

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ПРИРОДНО-ОСЕРЕДКОВІ ІНФЕКЦІЇ

**Матеріали Всеукраїнської
науково-практичної конференції
інфекціоністів**

(17-18 травня 2012 року, м. Ужгород)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2012

акушерським анамнезом. Також відзначили, що на тлі інфікування ЦМВ у дітей раннього віку ГКІ частіше мали тривалий і хвилеподібний перебіг. Серед особливостей перебігу хвороби відмітили, що біля 70% дітей зі специфічними маркерами ЦМВ-інфекції на 5-8-ий дні хвороби мали другу хвилю гарячки з проявами ураження трахеобронхіального дерева. У 65% таких пацієнтів були наявними ознаки бронхообструктивного синдрому. Також частим синдромом у хворих основної групи був гепатоцитоліз, який зареєстровано у 35% дітей проти 11% – у контролі.

Таким чином, персистування ЦМВ у дітей раннього віку обтяжує перебіг такого гострого інфекційного захворювання, як кишкова інфекція, за рахунок приєднання бронхообструктивного і гепатоцитолітичного синдромів. У свою чергу, це призводить до хвилеподібного та затяжного перебігу хвороби.

Л.О. Ушеніна, В.О. Туманський, А.В. Абрамов, О.В. Рябоконь

ЗМІНИ ІМУНО-ЕНДОКРИННИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ПРИ РІЗНИХ СТУПЕНЯХ ФІБРОЗУ І СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ

Медичний університет, м. Запоріжжя

Хронічна HCV-інфекція залишається актуальною проблемою сучасної гепатології та інфектології. Продовжується вивчення ролі факторів різного генезу в прогресуванні хронічного гепатиту С (ХГС). На сьогодні багато авторів розглядають печінку як орган-мішень при метаболічному синдромі. Недостатньо вивченим залишається вплив інсулінорезистентності (ІР), дефінізуючого метаболічного фактора ризику, на перебіг ХГС.

Мета роботи – виявити особливості змін показників імуно-ендокринного балансу у хворих на ХГС з ІР при різних ступенях фіброзу і стеатозу печінки.

Обстежено 48 хворих на ХГС, які проходили лікування в гепатологічному центрі Запорізької обласної клінічної лікарні. Середній вік хворих склав $(35,3 \pm 0,8)$ року. Пацієнтам проведено морфологічне дослідження гепатобіоптатів з визначенням вираження фіброзу печінки за шкалою METAVIR і стеатозу печінки

за кількістю гепатоцитів з ліпідними включеннями. Для оцінки змін показників імунно-ендокринного балансу визначали вміст інсуліну, лептину та TNF- α у сироватці крові методом ІФА. При формуванні груп враховували наявність у хворих ІР, яку вимірювали методом “гомеостатичної” моделі з визначенням НОМА-індексу (М. Romero-Gomez, 2006). Хворі на ХГС були розділені на групи: 1-ша – 25 осіб з наявністю ІР, 2-га – 23 пацієнти без неї.

Аналіз морфологічних змін печінки зазначив, що у хворих з ІР, порівняно з пацієнтами 2-ї групи, частіше ($\chi^2=22,05$, $p<0,01$) реєструвався тяжкий фіброз з трансформацією в цироз печінки (F3-4), – у 76,0 проти 8,7%, хоча частота виявлення вираженого стеатозу печінки S2-3 у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп статистично не відрізнялася ($p>0,05$) – 28,0 і 30,4% відповідно.

Порівняльний аналіз показників імунно-ендокринного гомеостазу показав, що вміст інсуліну в сироватці крові і показник НОМА-ІР у пацієнтів 1-ї групи був вищим, ніж у пацієнтів 2-ї групи, незалежно від стадії фіброзу печінки ($p<0,05$). Крім того, у пацієнтів з наявністю ІР показник НОМА-ІР виявився вищим при стадіях фіброзу печінки F3-4 ($p<0,05$), ніж при стадіях F1-2. Вміст TNF- α у сироватці крові хворих на ХГС з ІР і без неї при стадіях фіброзу печінки F1-2 статистично не відрізнявся ($p>0,05$). Проте в осіб 1-ї групи з фіброзом F3-4 вміст TNF- α виявився вищим, ніж у пацієнтів 2-ї групи з відповідними стадіями фіброзу ($p<0,05$) і хворих І групи з фіброзом печінки F1-2 ($p<0,05$). Вмісту лептину в сироватці крові пацієнтів 1-ї та 2-ї групи як при фіброзі печінки F1-2, так і F3-4 статистично не відрізнявся ($p>0,05$).

Проведений порівняльний аналіз показників імунно-ендокринного гомеостазу у пацієнтів з ХГС залежно від наявності ІР і ступеня вираження стеатозу печінки показав, що вміст інсуліну, TNF- α , лептину в сироватці крові і показник НОМА-ІР у хворих 1-ї групи були вищими ($p<0,05$), ніж у пацієнтів 2-ї групи як при стеатозі S0-1, так і при S2-3.

Отже, у хворих на ХГС з наявністю ІР частіше, ніж у пацієнтів без неї реєструвався фіброз печінки F3-4. Найбільш виражені зміни показників імунно-ендокринного балансу відзначалися у хворих на ХГС з ІР при стадіях фіброзу F3-4 й характеризувалися найвищими ($p<0,05$) показниками НОМА-ІР і

вмісту TNF- α у сироватці крові. У хворих на ХГС з наявністю ІР як при стеатозі печінки S0-1, так і S2-3 вміст інсуліну, TNF- α , лептину в сироватці крові і показник НОМА-ІР були вищими ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів групи порівняння.

В.М. Фролов, М.О. Пересадін, Л.П. Антонова, Д.В. Тищенко

ОЦІНКА ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ У ХВОРИХ З ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ БАКТЕРІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Медичний університет, м. Луганськ

Грунтуючись на результатах сучасних епідеміологічних і медико-статистичних досліджень встановлено, що нині відзначається істотне збільшення частоти тяжких форм гострого тонзиліту (ГТ), що робить розробку раціональних підходів до лікування цієї патології важливим завданням клінічної медицини. Раніше ми вивчили особливості імунних і біохімічних зрушень в осіб з наявністю тяжкої форми ГТ і встановили, що необхідні патогенетично обґрунтовані підходи до розробки раціональних схем терапії хворих з цією патологією. Нашу увагу привернула можливість використання в комплексі лікування хворих з наявністю тяжких форм ГТ ентеросорбції.

Обстежено 2 групи хворих з тяжким перебігом ГТ – група зіставлення (60 осіб), яка отримували лікування загальноприйнятими препаратами, і основна (65 пацієнтів), де додатково призначали ентеросорбент аеросил (“Біле вугілля”) по 3-4 табл. 3-4 рази на день протягом 5-7 діб поспіль. При бактеріологічному обстеженні вмісту лакун піднебінних мигдаликів у 52 (80,0%) хворих основної групи і 49 (81,7%) – групи зіставлення виділено монокультуру гемолітичного стрептокока *S. pyogenes*, у 13 (20,0%) і 11 (18,3%) пацієнтів відповідно – асоціацію гемолітичного стрептокока і патогенного плазмокоагулюючого стафілокока *S. aureus*.

При спеціальному біохімічному дослідженні у хворих з тяжким перебігом ГТ до початку лікування відмічено наявність однотипових порушень біохімічних показників, а саме – підвищення рівня МДА в осіб основної групи у середньому у

<i>Н.О. Тімко, І.І. Мартинюк</i> ОПИС ВИПАДКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГЕПАТИТ Е У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2011 р.	304
<i>В.О. Терьошин, Н.І. Хомулянська, О.В. Круглова, І.В. Декалюк</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ, СПРИЧИНЕНІ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ ЗБУДНИКАМИ.....	306
<i>Л.В. Тимофеева, Л.О. Українець, Л.П. Іващенко, А.І. Невпряга</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ ВІД УКУСУ ЩУРА (СТРЕПТОБАЦИЛЯРНА ГАРЯЧКА)	308
<i>С.О. Ткаченко, М.С. Зіміна</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ІНТЕРЛЕЙКІНОГЕНЕЗУ ПРИ ЕШЕРИХІОЗІ В ДІТЕЙ З ФОНОВИМ ІНФІКУВАННЯМ <i>H. PYLORI</i> І БЕЗ НЬОГО.....	310
<i>В.І. Трихліб, В.Ф. Сморгунова, Л.В. Козаченко, О.В. Радченко, Я.Б. Савченко</i> ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТЕФЛАЗИДУ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВО- СЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ	311
<i>О.В. Усачова</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ НЕСПРИЯТЛИВОГО ВПЛИВУ ГОСТРИХ ФОРМ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ І НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ.....	313
<i>О.В. Усачова, І.Б. Іванова, Н.І. Волошина</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ І МОДИФІКАЦІЇ СПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТОКСОПЛАЗМОВОГО ТА ГЕРПЕСВІРУСНОГО УРАЖЕННЯ ОРГАНУ ЗОРУ	315
<i>О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, Є.А. Сіліна, Т.Б. Матвєєва, І.В. Берестова, А.В. Штіблер, В.А. Турлюн</i> КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ З ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	316
<i>Л.О. Ушеніна, В.О. Туманський, А.В. Абрамов, О.В. Рябоконт</i> ЗМІНИ ІМУНО-ЕНДОКРИННИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ПРИ РІЗНИХ СТУПЕНЯХ ФІБРОЗУ І СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ	318
<i>В.М. Фролов, М.О. Пересадин, Л.П. Антонова, Д.В. Тищенко</i> ОЦІНКА ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ У ХВОРИХ З ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ БАКТЕРІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.....	320