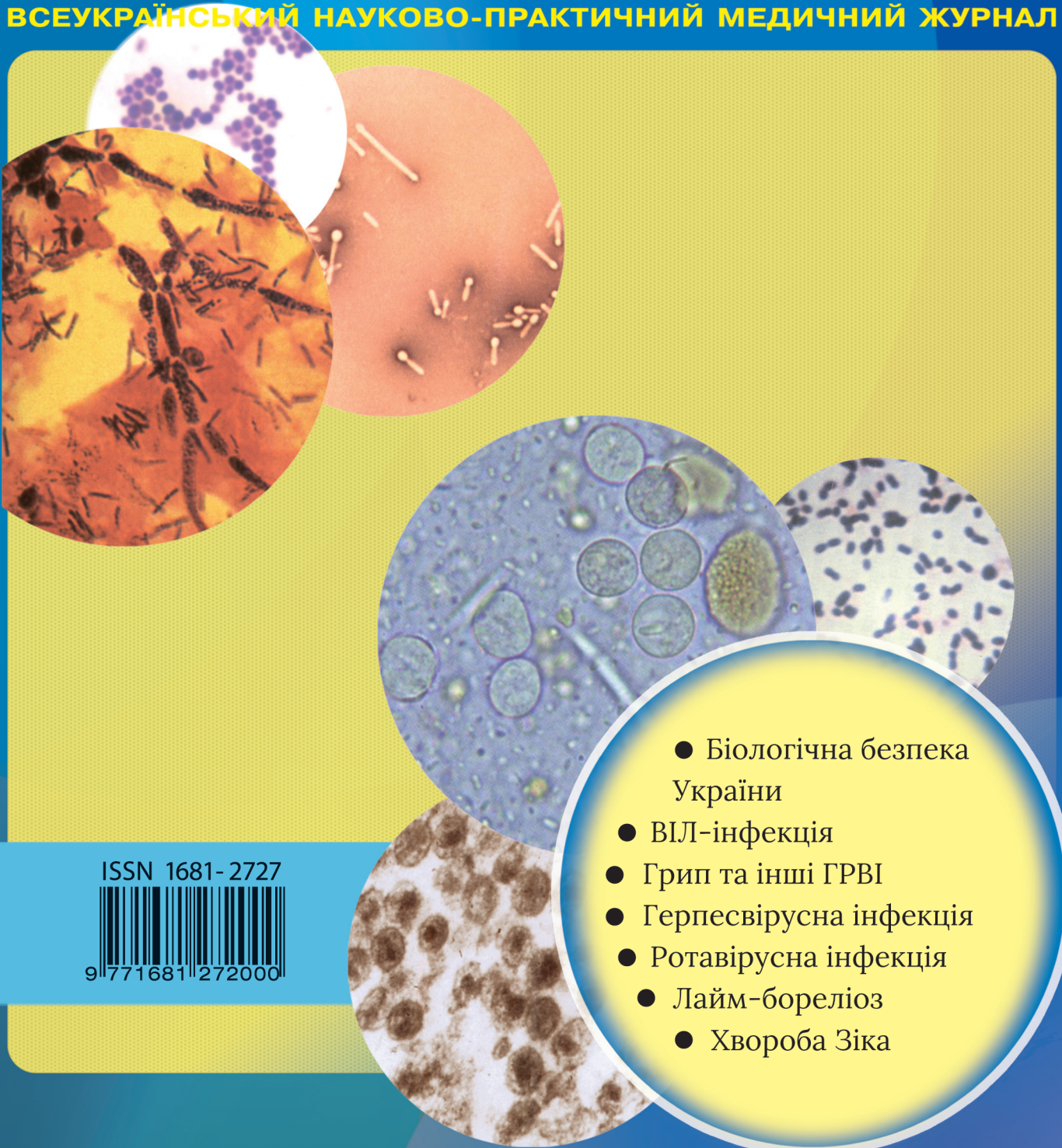




# ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

1(83)2016

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ



- Біологічна безпека України
- ВІЛ-інфекція
- Грип та інші ГРВІ
- Герпесвірусна інфекція
- Ротавірусна інфекція
- Лайм-бореліоз
- Хвороба Зіка

ISSN 1681-2727



9 771681 272000

# ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Головний редактор М.А. Андрейчин

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Н.А. Васильєва,  
Ж.І. Возіанова,  
К.С. Волков,  
О.П. Волосовець,  
В. Гальота,  
В.І. Задорожна,  
О.Л. Івахів,  
С.І. Климнюк (заступник головного редактора),  
І.М. Кліщ,  
В.С. Копча (відповідальний секретар),  
М.М. Корда,  
Л.Т. Котляренко,  
С.О. Крамарьов,  
Ю.І. Кундієв,  
В.Ф. Марієвський,  
М.Д. Чемич,  
Ю.І. Фещенко,  
В.П. Ширококов.

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

І.В. Богадєльніков (Сімферополь),  
Н.О. Виноград (Львів),  
Б.А. Герасун (Львів),  
О.А. Голубовська (Київ),  
О.В. Деміховська (Росток, Німеччина),  
Б.М. Дикий (Івано-Франківськ),  
Г.М. Дубинська (Полтава),  
О.К. Дуда (Київ),  
О.М. Зінчук (Львів),  
І.З. Карімов (Сімферополь),  
І.О. Карпов (Мінськ, Білорусь),  
В.М. Козько (Харків),  
І.П. Колеснікова (Київ),  
А. Лайшконіс (Каунас, Литва),  
В.П. Малий (Харків),  
С. Маріна (Софія, Болгарія),  
Л.В. Мороз (Вінниця),  
В.Д. Москалюк (Чернівці),  
Е.І. Мусабаєв (Ташкент, Узбекистан),  
І.І. Незгода (Вінниця),  
К.С. Плочев (Софія, Болгарія),  
А.О. Руденко (Київ),  
О.В. Рябоконт (Запоріжжя),  
М.С. Суременко (Дніпропетровськ),  
Л.А. Ходак (Харків),  
В.Р. Шагінян (Київ),  
А.М. Щербінська (Київ),  
О.О. Ярош (Київ).

Всеукраїнський науково-практичний  
медичний журнал

Заснований у листопаді 1994 року  
Виходить з 1995 року щоквартально

Свідоцтво про державну реєстрацію дру-  
кованого засобу масової інформації КВ  
№ 16795-5367 Р, видане Міністерством  
юстиції України 10.06.2010 р.

Відповідно до постанови президії ВАК  
України від 26.05.2010 р. № 1-05/4 журнал  
«Інфекційні хвороби» повторно внесений  
до переліку наукових фахових видань,  
в яких можуть публікуватися результати  
дисертаційних робіт на здобуття наукових  
ступенів доктора і кандидата наук у галузі  
медицини

Журнал включено до міжнародних науко-  
метричних баз Google Scholar та Index  
Copernicus

## АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал «Інфекційні хвороби».  
Медуніверситет.  
Майдан Волі, 1  
м. Тернопіль, 46001, УКРАЇНА  
Тел.: (0352) 52-47-25.  
E-mail: [infecdis@ukr.net](mailto:infecdis@ukr.net)

Розповсюдження журналу  
за передплатою.

Одержувач платежу Тернопільський  
державний медичний університет;  
код 02010830;  
р/р 31251266204491  
в ДКСУ м. Київ;  
МФО 820172.

Видання журналу рекомендоване  
вченою радою Тернопільського  
державного медичного університету  
ім. І.Я. Горбачевського  
(протокол № 13 від 23.02.2016 р.).

Дизайн, верстка Ярослава Теслюк

Підписано до друку 14.03.2016 р.

Видавець і виготівник:  
ТДМУ імені І.Я. Горбачевського  
Майдан Волі, 1  
м. Тернопіль, 46001, УКРАЇНА

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 2215 від 16.06.2005 р.

За зміст рекламних матеріалів  
відповідальність несе рекламодавець.  
При передруці або відтворенні повністю  
чи частково матеріалів журналу  
«ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ»  
посилання на журнал обов'язкове.

**ПЕРЕДОВА СТАТТЯ**

*Крушельницький О.Д., Іванько О.М., Огороднійчук І.В. (Київ)*

Епідеміологічні аспекти біологічної безпеки та їх зв'язок з подіями на сході держави 5

**ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

*Живиця Д.Г., Живиця Л.В., Казека В.Г. (Запоріжжя)*

Підвищення імунологічної ефективності високоактивної антиретровірусної терапії у хворих на ВІЛ-інфекцію за допомогою ентеросорбції 10

*Соколенко М.О. (Чернівці)*

Супутні захворювання при ВІЛ-інфекції 14

*Трихліб В.І., Щур А.Б., Павловська М.О., Муzyка Г.А., Ткачук С.І., Панасюк О.Л. (Київ, Одеса, Львів)*

Пневмонія та енцефаліт як ускладнення гострих респіраторних захворювань і грипу 19

*Чемич М.Д., Ільїна В.В., Лимарь М.В. (Суми)*

Клініко-епідеміологічні особливості герпесвірусної інфекції 23

*Науменко О.М. (Вінниця)*

Патогенетичні підходи до лікування ротавірусної інфекції у дітей 27

*Васильєва Н.А., Кравчук Ю.А. (Тернопіль)*

Зміни етіологічного спектру збудників лептоспірозу серед населення на Тернопіллі 31

*Шкільна М.І. (Тернопіль)*

Лайм-бореліоз у працівників лісових господарств Тернопільської області 36

*Станіславчук Л.М. (Вінниця)*

Роль алергії в генезі стенозного ларинготрахеїту і рецидивного стенозного ларинготрахеїту у дітей 41

*Юхименко О.О. (Київ)*

Чи відповідає клінічна ремісія рецидивного обструктивного бронхіту відсутності імунологічних змін у респіраторному тракті дітей? 43

*Савула М.М., Лопушанська Н.М., Проць Л.Р., Медецька Н.В. (Тернопіль)*

Сучасні методи виявлення збудника туберкульозу та його медикаментозної чутливості при туберкульозі органів дихання 49

*Бісюк Ю.А. (Київ)*

Стан специфічного імунітету до ендотоксину у хворих на бронхіальну астму з фіксованою/звотною обструкцією 52

**ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ**

*Андрейчин М.А., Завіднюк Н.Г., Ничик Н.А. (Тернопіль)*

Проблеми хвороби Зіка у світі 56

**EDITORIAL**

*Krushelnitsky O.D., Ivanko O.M., Ohorodniychuk I.V. (Kyiv)*

Epidemiological Aspects of Biosecurity and Communication Event in the Southeast of a State with a Possible Impact on the Security Environment of Ukraine

**ORIGINAL INVESTIGATIONS**

*Zhyvytsia D.H., Zhyvytsia L.V., Kazeka V.H. (Zaporizhzhia)*

The Improving Immunological Efficacy of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Patients by Enterosorbition

*Sokolenko M.O. (Chernivtsi)*

HIV-Infection Associated Diseases

*Trykhlib V.I., Shchur A.B., Pavlovska M.O., Muzyka H.A., Tkachuk S.I., Panasiuk O.L. (Kyiv, Odesa, Lviv)*

Pneumonia and Encephalitis as Complications of Acute Respiratory Infections and Influenza

*Chemych M.D., Ilyina V.V., Lymar M.V. (Sumy)*

Clinical and Epidemiological Features of Herpesvirus Infections

*Naumenko O.M. (Vinnytsia)*

Pathogenetic Approaches to the Treatment of Rotavirus Infection in Children

*Vasylijeva N.A., Kravchuk Yu.A. (Ternopil)*

Differentiation Spectrum of Etiologic Pathogens for Leptospirosis Among People in Ternopil

*Shkilna M.I. (Ternopil)*

Lyme Borreliosis in Forestry Workers of Ternopil Region

*Stanislavchuk L.M. (Vinnytsia)*

A Role of Allergy in Genesis of Laryngotracheitis and Recurrent Laryngotracheitis in Children

*Yukhymenko O.O. (Kyiv)*

Does Clinical Remission of Recurrent Obstructive Bronchitis Absence of Immunological Changes in the Respiratory Tract in Children?

*Savula M.M., Lopushanska N.M., Prots L.P., Medetska N.V. (Ternopil)*

Modern Methods of Tuberculosis Pathogen Detection and its Drug Sensitivity in Lung Tuberculosis Patients

*Bisyuk Yu.A. (Kyiv)*

State of Specific Immunity to Endotoxin for Patients with Bronchial Asthma with the Fixed/Circulating Obstruction

**REVIEWS AND LECTURES**

*Andreychyn M.A., Zavidniuk N.H., Nychyk N.A. (Ternopil)*

Problems of Zika Virus Disease in the World

М.О. Соколенко

## СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет

*На підставі аналізу частоти та структури супутніх захворювань при ВІЛ-інфекції встановили, що найчастішими коінфекціями були вірусні гепатити, передусім хронічний гепатит С; інфекція, зумовлена герпесвірусами I-IV типів; рецидивні й тяжкі бактерійні інфекції органів дихання; ураження шкіри та слизових оболонок, а також уrogenітальні інфекції (хламідіоз, уреapлазмоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання). Причому з прогресуванням імунодефіциту клінічна маніфестація перерахованих недуг закономірно частішала, а їх ступінь тяжкості наростав.*

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, супутні захворювання, діагностика.

За даними літератури, хворі на ВІЛ-інфекцію часто помирають від порушень у системі гемостазу. Серед патогенетичних механізмів, які зумовлюють порушення гемостазу при ВІЛ-інфекції, важливе місце має безпосереднє ураження не тільки CD4-лімфоцитів, але й багатьох інших клітин (макрофаги, нейрони, ендотелій судин та ін.) ВІЛом і збудниками опортуністичних інфекцій, які характеризуються цитотоксичним ефектом відносно зазначених клітин (віруси гепатитів В і С, герпесвіруси, мікобактерії туберкульозу та ін.) [1-3].

Відомо, що будь-яка недуга, що супроводжує ВІЛ-інфекцію, змінює епідеміологічні й клінічні особливості кожної хвороби. Так, коінфекція з вірусом гепатиту С (HCV) проявляє себе по-іншому і вимагає інших підходів до скринінгу, діагностики й тактики ведення хворих. Зокрема, частота хронічного гепатиту С серед осіб з ВІЛ варіює від 7 % (статевий шлях передачі) до 90 % (ін'єкційні наркотики). Неконтрольована ВІЛ-інфекція прискорює прогрес HCV-індукованого склерозу печінки. Тому коінфекція ВІЛ і HCV є окремим станом (HCV-інфекцію можна розглядати як опортуністичну), що відрізняється від ВІЛ- або HCV-моноінфекції. Поглиблене розуміння унікальної патофізіології, характеру взаємин між цими повсюдно поширеними вірусами і оптимальною клінічною тактикою при цих двох недугах є украй важливим для досягнення максимальної ефективності існуючих схем лікування пацієнтів зі змішаною ВІЛ- і HCV-інфекцією [4].

Усе більшого значення у світі набуває й проблема поєднання ВІЛ-інфекції і туберкульозу. У ВІЛ-інфікованих осіб вірогідність захворювання туберкульозом протягом 1 року складає 50 %, а в імунокомпетентних людей – всього 10 % протягом життя. Туберкульоз є однією з найчастіших причин смерті у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД [5].

Однак, погляди багатьох дослідників на частоту й клініко-епідеміологічні особливості інших захворювань, що супроводжують ВІЛ-інфекцію, дуже різняться, що не дає можливості уніфікувати підходи до діагностики й лікування таких пацієнтів.

Мета роботи – встановити частоту супутніх захворювань при ВІЛ-інфекції залежно від ступеня імунодефіциту.

### Пацієнти і методи

В основу роботи покладено комплексне обстеження 139 хворих на ВІЛ-інфекцію, яке включало ретельне вивчення скарг, анамнестичних даних, у тому числі епідеміологічного анамнезу, проведення фізикального об'єктивного обстеження. Серед зазначених осіб було 78 чоловіків і 61 жінка віком від 19 до 49 років. Середній вік становив (30,3±0,6) року. У I клінічній стадії перебувало 26 (18,7 %) хворих, у II – 68 (48,9 %), у III – 24 (17,3 %) і в IV – 21 (15,1 %). Використані загальноклінічні, лабораторно-інструментальні, серологічні та імунологічні методи дослідження.

Дослідження проводили на базі кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Буковинського державного медичного університету, обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом м. Чернівці, а також діагностичного центру Буковинського державного медичного університету.

Діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений на підставі епідеміологічного анамнезу, клінічних даних і підтверджений виявленням специфічних антитіл до ВІЛ у реакції імуноферментного аналізу (ІФА) і в реакції імуноного блотингу.

При встановленні діагнозу брали до уваги клініко-епідеміологічні дані та результати лабораторних методів дослідження: серологічного та імунологічного (у т.ч. визначення вмісту CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів). Первинне обстеження ВІЛ-інфікованих проводили при взятті їх на диспансерний облік згідно з Клінічним протоколом № 580 від 12.12.2003 р.

У ВІЛ-інфікованих і пацієнтів з герпесвірусними хворобами на тлі ВІЛ-інфікування разом із загальноприйнятим набором загальноклінічних методів дослідження здійснювали обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, для визначення частоти змішаних недуг.

### Результати досліджень та їх обговорення

У 26 хворих на ВІЛ-інфекцію I клінічної стадії недуга перебігала зазвичай безсимптомно. У кожного з них єдиним клінічним проявом захворювання була персистуюча генералізована лімфаденопатія, що характеризувалася збільшенням задньошийних, потиличних і пахвових лімфатичних вузлів. Типовим було їх симетричне двобічне збільшення, від 1,0 до 2,0-3,0 см у діаметрі, вони були еластичні, безболісні, не злучені з навколишніми тканинами, шкіра над ними не була змінена. З анамнезу захворювання 21 (80,8 %) пацієнта було відомо, що лімфаденопатія тривала понад 3 міс.

Всі 68 хворих з II клінічною стадією ВІЛ-інфекції скаржилися на слабкість, розбитість, адинамію. У 37 (54,4 %) осіб виникало ураження центральної нервової системи, що проявлялось болем голови, запамороченням, порушенням сну, емоційною лабільністю. У 39 (57,4 %) пацієнтів на фоні підвищення температури тіла до субфебрильних цифр спостерігались лімфаденопатія та збільшення печінки. У 12 пацієнтів (17,6 %) відзначено помірну «немотивовану» втрату маси тіла до 10 % протягом 6 міс.

Як видно з даних, наведених у таблиці 1, у хворих з I та II клінічними стадіями нерідко діагностували супутні захворювання.

Так, у 29 (30,9 %) пацієнтів одним із супутніх діагнозів була хронічна HCV-інфекція і рідше – у 12 (12,8 %) осіб – хронічна HBV-інфекція, що перебігали здебільшого без клінічних проявів. Важливо, що у 8 (8,5 %) хворих були виявлені маркери обох згаданих вірусів, що стало підставою для встановлення гепатиту-мікст. Частина таких пацієнтів скаржилася на відчуття тяжкості у правому підребер'ї, гіркоту в роті та поганий апетит; при пальпації у них відмічали збільшення розмірів печінки на 1-2 см.

У 9 (9,6 %) хворих діагностовано хронічні синусити та інші рецидивні інфекції верхніх дихальних шляхів, а також середній отит і хронічний бронхіт. Недуга в більшості осіб перебігала типово. Виникали бронхолегеневі симптоми та симптоми інтоксикації, що тривали понад 2 тиж. Хворі скаржилися на кашель з виділенням мокротиння, біль у грудній клітці. Майже в усіх таких пацієнтів відзначали субфебрилітет, пітливість вночі. Діагноз підтверджували рентгенографічно.

Лабіальний рецидивний герпес був відмічений у 4 (4,3 %) пацієнтів. Клінічно він проявлявся продромаль-

ними симптомами (печінням, свербінням в ураженій ділянці), тривалим перебігом, везикулярними висипаннями. Морфологічні елементи еволюціонували у такій послідовності: папула → пухирець → ерозія → кірочка і локалізувалися на губах, щоках. Пацієнти приймали ацикловір по 200 мг 5 разів на добу курсом 10 днів до усунення вогнищ ураження. Клінічне поліпшення наставало протягом 5-7 днів.

Клінічну маніфестацію генітального герпесу діагностували у 2 (2,1 %) осіб. Його клінічні прояви були досить типовими і включали екстрагенітальні (загальноінфекційні прояви) і генітальні симптоми (везикульозні висипання на промежині, шкірі зовнішніх статевих органів, у піхві). Розмір везикул – 2-3 мм, вони були оточені ділянкою гіперемійованої набряклої слизової оболонки. Через 2-3 дні вони розкривалися, утворюючи ерозовані поверхні, вкриті сіро-жовтим гнійним нальотом. Хворі скаржились на біль, свербіж, печіння в місці ураження, відчуття важкості внизу живота, дизурію. Частота рецидивів коливалася від 1 разу в рік до 1 разу щомісячно. Пацієнти отримували таке ж лікування.

На перенесений оперізувальний герпес, епізод якого був протягом останніх 3 років, вказували 4 (4,3 %) пацієнти. Захворюванню передувало продромальний біль у ділянці ураженого дерматому, де через декілька днів з'являлися типові везикульозні висипання за ходом гілок запаленого нерва. Діагноз встановлювали на підставі типового зовнішнього вигляду висипань. У всіх пацієнтів був яскравий больовий синдром. Підтвердженням непоодиноких епізодів цієї недуги слугувала відповідна клінічна ознака – формування ділянок стоншеної та склерозованої шкіри на місці колишніх висипань – «герпетична мітка». Такі хворі отримували ацикловір по 800 мг 5 разів на добу курсом 10 днів. Клінічне поліпшення наставало на 7-10-у добу.

У 3 (3,2 %) хворих на підставі анамнестичних (гострий початок хвороби з підвищення температури тіла до 38,0 °С, болю у горлі при ковтанні, закладеності носа), клінічних (гострий лакунарний тонзиліт, гепатоспленомегалія) і лабораторних даних (лейкопенія, що змінилася лейкоцитозом з лімфоцитозом, наявність атипичних мононуклеарів, що перевищували 10 % усіх лейкоцитів) був діагностований супутній ВІЛ-інфекції інфекційний мононуклеоз.

У 16 (17,0 %) осіб виявлені мінімальні ураження шкіри, нерідко з уртикарною висипкою, що супроводжувалася свербіжем і печією (папульозний сверблячий і себорейний дерматит), грибові ураження нігтів та рецидивні виразки слизової оболонки ротової порожнини, що у 2 пацієнтів поєднувалися з ангулярним хейлітом.

У 7 (7,4 %) пацієнтів на підставі лабораторних досліджень (ІФА та/або пряма імунофлюоресценція чи

ПЛР з мазком зі слизової оболонки геніталій) діагностовано урогенітальні інфекції: по 1 випадку – хламідіоз, мікоплазмоз і трихомоніаз; у 2 – уреоплазмоз; ще у 2 – поєднання цих інфекцій (уреоплазмоз + мікоплазмоз, а також хламідіоз + уреоплазмоз + трихомоніаз). Лише в одиничних випадках ця патологія проявлялася болям при сечовипусканні та знизу живота, виділеннями з уретри чи піхви.

Клінічними ознаками III стадії ВІЛ-інфекції, встановленої у 24 осіб, стали прояви загальноінтоксикаційного синдрому, у зв'язку з чим пацієнти змушені були лежати до 50 % денного часу. Втрата маси тіла понад 10 % від початкової встановлена у всіх хворих; «немотивована» хронічна діарея з частотою понад 3 рази на добу, яка тривала більше 1 міс., – у 9 (37,5 %); рецидивний кандидоз ротової порожнини (2 і більше епізодів протягом

6 міс.) – у 8 (33,3 %); гострий некротизуючий виразковий стоматит – у 3 (12,5 %); а також тяжкі бактерійні інфекції (пневмонія – у 2, флегмона підшкірно-жирової клітковини та піоміозит – по 1 випадку). В усіх осіб спостерігали персистуючу генералізовану лімфаденопатію. Збільшені лімфатичні вузли мали такі ж ознаки, що й у хворих на ВІЛ-інфекцію в I і II клінічних стадіях, щоправда зазвичай вони набували щільної консистенції.

Підвищення температури тіла до субфебрильних і фебрильних значень спостерігалось в 15 осіб (62,5 %). Гарячка тривала більше 1 міс. в 10 хворих (41,7 %). Крім гарячки та лімфаденопатії, виникали ознаки, що свідчили про пригнічення імунної системи. Всі хворі відзначали схильність до простудних захворювань із затяжним перебігом. Супутні захворювання при III клінічній стадії ВІЛ-інфекції представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Частота супутніх захворювань у хворих з I-IV стадіями ВІЛ-інфекції

Захворювання	I та II стадії (n=94)		III стадія (n=24)	
	абс. число	%	абс. число	%
Хронічна HCV-інфекція	29	30,9	7	29,2
Хронічна HBV-інфекція	12	12,8	4	16,7
у т.ч. мікст-гепатит В+С	8	8,5	2	8,3
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.	–	–	9	37,5
Рецидивні бактерійні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт – 2 або більше епізодів протягом 6 міс.)	9	9,6		
Клінічна маніфестація лабіального герпесу	4	4,3	5	20,8
Клінічна маніфестація генітального герпесу	2	2,1	7	29,2
Оперізувальний герпес	4	4,3	12	50,0
Інфекційний мононуклеоз	3	3,2	2	8,3
Ураження шкіри та слизових оболонок:				
грибкові ураження нігтів	9	9,6		
папульозний сверблячий дерматит	1	1,1		
себорейний дерматит	1	1,1		
рецидивний афтозний стоматит (2 або більше епізодів протягом 6 міс.)	3	3,2		
ангулярний хейліт	2	2,1		
рецидивний кандидоз ротової порожнини (2 або більше епізодів протягом 6 міс.)	–	–	8	33,3
гострий некротизуючий виразковий стоматит	–	–	3	12,5
некротизуючий виразковий періодонтит	–	–	1	4,2
Тяжкі бактерійні інфекції:				
пневмонія			2	8,3
флегмона підшкірно-жирової клітковини			1	4,2
піоміозит			1	4,2
Урогенітальні інфекції (хламідіоз, уреоплазмоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання)	7	7,4	5	20,8

Як і в попередніх аналізованих групах ВІЛ-інфікованих, для III клінічної стадії хвороби притаманними

виявилися супутні гепатотропні вірусні ко-інфекції, передусім хронічні гепатити С, В як у вигляді моно-, так і

мікст-інфекції, що реєструвалися відповідно у 7 (29,2 %), 4 (16,7 %) і 2 (8,3 %) пацієнтів. Супутні вірусні гепатити зазвичай також перебігали без особливих клінічних проявів. Щоправда пальпаторно в цих осіб, як правило, відзначали збільшення розмірів печінки і селезінки до 1-2 см, а у 3 (12,5 %) пацієнтів їх ущільнення, яке поряд з ознаками портальної гіпертензії свідчило про формування цирозу печінки.

Особливо частою була супутня герпетична інфекція, зокрема клінічна маніфестація лабіального й генітального герпесу – відповідно у 5 (20,8 %) і 7 (29,2 %) осіб. Ефективним у таких випадках також був ацикловір, який пацієнти приймали per os по 200 мг 5 разів на добу курсом 10 днів, до усунення вогнищ ураження.

Герпетична інфекція, зумовлена вірусом варіцелла-зостер – причинним фактором часто рецидивного оперізувального герпесу з формуванням «герпетичної мітки», встановлена у кожного другого (50,0 %) хворого на ВІЛ-інфекцію у III клінічній стадії. Таким пацієнтам також призначали ацикловір по 800 мг 5 разів на добу протягом 10 днів.

У 2 (8,3 %) осіб виявляли клінічні та лабораторні ознаки інфекційного мононуклеозу.

У кожного третього представника III клінічної стадії ВІЛ-інфекції був рецидивний кандидоз ротової порожнини (два і більше епізодів протягом 6 міс.), що

проявлялося темно-червоним забарвленням слизових оболонок, потім з'являлися сироподібні нашарування білого кольору на язиці, яснах, щоках, внутрішній поверхні ротоглотки, оточені вузькою зоною гіперемії. Нальоти легко знімалися шпателем, а після видалення визначалися ерозії. Хворі отримували флуконазол по 100 мг на добу перорально протягом 7-10 днів до розрешення вогнищ ураження. Клінічне поліпшення наставало протягом 7-10 днів. У 3 випадках спостерігали гострий некротизуючий виразковий стоматит і в 1 – некротизуючий виразковий періодонтит.

Деколи (у 4 – 16,7 % осіб) ВІЛ-інфекцію супроводили й тяжкі бактерійні інфекції (пневмонія, флегмона підшкірно-жирової клітковини та піоміозит).

У 5 (20,8 %) пацієнтів на підставі лабораторних досліджень діагностували урогенітальні інфекції: 2 випадки хламідіозу, 1 – уреоплазмозу, у решти 2 – поєднання уреоплазмозу, мікоплазмозу та трихомоніазу.

При IV клінічній стадії, встановленій у 21 хворого на ВІЛ-інфекцію, найбільш показовим був синдром виснаження (немотивована втрата маси тіла (понад 10 % протягом 6 міс.), що примушував їх перебувати в ліжку більше 50 % денного часу (табл. 2).

Маркери гепатиту С виявлено у 6 (28,6 %) хворих, гепатиту В – у 4 (19,0 %), одночасно двох вірусів (мікст-гепатит В+С) – у 2 (9,5 %) пацієнтів.

Таблиця 2

Частота супутніх захворювань у хворих з IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції

Захворювання	Кількість пацієнтів (n=21)	
	абс. число	%
Хронічна HCV-інфекція	6	28,6
Хронічна HBV-інфекція	4	19,0
у т.ч. мікст-гепатит В+С	2	9,5
Безперервно рецидивуючий лабіальний герпес	6	28,6
Безперервно рецидивуючий генітальний герпес	6	28,6
Часті рецидиви оперізувального герпесу з формуванням «герпетичної мітки»	11	52,4
Інфекційний мононуклеоз	2	9,5
Гострий некротизуючий виразковий стоматит	4	19,0
Тяжка рецидивна бактерійна пневмонія (декілька епізодів протягом одного року)	4	19,0
Туберкульоз легень	3	14,3
ВІЛ-асоційована енцефало- та кардіоміопатія	3	14,3
Немотивована втрата маси тіла (понад 10 % протягом 6 міс.)	21	100,0
Урогенітальні інфекції (хламідіоз, уреоплазмоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання)	5	23,8

Безперервно рецидивуючий лабіальний та/або генітальний герпес турбував 12 (57,2 %), а часті рецидиви оперізувального герпесу з формуванням «герпетичної

мітки» – 11 (52,4 %) осіб. У 2 (9,5 %) хворих на ВІЛ-інфекцію були клінічні та лабораторні дані на користь супутнього інфекційного мононуклеозу.

Гострий некротизуючий виразковий стоматит і тяжку рецидивну бактерійну пневмонію, що проявлялася 2-3 епізодами протягом одного року, діагностували у 4 (19,0 %) людей.

Інфільтративний туберкульоз легень виник у 3 (14,3 %) пацієнтів і характеризувався тяжким перебігом, атипичним – в 1 випадку. У цих осіб спостерігали бронхолегеневі симптоми (кашель, кровохаркання, задишку, біль у грудях) та симптоми інтоксикації, що тривали понад 2 тижні. При аускультатії легень вислуховували жорстке дихання, в 1 хворого – сухі хрипи. В усіх пацієнтів з туберкульозом легень відзначали субфебрилітет, пітливість вночі, схуднення, втрату апетиту. Діагноз підтверджували шляхом проведення параклінічних (туберкулінова проба) та інструментальних (рентгенографія органів грудної порожнини) досліджень.

У 3 хворих спостерігали ураження центральної нервової системи, що проявлялося прогресуючою деменцією, клінічними ознаками якої були порушення поведінкових реакцій і рухів, розлади пам'яті та концентрації уваги, а також ураження міокарда, що супроводжувалося тахіаритмією, ознаками хронічної серцевої недостатності.

У 5 (23,8 %) пацієнтів діагностовано уrogenітальні інфекції: по 1 випадку – хламідіоз і трихомоніаз; у решти 3 осіб – комбінація уреapлазмозу з мікоплазмозом чи ще й з хламідіозом. Підставою для діагностики зазначених інфекцій були лише лабораторні дослідження (ІФА та/або пряма імунофлюоресценція чи ПЛР з мазком зі слизової оболонки геніталій), оскільки ця патологія зазвичай не проявлялася клінічними симптомами.

### Висновки

1. Клінічна симптоматика обстежених хворих свідчить про типовий перебіг ВІЛ-інфекції на сучасному етапі.

2. Одними з найчастіших супутніх захворювань при усіх клінічних стадіях ВІЛ-інфекції був хронічний гепатит С (реєстрували у 28,6-30,9 % осіб), хронічний гепатит В (у 12,8-19,0 % пацієнтів), а також гепатит-мікст, що перебігали здебільшого без клінічних проявів.

3. З прогресуванням імунодефіциту частішала клінічна маніфестація герпетичної інфекції: лабіального та генітального герпесу – від 4,3 і 2,1 % осіб відповідно при I-II до 28,6 % при IV клінічній стадії недуги; за останньої герпес набував безперервно рецидивуючого перебігу. Оперізувальний герпес реєстрували у 4,3 % ВІЛ-інфікованих у I-II та у 50,0-52,4 % осіб у III-IV стадіях

недуги, причому з прогресуванням імунодефіциту часті рецидиви оперізувального герпесу призводили до формування «герпетичної мітки». Інфекційний мононуклеоз діагностували у 3,2 % пацієнтів при I-II і 8,3-9,5 % дорослих осіб при III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції.

4. Такою ж динамікою характеризувалися рецидивні й тяжкі бактерійні інфекції органів дихання, ураження шкіри та слизових оболонок, а також уrogenітальні інфекції (хламідіоз, уреapлазмоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання). Туберкульоз легень і ВІЛ-асоційована енцефало- та кардіоміопатія супроводжували лише IV стадію хвороби.

### Література

1. Кузник Б.И. Иммуногенез, гемостаз и неспецифическая резистентность организма / Б.И. Кузник, Н.В. Васильев, Н.Н. Цыбиков. – Москва: Медицина, 1999. – 568 с.
2. Попова И.А. Сочетание у больной с ВИЧ-инфекцией энцефалита и распространенного васкулита / И.А. Попова, Н.В. Бурова // Клиническая медицина. – 2000. – № 5. – С. 53-56.
3. Системный цитомегаловирусный васкулит у ВИЧ-инфицированного больного / О.А. Тишкевич, В.И. Шахильдян, С.В. Морозова, В.Г. Канестри // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 1. – С. 31-36.
4. Международные рекомендации по лечению коинфекции ВИЧ и гепатита С [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.roche.ua/ru\\_UA/home/healthy/viruses/ghhepatit3.html](http://www.roche.ua/ru_UA/home/healthy/viruses/ghhepatit3.html)
5. Туберкулез и ВИЧ. – 07.12.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.helpme.com.ua/ru/tb/article/id.10/cid.7/default.html>

### HIV-INFECTION ASSOCIATED DISEASES

M.O. Sokolenko

**SUMMARY.** On the basis of the analysis of the frequency and structure of HIV-infection associated diseases it has been established that the most frequent coinfections were viral hepatitises (chronic hepatitis C); infections caused by herpesviruses of the I-IV types; relapsing and heavy bacterial infections of respiratory organs; damages of skin and mucous membranes; urogenital infections (chlamydiosis, ureaplasmosis, mycoplasmosis, trichomoniasis, including their combination). The immunodeficiency progress led to the fact that the clinical demonstration of the listed illnesses naturally became frequent, and their severity rose.

**Key words:** HIV-infection, associated diseases, diagnostics.

Отримано 26.01.2016 р.



© Колектив авторів, 2016  
 УДК 616.24-002:616.831-002:355.11  
 DOI 10.11603/1681-2727.2016.1.5953

В.І. Трихліб, А.Б. Щур, М.О. Павловська, Г.А. Музика, С.І. Ткачук, О.Л. Панасюк

## ПНЕВМОНІЯ ТА ЕНЦЕФАЛІТ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ГРИПУ

Українська військово-медична академія, Центральний військово-медичний клінічний центр Центрального Регіону, Центральний військово-медичний клінічний центр Південного Регіону, Центральний військово-медичний клінічний центр Західного Регіону, Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України

*Наводиться огляд літератури стосовно ускладнення грипу та гострих респіраторних захворювань пневмонією, енцефалітом та можливі їх збудники. Приведено опис випадку розвитку пневмонії та енцефаліту у військовослужбовця на фоні гострого респіраторного захворювання.*

**Ключові слова:** пневмонія, енцефаліт, військово-службовці.

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) та грип залишаються актуальними як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців вже протягом багатьох десятиліть. Під час епідемічних підйомів захворювань відсоток захворілих на ГРЗ та грип може досягати 36-40 % від зареєстрованих випадків за рік. При звичайних епідемічних спалахах ГРЗ та грипу хворіє близько 10 % населення.

Якщо брати до уваги етіологічну структуру ГРЗ, то існує велика кількість як вірусів (більше 200), так і бактерій, які викликають ці захворювання. Провідну етіологічну роль відіграють віруси грипу А, В, С, парагрипу 1, 2 та 3 типів, респіраторно-синцитіальний, адено-, пікорна-, коронавіруси та ін.

При цих захворюваннях реєструються різноманітні ускладнення з ураженням різних органів, які, як правило, обумовлені приєднанням вторинної бактерійної інфекції, але в той же час можуть бути обумовлені і самими вірусами. Серед ускладнень можуть розвинути такі: синусит, пневмонія, міокардит, ларингіт, реактивний (токсичний) гепатит, ІТШ, бронхіт, менінгізм, інфекційно-токсична енцефалопатія, енцефаліт та ін.

З урахуванням того, що під час АТО серед військово-службовців реєструвались випадки ГРЗ, які в подальшому ускладнювались пневмонією та енцефалітом, метою нашої роботи було здійснити огляд літератури стосовно можливих збудників, які можуть викликати ці ускладнення, та описати деякі випадки для розуміння лікарів.

### Матеріали і методи

Було здійснено огляд літератури згідно з поставленою метою дослідження та вибірку даних з історій хвороб військовослужбовців, які лікувались в інфекційних відділеннях госпіталів з приводу ГРЗ, перебіг яких ускладнився пневмонією та енцефалітом.

### Результати досліджень та їх обговорення

Неврологічні ускладнення при грипі давно відомі. Ураження ЦНС при грипі реєструються рідко. Ці ускладнення при сезонному грипі серед дітей та молодих людей були описані рядом авторів [1-3]. Як правило, ураження нервової системи асоціюється з грипом А. Описані випадки неврологічних ускладнень у вигляді енцефаліту під час минулої пандемії грипу 2009 у дітей [1, 2, 4, 5]. Рядом авторів було описано розвиток енцефалопатії, енцефаліту і у дорослих хворих з новим H1N1 грипом [6, 7].

Опис розвитку епілептиформних нападів, енцефаліту, мієліту, судом, синдрому Рея, синдрому Гійєна-Барре, інших неврологічних розладів на фоні ураження органів дихання при сезонних захворюваннях на грип А та В наводяться рядом авторів [1, 2, 8]. Про велику частку ускладнень на фоні грипу у дітей з розвитком енцефаліту, синдрому Рея, гострої некротизуючої енцефалопатії, мієліту, аутоімунних захворювань типу синдрому Гійєна-Барре під час епідемій грипу повідомляється в Японії [9].

Також є інформація про можливість розвитку енцефаліту, енцефалопатії і при грипі В [10].

Перебіг захворювань спостерігався від легкого до тяжкого, навіть з летальними наслідками. Як правило, неврологічні ускладнення розвиваються в період розпаду захворювання [11, 12]. Так, Delorme L. зі співавт. (1979 р.) описують випадок у дорослої людини з ускладненням через 5 днів після захворювання легень, розвитком пневмонії [12]. В цьому випадку у хворого була втрата свідомості з в'ялою квадриплегією та з поширеним ура-