

При аналізі імунологічних показників хворих на псоріаз була встановлена асоціація між змінами показників CD4+, CD3+, CD8+, CD22+, IgA, IgM у динаміці лікування у пацієнтів усіх груп. Коливання цих показників відбувалося в одному напрямку, незалежно від терапії, що проводилася. На нашу думку, це закономірно, оскільки поряд із нормалізацією імунологічних показників у хворих, які отримували терапію амбіоном та базову терапію, було виявлено поліпшення в різній мірі процесу одужання.

**Лукьянов С.В.**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

**Научный руководитель – зав.каф., д.м.н. Шевченко О.С.**

Начиная с 2004 года, на территории Харьковской области зарегистрирован рост активного туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных пациентов. Основной период клинических проявлений приходится на средний возраст (25-44 года) как среди лиц мужского, так и женского пола. Туберкулез и ВИЧ-инфекция II-IV ст. выявлены одновременно в 46,8% случаев, туберкулез развился на фоне ВИЧ в 43% случаев. Основной путь выявления туберкулеза органов дыхания был при обращении и составил 51,5% случаев. Сочетанная инфекция, обусловленная ВИЧ и туберкулезом, протекает с более выраженным инфекционно-токсическим, астеновегетативным и бронхолегочным синдромами. Острое начало отмечено в 32% случаев, интоксикационный синдром характеризовался изнуряющей лихорадкой с повышением температуры до фебрильных цифр, потливостью, прогрессирующей потерей массы тела в среднем на 6-8 кг за несколько месяцев. У пациентов, заразившихся ВИЧ-инфекцией на фоне активного туберкулеза, чаще встречаются легочные формы, а именно инфильтративный туберкулез легких. Обычно эти формы туберкулеза сопровождаются больными на всех стадиях ВИЧ-инфекции. При выявлении туберкулеза на фоне имеющейся ВИЧ-инфекции наиболее легкие формы туберкулеза соответствуют ранним субклиническим стадиям ВИЧ-инфекции. Присоединение туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции приводит к значительному увеличению тяжелых форм туберкулезного процесса: внелегочные формы, в том числе милиарный с поражением многих органов, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и диссеминация туберкулезного процесса в сочетании с внелегочными локализациями.

**Минакова С.А., Грицюк Г.П., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Могиленец Е.И.,  
Юрко Е.В., Винокурова О.Н., Гаврилов А.В.**

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ АПОЛИПОПРОТЕИНА А1В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

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

**Научный руководитель – зав. каф., профессор Козько В.Н.**

Цель исследования – изучить содержание белка аполипопротеина А1 (apoA1) в сыворотке крови больных хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от биохимической активности процесса, степени воспалительно-некротической активности, стадии фиброза и стеатоза.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 22 больных ХГС. Их них мужчин было мужчин – 14 (63,6%), женщин – 8 (36,7%). Средний возраст пациентов составил  $41,23 \pm 2,68$  лет. Всем больным проводили оценку активности процесса, стадии фиброза и степени стеатоза по системе FibroMax, определяли содержание в сыворотке крови ароА1, активность АЛТ и АСТ. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия t Стьюдента для малых выборок и коэффициента корреляции r.

**Результаты.** Активность АЛТ в сыворотке крови в среднем составила  $71,52 \pm 9,95$  МЕ/л, АСТ –  $49,2 \pm 7,47$  МЕ/л. Воспалительно-некротические изменения в печени отсутствовали у 6 (27,3%) пациентов, минимальная степень активности выявлена у 5 (22,7%), умеренная – у 3 (13,6%), выраженная – у 8 (36,4%) больных. Фиброз отсутствовал у 7 (31,8%), слабо выраженный фиброз диагностирован у 4 (18,2%), умеренно выраженный – у 4 (18,2%), выраженный – у 3 (13,6%), цирроз – у 4 (18,2%) больных. Степень выраженности стеатоза печени у обследованных пациентов колебалась от 0 до 4 баллов. Содержание ароА1 в сыворотке крови у всех больных не выходило за пределы нормальных значений (1,08-2,25 г/л), составив в среднем  $1,5 \pm 0,06$  г/л, что не отличалось от контроля ( $p > 0,05$ ). Не выявлено зависимости между этим показателем и активностью АЛТ ( $r = -0,05$ ;  $p > 0,05$ ), АСТ ( $r = 0,27$ ;  $p > 0,05$ ) в сыворотке крови, а также степенью воспалительно-некротической активности ( $r = -0,16$ ;  $p > 0,05$ ), стадией фиброза ( $r = -0,28$ ;  $p > 0,05$ ) ХГС, степенью стеатоза ( $r = 0,11$ ;  $p > 0,05$ ) печени у обследованных больных по результатам FibroMax.

**Выводы.** Определение содержания белка аполипопротеина А1 в сыворотке крови не позволяет оценить состояние функционально-морфологических изменений в печени у больных ХГС.

**Новак И.Н., Шамрай А.В.**

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ В Г.КИЕВЕ В 2013 ГОДУ**

**Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца,**

**кафедра инфекционных болезней, г.Киев, Украина**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Анастасий И.А.**

**Введение.** Лайм-боррелиоз характеризуется полиморфизмом клинических проявлений и склонностью к затяжному рецидивирующему течению. Ранняя диагностика позволяет предупредить развитие хронической стадии болезни, но для её осуществления необходима клиническая настороженность с учетом заболеваемости, возрастной структуры и сезонности заболевания.

**Цель.** Определить заболеваемость Лайм-боррелиозом, сезонность, возрастную структуру заболевших среди взрослого населения г. Киева на примере инфекционных отделений КГБ №9 и Александровской клинической больницы.

**Материалы и методы.** Применен статистический метод, проведен ретроспективный анализ журналов учета стационарных больных и отказа в госпитализации (ф. №001/о) инфекционных отделений КГБ №9 и Александровской клинической больницы за 2013 год.

**Результаты.** За указанный период в инфекционных отделениях КГБ №9 и Александровской клинической больницы проходили лечение 52 больных Лайм-боррелиозом: мужчины – 33%, женщины – 67%. Возраст пациентов был от 21 до 86 лет: 21-29 – 31%, 30-39 – 13%, 40-49 – 10%, 50-59 – 19%, 60-86 – 27%. 51(98%) случай заболевания зарегистрирован в период апрель-октябрь, 1(2%) случай зарегистрирован в январе, но в момент инфицирования больной находился не на территории Украины.