

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

СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ, ЛІКУВАЛЬНІ І ПРОФІЛАКТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ ІНФЕКЦІОНІСТА

**Всеукраїнська науково-практична конференція
інфекціоністів і пленум ГО “Всеукраїнська
асоціація інфекціоністів”**

(4-5 жовтня 2018 року, м. Чернівці)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2018

УДК 616.9-07 / -08(063)

С 91

Редакційна колегія:

академік НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, проф., д-р мед. н. *М.А. Андрейчин* (відповідальний редактор), проф., д-р мед. н. *Н.А. Васильєва*, проф., заслужений лікар України, д-р мед. н. *О.А. Голубовська*, доц., канд. мед. н. *О.Л. Івахів* (відповідальний секретар), заслужений лікар України, проф., д-р мед. н. *С.О. Крамарьов*, проф., д-р мед. н. *В.П. Малий*, проф., д-р мед. н. *В.Д. Москалюк*, заслужений лікар України, д-р мед. н. *А.О. Руденко*, проф., д-р мед. н. *М.Д. Чемич*.

<i>М.О. Соколенко, В.Д. Москалюк, А.А. Соколенко, М.О. Андрущак</i> АЛОФЕРОН У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ.....	98
<i>Т.В. Телегіна, К.О. Шумило</i> КЛІНІЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ОПЕРІЗУВАЛЬНИЙ ГЕРПЕС.....	100
<i>В.І. Трихліб, В.В. Грушкевич, Т.В. Буракова, Ю.І. Даниленко, В.І. Лисько, Ю.О. Боклан, О.С. Гришин</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖ- БОВЦІВ, ЯКІ ЛІКУВАЛИСЬ У НВМКЦ «ГВКГ» У 2018 р.....	101
<i>О.В. Усачова, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова, Є.А. Сіліна, О.А. Дралова, С.Л. Ніколаєва, О.М. Фірюліна, Є.В. Зеленухіна</i> СТАН ІМУНІЗАЦІЇ ПРОТИ ПОЛІОМІЄЛІТУ І ПОШИРЕНІСТЬ ГОСТРИХ МЛЯВИХ ПАРАЛІЧІВ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	105
<i>А.Б. Хелемендик, О.В. Рябоконт, О.В. Царьова, Ю.Ю. Рябоконт</i> КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ПОКАЗАНЬ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ	106
<i>Т.В. Чабан, В.М. Бочаров</i> ЗМІНИ У ПЛЕВРАЛЬНІЙ РІДИНІ У ХВОРИХ НА МІКСТ- ІНФЕКЦІЮ ТБ-ВІЛ З ПНЕВМОЦИСТНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ЕКСУДАТИВНИМ ПЛЕВРИТОМ	108
<i>Т.В. Чабан, Н.В. Верба</i> ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ТРОМБОЦИТАРНОЇ ЛАНКИ ГЕМОСТАЗУ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	110
<i>Т.В. Чабан, М.І. Чубач, Н.В. Верба, В.М. Бочаров, О.В. Гулла</i> САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	111
<i>М.Д. Чемич, Н.І. Ільїна, В.В. Ільїна</i> ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОЇ БЕШИХИ	112
<i>М.Д. Чемич, А.Г. Лішневська</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ НЕДОСТАТНОСТІ ІМУНІТЕТУ І ЗМІН РІВНІВ АНА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОТИВІРУСНІЙ ТЕРАПІЇ	114

етиології (показник захворюваності склав 4,02). У 2016 р. після проведення турової імунізації живою вакциною було зареєстровано 28 випадків ГМП (показник захворюваності склав 11,3). Слід зауважити, що 44 дитини з ГМП були серопозитивними щодо поліовірусів, проте 2 дітей не були вакциновані, що було розцінене як «гарячий випадок» і створює реальні загрози щодо розповсюдження «дикого» поліовірусу.

Згідно зі здійсненням постійного дослідження об'єктів довкілля (проби питної води, відкритих водоймищ, стічних вод), у 2014 р. зі стічних вод виділено 3 неполіомієлітних ЕВ, у 2015 р. – із 1 проби виділено неполіомієлітний ЕВ, у 2016 р. – із 9 проб стічних вод виділено поліовіруси: із 5 – 1-го типу, із 3 – 2-го, із 1 – 3-го типу. В усіх 9 випадках у 2016 р. вірусологічною лабораторією підтверджено вакцинне походження поліовірусів, що співпадає з туровою вакцинацією проти поліомієліту дітей у 2015-2016 рр.

Висновки. Має місце поступове зниження охоплення імунізацією проти поліовірусів і напруження імунітету у 2014-2016 рр. з 92,3 до 85,7%. Водночас реєструється щорічне збільшення кількості зареєстрованих випадків ГМП неполіомієлітної етіології, що свідчить про налагоджений епіднадзор за поліомієлітом у Запорізькій області. Існує негайна потреба відновлення імунізації проти поліомієліту в країні в повному обсязі задля запобігання епідемічного спалаху поліомієліту.

А.Б. Хелемендик, О.В. Рябоконт, О.В. Царьова, Ю.Ю. Рябоконт

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ПОКАЗАНЬ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. В Україні вірусні гепатити займають одне з домінуючих місць у структурі інфекційної патології за ступенем негативного впливу на здоров'я населення і масштабами захворюваності (О.А. Голубовська, 2017). З 2013 р. в Україні діє

Державна цільова програма, для реалізації якої було створено та в подальшому оновлено Уніфікований клінічний протокол, на основі існуючих міжнародних рекомендацій щодо моніторингу і лікуванню хворих на хронічний гепатит В (ХГВ) (наказ МОЗ України № 729 від 18.07.2016 р.).

Мета роботи. Провести клініко-лабораторний аналіз хворих на ХГВ при вирішенні питання призначення протівірусного лікування в рамках виконання Державної цільової програми.

Матеріали і методи. Обстежено 348 дорослих хворих на ХГВ в гепатологічному центрі КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР». Чоловіків – 198, жінок – 150. Хворі були віком від 18 до 77 років. При проведенні моніторингу щодо встановлення необхідності призначення протівірусної терапії (ПВТ) користувалися зазначеним вище клінічним протоколом. Усім пацієнтам визначали кількість DNA HBV у крові методом ПЛР, проведено традиційні біохімічні дослідження в динаміці спостереження. Усі хворі обстежені за умов наявності письмової поінформованої згоди. Отримані дані статистично оброблені програмою «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Результати та обговорення. У результаті проведеного дослідження встановлено, що першочергового призначення ПВТ потребували 17,8% хворих на ХГВ, з урахуванням: наявності клініко-лабораторних і/або інструментальних ознак цирозу печінки та виявлення DNA HBV у крові (10,3%); за сукупності ознак відсутності клінічних проявів цирозу печінки, віку до 30 років включно, стійкого підвищення активності АЛАТ і рівня DNA HBV >20 000 IU/ml (6,6%); а також наявності позапечінкових проявів (0,9%).

Для 37,6% хворих на ХГВ призначення ПВТ повинно бути розглянутим з урахуванням вірусного навантаження вище за 2 000 IU/ml за відсутності ознак цирозу печінки. Перебіг ХГВ у цих хворих, на відміну від пацієнтів з нижчим рівнем DNA HBV у крові, характеризувався вищим рівнем цитолізу печінкових клітин ($p < 0,001$), частішим виявленням HBeAg у крові (32,3 проти 10,4%, $p < 0,01$), за відсутності статистично значущої різниці ($p > 0,05$) тривалості ХГВ і ступеня виразності фіброзу печінки.

Для 43,7% хворих на ХГВ визначення необхідності призначення ПВТ потребує подальшого моніторингу з урахуванням

відсутності ознак цирозу печінки, вірусного навантаження нижче 2 000 IU/ml, переважання хворих зі стабільно нормальним рівнем АлАТ у крові (66,4%), проте наявності фіброзу печінки F2-3 у 27,3% хворих цієї групи.

Серед хворих на ХГВ переважає HBeAg-негативний варіант перебігу як за наявності ознак цирозу печінки (66,7%), так й у пацієнтів з різним рівнем вірусного навантаження, а саме у 67,7% за наявності DNA HBV >2 000 IU/ml та у 89,6% при DNA HBV <2 000 IU/ml, що дає підставу не враховувати цей показник при визначенні пріоритетів в призначенні ПВТ.

Висновки. За сукупністю клініко-лабораторних ознак 17,8% хворих на ХГВ потребують першочергового призначення ПВТ, для 37,6% хворих застосування ПВТ повинно бути розглянутим, а 43,7% хворим вирішення питання необхідності призначення ПВТ потребує подальшого моніторингу.

Т.В. Чабан, В.М. Бочаров

ЗМІНИ У ПЛЕВРАЛЬНІЙ РІДИНІ У ХВОРИХ НА МІКСТ-ІНФЕКЦІЮ ТБ-ВІЛ З ПНЕВМОЦИСТНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ЕКСУДАТИВНИМ ПЛЕВРИТОМ

Національний медичний університет,
м Одеса

Актуальність. У ВІЛ-ТБ-інфікованих пацієнтів пневмоцистна пневмонія є найбільш поширеним захворюванням, останнім часом часто ускладнена плевритом. Пневмоцистна пневмонія належить до однієї з поширених суперінфекцій вірусу імунодефіциту людини-туберкульозу (ВІЛ-ТБ). Дефект Т-клітинного імунітету є найбільш важливим фактором виникнення пневмоцистної пневмонії. Ступінь порушення клітинного імунітету є важливим чинником для прогнозування перебігу і наслідків пневмоцистної пневмонії, ускладненої плевритом. Загальноприйнято, що ймовірність її розвитку зростає при зниженні кількості CD4+ Т-лімфоцитів менше 200 клітин в 1 мкл. Роль CD8+ Т-лімфоцитів також важлива, оскільки виснаження цих клітин знижує пошкодження легенів у хворих із низьким рівнем CD4+