в середньому, на 0,9 доби (95% ДІ 0,5 днів - 1,2 днів) в порівнянні з контрольною групою. Також в результаті проведених досліджень було встановлено, що включення ентеросорбенту «Біле вугілля» у комплекс лікувальних заходів у хворих на ХТІ сприяє ліквідації синдрому ендотоксикозу. Так, до лікування рівень СМ у сироватці крові складав в середньому  $0,22 \pm 0,03$  г/л у осіб першої групи та  $0,19 \pm 0,02$  г/л у осіб другої групи, то на момент завершення лікування у осіб першої групи рівень СМ дорівнював в середньому  $0,54 \pm 0,02$  г/л, що вірогідно не відрізнялося від норми, а у осіб другої групи –  $0,71 \pm 0,03$  г/л, що було в 1,36 рази вище норми.

Таким чином, отримані дані дозволяють вважати застосування кремнеземного ентеросорбенту «Біле вугілля» у терапії хворих на ХТІ патогенетично обґрунтованим і клінічно доцільним.

*Ткаченко В.Г.<sup>1</sup>, Граділь Г.І.<sup>1</sup>, Молокова С.О.<sup>2</sup>, Мамасуєва Л.В.<sup>1</sup>*

## **ПРОБЛЕМИ РОЗПІЗНАВАННЯ КИШКОВОГО ЄРСИНІОЗУ**

<sup>1</sup> *Кафедра інфекційних хвороб, Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

<sup>2</sup> *Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків, Україна*

Розпізнавання кишкового ерсиніозу, як засвідчує медична практика, залишається непростим завданням з огляду на поліморфний спектр його проявів та множинність клінічних форм, схожість з багатьма іншими інфекційними й неінфекційними захворюваннями. Методи специфічної діагностики кишкового ерсиніозу мають низку обмежень, а тому не є досконалыми. До вищевказаних труднощів розпізнавання захворювання додається недостатня настороженість і низька обізнаність практичних лікарів з цим інфекційним захворюванням, що в свою чергу призводить до неповноти обліку й реєстрації далеко не всіх випадків кишкового ерсиніозу, в тому числі й внаслідок не призначення специфічних методів діагностики.

Не зважаючи на те, що діагноз кишкового ерсиніозу нерідко виставляється на підставі клініко-епідеміологічних та рутинних лабораторно-інструментальних даних, вважається за необхідне застосування специфічних методів розпізнавання захворювання, адже внаслідок великого різномаяття клінічних проявів досить частим є як гіпо-, так і гіпердіагностика кишкового ерсиніозу. Навіть у випадку застосування серологічних і молекулярно-генетичних методів специфічної діагностики цієї недуги не завжди остаточний діагноз є однозначним, що демонструє нижченаведений клінічний випадок.

Пацієнта Р., 19 років, було госпіталізовано в ревматологічне відділення обласної клінічної лікарні м. Харків на 4-й тиждень від початку захворювання зі скаргами на болючі вузлуваті утворення на шкірі нижніх кінцівок, відчуття тяжкості в ногах, яке посилювалося у вертикальному положенні, субфебрильну температуру тіла. На початку захворювання відмічалися озноб, біль у горлі, температура тіла 38°C, збільшення шийних лімфовузлів. Лікувався

амбулаторно під наглядом сімейного лікаря, який діагностував ангіну та призначив амоксил, полоскання ротоглотки фурациліном, внаслідок чого стан покращився. Але на початку 2-го тижня захворювання на шкірі нижніх кінцівок (переважно гомілок) з'явилися елементи висипки у вигляді вузлуватої еритеми в діаметрі до 5 см з відчуттям болю у місцях висипки, субфебрильна температура тіла, діарея без патологічних домішок до 10 разів за добу. У зв'язку з погіршенням самопочуття пацієнта було госпіталізовано у терапевтичне відділення районної лікарні, де до терапії було додано дексаметазон. Стан хворого покращувався тимчасово, а тому його було направлено в ревматологічне відділення, де проводилася терапія із застосуванням цефтриаксону, реосорбілакту, глутаргіну, дексаметазону, метамаксу, ентеросгелю. Поступово за 2 тижні стан пацієнта нормалізувався (температура, випорожнення, біль у кінцівках, регресія вузлуватої еритеми), окрім гемограми, в якій зберігався нейтрофільний лейкоцитоз (лейк. з 24,8 знизилася до  $15,6 \cdot 10^9/\text{л}$ ) при задовільному самопочутті та відсутності значимих об'єктивних патологічних змін.

Результати застосованих специфічних методів діагностики виявилися неоднозначними. Так, наприкінці 3-го тижня захворювання методом ПЛР у випорожненнях виявлено ДНК *Yersinia enterocolitica*, що дало підстави діагностувати вторинно-вогнищеву форму гострого ерсиніозу з проявами вузлуватої еритеми шкіри нижніх кінцівок, ангіни (анамнестично), гепатиту (біохімічно), лімфаденопатії (клініко-ехографічно), діареї (клінічно). Наприкінці 4-го тижня виконано серологічне дослідження – антитіл в РНГА з ерсиніозним антигеном О3 і О9 виявлено не було, результат бактеріологічного дослідження на наявність ерсиній – негативний. Не вдаючись в аналіз інформативності застосованих методів специфічної діагностики та причин їх неоднозначних результатів у пацієнта з клінічними проявами, характерними для кишкового ерсиніозу, що неможливо зробити у відведених рамках цієї публікації, описаний випадок вчергове підтверджує той факт, що розпізнавання

кишкового ерсиніозу залишається непростим завданням клінічної медицини, невіршеним питанням медичної науки та потребує подальшого вивчення.

*Торяник І.І., Іваннік В.Ю., Похил С.І., Казмірчук В.В., Меркулова Н.Ф.,*

*Грищенко М.І., Моїсеєнко Т.М.*

## **КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КАНДИДОЗУ ЛЕГЕНІВ ТА ДИХАЛЬНОГО ТРАКТУ**

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України»,*

*м. Харків, Україна*

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

*Київський медичний університет, м. Київ, Україна*

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна*

Клінічний інтерес, що останнім часом викликаний до дріжжоподібних грибів роду *Candida* (*Candida albicans*), зумовлений їхньою спроможністю до тривалого сапрофітного існування у слизових оболонках з багатошаровим пласким епітелієм. У поверхневих ділянках останнього зазначені збудники активно розмножуються, комфортно співіснують, з огляду на можливості, перспективи та резерви притаманної їм глікогенофілії. Раптове погіршення функціонального статусу макроорганізму зі зниженням імунітету та пов'язаною із цим загальною астеноією, призводять до подальшого прогресування кандидозу, насамперед, вісцеральних форм, що сприяє загостренню / хронізації основної нозології. Виникненню та прогресуванню кандидозів у великій мірі сприяють пролонговані гормональна, антибіотикотерапія, дисбактеріоз. Його наслідками є виразне розшарування поверхневих шарів слизових оболонок та проростання міцелію у підслизову та навіть до кровоносних судин. Запальні реакції за умов виникнення кандидозів супроводжують лімфо-макрофагальна та лейкоцитарна реакції. Інтенсивність останніх у великій мірі залежить від

бактеріального супроводу та розвитку відповідної кандидозно-бактеріальної інфекції (стафілокової, зокрема).

Метою започаткованої роботи було вивчити клініко - морфологічні особливості перебігу кандидозу легень та органів дихального тракту.

Матеріалами дослідження стали мокрота, фрагменти легень, слизової органів дихального тракту осіб обоє статі у віці від 19 до 51 року. За для об'єктивізації дослідження використовували не лише біоматеріал від живих респондентів, але й померлих, у яких кандидомікоз було виявлено випадково. У таких випадках захворювання розглядали як супутню патологію. Порівняльну характеристику матеріалу проводили, застосовуючи зразки від клінічно здорових осіб-добровольців (за відповідною згодою). Морфологічний базис був орієнтований на традиційну гістологічну техніку та забарвлення зрізів за Ван-Гізеном, гематоксиліном та еозином. Аналіз препаратів відбувався у мікроскопі ЛОМО (x 200; x 400).

У результаті дослідження було встановлено, що найбільш виразні за морфологією зміни реєструвались у отворах органів дихальних шляхів та альвеолах легень. Макромікроскопічно ушкодження легень не є значними та структурно виразними. Зміни відповідають проявам гострого бронхіту, у разі опускання процесу – гострої пневмонії. У різних зонах препаратів з'являються локальних запалень червоно - коричневого, сірого забарвлення, чітко відокремлених від оточуючої тканини. Поряд із цим визначали появу уражень білуватого або бурого кольору, що доволі легко відшаровувались, мали вигляд крихких нальотів. У більш віддалений період спостережень помітними стають невеликі за розмірами фрагменти щільної грануляційної тканини. У зонах найбільш високого зосередження збудників спостерігали скупчення лейкоцитарних клітин, макрофагів, серозного ексудату. Клітини грибів у окремих ділянках піддаються фагоцитоз, однак, останній носить незавершений характер. Пролонгований характер інфекції сприяє появі та розвитку вогнищевих розростань грануляційної тканини з наявністю велетенських багатоядерних, лімфоїдних та епітеліальних клітин. Згодом на препаратах

з'являються докази певного рівня зрілості гранульом. Висновок. Розвиток кандидозу дихального тракту відбувається за умов імунодепресії на тлі виразної фізіологічної астенії макроорганізму, супроводжується появою незначними вогнищами запалень та розвитком ділянок грануляційної тканини.

*Цівенко О.І., Лахно О.В., Бондар Д.Ю.*

## **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПАНТОПРАЗОЛУ В ЛІКУВАННІ ГЕРХ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Мета дослідження:** оцінити ефективність пантопразолу в лікуванні хворих гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2) на тлі ожиріння.

**Матеріали і методи:** В умовах ендокринологічного і гастроентерологічного відділення КЗОЗ «ОКЛ-ЦЕМД та МК» м. Харкова було проведено анкетування 41 хворих з ЦД 2 на тлі ожиріння, у 30 з них виявлено ГЕРХ. Під спостереженням знаходилися хворі у віці від 46 до 69 років, з них 13 чоловіків і 17 жінок, тривалістю захворювання від 3 до 15 років. Індекс маси тіла (ІМТ)  $25,8 \pm 4,0$ . Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Верифікація діагнозів здійснювалася відповідно до класифікації МКБ-10, діагноз ЦД встановлювали відповідно до класифікації (ВОЗ, 1999). Розподіл хворих за статтю та віком проводилося відповідно до міжнародної класифікації вікових періодів. Вивчено анамнестичні дані про тривалість, тяжкості перебігу діабету, ускладнення захворювання. Ожиріння підтверджувалося підвищенням індексу маси тіла. Ожиріння і ступеня діагностовано у 14 (41%) пацієнтів, II ступеня - у 19 (59%) хворого. У пацієнтів мали місце клінічні та / або ендоскопічні прояви герх. Проведено добову рН-метрію за допомогою апарату "гастроскан-24", ендоскопічне дослідження стравоходу і шлунка з

біопсією. Пацієнти приймали пантопризол 40мг × 1 раз в день за 30 хвилин до ранкового прийому їжі до клініко-ендоскопічної ремісії.

**Результати.** Результати нашого дослідження підтвердили ефективність і безпеку застосування пантопризолу. В динаміці терапії цукрознижувальна терапія забезпечувала достовірне поліпшення контролю глікемії: тощакової і постпрандіальна глюкоза, глікозильований гемоглобін ефективно знижувалися в порівнянні з вихідними величинами. На тлі прийому пантопризолу до 14-го дня лікування спостерігалось зниження проявів синдрому шлункової диспепсії: усунення печії у 73,1%, регургітації у 16,4% хворих, які спостерігалися на початку захворювання. При ендоскопічному дослідженні у 100% пацієнтів з I і II ступенем ГЕРХ були відсутні ерозійні зміни слизової дистального відділу стравоходу і її запальний набряк. Повне загоєння ерозій відбувалося з 4 по 8 тиждень лікування.

**Висновки.** На підставі отриманих результатів можна зробити висновок, що пантопризол є високоефективним засобом для лікування ГЕРХ в поєднанні з ЦД2 на тлі ожиріння, прискорює загоєння дефектів слизової стравоходу, усуваючи клінічні прояви захворювання. Отримані результати дають підставу для широкого застосування його в клінічній практиці сімейного лікаря.

*Цівенко О.І., Лахно О.В., Мелікова М.Ю.*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОРТРОЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Мета дослідження.** Метою роботи є виявлення особливостей перебігу та підвищення якості діагностики у хворих остеоартрозом (ОА) на фоні цукрового діабету (ЦД).

**Матеріал і методи дослідження.** В умовах ендокринологічного і ревматологічного відділення КЗОЗ "ОКЛ-ЦЕМД та МК" м. Харкова було

обстежено 52 хворих на ОА, поділених на дві групи. 1-у (основну) склали 18 осіб (9 чоловіків і 9 жінок), які страждають на ОА на фоні ЦД, а 2-у (контрольну) - 25 пацієнти без ЦД (17 чоловіків і 8 жінок). Другу контрольну групу (3-ю) склали 5 чоловіків і 4 жінок із ЦД без ОА. Середній вік хворих відповідно склав  $51,4 \pm 1,53$  років,  $44,8 \pm 0,95$  років і  $34,8 \pm 2,75$  років. Вивчали концентрації глюкози, глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), креатиніну, та показників ліпідного обміну сироватці крові. Інтенсивність перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і стан антиоксидантного захисту (АОЗ) оцінювали за рівнями дієнової кон'югати (ДК), малонового діальдегіду (МДА), токоферолу та активності супероксиддисмутази і каталази.

**Результати досліджень.** Поліартроз встановлено у 93,2% хворих 1-ї та у 62,1% 2-ї групи. Супутній цукровий діабет значно впливає на скарги хворих, а також кількості болісних суглобів, частота яких у хворих основної групи виявилася відповідно більшою у 1,3 рази ( $p=0,031$ ), у 1,9 рази ( $p<0,001$ ) і в 1,4 рази ( $p=0,014$ ). У 53,3% пацієнтів із ЦД виявлено тендовагініти й у 21,1% ентезопатії, а у контрольній групі - усього лише в 0,9% ( $p<0,001$ ) і в 2,3% ( $p=0,001$ ). При цьому частота розвитку реактивного синовіту в обох групах різнилася незначно.

**Висновки.** Наявність цукрового діабету значно погіршує перебіг та ускладнює діагностику остеоартрозу. Остеоартроз на фоні цукрового діабету має перебіг у вигляді полі артрозу, визначає частоту і клініко-рентгенологічну тяжкість ураження більшості кісткових зчленувань, поєднується з остеохондрозом хребта і спондилоартрозом, залежить від показників інсулінемії і HbA1c у крові.

## **ВПЛИВ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ НА РІВЕНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ**

*Сумський державний університет, м. Суми, Україна*

**Актуальність.** В Україні є екологічні та соціально-економічні передумови для поширення сальмонельозу. Синдром ендогенної інтоксикації є провідним у клініці гастроінтестинальної форми сальмонельозу і може використовуватися лікарем, як діагностичний критерій. Розрахунок інтегральних та інтегративних індексів дозволяє об'єктивно оцінити стан пацієнта і визначити тактику лікування.

**Мета роботи.** Встановити зв'язки взаємодії інтегративних індексів інтоксикації та мікробіоценозу кишечника у хворих на гастроінтестинальну форму сальмонельозу.

**Матеріали і методи.** Обстежено 189 хворих, госпіталізованих у Сумську обласну інфекційну клінічну лікарню імені З. Й. Красовицького, середній вік яких склав ( $43,23 \pm 1,22$ ) року. Було 123 чоловіків і 66 жінок. Пацієнти госпіталізовані на ( $2,26 \pm 0,08$ ) день від початку захворювання.

Усі особи мали середньотяжкий перебіг захворювання. Крім загальноклінічних обстежень було досліджено мікробіоценоз товстої кишки до початку лікування і на ( $5,76 \pm 0,16$ ) добу з моменту госпіталізації. Хворим розраховували інтегративні показники ендогенної інтоксикації та неспецифічної реактивності: індекси інтоксикації – лейкоцитарний, зсуву лейкоцитів, гематологічний, показник інтоксикації, реактивна відповідь нейтрофілів (ЛП, ІЗЛК, ГП, П, РВН); індекси неспецифічної реактивності - імунореактивності, співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів, співвідношення лімфоцитів і моноцитів, лімфоцитарний, співвідношення еозинофілів і лімфоцитів, алергізації, ядерний (ІР, ІСНМ, ІСЛМ, Ілімф, ІСЕЛ, ІА, ЯІ); індекси активності запалення - Кребса, лімфоцитарно-гранулоцитарний, співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІК, ІЛГ, ІЛ ШОЕ)

**Результати дослідження.** Рівень біфідобактерій мав прямий кореляційний зв'язок з ІЛГ та Ілімф (+0,41, +0,43,  $p < 0,05$ ) і зворотній з ІЛ ШОЕ (-0,42,  $p < 0,05$ ). Рівень лактобактерії мав прямий кореляційний зв'язок з Ілімф (+0,42  $p < 0,05$ ) ІА (+0,69,  $p < 0,001$ ). Тобто при зниженні біфідобактерій та лактобактерій знижувався рівень лімфоцитів і відповідно активність клітинного імунітету, підвищувався рівень інтоксикації. Це підтверджує стимулювальний вплив на імунореактивну систему та дезінтоксикаційні і протизапальні властивості мукозної флори кишечника.

У свою чергу рівень гемолізуючих мікроорганізмів мав прямий кореляційний зв'язок з ПП, (+0,84,  $p < 0,001$ ) ІСНМ (+0,52,  $p < 0,01$ ), ГПП (+0,63,  $p < 0,01$ ), ЛП (+0,59,  $p < 0,01$ ), РВН (+0,55,  $p < 0,01$ ), ІЗЛК (+0,45,  $p < 0,05$ ).

Умовно-патогенні мікроорганізми мали прямий кореляційний зв'язок з ЛП (+0,44,  $p < 0,05$ ), ІЗЛК (+0,41,  $p < 0,05$ ), ГПП (+0,46,  $p < 0,05$ ), ПП (+0,56,  $p < 0,01$ ). Гриби роду *Candida* з ЛП (+0,47,  $p < 0,05$ ), РВН (+0,44,  $p < 0,05$ ), ІЗЛК (+0,43,  $p < 0,05$ ) ІК (+0,41,  $p < 0,05$ ), ГПП (+0,44,  $p < 0,05$ ), ПП (+0,43,  $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Гемолізуючі мікроорганізми, умовно-патогенні мікроорганізми та гриби роду *Candida* мають стимулюючий вплив на розвиток ендогенної інтоксикації, запальних реакцій та алергізуючу дію. Вони впливають на зміни у формулі крові, зокрема зростає рівень незрілих форм нейтрофілів (паличкоядерні), знижується кількість еозинофілів, лімфоцитів, моноцитів та підвищується ШОЕ, що говорить про наявність запальної реакції, дефіцит клітинного захисту.

*Чемич М.Д., Саєнко О.С.*

## **ЗМІНИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РЕЦИДИВНУ БЕШИХУ**

*Сумський державний університет, м. Суми, Україна*

**Актуальність.** Багато років поспіль бешиха вважалася тяжкою епідемічною хворобою. Успіхи антибіотикотерапії змінили ці уявлення, проте

захворюваність залишається стабільно високою і складає 4,3 на 10 тис. населення. Для бешихи характерний частий розвиток рецидивів та таке тяжке ускладнення як слоновість, що призводить до інвалідизації хворих. Останнім часом спостерігаються зміни у клінічному перебігу бешихи: частішають випадки бульозно-геморагічних форм, подовжується тривалість гарячки, сповільнюється репарація у вогнищі запалення.

**Мета дослідження** – оцінити якість життя хворих на бешиху залежно від частоти недуги та визначити вплив на неї обізнаності щодо даного захворювання.

**Матеріали та методи.** Обстежено 75 хворих на бешиху, що перебували на лікуванні у СОІКЛ імені З. Й. Красовицького і опрацьовано їх медичні карти. Хворі були поділені на три групи по 25 осіб у кожній: перша – пацієнти з первинною бешихою, друга – з повторною, третя – з рецидивною. Для оцінки якості життя був використаний опитувальник SF-36, який заповнювався пацієнтами з попередньо проведеним інструктажем. Він містить 8 шкал: фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я; психічне здоров'я; рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування; життєва активність, що згруповані по чотири для визначення фізичного та психологічного компонентів здоров'я. 36 пунктів охоплюють оцінку функціонального стану, загальну оцінку власного здоров'я пацієнтом та рівень благополуччя. Показники мають значення від 0 до 100. Розрахунок балів проводився згідно інструкцій таким чином, що чим вище показники, тим вища якість життя.

**Результати.** Найбільше змінювалися показники шкал, що відповідають психологічному компоненту здоров'я. Однаковим він був у пацієнтів з первинною та повторною формами бешихи –  $(43,83 \pm 0,66)$  балів та  $(44,58 \pm 0,9)$  балів відповідно, в 1,2 раза він був нижчим в осіб з рецидивною бешихою -  $(38,92 \pm 1,15)$  балів,  $p < 0,01$ . Такі зміни зумовлені різким зниженням показників рольового функціонування, обумовленого емоційним станом: у пацієнтів з

первинною бешихою – 62 бали, повторною – 68, рецидивною – 39, що свідчить про високий вплив емоційного стану на виконання повсякденної роботи (у тому числі великі затрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості і т. п.) у хворих на рецидивну бешиху.

Показники фізичного компоненту у хворих з первинною та повторною формами бешихи знаходилися на одному рівні (відповідно  $(46,12 \pm 0,51)$  балів та  $(47,38 \pm 0,96)$  балів,  $p > 0,05$ ) і не залежали від кратності захворювання, найнижчим він був у пацієнтів з рецидивною бешихою  $(42,10 \pm 1,33)$  балів  $p < 0,05$ . При визначенні якості життя виявлено, що показники шкал, які характеризували фізичний та психологічний компоненти здоров'я були нижче у хворих на рецидивну бешиху у порівнянні з хворими на первинну та повторну. Це свідчить про виснажливий перебіг недуги, частий розвиток ускладнень, стреси, депресії від усвідомлення частоти рецидивної бешихи

**Висновки.** Визначаючи якість життя у хворих на бешиху, встановлено, що показники фізичного (у 1,1 раза) та психологічного (у 1,2 раза) компонентів здоров'я були нижчими у хворих з рецидивною формою бешихи порівняно з первинною та повторною ( $p < 0,05$ ).

*Чумаченко Т.О., Райлян М.В.*

## **ОЦІНКА ПРОВІДНИХ ШЛЯХІВ ПЕРЕДАЧІ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ З КОНТАКТНИМ МЕХАНІЗМОМ ПЕРЕДАЧІ У МІСТІ ХАРКОВІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Мета дослідження.** Оцінка структури шляхів передачі вірусних гепатитів В (ВГВ) і С (ВГС) та визначення провідних шляхів серед населення м. Харкова в 2017 р. для розробки раціональних, економічно виправданих профілактичних та протиепідемічних заходів.

**Матеріали та методи** Згідно з офіційними даними проведений ретроспективний епідеміологічний аналіз та оцінка структури шляхів передачі ВГВ і ВГС в м. Харкові в 2017 р.

**Результати дослідження.** Сучасні умови в Україні характеризуються економічною кризою, зниженням рівня матеріального забезпечення населення, зростанням числа безробітних осіб, тривалими реформами в системі охорони здоров'я, зниженням контролю за забезпеченням протиепідемічного режиму в лікувально-профілактичних закладах, погіршенням програм вакцинопрофілактики, зростанням кількості осіб з ризикованою поведінкою (споживачі ін'єкційних наркотиків, робітники секс-бізнесу тощо), що сприяє збільшенню ризиків інфікування ВГВ і ВГС населення.

Аналіз епідемічної ситуації щодо ВГВ в м. Харкові показав зростання рівня захворюваності на гострий ВГВ на 35,6 %, інтенсивний показник захворюваності на 100 тис. населення досяг 8,0 в 2017 р. проти 5,9 в 2016 р. В 2017 р. було зареєстровано 106 випадків хронічного ВГВ (інтенсивний показник на 100 тис. населення – 7,4) проти 123 випадків хронічного ВГВ (інтенсивний показник на 100 тис. населення – 8,6) в 2016 р.

Епідемічна ситуація щодо ВГС в м. Харкові характеризувалась превалюванням хронічного ВГС, в 2017 р. було виявлено 462 випадків хронічного ВГС (інтенсивний показник на 100 тис. населення – 32,3), у 2016 р. було виявлено 524 випадків (інтенсивний показник на 100 тис. населення – 36,6). Захворюваність на гострий ВГС дорівнювала 3,3 на 100 тис. населення в 2017 р. і 3,2 на 100 тис. населення в 2016 р.

Шляхи передачі збудників контактних гепатитів були встановлені тільки в 61,7 % випадків гострих форм інфекцій і в жодному випадку хронічних форм. Серед встановлених шляхів передачі частка природних (статевий та контактнопобутовий) склала 7,0 % випадків. Звертає увагу висока доля інфікування вірусами гепатитів при санації ротової порожнини при отриманні населенням стоматологічної допомоги, питома вага таких випадків склала 13 %. Це свідчить про необхідність покращення протиепідемічного режиму в

стоматологічних клініках та кабінетах, здійснення контролю за якістю передстерилізаційної обробки та стерилізації медичного інструментарію.

Суттєве значення у розповсюдженні збудників ВГВ і ВГС має ін'єкційна наркоманія. Питома вага випадків гострих ВГВ і ВГС при вживанні наркотичних речовин парентеральним шляхом склала 44,0 %.

В 2017 р. не встановлено випадків гострих ВГВ і ВГС при таких медичних маніпуляціях як переливання крові, хірургічні та гінекологічні операції, внутрішньовенні та внутрішньом'язові ін'єкції, взяття крові для лабораторного аналізу. Однак на інші види парентеральних маніпуляцій (татуаж, пірсинг та ін.) припало 36,0 % випадків.

**Висновки.** Проведений аналіз показав актуальність як гострих, так і хронічних ВГВ і ВГС в м. Харкові. Провідними шляхами передачі збудників є штучні, насамперед, парентеральні, які пов'язані з немедичними маніпуляціями (споживання ін'єкційних наркотичних речовин, татуювання приватним чином), що диктує необхідність посилення санітарно-просвітницької роботи серед населення, в першу чергу, серед молоді – учнів старших класів середніх шкіл, студентів коледжів, технікумів, закладів вищої освіти. В стоматологічних клініках і кабінетах та інших закладах охорони здоров'я слід ретельно дотримуватись правил інфекційного контролю, для чого необхідно створити потрібну матеріальну базу та здійснювати внутрішній та зовнішній контроль. Доцільним є покращення епідеміологічного обстеження осередків ВГВ і ВГС.

## **ВПЛИВ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ВРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ НА ПОКАЗНИКИ ГЛЮКОЗИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЧУТЛИВИЙ ТА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

**Мета.** Дослідити показники глюкози крові у хворих на чутливий та мультирезистентний туберкульоз легень в залежності від поширення туберкульозного враження легень.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 66 хворих на туберкульоз легень, які перебували на лікуванні у КЗОЗ Обласний протитуберкульозний диспансер №1 у 2016-2018 роках. Середній вік хворих склав  $36,7 \pm 10$  років. В залежності від наявності або відсутності стійкості збудника до протитуберкульозних препаратів (ПТП) I ряду (щонайменше до ізоніазиду та рифампіцину), хворі були розділені на дві групи.

До групи 1 увійшло 29 хворих з діагнозом мультирезистентний туберкульоз (МРТБ). Середній вік хворих склав  $36,4 \pm 8$  років. Переважну кількість становили чоловіки - 23 (79,3%). У 14 хворих (48,3%) стан під час госпіталізації був розцінений як тяжкий або середнього ступеню тяжкості, та мав наступні клінічні прояви: загальна слабкість, зниження працездатності та вологий кашель – 14 хворих (100%); підвищена пітливість – 10 (71,4%); субфебрилітет – 9 (64,3%); лихоманка та зниження ваги тіла – 5 (35,7%); відчуття нестачі повітря – 4 (28,6%). Під час рентгенологічного дослідження у всіх хворих 14 (100%) виявлені розповсюджені інфільтративні зміни в легенях з наявністю двох або більше порожнин розпаду. Середній показник глюкози крові натще склав  $6,1 \pm 1,9$  ммоль/л.

До групи 2 зараховано 37 хворих із збереженою чутливістю збудника до ПТП I ряду, в середньому віці –  $34,5 \pm 9$ . З них 29 чоловіків (78,4%). Загальний стан середньої тяжкості встановлений у 14 (37,8%) хворих. З клінічних ознак переважали скарги на загальну слабкість – 14 (100%); вологий кашель – 10

(71,4%); субфебрильну температуру тіла – 6 (42,9%) та підвищене потовиділення – 5 (35,7%). Туберкульозні ураження локалізувалися переважно в межах однієї легені 10 (71,4%), порожнини розпаду виявлені у 8 (57%) хворих. Середній показник глюкози крові натще становив  $5,3 \pm 1,6$  ммоль/л.

**Висновок:** Таким чином, можна зробити висновок, що патологічні зміни в легенях у хворих на МРТБ мають поширений характер, що обумовлює більш тяжкий перебіг захворювання в порівнянні з хворими зі збереженою чутливістю до ПТП I ряду та супроводжується порушенням вуглеводного обміну у вигляді гіперглікемії натще.

*Шевченко О.С., Погорєлова О.О.*

## **ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА НЕТУБЕРКУЛЬОЗНІ МІКОБАКТЕРІОЗИ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014-2017 РР.**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

На даний час у світі спостерігається тенденція до росту захворюваності на нетуберкульозні мікобактеріози в країнах зі зниженням тягара туберкульозу. Незважаючи на те, що в Україні все ще реєструється епідемія туберкульозу, поширеність цього захворювання поступово знижується, тому нетуберкульозні мікобактеріози постають актуальною проблемою.

**Метою** даної роботи було вивчити динаміку захворюваності на нетуберкульозні мікобактеріози (НТМБ) у Харківській області за 2014-2017 рр. та розрахувати частку нетуберкульозних серед усіх виявлених мікобактерій.

**Матеріали і методи.** Обстеження пацієнтів проводилося відповідно до Наказу МОЗУ №620 із застосуванням мікроскопії мазка мокротиння за Цілем-Нільсеном, молекулярно-генетичного дослідження в системі GeneXpert, культурального дослідження в системі ВАСТЕС та на середовищі Левенштейна-Йенсена.

**Результати.** У 2014 році було зареєстровано 4 випадки НТМБ, у 2015 – 14, 2016 – 14 та у 2017 – 42, тобто з 2014 до 2017 р. кількість випадків НТМБ збільшилася у 10,5 разів. Частка НТМБ серед усіх виявлених мікобактерій становила у 2014 р. – 0,4%, у 2015 – 1,2%, у 2016 – 1,2% та у 2017 – 3,1%. Серед можливих причин збільшення кількості НТМБ ми виявили підвищення рівня їх діагностики, а також збільшення числа ВІЛ-інфікованих хворих. Так, у 2015 р. був зареєстрований 1 випадок ко-інфекції НТМБ/ВІЛ, у 2016 – 2, у 2017 – 8.

**Висновки.** Проведений аналіз захворюваності на нетуберкульозні мікобактеріози у Харківській області у 2014-2017 рр. дозволив виявити збільшення абсолютного числа випадків та їх частки серед усіх мікобактерій, що може бути зумовлено покращенням рівня діагностики нетуберкульозних мікобактеріозів, а також збільшенням числа випадків ко-інфекції НТМБ/ВІЛ.

*Шостакович-Корецька Л.Р.<sup>1</sup>, Шевченко-Макаренко О.П.<sup>1</sup>, Семенко Н.М.<sup>1</sup>,  
Турчина О.А.<sup>2</sup>*

## **ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ НЕІНВАЗИВНИХ ТЕСТІВ ДЛЯ ОЦІНКИ РІВНЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С**

<sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро, Україна

<sup>2</sup> КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є.Г.Попкової»,  
м. Дніпро, Україна

**Мета роботи.** Порівняти діагностичну точність різних неінвазивних тестів, таких як фіброеластометрія, APRI тест та Fib-4 для оцінки ступеню фіброзу печінки у хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) та визначити, які найбільш точно відображають його ступінь.

**Матеріали і методи.** Обстежено 53 хворих на хронічний вірусний гепатит С, середнім віком 48,06±1,38 роки, які проходили лікування в гепатологічному відділенні Дніпропетровської міської клінічної лікарні №21 ім.

Є.Г. Попкової. З них, 29 жінок (віком  $49,48 \pm 2,03$  роки) та 24 чоловіків (віком  $46,33 \pm 1,79$  роки). Рівень фіброзу визначався за допомогою променевої акустичної імпульсної візуалізації (ARFI – acoustic radiation force impulse) за еластографічною технікою з автоматизованою компресією при вимірах жорсткості печінки та оцінювався за шкалою METAVIR. Хворі були поділені на групи за ступенем фіброзу. 1-ша група - 15 хворих мали стадію F0- F1, 2-га група - 18 пацієнтів зі стадією F2, 3-тя група - 16 пацієнтів зі стадією F3 та 4-та група - 4 пацієнти з F4. Також, у пацієнтів досліджували показники загального аналізу крові та коагулограми, рівень печінкових трансаміназ, білірубіну, креатиніну. Враховуючи, що еластографія є достатньо високовартісним методом, виправданим є використання інших неінвазивних тестів та калькуляторів для орієнтовної оцінки фіброзу, зокрема, Fib-4 та APRI, визначення неалкогольного стеатогепатиту, індексу MELD. Для оцінки калькулятором APRI використовували дані про кількість тромбоцитів та рівень АсАТ. Калькулятор Fib-4 враховує вік, рівень АлАТ, АсАТ і кількість тромбоцитів. Найбільш виражений зв'язок рівня фіброзу та результатів орієнтовної оцінки спостерігався при підрахунку Fib-4 та APRI.

При підрахунку індексу APRI значення індексу менше 0,5 свідчить про відсутність клінічно значимого фіброзу, показник більше 1,0 – про значний рівень фіброзу. Середній показник серед усіх пацієнтів становив  $1,21 \pm 0,25$ . Коефіцієнт Fib-4 в першу чергу був розрахований у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ / гепатит. Значення менше 1,45 свідчить про відсутність клінічно значимого фіброзу печінки, значення більше 3,25 свідчить про значний рівень фіброзу. Середній показник серед усіх пацієнтів становив  $2,15 \pm 0,35$ .

**Результати.** APRI тест у 1-шій групі пацієнтів склав  $1,08 \pm 0,27$ . У 2-й групі показник становив  $0,52 \pm 0,13$ . У 3-й групі пацієнтів середній показник становив  $1,73 \pm 0,64$ . У 4-й групі індекс APRI становив  $3,21 \pm 1,39$  і підтверджував наявність значного фіброзу. Таким чином, даний індекс ефективний переважно для оцінки пізніх стадій фіброзу та наявності цирозу.

Коефіцієнт Fib-4 показник серед пацієнтів 1-ї групи становив  $1,50 \pm 0,29$ . У 2-й групі показник становив  $1,33 \pm 0,20$ . У 3-й групі пацієнтів середній показник становив  $2,76 \pm 0,82$ . У 4-й групі коефіцієнт становив  $6,25 \pm 2,40$ . Даний коефіцієнт, згідно отриманих результатів, найбільш точно характеризує рівень фіброзу.

Напрямок наших подальших досліджень стане вивчення інших методів оцінки фіброзу та цирозу печінки при HCV-інфекції з залученням більш широкого контингенту пацієнтів та урахуванням супутніх факторів ризику.

**Висновки.** Таким чином, найбільш ефективним методом неінвазивної оцінки фіброзу за результатами лабораторних досліджень є коефіцієнт Fib-4. Даний показник мав найбільш виражену кореляцію з рівнем фіброзу, встановленим методом еластографії. Однак, індекс APRI також є достатньо інформативним, особливо для оцінки пізніх стадій фіброзу печінки. Дані показники ні в якому разі не можуть служити заміною еластографії чи біопсії печінки, однак вони мають дуже важливе значення для формування прогнозу перебігу хвороби та можуть використовуватися у випадку недоступності стандартних методів діагностики фіброзу як альтернатива.

*Шустваль Н.Ф., Волобуева О.В., Лядова Т.И., Волобуев Д.А.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КВЕРЦЕТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ МИОКАРДИТОМ**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,*

*г. Харьков, Украина*

*Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина,*

*г. Харьков, Украина*

**Целью** данной работы явилось изучение возможности оптимизации лечения больных с острым вирусным миокардитом и оценить влияние кверцетина на клиническое течение заболевания и его прогноз.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены 50 больных инфекционным мононуклеозом в возрасте от 18 до 32 лет, (30 женщин, 20 мужчин), у которых был диагностирован острый миокардит, вызванный вирусом Эпштейн-Барра (ВЭБ). Легкая форма миокардита была у 16 (32%), среднетяжелая – у 24 (48%) и тяжелая – у 10 (20%) больных. Согласно классификации NYHA недостаточность кровообращения I функционального класса была у 25 (50%), II функционального класса - у 8 (16%) больных. В комплексное исследование входили: исследование периферической крови с определением атипичных мононуклеаров, Ig к ВЭБ методом ИФА, выявление ДНК ВЭБ методом полимеразной цепной реакции, активность трансаминаз, МВ-фракции креатинфосфокиназы, содержание СРБ, тропотонина-I, малонового диальдегида и активности фосфолипазы А-2, которая регулирует содержание фосфолипидов в мембранах кардиомиоцитов, регистрация кардиограмм, ультразвуковое исследование сердца и рентгенография органов грудной клетки. Все больные были распределены на две равноценные группы с учетом возраста и тяжести миокардита. Основную группу составили 30 больных, которым вводили противовирусные препараты (ацикловир, валацикловир) и кверцетин. Начальная доза кверцетина составляла 500 мг, разведенного в 50 мл физиологического раствора. Введение повторяли через 2 и 12 часов в той же дозе. На вторые и третьи сутки кверцетин вводили дважды в дозе 500 мг с интервалом 12 часов, на четвертые и пятые сутки – однократно в дозе 250 мг, с шестых по двадцатые сутки больные принимали кверцетин по 40 мг 3 раза в день внутрь. В контрольную группу вошли 20 больных миокардитом, которых лечили только противовирусными препаратами.

**Результаты исследования.** По сравнению с контрольной группой у больных основной группы под влиянием внутривенного введения кверцетина уже на вторые-третьи сутки достоверно снижалось содержание малонового диальдегида, активность фосфолипазы А-2, трансаминаз, МВ-фракции креатинфосфокиназы, свидетельствующие о торможении перекисного окисления липидов, уменьшении образования свободных радикалов,

стабилизации мембран кардиомиоцитов и уменьшении зоны воспаления. Это сопровождалось уменьшением тахикардии, нормализацией ритма сердца, рецидивов кардиалгий, одышки, нормализацией параметров ЭКГ, уменьшением конечного систолического и конечного диастолического объемов сердца, указывающие на улучшение его сократительной функции.

**Выводы.** Высокая эффективность и хорошая переносимость кверцетина позволяют рекомендовать его включение в сочетании с противовирусными препаратами в протокол лечения острых вирусных миокардитов.

*Юрко Е.В., Шейко А.Г., Руденко С.С., Ивахненко Д.А.*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина*

Энтеровирусы имеют повсеместное распространение, обуславливая ежегодно высокую спорадическую заболеваемость и периодическое возникновение эпидемических вспышек, охватывающих сотни больных. Разнообразие клинических проявлений энтеровирусной инфекции затрудняет их распознавание.

**Цель.** Изучение особенностей вспышки энтеровирусных инфекций в Харьковской области в августе-ноябре 2017 года.

**Материалы и методы.** Нами была проанализирована вспышка энтеровирусной инфекции в г. Харьков в августе-ноябре 2017 года. Исследования проводились на кафедре инфекционных болезней Харьковского Национального медицинского университета, расположенной на базе Областной клинической инфекционной больницы г. Харькова. В работе представлены результаты исследований 139 больных энтеровирусной инфекцией, которые находились на лечении в Областной клинической инфекционной больнице г.

Харькова. Среди обследованных лиц мужского пола было 56,8 %, а женского – 48,2 %. Средний возраст больных составил  $43,8 \pm 1,5$  года.

Результаты. Больные поступали в больницу на 2-3 день болезни. Начало болезни в 91,4 % случаев было острое, а в 8,6 % подострое. Все больные при поступлении в стационар жаловались на проявления интоксикационного синдрома: повышение температуры тела, миалгии, артралгии, головную боль, общую слабость. Повышение температуры тела до 38°C отмечали 29,5 % больных, 38,1-39°C – 42,4 %, 39,1-40°C – 26,6 %, 41°C и выше – 1,4 %. Длительность температуры тела составила в среднем 5-7 дней.

У 133 (95,7 %) обследованных больных наблюдалась везикулезная сыпь с преимущественной локализацией на кожных покровах верхних и нижних конечностей и вокруг рта, так называемая «руки-ноги-рот», Сыпь не сопровождалась болью и зудом.

У 101 (72,7 %) больных наблюдались респираторные проявления, которые характеризовались болью в горле, гиперемией слизистой оболочки задней стенки глотки и миндалин, серозными выделениями из носа. У 20,9 % пациентов определялись увеличенные шейные лимфатические узлы, болезненные при пальпации. У (3 2,15 %) больных энтеровирусными заболеваниями отмечался конъюнктивит.

Диспепсический синдром отмечался у 33,8 % больных и характеризовался болью в животе, рвотой, наличием жидкого стула до 5-10 раз в сутки без патологических примесей. Увеличение печени было выявлено у 10,8 % пациентов, а селезенки у 8,6 %. У всех больных в той или иной степени язык был покрыт белым налетом.

У 10 пациентов (7,19 %) с энтеровирусной инфекцией выявлялся менингеальный синдром разной степени выраженности. У этих пациентов наблюдалась рвота и интенсивная головная боль, а также положительные менингеальные симптомы (Кернига, Брудзинского и ригидность затылочных мышц). В клиническом исследовании крови обследованных пациентов наблюдали лимфоцитоз, умеренно ускоренную ШОЕ.

Таким образом вспышка энтеровирусной инфекции в Харьковской области в августе-ноябре 2017 года характеризовалась характерной летне-осенней сезонностью, большинство пациентов были лицами молодого возраста. Клиническая симптоматика была представлена преобладанием интоксикационного и респираторного синдромов, экзантемы. Несколько реже выявлялись проявления диспепсического и менингеального синдромов.

*Янішен І.В., Філатов І.В., Куліш С.А.*

**НОВИЙ ВІДБИТКОВИЙ АЛЬГІНАТНИЙ МАТЕРІАЛ ЗІ  
ЗНЕЗАРАЖУЮЧИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ «СТОМАЛЬГІН-05»**

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Актуальними питаннями, які залишаються не вирішеними в клініці ортопедичної стоматології, є як підвищення якості зубних протезів, так і запобігання розповсюдженню збудників інфекційних хвороб. Значна кількість авторів вказують на те, що на даний час відзначається значне зростання захворюваності на вірусний гепатит В та СНІД у всьому світі, що приймає характер пандемії.

Технологія виготовлення зубного протеза складається з клінічних та лабораторних етапів. Стоматологи і зубні техніки відносяться до групи професійного ризику небезпеки захворювань НВВ та СНІД. Це пов'язано з тим, що відбитки протезних лож пацієнтів контактують з кров'ю та слиною пацієнтів носіїв цих захворювань і контамінуються патогенною мікробіотою. Виникає небезпека інфікування стоматологів, зубних техніків, допоміжного персоналу стоматологічних клінік, інших пацієнтів. Небезпека передачі патогенної мікробіоти через відбитки, вимагає їх надійної деконтамінації перед передачею в зуботехнічну лабораторію.

Недостатня кількість допоміжних зуботехнічних матеріалів, а саме, альгінатних відбиткових матеріалів, які мають знезаражуючі властивості,

наявних в арсеналі вітчизняних стоматологів-ортопедів, обумовила актуальність нашого дослідження та визначили його мету.

**Мета роботи:** підвищити ефективність ортопедичного лікування пацієнтів з дефектами зубних рядів шляхом розробки та застосування нового удосконаленого альгінатного відбиткового матеріалу зі знезаражуючими властивостями.

**Матеріали і методи дослідження.** Предметом дослідження були фізико-механічні та клініко-технологічні властивості альгінатних відбиткових матеріалів, мікрофлора ротової порожнини, мікробна контамінація відбитків та гіпсових моделей при лікуванні пацієнтів. В своїй роботі ми використовували наступні методи дослідження: лабораторні та експериментальні, клініко-технологічні, розрахунково-графічні, аналітичні, математико-статистичні та компонентного аналізу. У експериментальному обґрунтуванні структури, індивідуалізації вживання і в оцінці клініко-технологічних особливостей нового матеріалу нами було застосовано комплексний підхід. Виконання основних задач дослідження здійснено із застосуванням методів, що базувались на спеціально опрацьованій нами програмі, яка складалась із наступних основних етапів:

- проведення порівняльної оцінки фізико-механічних і знезаражуючих властивостей експериментальних зразків матеріалу, виготовлених за різною рецептурою (за результатами була розроблена рецептура матеріалу «Стомальгін-05»);

- дослідження токсичність розробленого матеріалу на статевозрілих щурах;

- проведення порівняльного аналізу фізико-механічних і деконтамінаційних властивостей нового матеріалу і його найближчого аналогу («Стомальгін-04»);

- проведення клінічної апробації нового матеріалу при ортопедичному лікуванні пацієнтів із захворюваннями пародонту для виготовлення імедіат-протезів у пацієнтів з рухливістю зубів 3-4 ступеня і бюгельних протезів при наявності у пацієнтів патологічної рухливості зубів 1-2 ступеня;

– порівняльний аналіз клініко-функціональної ефективності використання нового матеріалу «Стомальгін–05» і його найближчого аналогу.

**Результати.** Мікробіологічні дослідження на етапах виготовлення ортопедичних конструкцій встановили, що використання матеріалу «Стомальгін–05» достовірно ( $p < 0,05$ ) на 30% зменшує рівень контамінації відбитків у порівнянні з його аналогом. У результаті токсикологічних досліджень встановлено нетоксичність матеріалу «Стомальгін–05», що дозволяє його клінічне використання.

За даними фізико-механічних досліджень встановлено, що у розробленого нами матеріалу час структурування ( $(149,5 \pm 2,5)$  с) достовірно ( $p < 0,05$ ) менший на 13,0%, ніж у аналога ( $(169,3 \pm 6,2)$  с); показник деформації при стисненні ( $(1,79 \pm 0,2)$  %) достовірно ( $p < 0,05$ ) менший на 5,3%, порівняно з аналогом ( $(1,9 \pm 0,2)$  %); показник міцність при стисненні був однаковим для обох матеріалів ( $(0,66 \pm 0,03)$  Н/мм<sup>2</sup>) ( $p < 0,05$ ), розмірна точність гіпсових моделей, при використанні нового матеріалу, забезпечується на рівні 99,3% лінійних розмірів.

При проведенні клінічної апробації у контрольній групі при виготовленні імедіат-протезів для функціональної адаптації потрібно в середньому  $1,85 \pm 0,06$  корекцій на один протез, тоді як в основній групі – на 10,1% менше ( $1,68 \pm 0,04$ ;  $p < 0,05$ ). Що стосується виготовлення бюгельних протезів в контрольній групі в середньому було виконано  $1,69 \pm 0,07$  корекцій, а в основній групі – на 19% менше ( $1,42 \pm 0,05$ ;  $p < 0,01$ ). В цілому в контрольній групі для функціональної адаптації потрібно в середньому  $1,82 \pm 0,05$  корекцій на один протез, а в основній групі – на 10,3% менше ( $1,65 \pm 0,04$ ;  $p < 0,01$ ).

**Висновки.** 1. Використання матеріалу «Стомальгін–05» забезпечує деконтамінацію відбитків від основних видів мікробіоти та її мінімально можливу присутність (як кількісно так і якісно) на гіпсових моделях, а виключення процедури замочування відбитків у водних розчинах позитивно впливає на розмірну точність відбитків і гіпсових моделей.

2. За результатами клінічної апробації матеріалу «Стомальгін–05» встановлено, що при виготовленні знімних протезів розроблений нами матеріал

дозволяє отримувати високоточні, в порівнянні з аналогом, відбитки протезних лож пацієнтів з подальшим виготовленням адекватних гіпсових моделей, що забезпечує високу клінічну ефективність використання нового матеріалу.

*Bondarenko A.V., Mohylenets O.I., Katsapov D.V., Dudnik A.Yu., Ebenezer Aheto*

## **COST-EFFECTIVE ANALYSIS OF RABIES POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS IN KHARKIV REGION**

*Kharkiv National Medical University*

*Academic society of international medical students*

**Introduction.** Rabies is almost invariably fatal once clinical signs appear, as a result of acute progressive encephalitis. The comparatively long incubation period provides an opportunity for highly effective post-exposure prophylaxis (PEP) which include cleaning and disinfection of the wound, series of rabies vaccine administrations promptly started after an exposure, and if indicated – rabies immunoglobulin infiltration into and around the wound, promptly after exposure. PEP is highly effective and should be given to any asymptomatic patient with a documented or likely exposure, regardless of the time that has elapsed since the exposure. Rabies deaths occur mainly in those who cannot access timely and effective PEP.

**Aim:** to analyze cost-effectiveness of rabies PEP in Kharkiv region.

**Materials and methods.** The statistical and epidemiological data were analyzed by the period 2016 – 2018.

**Results.** Increased morbidity among cats, dogs and farm animals is an indicator of epizootic ill-being among wild animals. Despite the fact that cases of rabies among people in 2016 – 2017 were not registered, there was a deterioration of the epizootic situation: there were 126 rabid animals (including 50 cats, 26 dogs and 11 horned cattle) against 118 in 2016.

In 2017, 4064 persons applied for medical assistance after being injured by animals, of which 3072 were damaged by animals, which had owners, 878 – by stray animals, and 114 – by wild animals and rats. The most common was injury caused by dogs (66.6 %) and cats (28.8 %). Most of the victims didn't need PEP due to possibility to organize veterinary supervision of the animals. PEP was administered to 702 (17.3 % vs. 13.3 % in 2016) victims. However, 30 people refused it; another 12 interrupted the prescribed twelve-week intramuscular regimen.

WHO (Rabies vaccines: WHO position paper – April 2018) currently recommend for PEP of immunologically naive individuals of all age groups two-week intramuscular Essen regimen (4-dose 1-1-1-1-0 regimen) on days 0, 3, 7, and between 14 – 28 days or three-week intramuscular Zagreb regimen (4-dose 2-0-1-0-1) as 2-site intramuscular on day 0 and 1-site intramuscular on days 7 and 21.

A systematic review of vaccine potency has shown that current vaccines (>2.5 IU in 1 dose), when administered by the intradermal route, have efficacy equivalent to or higher than that of the same vaccine administered by the intramuscular route (0.5 mL). The vaccine in one vial can therefore be fractionated to provide 5 doses (0.1 mL) for intradermal administration. That is why WHO also currently recommend for PEP cheapest one-week intradermal Institut Pasteur du Cambodge regimen (3-dose 2-site 2-2-2-0-0 regimen on days 0, 3 and 7).

In Ukraine it is still recommended 6-dose intramuscular PEP regimen (1-1-1-1-1-1 on days 0, 3, 7, 14, 30, and 90). The cost of currently available vaccines in Ukraine (Indirab – Pharma Life, LTD, Ukraine and Verorab – Sanofi Pasteur, S.A., France) is about 15 € for one dose, that is why usage of WHO recommended Essen and Zagreb regimens give cost saving about 30 € per person and the usage of intradermal Institut Pasteur du Cambodge regimen – about 70 € per person. Cost saving for Kharkiv region in 2017 would be more than 21 000 € with the usage of intramuscular regimens and more than 50 000 € with the usage of intradermal regimen.

**Conclusions.** An epizootic situation on rabies deteriorated in Kharkiv region during the last year. Domestic animals play an increasingly important role. In

conditions of limited provision of rabies vaccines the risk of rabies in the population increases. Regimens of PEP in Ukraine should be improved (brought in line with WHO recommendations). The usage of intradermal Institut Pasteur du Cambodge regimen will give cost saving about 70 € per person with efficacy equivalent to or higher than that of the same vaccine administered by the intramuscular route.

*Bondarenko A.V., Katsapov D.V., Sultan Mohamad*

### **FOOD BORNE BOTULISM: CASE REPORT**

*Kharkiv National Medical University*

*Academic society of international medical students*

**Introduction.** 113 cases of botulism with 133 victims and 11 deaths were registered in Ukraine during 2017. 80 victims used home-cooking food; the rest used food that was purchased in the enterprises of trade, from unauthorized trades and of unknown origin.

**The goal** of the research is to study the effectiveness of Heptavalent Botulism Antitoxin (HBAT) that was approved in 2010 by CDC on an investigational basis, and was licensed for commercial marketing by the FDA (USA) in 2013.

**Materials and methods.** A 22-years-old female was admitted to Kharkiv Regional Infectious Diseases Hospital with preliminary diagnosis – acute pancreatitis. One day before the disease started she ate dried fish. Examinations showed anxiety, tachypnea, dry mucous membranes, diplopia, horizontal nystagmus, full symmetrical paralytic mydriasis and other neurological signs. The patient remained alert and afebrile. CBC, kidney and liver functional tests and ECG were normal. Within 4 hours she developed respiratory failure and required intubation and ventilation. A nasogastric feeding tube was inserted. Her condition continued to worsen and developed acute flaccid symmetrical paralysis. Psychomotor excitement was associated with chronic psychoneurological disease requiring high dose of sibazon.

**Results.** One dose (20 ml in a vial) of HBAT was administered to a patient as an intravenous infusion within 24 hours from the disease onset. The patient required 10 days of mechanical ventilation and 20 days of intensive care support. Blood, stool and gastric washings cultures were negative. *Clostridium botulinum* A-toxin was proven in gastric lavage fluid. Pneumonia was diagnosed and proved radiographically on the 7th day of the disease. After course of antibacterial treatment infiltration has regressed to 22nd day. The patient's motor function gradually improved to 28th day. One month after the onset of symptoms, she was discharged from the hospital.

**Conclusions.** Heptavalent Botulism Antitoxin that was used in Ukraine for the first time proved its efficacy in a treating of severe food-borne botulism.

*Bondarenko A V., Katsapov D.V., Gavrylov A.V., Steshenko K.Yu., Maher Zakaria*

## **SPECIFIC DIAGNOSTICS OF CEREBRAL TOXOPLASMOSIS IN HIV-INFECTED PERSONS**

*National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**Introduction.** Cerebral toxoplasmosis is a main cause of mortality in HIV-infected individuals. Since the neurological manifestations of different aetiologies are nonspecific, accurate and rapid etiological diagnosis is crucial for conducting etiotropic therapy.

**Aim.** To study the diagnostic capabilities of VectoToxo-IgG-avidity (enzyme immunoassay kit for the determination of avidity index of IgG against *Toxoplasma gondii* in the blood serum) using the cerebrospinal fluid as a test specimen.

**Materials and methods.** 30 patients (16 men and 14 women) with neuroinfections of IV clinical stage of HIV-infection were examined. 13 of them (5 men and 8 women) aged 25 – 49 years with magnetic resonance imaging changes typical for cerebral toxoplasmosis were selected. Each patient underwent general clinical examination, diagnostic lumbar puncture, and cerebrospinal fluid bacterioscopy for the presence of *Mycobacterium tuberculosis* and *Cryptococcus*

*neoformans*. Blood serum was tested by ELISA for antibodies to HSV, VZV, EBV, CMV, and cerebrospinal fluid by PCR method for DNA of *M. tuberculosis*, HSV, VZV, EBV, CMV and *T. gondii*. Accounting of the analysis results of blood serum and cerebrospinal fluid, taken simultaneously, allowed comparing concentrations of IgG, both blood and intrathecal.

**Results.** Specific IgG to *T. gondii* in serum was detected in 12 patients (92%), one sample was seronegative. In all patients with a positive result, specific G-class immunoglobulins persisted in sufficiently high concentrations with avidity greater than 50 %. However, in the analysis of cerebrospinal fluid only 7 patients were identified with IgG to *T. gondii*. They also had a positive result in blood serum, which indicates the impossibility of an isolated process in the central nervous system. In 6 patients, IgG to *T. gondii* was detected only in serum. Based on the results of the extended examination, they were not diagnosed with cerebral toxoplasmosis.

**Conclusion.** Our studies of samples of cerebrospinal fluid and blood serum in HIV-infected individuals with neuroinfection showed that the diagnostic capabilities of the immunoassay test system allow detection of IgG to *T. gondii* not only in blood serum but also in the cerebrospinal fluid.

*Chepeliuk O., Yurko K.*

## **DIRECT ANTIVIRAL AGENTS TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C**

*Kharkiv national medical university, Kharkov, Ukraine*

**Relevance.** Standard interferon-containing treatment regimens are often ineffective for the treatment of hepatitis C (genotype 1b), on another hand we have opportunity to use direct antiviral agents (DAA-based therapy), the effectiveness of which, according to some researches, reaches 99%.

**Materials and methods.** The patient's clinical history was studied, as well as the accompanying medical documentation (additional research methods). A retrospective analysis of two types of treatment applied to patient was made.

**Results.** Patient B. (31 years old) was diagnosed with HCV (genotype 1b) at the age of 26 years. The only one remarkable factor of possible infection transmission was blood transfusion at the age of 16 years.

In 2009, interferon-based therapy was introduced to patient: pegylated interferon and ribavirin, a decrease in viral load was noted, but remarkably was not negative. Patient mentioned adverse side effects of treatment such as increased body temperature, excessive fatigue and weakness. In 2011 quantitative viral load according to PCR was 40227 IU/ml.

In 2015 viral load test was 20023 IU/ml.. Further, because of progression of disease and bad answer to previous treatment, patient was administrated with DAA-based therapy: Sofosbuvir 400 mg, Ledipasvir 90 mg, Ribavirin 1200 mg daily for 12 weeks.

After the therapy, based on interferon-free scheme according to latest EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C (2017), already at 9th week of the treatment, the viral load was negative. There were mentioned no side effects. Obtained data (clinical tests) suggests stabilization of the liver function

**Conclusion.** This case confirms the results of other studies, authors of which concluded that the initial and subsequent therapy of HCV with DAA-based regimens definitely should be more effective for patients with the genotype 1b of viral hepatitis C.

## **ISONIAZID-MONORESISTANT TUBERCULOSIS: COLLATION OF DRUG REGIMENS EFFICIENCY**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

Mycobacteria tuberculosis (MBT) with resistance to isoniazid (INH) is one of the most common resistant profile globally (from 3 to 10%). INH-resistant tuberculosis (TB) has a high risk of treatment failure and there is no therapy regimen with proven efficiency.

**Aim:** to compare results of patients with INH-resistant TB treated by short (only I line antituberculosis drugs) and long (I and II line drugs) regimens.

**Material and methods.** Retrospective analysis of 91 history cases of patients with pulmonary TB with resistance of MBT to INH was done. 1 group (46 patients) received TB treatment by short or individual regimen using only I line drugs. 2 group (45 patients) were treated by long regimen including II line drugs (fluoroquinolones and aminoglycosides).

**Results.** MBT+ by microscopy was found in 84.7% - 1 group and 60% - group. After 60 doses of antituberculosis therapy bacterial excretion was stopped in 61.5% and 66.6%, after 90 – doses – 76.9% and 77.7%, after 120 doses – 94.8 and 96.3% in 1 and 2 groups respectively. Destruction of pulmonary tissue was present in 80.4% 1 group, 62.5% 2 group. Healing of destruction after 60 doses got 40.5% and 50%, after 90-120 doses – 59.4% and 63.6%, at the end of treatment – 86.4% and 86.6% in 1 and 2 groups respectively. At the end of antituberculosis therapy 65.9% patients from 1 group and 77.7% from 2 group got effective treatment (results “cured” and “finished treatment”). During treatment 2.3% and 5.7% died, “treatment failure” got 27.3% and 5.7% in 1 and 2 groups respectively. Result “interrupted treatment” was at 6.8% in 1 group and at 14.2% in 2 group. Duration of treatment course was  $8.16 \pm 2.86$  months in 1 group and  $10.86 \pm 3.15$  in 2 group, that was longer for 2.7 months. The frequency of side-effects was 8.69% and 26.6% in 1 and 2 groups respectively.

**Conclusions.** Including of II line drugs in treatment regimen of isoniazid-resistant tuberculosis allows to increase the results of effective treatment to 11.8%. So we can recommend long regimens with use of II line drugs in individual way for patients with isoniazid-resistant tuberculosis, according to the type of case, the level of bacterial excretion, the presence and volume of destruction in pulmonary tissue, necessity of hospitalization, the adherence to treatment and the risk of side-effects, because this treatment is longer for 2.7 months then short regimen and has higher risk of side-effects, death, interruption of treatment.

*Kozko V.N., Gavrylov A.V., Bozhko A.N.*

## **THE IMPORTANCE OF THE HEADACHE IN THE DIAGNOSTIC OF NEUROINFECTIONS**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The specific gravity of infectious lesions of the brain in the structure of the general pathology of the nervous system is up to 40%. In this aspect, the most urgent are acute meningitis, which are caused by bacterial and viral agents. Over the past 15 years, this pathology has been registered in all regions of Ukraine and is characterized by a consistently high incidence.

To date, mortality from CNS infections remains very high in Ukraine and in developed countries. And even in the case of a favorable outcome of the disease, the patient retains residual manifestations of varying severity for a long time, and sometimes for life. Numerous studies have demonstrated a direct correlation between the early administration of adequate etiotropic therapy and the favorable outcome of the disease. Thus, establishing of the diagnosis in the early stages of the disease is of great importance.

What is the genesis of the headache in inflammatory diseases of the brain and its membranes? In this situation, cerebral edema develops due to increased secretion of cerebrospinal fluid. As a result, intracranial pressure rises sharply, irritation of pain

receptors is increased. All these factors determine the intensity of headache in meningitis. Intracranial hypertension makes it bursting, the patients groan and scream in pain, especially in a state of psychomotor agitation, with delirium and hallucinations. In a patient who is in coma and stunned state, even touching the head causes severe pain. Intensive, bursting headache in meningitis is noted from the first hours of the disease and is often accompanied by vomiting.

We conducted work on the basis of the Department of Infectious Diseases of KhNMU and the Kharkov Regional Clinical Infectious Hospital. We observed 154 patients with acute meningitis, meningoencephalitis as a viral (herpes simplex virus I and II types), and bacterial (meningococcus, pneumococcus) etiology. The main symptom in 100% of the patients was headache, which was characterized by patients as a constant, dull (94%), increasing when getting up and during a slight physical load (97%), not suppressed by analgesics in 100% of patients with purulent meningitis and in 60% of patients serous meningitis. Most patients (75%) reported diffuse localization of the headache - in the frontal, occipital and temporal regions.

Nausea and vomiting were observed in 95% of patients with purulent and in 56% with serous meningitis. The disease was accompanied by an increase of temperature from 38 °C and more in 92% of patients with purulent meningitis, while in serous meningitis in 85% of cases subfebrile temperature was observed. Positive meningeal signs were detected in 91% of patients with purulent meningitis and in 60% with serous meningitis.

In 14 cases (10 - pneumococcal, 2 - meningococcal, 2 - herpetic meningitis) the disease had a lethal outcome.

In the clinical picture of an extremely severe course of the disease, edema-swelling of the brain dominated with the appearance of a pronounced, increasing headache in the first hours of the disease, which was the subsequent cause of death in this group.

The discrepancy between the diagnoses at the prehospital and hospital stages was 67%.

Analyzing the obtained data, it is necessary to note a regular difference in the initial manifestations of purulent and serous meningitis, meningoencephalitis, however, regardless of the etiology, the headache was a permanent sign. Thus, a doctor of any specialty with a special care should examine patients with complaints of headaches with a view, first of all, to eliminate the neuroinfectious disease.

*Kozko V.M., Khrystenko N.Ye., Yurko K.V., Solomennyk G.O., Bondar O.Ye.*

### **HORMONE STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

The HCV-virus persists in the liver in about 75% to 85% of those initially infected. Worldwide hepatitis C is the cause of 27% of cirrhosis cases and 25% of hepatocellular carcinoma. The literature data about the features of the hormone balance of blood on the background of chronic hepatitis C is insufficient.

**Purpose.** Investigate the hormone status in blood serum in patients with chronic hepatitis C.

**Material and methods.** The study was performed on 33 patients with chronic hepatitis C, 27 men (81,8%) and 6 women (18,2%). Middle age of patients was  $39,27 \pm 1,53$ . The comparison group consisted of 30 healthy subjects who were matched for age and sex with the patients of the studied groups. The study of hormone metabolism of blood (Progesterone, Testosterone, Estradiol) was assessed in all patients using the enzyme-linked immunosorbent assay. Statistical analysis was evaluated by the software package «Statistica for Windows», 8.0.

**Results.** Study on the work carried out at the Department of Infectious Diseases of Kharkiv National Medical University, located at the Regional Clinical Hospital of Infectious Diseases of Kharkiv. Indexes of hormone balance in patients with chronic hepatitis C had significant difference with that of the control group in patients. Significant reduction Progesterone ( $p < 0,05$ ), Testosterone ( $p < 0,001$ ), Estradiol

( $p < 0,01$ ) in serum of women and significant increase Progesterone ( $p < 0,001$ ) in serum of men were observed.

Conclusions. Our results demonstrated violations of sexual hormones balance. Progesterone ( $p < 0,05$ ), Testosterone ( $p < 0,001$ ) and Estradiol ( $p < 0,01$ ) were namely reduction in the serum of women, Progesterone ( $p < 0,001$ ) was increase in the serum of men. Violations of sexual hormones balance in patients with chronic hepatitis C, detected at our investigation, result from the damage of the liver, so early administration of aetiotropic treatment is recommended, that will lead to elimination of virus and regress of sexual hormone violations.

*Kozko V.N., Solomennyk A.O., Bondar A.Y., Mohylenets O.I.,*

*Merkulova N.F., Gavrylov A.V., Sokol A.A., Hrygorova M.V.*

### **SPONTANEOUS CYTOTOXICITY OF PERIPHERAL BLOOD LEUKOCYTES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C**

*National Medical Universitat, Kharkiv, Ukraine*

An important role in the antiviral protection of the organism is assigned to natural killer cells (NKC) that are responsible for spontaneous cytotoxicity (SCT). It is known that NKC activity is largely regulated by various cytokines, including interferons (IFN).

The aim of the study was to evaluate SCT in patients with chronic hepatitis C (CHC), depending on the content of alpha and gamma IFN and the activity of alanine aminotransferase (ALT) in blood serum.

There were 19 patients with CHC (men – 14 (73,7 %), women – 5 (26,3 %), average age of the patients  $30,25 \pm 3,36$  years. The activity of ALT in the blood serum averaged  $3,94 \pm 0,73$  mmol/L h at a range of 0,33 to 12,0 mmol/L h. All patients were assessed the content of alpha and gamma-IFN in blood serum by the method of linked IFA. A photometric method was used to study SCT for determining

cytotoxicity that is based on recording the hemoglobin yield from lysed erythrocytes. The control group consisted of 20 practically healthy persons.

The content of alpha and gamma-IFN in the serum was higher in the examined patients than in healthy donors:  $60,74 \pm 20,77$  pg/ml ( $p < 0,02$ ) and  $50,0 \pm 11,91$  ( $p < 0,01$ ) pg/ml. The SCT was  $16,01 \pm 1,93\%$ , which was reliably below the normal values ( $30,81 \pm 2,65\%$ ,  $p < 0,01$ ). It was noted that there is a tendency to a direct connection between this index and the content of gamma-IFN ( $r = 0,445$ ,  $p > 0,05$ ), and to the reverse connection between the SCT and the alpha IFN content ( $r = -0,456$ ,  $p = 0,05$ ) and also the activity of ALT ( $r = -0,452$ ,  $p > 0,05$ ) in blood serum.

A significant decrease in the functional activity of the NKC of peripheral blood was revealed by the results of a cytotoxic test in patients with CHC. SCT tended to be associated with ALT activity and also alpha and gamma-IFN content in blood serum in these patients.

*Kucherenko O.O., Kharun I.O., Khodun I.I.*

## **MECHANISMS OF THE DEVELOPING OF THE CHRONIC CHLAMYDIA INFECTION AT CHILDREN**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

Nowadays such problem as a respiratory Chlamydia infection (CI) at children is so actual because morbidity of it is increasing. This needs of additional studies of the morphology and immunopathology of CI. The persistence of Chlamydia (Ch) is induced by the effect of proinflammatory and regulatory cytokines of the immune response (IR). Phagocytosis at CI is unproductive since Ch inhibits the fusion of phagosomes with lysosomes. In this case, the growth of Ch in monocytes is suspended at the stage between the elementary body (EB) and reticular body (RB), when the cell wall of lipopolysaccharide is detected in the cytoplasm of monocytes and the main membrane protein (MMP) is absent. Thus, the protective X-antagonist MMP is not recognized by T-helpers, but only the lipopolysaccharide antigen is

demonstrated. Then, the immune response is formed to the variable LPS and is becoming non-specific to Chlamydia. Two subpopulations of CD4 + T cells that produce their own cytokines develop from the common T-helper precursor. Immune response in CI is predominantly T1-helper in nature – cytokines: interleukin-2 (IL-2) is an inducer that stimulates the proliferation of T-cells; tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) - causes the growth of fibroblasts, increases the production of glucosaminoglycans, collagen and proteins and promoting fibrous formation, which also activates IL-1, produced by macrophages. Along with the activation of the T1-helper link, cytokine production in macrophages also occurs. But the emitted free radicals in this case can't damage the cell wall of both EB and RB of Chlamydia. Their strength is due to a polysaccharide microcapsule that is resistant to superoxide radical oxidation. Instead of microbicidal action, active oxygen forms lead to activation of lipid peroxidation and damage to the double phospholipid layer of cell membranes. The depletion of tryptophan causes a chlamydial stress-reaction, which leads to the formation of pathological morphological forms of Chlamydia.

Thus, the main mechanism preventing the transformation of RB to EB is a special cytokine spectrum leading to deficiency of components and blockade of the synthesis of proteins of the membrane of EB of Chlamydia under the influence of mediators of persistence, which leads to the continuation of the growth of the pathogen without corresponding division. The inadequacy of the outer membrane and cell wall contributes to an increase in the intracellular osmotic pressure responsible for the swelling of chlamydial structures, which determines the duration of the persistence of Chlamydia infection.

## **THE SIGNIFICANCE OF HAEMATOLOGICAL INDEXES AMONG PATIENTS WITH IRIS**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**The purpose of our work** was to evaluate the significance of haematological indexes among patients with immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS).

**Materials and methods.** We have examined 54 patients with HIV infection clinical stage 4 who received highly active antiretroviral therapy (HAART) and had confirmed IRIS. Patients were divided into 2 study groups: the 1st group consisted of 39 patients with mild and middle course of IRIS, the 2nd group - 15 patients with severe course and lethal outcome of IRIS. Based on the 1st full blood exam before MRI we have calculated the leukocyte intoxication indexes in 4 modifications; Ugryumov's lymphocyte index, Yabluchansky's leukocyte shift index, Kapitanenko and Dochkin's lymphocyte index (LI), body resistance index, lymphocyte-granulocyte index (IGI), nuclear intoxication index, Garkavi's index (GI), allergy index, lymphocyte and monocytes shift index, neutrophil and monocyte correlation index, immunoreactivity index, eosinophil and lymphocyte correlation index, neutrophilic-lymphocyte coefficient. We have also determined the levels of viral load (VL) and CD4 count of these patients.

**Results.** There is a significant difference between LI, IGI and GI when  $p < 0.05$ ,  $f = 52$  and  $t = 2.007$ . The parameters of the 1st group are: LI = 0.34 ( $\pm 0.06$ ), IGI = 3.24 ( $\pm 0.57$ ), GI = 0.36 ( $\pm 0.06$ ), in the 2nd group the parameters are 0.13 ( $\pm 0.06$ ), 1.26 ( $\pm 0.63$ ), 0.15 ( $\pm 0.07$ ) respectively, the correlations between the parameters of two groups are -2.42; -2.33; -2.22 respectively. GI was calculated as the ratio of lymphocytes to segmented neutrophils; LI – as the ratio of lymphocytes to the sum of all neutrophils, IGI – as the ratio of lymphocytes to the sum of all granulocytes. A significant difference was also found between the levels of VL ( $t = 6.66$ ) and CD4 count ( $t = -4.32$ ). The level of VL of the 1st group is 341226 ( $\pm 78272$ ) RNA cop /

ml, the CD4 count is 135 ( $\pm$  20) cells /  $\mu$ l and in the 2nd group the parameters are 2540667 ( $\pm$  320595) RNA cop / ml and 32 ( $\pm$  13) cells /  $\mu$ L respectively.

**Conclusions.** The changed indexes indicate a huge lymphopenia of the patients in the 2nd group, which is associated with an increase cytolysis process during IRIS confirmed by the levels of VL and CD4 count. These indicators can be used to determine the course of IRIS and for early diagnosis of this syndrome among patients with HIV infection clinical stage 4.

The decrease of these indicators indicates a more severe course of IRIS.

*Ovcharenko I.A., Pogorelova O.O., Eksarova M.A.*

**CHANGE OF THE ALDOSTERONE LEVELS IN PATIENTS WITH  
PULMONARY TUBERCULOSIS WITH DIFFERENT SENSITIVITY OF  
THE MYCOBACTERIA**

*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

**Objective.** Study of the change of aldosterone level in patients with firstly diagnosed pulmonary tuberculosis with different sensitivity of the mycobacteria to the antituberculosis drugs (anti-TB drugs).

**Materials and methods.** Group I consisted of 84 patients with multi-drug resistant tuberculosis, Group II consisted of 40 patients with pulmonary tuberculosis with preserved sensitivity of mycobacteria to all anti-TB drugs. All patients were treated in 2014-2016 in the Kharkiv Regional TB Dispensary No. 1.

**Results.** Some studies suggest that aldosterone can be an inflammatory agent of pulmonary tuberculosis (TB). Aldosterone is also known to contribute to the fibrosis formation processes; however, its role in patients with tuberculosis has not been sufficiently studied yet.

At the beginning of the therapy, the aldosterone level was 91.105 $\pm$ 55.9 pg/ml in patients from Group I, and 97 $\pm$ 63.1 pg/ml in Group II. Two months later, the aldosterone level was 61.4 $\pm$ 16.4 pg/ml and 57.1 $\pm$ 14.7 pg/ml in Group I and II,

respectively. In 3 months of therapy its level was  $59.9 \pm 2.1$  pg/ml and  $39.2 \pm 5.7$  pg/ml. At the beginning of the therapy, the aldosterone level in Group I was lower than in Group II by 6.5 % ( $p < 0.05$ ). Within 3 months of therapy, the aldosterone level was reduced in Groups I and II (by 34.3 % and 59.6 %, respectively ( $p < 0.05$ )). In 3 months of treatment, its level in Group I was higher vs. Group II by 34.5 % ( $p < 0.05$ ).

Conclusion. Aldosterone is an inflammatory agent, its reduction is related with reduction of inflammation and increasing, which is illustrated by Group II. Higher aldosterone levels in 3 months of therapy suggest more intense fibrosis formation processes in patients from Group I.

*Solomennyk A.O., Yurko K.V., Gavrylov A.V., Pirozhkova A.D., Myhailova K.A.*

## **CELLULAR AUTOIMMUNE REACTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C**

*National Medical Universitat, Kharkiv, Ukraine*

A wide range of autoantibodies is naturally detected in patients with chronic hepatitis C (CHC), but most researchers give them only an «signal» role. The most pathogenetically significant is the sensibilization of T-lymphocytes to various autoantigens, leading to cell damage through cytotoxic effects on them.

The aim of the study was to evaluate the sensibilization of peripheral blood lymphocytes to liver microsomes (LM), native and denaturated DNA (n- and d-DNA) in patients with CHC with different alanine aminotransferase (ALT) activity in blood serum.

28 patients with CHC were under observation. The activity of ALT in serum ranged from 0,33 to 10,4 mmol/L · h, in average of  $3,65 \pm 0,6$  mmol/L · h. Lymphocyte sensibilization was assessed in the LAI-test (leukocyte adherence inhibition) by the method of Shestakova IK. (1987). The inhibition of adhesion index of leukocytes pre-incubated in the presence of MP, n- and d-DNA, and without them, was calculated by the formula:  $II = (C-E)/C \times 100 \%$ , where C is the control number

of adherent cells; E is the number of cells that adhere in the experiment. Value of  $II \geq 30$  % indicates the presence of lymphocyte sensibilization to the tested antigen (II1 to LM, II2 to n-DNA, II3 to d-DNA).

The value of II1 ranged from 4 % to 35 % and averaged  $15,63 \pm 1,37$  % in examined patients; II2 in the range of values from 3,5 % to 28 % was equal to  $17,32 \pm 1,24$  %, and II3 –  $22,02 \pm 1,27$  % with the spreading of the index from 8,5 % to 38 %. At the same time, lymphocyte sensibilization to liver microsomes (II=35 %) was detected only in 1 patient (3,57 %), and to d-DNA – in 2 (II=34,5 and 38 %), which was 7,14 %.

We were unable to detect the presence of statistically significant sensibilization of peripheral blood lymphocytes to liver microsomes, n- and d-DNA from the results of the LAI test in the examined patients. This casts doubt on the significance of these autoantigens in the development of autoimmune reactions in CHC.

<b>ЗМІСТ</b>	
<i>Алексеевко А.П.</i> <b>ОПТИМИСТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЖИЗНИ В ФИЛОСОФСКИХ ИДЕЯХ И.И. МЕЧНИКОВА</b>	<b>5</b>
<i>Амбросова Т.М., Ащеулова Т.В.</i> <b>ВНЕСОК АДИПОКІНІВ В КОНЦЕПЦІЮ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ</b>	<b>7</b>
<i>Бодня Е.И., Бодня И.П., Аль Хатиб Ануар</i> <b>О ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ НА РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»</b>	<b>8</b>
<i>Бодня К.І., Боброва О.В.</i> <b>ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ МОЛЕКУЛЯРНОЇ ПАРАЗИТОЛОГІЇ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ПРОЦЕСУ МОНІТОРИНГУ ТА КОНТРОЛЮ ЗА ЕФЕКТИВНІСТЮ ЛІКУВАННЯ ПАРАЗИТОЗІВ В УКРАЇНІ</b>	<b>11</b>
<i>Бондарь А.Е., Козько В.Н., Нартов П.В., Чирюкина О.И.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С С 1В ГЕНОТИПОМ</b>	<b>13</b>
<i>Букій С.М., Ольховська В.М.</i> <b>РАЦІОНАЛЬНА ДІЄТОТЕРАПІЯ ПРИ ШИГЕЛЬОЗІ У ДІТЕЙ З ОБТЯЖЛИВИМ АЛЕРГОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ</b>	<b>15</b>
<i>Бутов Д.О., Юрко К.В., Некрасова Н.О., Степаненко Г.Л., Бутова Т.С.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ІЗОНІАЗИДУ ТА ЕТАМБУТОЛУ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТ/ВІЛ</b>	<b>17</b>
<i>Велієва Т.А.</i> <b>НЕСПЕЦИФІЧНА ЛАНКА ІМУНІТЕТУ ПРИ ЕХІНОКОКОЗИ ПЕЧІНКИ</b>	<b>19</b>
<i>Висеканцев І.П., Буряк І.А., Бабінець О.М., Марценюк В.П.</i> <b>ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ЗАСОБИ ДОСТАВКИ ЛІКІВ НА ОСНОВІ ГЕЛЕВИХ НОСІЇВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ І ДИСБІОЗІВ</b>	<b>21</b>

<i>Гаргин В.В., Алексеева В.В.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИНОСИНУСИТОВ ПРИ РАЗЛИЧНОМ АНАТОМИЧЕСКОМ СТРОЕНИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ</b>	<b>23</b>
<i>Герасун О.Б., Сороколит А.Л., Сосна Г.П.</i> <b>АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ЗА ДАНИМИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ</b>	<b>24</b>
<i>Гуйда П.П.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА</b>	<b>26</b>
<i>Гуйда П.П., Молотягина С.П.</i> <b>ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ</b>	<b>30</b>
<i>Гуйда П.П., Молотягина С.П.</i> <b>ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА</b>	<b>34</b>
<i>Данилов Д.Е., Литвинчук Д.В., Виноградова Д.А., Матвеев А.В., Карпов И.А.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ</b>	<b>38</b>
<i>Данилова В.В., Овчаренко С.С., Бевз С.І.</i> <b>АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ДЕСТРУКТИВНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ</b>	<b>40</b>
<i>Дацук А.А., Коцар О.В.</i> <b>КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ</b>	<b>42</b>
<i>Дубинська Г.М., Котелевська Т.М., Прийменко Н.О., Ізюмська О.М., Боднар В.А., Руденко С.С., Лимаренко Н.П., Дубина К.В.</i> <b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПІСТОРОХОЗУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	<b>44</b>
<i>Дубинська Г.М., Котелевська Т.М., Прийменко Н.О., Ізюмська О.М., Коваль Т.І., Крупініна Т.М., Коваль А.В.</i> <b>ГАРЯЧКА ЗАХІДНОГО НІЛУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	<b>46</b>

<i>Ковальова А.А.</i> <b>АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С</b>	<b>48</b>
<i>Козько В. Н., Винокурова О.Н., Танчук Ю.В., Меликидзе М.С.</i> <b>ИНДЕКС АРРІ ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ НЕКРОВосПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С</b>	<b>50</b>
<i>Козько В.М., Гасанова А.І., Бондар О.Є., Соломенник Г.О.</i> <b>ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ, РЕГЛАМЕНТОВАНОЇ УНІФІКОВАНИМ КЛІНІЧНИМ ПРОТОКОЛОМ, У ХВОРИХ НА ХГВ</b>	<b>52</b>
<i>Козько В.М., Зоу Я.В., Соломенник Г.О., Сохань А.В., Божко А.М</i> <b>ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ГОРМОНІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНІЙ РІДИНІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ БАКТЕРІАЛЬНІ МЕНІНГІТИ</b>	<b>53</b>
<i>Козько В.Н., Меркулова Н.Ф., Терешин В.А., Соломенник А.О., Градиль Г.И., Бондарь А.Е., Могиленец Е.И., Екимова Н.А., Гасанова А.А.</i> <b>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ</b>	<b>55</b>
<i>Козько В.М., Соломенник Г.О., Юрко К.В., Дурсунова Г.М, Хрипко К.Ю.</i> <b>ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ФОРМИ НСV-ІНФЕКЦІЇ</b>	<b>57</b>
<i>Козько В.М., Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Соломенник Г.О., Могиленец О.І., Гаврилов А.В., Єкімова Н.О.</i> <b>ВПЛИВ НУКЛЕКСУ НА ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ МОНОЦИТІВ У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧУ ГЕРПЕТИЧНУ ІНФЕКЦІЮ</b>	<b>59</b>
<i>Круглова О.В., Высоцкая А.Л., Сафута С.В., Самарцев В.Н., Саламадзе О.А., Нужный Р.А., Козлова А.Г.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ С ДОКАЗАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ</b>	<b>62</b>

<i>Кузнецов С.В., Копійченко Т.С., Татаркіна А.М., Бурма Я.І., Глебова Л.М., Сушко Л.М.</i> <b>ЕТИОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ДІТЕЙ</b>	<b>64</b>
<i>Курчанова Ю.В., Ивантеева Ю.И., Тесленко О.А.</i> <b>НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ</b>	<b>65</b>
<i>Лантухова Н.Д., Баранова Н.В., Долженко М.О.</i> <b>АНАЛІЗ КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ</b>	<b>67</b>
<i>Лакно О.В., Цівенко О.І., Артюхова А.В.</i> <b>МЕТАБОЛІЗМ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ</b>	<b>68</b>
<i>Лакно О.В., Цівенко О.І., Келеберда О.С.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ БІОЕЛЕМЕНТНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ</b>	<b>69</b>
<i>Лакно О.В., Цівенко О.І., Пискарева А.М.</i> <b>СТАН ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ЗА НАЯВНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ</b>	<b>70</b>
<i>Литвинчук Д.В., Данилов Д.Е., Карпов И.А.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРЯМОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С</b>	<b>72</b>
<i>Лішневська А.Г., Чемич М.Д.</i> <b>ЛЕЙКОЦИТАРНИЙ ІНДЕКС ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ІМУНОРЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ТА ЇХ ЗМІНИ ПРИ ЛІКУВАННІ</b>	<b>74</b>
<i>Лола Н.В., Якушева А.Ю.</i> <b>ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ</b>	<b>75</b>

<p><i>Лукашик С.П., Карпов И.А., Гавриленко Н.Г., Жуковская И. В.</i> <b>ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С, У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ</b></p>	76
<p><i>Лукашик С.П., Карпов И.А., Гавриленко Н.Г., Котуль Ю.А.</i> <b>ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С, У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ HFE63 МУТАЦИИ В ГЕНЕ ГЕМОХРОМАТОЗА</b></p>	78
<p><i>Могиленець О.І., Махмудов Ю.Ю.</i> <b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПОМИЛКИ ДІАГНОСТИКИ ЗАВЕЗЕНОЇ МАЛЯРІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ <i>P. FALCIPARUM</i>, НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ</b></p>	81
<p><i>Моїсеєнко Т.М., Торяник І.І., Казмірчук В.В., Іваннік В.Ю.</i> <b>СТАТУС <i>MILIUM</i> У ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ІНФЕКЦІЙНО УСКЛАДНЕНОГО АКНЕ</b></p>	83
<p><i>Ніколаєва Л.Г., Майстат Т.В., Черкасов О.П., Куц Д.В.</i> <b>ОЦІНКА РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ БОРОТЬБИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В СУЧАСНИХ УМОВАХ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b></p>	85
<p><i>Ольховський В.О., Бондаренко В.В., Губін М.В., Пешенко О.М.</i> <b>ВНЕСОК ПЕРШИХ ПРОФЕСОРІВ КАФЕДРИ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b></p>	87
<p><i>Ольховський Є.С., Кузнецов С.В.</i> <b>ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ЕШЕРИХІОЗІ У ДІТЕЙ НА ФОНІ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУНОЇ ІНФЕКЦІЇ</b></p>	89
<p><i>Павлюченко А.С., Князькова І.І.</i> <b>АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ І БЕЗПЕКИ ЦЕФТАРОЛІНА ФОСАМІЛА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПОЗАЛІКАРНЯНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ</b></p>	91

<b>ТЯЖКОГО ПЕРЕБИГУ</b>	
<i>Потапова Л.Н., Скорик Л.И.</i> <b>АНАЛІЗ ВИДОВОГО СОСТАВА КРОВОСОСУЩИХ КОМАРОВ Г. ХАРЬКОВА</b>	<b>92</b>
<i>Похил С.І., Козько В.М., Бондаренко А.В., Кацапов Д.В., Бондаренко О.В.</i> <b>УДОСКОНАЛЕННЯ МІКРОСКОПІЧНОГО МЕТОДУ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ КРИПТОСПОРИДІОЗУ</b>	<b>94</b>
<i>Похил С.І., Торяник І.І., Тимченко О.М., Чигиринська Н.А., Костиця І.А.</i> <b>ЗМІНИ У ТКАНИНАХ НАДНИРОКВИХ ЗАЛОЗ ЗА УМОВ КРИПТОСПОРИДІОЗУ ТА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ</b>	<b>96</b>
<i>Россихин В.В., Яковенко М.Г., Осипов П.Г.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНЫ «УРИВАК» У ПАЦИЕНТОВ С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРОСТАТИТАМИ, ВЫЗВАННЫМИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНОЙ ФЛОРОЙ</b>	<b>98</b>
<i>Сипливий В.О., Євтушенко Д.В., Євтушенко А.В.</i> <b>ОБТУРАЦІЙНА ЖОВТЯНИЦЯ ЯК ГОСТРИЙ НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ</b>	<b>100</b>
<i>Сіроштан Г.М., Козько В.М., Бондар О.Є., Нартов П.В., Пеньков Д.Б., Танчук Ю.В.</i> <b>РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ПО ЛІКУВАННЮ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ СТАНОМ НА 01.01.2018 р.</b>	<b>102</b>
<i>Слепченко М.Ю., Кузнецов С.В.</i> <b>КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ</b>	<b>105</b>
<i>Сохань А.В.</i> <b>ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РІВНІВ НЕЙРОСПЕЦИФІЧНИХ МАРКЕРІВ У ЦСР ХВОРИХ НА ГОСТРИ БАКТЕРІАЛЬНІ ТА ВІРУСНІ НЕЙРОІНФЕКЦІЇ</b>	<b>106</b>
<i>Сохань А.В., Симкіна В.Є.</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГРВІ, ЩО УСКЛАДНИЛАСЬ ГОСТРИМ ГНІЙНИМ МЕНІНГІТОМ У ХВОРОГО З РЕЦИДИВУЮЧИМ СИНУСИТОМ</b>	<b>108</b>

<i>Татаркіна А.М., Копійченко Т.С., Вовк Т.Г., Білоконова Л.А., Онопко Н.В. Астапова В.В., Шапарная Л.А.</i> <b>КЛІНІКО – ЕТІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ЕШЕРИХІОЗУ У ДІТЕЙ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ОБЛАСНОЇ ДИТЯЧОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ КЛІНІКИ</b>	111
<i>Тесленко О.О., Чухліб М.О., Тесленко Н.І.</i> <b>СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХВОРОБУ ЛАЙМА У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ</b>	113
<i>Терьошин В.О., Меркулова Н.Ф., Градиль Г.І, Гаврилов А.В., Гордієнко А.І.</i> <b>ВПЛИВ СУЧАСНОГО ЕНТЕРОСОРБЕНТУ З ДОКАЗАНОЮ ЕФЕКТИВНІСТЮ «БІЛЕ ВУГІЛЛЯ» НА ПОКАЗНИКИ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ</b>	115
<i>Ткаченко В.Г., Градиль Г.І., Молокова С.О., Мамасуєва Л.В.</i> <b>ПРОБЛЕМИ РОЗПІЗНАВАННЯ КИШКОВОГО ЄРСИНІОЗУ</b>	117
<i>Торяник І.І., Іваннік В.Ю., Похил С.І., Казмірчук В.В., Меркулова Н.Ф., Грищенко М.І., Моїсеєнко Т.М</i> <b>КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КАНДІДОЗУ ЛЕГЕНІВ ТА ДИХАЛЬНОГО ТРАКТУ</b>	119
<i>Цівенко О.І., Лахно О.В., Бондар Д.Ю.</i> <b>ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПАНТОПРАЗОЛУ В ЛІКУВАННІ ГЕРХ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ</b>	121
<i>Цівенко О.І., Лахно О.В., Мелікова М.Ю.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОРТРОЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ</b>	122
<i>Чемич О.М., Чемич М.Д.</i> <b>ВПЛИВ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ НА РІВЕНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ</b>	124
<i>Чемич М.Д., Саєнко О.С.</i> <b>ЗМІНИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РЕЦИДИВНУ БЕШИХУ</b>	125
<i>Чумаченко Т.О., Райлян М.В.</i> <b>ОЦІНКА ПРОВІДНИХ ШЛЯХІВ ПЕРЕДАЧІ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ З КОНТАКТНИМ МЕХАНІЗМОМ ПЕРЕДАЧІ У МІСТІ ХАРКОВІ В СУЧАСНИХ</b>	127

<b>УМОВАХ</b>	
<i>Швець О.М.</i> <b>ВПЛИВ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ВРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ НА ПОКАЗНИКИ ГЛЮКОЗИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЧУТЛИВИЙ ТА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ</b>	<b>130</b>
<i>Шевченко О.С., Погорєлова О.О.</i> <b>ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА НЕТУБЕРКУЛЬОЗНІ МІКОБАКТЕРІОЗИ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014-2017 РР.</b>	<b>131</b>
<i>Шостакович-Корецька Л.Р., Шевченко-Макаренко О.П., Семенко Н.М., Турчина О.А.</i> <b>ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ НЕІНВАЗИВНИХ ТЕСТІВ ДЛЯ ОЦІНКИ РІВНЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С</b>	<b>132</b>
<i>Шустваль Н.Ф., Волобуєва О.В., Лядова Т.И., Волобуєв Д.А.</i> <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КВЕРЦЕТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ МИОКАРДИТОМ</b>	<b>134</b>
<i>Юрко Е.В., Шейко А.Г., Руденко С.С., Ивахненко Д.А.</i> <b>ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ</b>	<b>136</b>
<i>Янішен І.В., Філатов І.В., Куліш С.А.</i> <b>НОВИЙ ВІДБИТКОВИЙ АЛЬГІНАТНИЙ МАТЕРІАЛ ЗІ ЗНЕЗАРАЖУЮЧИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ «СТОМАЛЬГІН-05»</b>	<b>138</b>
<i>Bondarenko A.V., Mohylenets O.I., Katsapov D.V., Dudnik A.Yu., Ebenezer Aheto</i> <b>COST-EFFECTIVE ANALYSIS OF RABIES POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS IN KHARKIV REGION</b>	<b>141</b>
<i>Bondarenko A.V., Katsapov D.V., Sultan Mohamad</i> <b>FOOD BORNE BOTULISM: CASE REPORT</b>	<b>143</b>
<i>Bondarenko A V., Katsapov D.V., Gavrylov A.V., Steshenko K.Yu., Maher Zakaria</i> <b>SPECIFIC DIAGNOSTICS OF CEREBRAL TOXOPLASMOSIS IN HIV-INFECTED PERSONS</b>	<b>144</b>
<i>Chepeliuk O., Yurko K.</i> <b>DIRECT ANTIVIRAL AGENTS TREATMENT</b>	<b>145</b>

<b>OF CHRONIC HEPATITIS C</b>	
<i>Hovardovska O.O., Pogorelova O.O.</i> <b>ISONIAZID-MONORESISTANT TUBERCULOSIS: COLLATION OF DRUG REGIMENS EFFICIENCY</b>	<b>147</b>
<i>Kozko V.N., Gavrylov A.V., Bozhko A.N.</i> <b>THE IMPORTANCE OF THE HEADACHE IN THE DIAGNOSTIC OF NEUROINFECTIONS</b>	<b>148</b>
<i>Kozko V.M, Khrystenko N.Ye., Yurko K.V., Solomennyk G.O., Bondar O.Ye.</i> <b>HORMONE STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C</b>	<b>150</b>
<i>Kozko V.N., Solomennyk A.O., Bondar A.Y., Mohylenets O.I., Merkulova N.F., Gavrylov A.V., Sokol A.A., Hrygorova M.V.</i> <b>SPONTANEOUS CYTOTOXICITY OF PERIPHERAL BLOOD LEUKOCYTES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C</b>	<b>151</b>
<i>Kucherenko O.O., Kharun I.O., Khodun I.I.</i> <b>MEHANISMS OF THE DEVELOPING OF THE CHRONIC CHLAMYDIA INFECTION AT CHILDREN</b>	<b>152</b>
<i>Nguyen Thi Lien, Katsapov D.V.</i> <b>THE SIGNIFICANCE OF HAEMATOLOGICAL INDEXES AMONG PATIENTS WITH IRIS</b>	<b>154</b>
<i>Ovcharenko I. A., Pogorelova O. O., Eksarova M A.</i> <b>CHANGE OF THE ALDOSTERONE LEVELS IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS WITH DIFFERENT SENSITIVITY OF THE MYCOBACTERIA</b>	<b>155</b>
<i>Solomennyk A.O., Yurko K.V., Gavrylov A.V., Pirozhkova A.D., Myhailova K.A.</i> <b>CELLULAR AUTOIMMUNE REACTIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C</b>	<b>156</b>



**GILEAD**

Advancing Therapeutics.  
Improving Lives.

&



**Delta Medical**