

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ  
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ”  
ДВНЗ “ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ”

## **ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: ПОСТУПИ І ПРОБЛЕМИ В ДІАГНОСТИЦІ, ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ**

**Матеріали ІХ з'їзду інфекціоністів України**

(7-9 жовтня 2015 року, м. Тернопіль)

Тернопіль  
ТДМУ  
Укрмедкнига  
2015

В.М. Козько, К.В. Юрко, Г.О. Соломенник ОПІНКА ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ – ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ/ ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	37
Т.С. Коніщенко, С.В. Кузнецов, А.М. Татаркіна, Я.І. Коніщенко, Л.М. Лебова, Л.М. Сушко ВРОДЖЕНИЙ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ: КЛІНІЧНА І ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА.....	39
М.Н. Курбат, В.М. Цыркунов АКТИВНОСТЬ КЛЕТОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ АНТИРЕТРОВІРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	40
Н.В. Митус, К.І. Чепілко ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ КО-ІНФЕКЦІЇ ПРИ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ.....	42
Л.В. Мороз, К.Ю. Романчук, А.М. Кучеренко, В.М. Паміуха, Л.А. Лівшиць ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА FNЛ4 – НОВИЙ ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С.....	43
В.Д. Москалюк, М.О. Андрущак РОЗВИТОК І ПЕРЕБІГ КРИПТОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФЕКОВАНИХ ХВОРИХ.....	45
В.Д. Москалюк, С.Р. Меленко ІМВ-ХОРІОРЕТИНІТ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/ СНІД: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ.....	46
Л.Т. Николаева, Т.В. Майстак ЗМІНИ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ТУБЕРКУЛІОЗ НА ТЛІ ІМУНОТЕРАПІЇ... ..	48
А.І. Пиддубча, М.Д. Чевич ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ ПІДТРИМКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ.....	49
Н.М. Пруська, Р.Ю. Грещко, А.М. Задорожний ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ГЕПАТИТУ Е В НЕЕНДЕМІЧНИХ РЕГІОНАХ.....	51

Ю.Ю. Рябоконь, М.А. Андрейчин, Д.П. Іпатова ДИНАМІКА ЗМІН ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІО У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМУВАННЯ РАННЬОЇ ВІРУСОЛОГІЧНОЇ ВІДПОВІДІ НА ПРОТИВІВІРУСНЕ ЛІКУВАННЯ.....	52
К.Л. Сервешкий, О.С. Савида, О.А. Герасименко ВПЛИВ ГЛЮТАРІНУ НА АКТИВНІСТЬ КАТАЛАЗИ У ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ А.....	54
Т.А. Сергеева, В.Р. Шагінян, О.В. Максименко, М.Ю. Ватаманюк СЕРОЛОГІЧНІ ТА ГЕНЕТИЧНІ ЗНАХІДКИ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ СПІВРІВІТНИКІВ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ НА МАРКЕРИ ІНФІКУВАННЯ НСУ.....	55
Л.М. Сизова, Г.М. Дубинська, Т.І. Коваль, Д.Л. Войтенко, Н.О. Полтавець ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ЗАЛЕЖНО ВІД НАВЯНОСТІ ПОЛІМОРФІЗМУ ASР2996GL У ГЕНУ ТLR4.....	57
М.О. Соколенко, В.Д. Москалюк ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ.....	59
І.М. Трахтенберг, М.А. Андрейчин, В.С. Копа ДІФЕРЕНЦІА ДІАГНОСТИКА ТОКСИЧНИХ І ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ.....	61
О.О. Фурк, О.В. Рябоконь, Т.Е. Онщенко ДИНАМІКА ВМІСТУ НІТРИТІВ І L-АРГІНІНУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ В ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ В ГЕПАТОТОКСИЧНИХ ДОЗАХ НА ТЛІ РІЗНИХ СХЕМ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ.....	64
А.В. Шкідра ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ.....	65
Л.Р. Шостакович-Корещька, О.В. Шевелова, О.П. Шевченко-Макаренко, Г.А. Лопатенко ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ.....	67
Л.Р. Шостакович-Корещька, О.П. Шевченко-Макаренко СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПРОТИВІВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ.....	69

При проведенні лабораторних досліджень у динаміці отримано такі результати: загальний білірубін — 16,6 мкмоль/л, АлАТ 5,1-0,32 мкмоль/(лхгод) (N до 1,0), сечовина — 5,3 ммоль/л, креатинін — 82,3 мкмоль/л,  $\gamma$ -ГТП — 640,5-223,0 од./л; загальний білок — 70,0 г/л. Результати фібротесту: ступінь фіброзу — 0 (F0), ступінь запалення — 3 (A3). RNA HCV, DNA HBV — не виявлено, HbsAg, anti-HBcor, HBeAg, anti-HBe, anti-HCV, anti-HAV IgM — від'ємні.

Детальніше обстеження, проведене в ЛОКЛ методом ІФА, дало змогу діагностувати у пацієнта гепатит Е: виявлено anti-HEV класів IgM та IgG (індекс серопозитивності відповідно 2,77 і 4,76). У процесі лікування показники anti-HEV IgM різко зменшились, а IgG поступово наростали.

Наведений приклад свідчить про те, що часто забувають обстежувати на ПЕ навіть хворих з невястаною етіологією гепатиту і високою активністю печінкових ферментів.

*Ю.Ю. Рябоконь, М.А. Андрейчин, Д.П. Іштова*

### **ДИНАМІКА ЗМІН ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМУВАННЯ РАННЬОЇ ВІРУСОЛОГІЧНОЇ ВІДПОВІДІ НА ПРОТИВІВІРУСНЕ ЛІКУВАННЯ**

Медичний університет, м. Запоріжжя,  
Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

Хворі з позапечінковими проявами хронічного гепатиту С (ХГС) є дуже складною категорією пацієнтів для лікування, а дані сучасної літератури щодо застосування противірусної терапії (ПВТ) у цих пацієнтів обмежені оцінкою ефективності лікування в невеликих групах. Виявлені в наших попередніх дослідженнях в ендотеліо ролі дисфункції ендотелію в розвитку змішаної криоглобулінемії (КГЕ) обумовили напрямки цього дослідження.

Мета роботи — з'ясувати динаміку змін показників функції ендотелію у хворих на ХГС зі змішаною КГЕ залежно від формування ранньої вірусологічної відповіді на ПВТ.

Проведено дослідження результати ПВТ 19 хворих на ХГС зі змішаною КГЕ: вік — від 28 до 56 років. Інфікування 1-им генотипом

HCV було у 14 осіб, 3-ім — у 5. ПВТ проводилася різними препаратами пегільованого інтерферону з рибавирином за загальноприйнятими схемами. На 12-му тиж. оцінювали формування ранньої вірусологічної відповіді. У сироватці крові визначали вміст змішаних криоглобулінів і нітритів спектрофотометричним методом, а також вміст L-аргініну хроматографічним методом.

Клінічні прояви змішаної КГЕ до ПВТ визначено у більшості пацієнтів (78,9%), а саме виражену загальну слабкість (78,9%), артралгії (47,4%), геморагічний криоглобулінемічний васкуліт (31,6%), ураження нирок з розвитком гломерулонефриту (5,3%). В усіх хворих маніфестація захворювання вище позапечінкових проявів відбулася за наявності стадій фіброзу печінки F 3-4 та активності запального процесу А 2-3.

Через 12 тиж. ПВТ не було ранньої вірусологічної відповіді у 8 (42,1%) пацієнтів. До початку терапії ознаки геморагічного КГЕ-васкуліту мали місце у 2 пацієнтів. В 1 хворої віком 36 років відбулося загострення шкірних проявів геморагічного КГЕ-васкуліту, в іншої (54 роки) — відбувся певний регрес шкірних ознак зі зменшенням кількості геморагічних елементів.

В 11 (57,9%) хворих на ХГС зі змішаною КГЕ було визначено формування ранньої вірусологічної відповіді. Серед цих осіб до початку терапії ознаки геморагічного КГЕ-васкуліту мали місце у 4 пацієнтів, а при проведенні ПВТ протягом перших тижнів в усіх було визначено чіткий регрес шкірних проявів геморагічного КГЕ-васкуліту зі зникненням геморагічних елементів висипу і залишенням лише пігментних плям.

Зменшення клінічних проявів змішаної КГЕ у хворих на тлі ПВТ поєднувалося зі зниженням вмісту змішаних криоглобулінів на 18,4% ( $p=0,0007$ ) через 12 тиж. лікування, однак цей показник залишався вищим в 1,7 разу, порівняно зі здоровими людьми. На тлі ПВТ визначено збільшення ( $p=0,001$ ) вмісту L-аргініну в сироватці крові майже у 2 рази, який через 12 тиж. лікування не відрізнявся від показника здорових людей. Проте вміст нітритів у цій термін лікування мав лише тенденцію ( $p=0,48$ ) до підвищення і залишався нижчим ( $p<0,01$ ) за відповідний показник здорових людей.

Порівняння зазначених вище параметрів у хворих на ХГС зі змішаною КГЕ через 12 тиж. ПВТ показало, що у пацієнтів з

ранньою вірусологічною відповіддю у сироватці крові вміст кріоглобулінів виявився нижче на 6,3% ( $p=0,013$ ), а вміст L-аргініну вище на 56,0% ( $p=0,005$ ) за відповідні показники пацієнтів, які не відповіли формуванням ранньої вірусологічної відповіді. При цьому вміст нітритів у сироватці крові хворих на ХГС зі змішаною КГЕ через 12 тиж. ПВТ не мав зв'язку з досягненням ранньої вірусологічної відповіді.

Таким чином, у хворих на ХГС зі змішаною КГЕ комбінована ПВТ супроводжувалася формуванням ранньої вірусологічної відповіді у 57,9% пацієнтів. В осіб з ранньою вірусологічною відповіддю вміст змішаних кріоглобулінів був нижчим, а вміст L-аргініну – вищим, ніж у пацієнтів, які не відповіли формуванням ранньої вірусологічної відповіді.

*К.Л. Сервецький, О.С. Совирда, О.А. Герасименко*

#### **ВПЛИВ ГЛУТАРГІНУ НА АКТИВНІСТЬ КАТАЛАЗИ У ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ А**

Національний медичний університет, м. Одеса

Гепатит А (ГА) є однією з найбільш розповсюджених інфекцій людини. Останніми роками відбувається суттєве зниження загального відсотку щеплень, незадовільною залишається організація протиепідемічних заходів в осередках ГА.

У центрі уваги лікарів практичної охорони здоров'я знаходяться питання лікування хворих на ГА. Встановлено, що у патогенезі ГА значну роль відіграє збалансованість ланок вільнорадикального окислення (ВРО) та антиоксидантної системи (АОС). Проте питанням стану АОС, а саме активності ферменту каталази та її корекції при ГА, у науковій літературі присвячені поодинокі роботи.

Мета дослідження – вивчити особливості активності каталази у хворих на ГА.

Під спостереженням перебувало 60 осіб молодого і середнього віку з середньотяжким перебігом ГА, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Одеській міській клінічній інфекційній лікарні. Контрольну групу склали 30 здорових осіб. Хворі були розподілені на 2 групи згідно з проведеним

лікуванням. У 1-шу групу увійшло 30 осіб, які отримували загальноприйнятту терапію (згідно з наказом МОЗ України № 354 від 09 липня 2004 р.). 2-га група представлена хворими, яким до базисної терапії додавали вітчизняний гепатопротектор глутаргін. Препарат призначали по 0,75 г 2 рази на добу протягом 21 дня. Дослідження проводили під час надходження хворих у стаціонар, на 10-ий день лікування і перед випискою зі стаціонару.

Встановлено, що активність каталази в еритроцитах крові хворих на ГА на момент госпіталізації була нижчою за показники здорових осіб на 50,3% і складала  $(10,1 \pm 0,7)$  МО/г. У зв'язку з тим, що функція антиперекисного захисту є однією з основних дій каталази, то зниження активності ферменту може служити маркером дисбалансу ланок АОС і рівня ВРО при ГА. На 10-ий день у групі хворих із загально визнаною схемою лікування активність каталази щодо показників здорових осіб була нижчою на 45,1% ( $p < 0,005$ ). У цей період у групі пацієнтів, яким призначали глутаргін, активність каталази зростала, але була нижчою за показники контролю на 42,2% ( $p < 0,005$ ).

Під час виписки у хворих 1-ї групи активність каталази залишалась нижчою на 36,3%, порівняно із здоровими, а при вастосуванні глутаргину активність ферменту була меншою лише на 11,7%.

Таким чином, використання глутаргину в лікуванні хворих на ГА є ефективним і патогенетично обґрунтованим.

*Т.А. Сергеева, В.Р. Шагінян, О.В. Максименко,  
М.Ю. Ватаманюк*

#### **СЕРОЛОГІЧНІ ТА ГЕНЕТИЧНІ ЗНАХІДКИ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ СПІВРОБІТНИКІВ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ НА МАРКЕРИ ІНФІКУВАННЯ HCV**

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб  
ім. Л.В. Громашевського НАМН України, м. Київ

На сьогодні питання щодо гепатиту С (ГС) як професійної інфекції медичних працівників вже не дискутується, і більшістю фахівців визнано, що HCV, як і HBV, є чинником професійної