

статистичного матеріалу і медичної документації (медичних карт стаціонарних хворих) обласної клінічної інфекційної лікарні статистичним методом за допомогою сучасних комп'ютерних програм.

На основі вивчення закономірностей розвитку епідемічного процесу і клінічних проявів СНІДу в Закарпатській області можна відзначити, що частота випадків СНІД-асоційованих інфекцій підтримується на високому рівні і у структурі цих захворювань в останні роки переважають вірусні інфекції – 41%, з них гепатити В і С відмічають у 89% хворих, герпетичні ураження – в 11%. Друге місце серед СНІД-асоційованих хвороб посідають бактерійні інфекції – 28%, зокрема переважає туберкульоз – 72%. Частка грибкових інфекцій складає 22%, з них найчастіше відмічають пневмоцистну пневмонію – 83% і токсоплазмоз 17%.

Аналізуючи динаміку СНІД-опортуністичних захворювань за останні 5 років, можна відмітити тенденцію зростання частоти таких захворювань, як гепатити В і С та туберкульоз. Слід відзначити, що саме туберкульоз залишається в Україні найбільш загрозливою причиною смертності від усіх інфекційних і паразитарних хвороб.

О.В. Усачова

ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Труднощі діагностики й диференційної діагностики ЦМВІ у дітей раннього віку, несприятливий вплив вірусу на плід, новонародженого і дитину перших місяців життя, невизначеність щодо лікування, суперечливі міркування про показання та тривалість застосування етіотропних і патогенетичних засобів спонукали нас зайнятися вивченням цих питань з подальшим розробленням алгоритму ведення таких пацієнтів.

Мета роботи: розробити підходи до ведення інфікованих цитомегаловірусом (ЦМВ) дітей раннього віку на підставі поглибленого аналізу клініко-імунологічних даних, отриманих у динаміці спостереження за такими пацієнтами.

Під нашим спостереженням знаходилося 87 дітей раннього віку, інфікованих ЦМВ – дівчаток 44, хлопчиків 43. За віком обстежені розподілилися таким чином: новонароджені – 20 (22,9%), діти від 1 до 3 міс. – 36 (41,4%), від 4 до 6 міс. – 17 (19,6%), від 6 до 12 міс. – 8 (9,2%), від 1 до 3 років – 6 (6,9%). Діагностика ЦМВІ та її форми (внутрішньоутробна чи постнатальна) базувалися на результатах специфічного імунологічного дослідження крові дітей (ІФА) й визначення наявності ДНК ЦМВ у біоматеріалах (сеча, кров) за допомогою ПЛР. Базуючись на отриманих даних специфічного обстеження, у 38 дітей було діагностовано внутрішньоутробну ЦМВІ, а у 49 – постнатальну. Групу порівняння склали 30 не інфікованих ЦМВ дітей. З основної групи було сформовано групу дітей із 32 пацієнтів раннього віку, яким проведено специфічну імунотерапію: 14 з внутрішньоутробною і 18 з постнатальною формою інфікування ЦМВ.

Ми провели аналіз результатів динамічного клініко-лабораторного спостереження за наведеними пацієнтами з моніторингом специфічного до ЦМВ імунологічного профілю, визначенням показників клітинної ланки імунітету (відсоткові показники і кількість CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+-лімфоцитів та імунорегуляторний індекс) і рівня ІФН- γ сироватки крові. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмних пакетів Statistika v. 6.1 (SNANSOFT).

Проведений аналіз дозволив виокремити найбільш інформативні симптоми щодо діагностики форми інфікування ЦМВ дитини раннього віку: вік дитини, в якому виникла необхідність обстеження (за терміном дебютування хвороби), наявність середньотяжкої чи тяжкої жовтяниці, що тривала понад 1 міс., нейросонографічні ознаки органічного ураження мозку, низька маса при народженні, дані про повторні випадки респіраторного захворювання у матері під час вагітності і тяжкі неврологічні симптоми у дитини в період новонародженості.

Ми з'ясували, що внаслідок специфічної імунотерапії внутрішньоутробної ЦМВІ відбулося зростання продукції ІФН- γ і Т-цитотоксичних лімфоцитів крові, що спостерігалось на тлі припинення надмірної загальної стимуляції Т-лімфоцитарної ланки. Специфічна імунотерапія через зміни цитокинового статусу і клітинної ланки імунітету позитивно вплинула на специфічний

імунологічний профіль інфікованих внутрішньоутробно дітей: мала місце стабільна активація антитілопродукції практично в усіх пролікованих пацієнтів. Проте, після проведеної терапії ми відмітили варіабельне помірне зростання титру анти-ЦМВ IgG у крові дітей з постнатальною ЦМВІ; посилення антитілоутворення у таких пацієнтів відбувалося на тлі активації CD3+CD8+-лімфоцитів лише при низьких титрах специфічних IgG на початку терапії.

Отже, усім дітям з внутрішньоутробною цитомегаловірусною інфекцією з етіопатогенетичною метою доцільно призначати антицитомегаловірусний імуноглобулін. Показанням для призначення антицитомегаловірусного імуноглобуліну дітям раннього віку із постнатальною формою інфікування цитомегаловірусом є низькі рівні специфічного IgG сироватки крові на початку терапії.

О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНИХ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Метою нашого дослідження було вивчити клініко-лабораторні особливості рекурентного перебігу гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) у дітей раннього віку, інфікованих цитомегаловірусом.

Нами проаналізовані результати клінічного і лабораторного обстеження 103 дітей раннього віку: 51 хлопчик, 52 дівчинки, віком від 1 до 3 років (52 дитини 2-го року життя, 51 – 3-го року життя), хворих на респіраторні захворювання, які перебували на лікуванні у міській багатопрофільній дитячій клінічній лікарні № 5 м. Запоріжжя. Залежно від частоти і тривалості епізодів ГРІ діти були розподілені на 2 групи: 1-ша – 51 дитина з епізодичними респіраторними захворюваннями; 2-га – 52 з рекурентним перебігом РІ. Групи репрезентативні за віком і статтю, характером супутніх захворювань та їх лікуванням, сезоном спостереження.