

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

# **ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ**

**Матеріали Всеукраїнської  
науково-практичної конференції  
з міжнародною участю і пленуму  
Асоціації інфекціоністів України**

(19-20 травня 2011 року, м. Суми)

Тернопіль  
ТДМУ  
Укрмедкнига  
2011

УДК 616.9-07/08

Т 78

ББК 55.14

### **Редакційна колегія:**

член-кор. НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, проф., д. мед. н. *М.А. Андрейчин* (відповідальний редактор), проф., д. мед. н. *Н.А. Васильєва*, академік НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, проф., д. мед. н. *Ж.І. Возіанова*, доц., канд. мед. н. *О.Л. Івахів* (відповідальний секретар), проф., д. мед. н. *В.С. Копча*, заслужений лікар України, проф., д. мед. н. *С.О. Крамарєв*, проф., д. мед. н. *В.П. Малий*, проф., д. мед. н. *В.Ф. Марієвський*, проф., д. мед. н. *М.Д. Чемич*

підермію – з  $(6,5 \pm 1,4)$  у 2003 р.;  $(5,7 \pm 1,2)$  – у 2004 р.;  $(0,8 \pm 0,5)$  – у 2005 р.;  $(0,5 \pm 0,4)$  – у 2006 р.;  $(1,1 \pm 0,5)$  – у 2007-2008 рр.;  $(0,6 \pm 0,4)$  – у 2009 р. на 100 пролікованих у ВІНД.

Вважаємо, що значне зниження кількості випадків локальних форм ГЗЗ у недоношених новонароджених дітей відбулося завдяки впровадженню у неонатологічну практику сучасних перинатальних технологій.

*С.Р. Меленко, В.Д. Москалюк, Ю.Р. Білейчук*

## **ВПЛИВ ДИПІРИДАМОЛУ НА ПЕРЕБІГ КРІОПАТІЇ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

В останні роки розгорілися гострі суперечки навколо природи і походження змішаної кріоглобулінемії, у тому числі – ідіопатичної. На думку дослідників, причиною розвитку останньої можуть бути природжені чи спадкові дефекти синтезу імуноглобулінів, дефіцит мікроелементів, дисгормонози або ще невідомі на сьогодні фактори. Якщо усі вище перелічені чинники відіграють роль тла, сприятливого ґрунту, на якому формується змішана кріопатія, то основним тригерним фактором більшість дослідників все-таки вважають мікроорганізми, передусім – віруси.

З метою вивчення кріопатії на фоні ВІЛ-інфікування обстежили 127 хворих (66 чоловіків і 61 жінку) віком від 19 до 44 років. Серед обстежених було 35 (27,6%) хворих у I клінічній стадії, 60 (47,2%) – у II, 22 (17,3%) – у III, 10 (7,9%) – у IV. Усі пацієнти були розділені на 2 групи: 1-ша – 93 особи, які не отримували АРТ; 2-га – 34 хворих, яким призначали АРТ першого ряду (зидовудин+ламівудин+ефавір). Зазначені пацієнти перебували на АРТ не менше 3 місяців. 36 хворих 1-ї групи і 16 – 2-ї отримували антиагрегант дипіридамол (курантил) по 75 мг одноразово на ніч 1 раз у 2 доби протягом 3 місяців. Через 3 місяці АРТ повторно встановлювали наявність кріоглобулінемії у хворих.

35 (37,6%) представників 1-ї групи перебували у I клінічній стадії ВІЛ-інфекції/СНІДу, 39 (41,9%) – у II, 13 (14,0%) – у III і 6 (6,5%) – у IV. Хворі з I і II клінічними стадіями ВІЛ-інфекції/СНІДу були об'єднані в 1-шу, а з III і IV – відповідно у

2-гу підгрупи. 21 (61,8%) представник 2-ї групи перебував у II клінічній стадії ВІЛ-інфекції/СНІДу, 9 (26,4%) – у III і 4 (11,8%) – у IV. Хворі з II клінічною стадією ВІЛ-інфекції/СНІДу склали 1-шу, а з III і IV – 2-гу підгрупи 2-ї групи.

Феномен криоглобулінемії, який є результатом дії ВІЛ на організм, має зворотний вплив на перебіг вірусної інфекції і значною мірою визначає її особливості. Так, при I клінічній стадії ВІЛ-інфекції майже у половини пацієнтів виявляли криоглобуліни, більша частина з яких була моно- і поліклоновими (2-ий тип). З прогресуванням ВІЛ-інфекції феномен криопреципітації ставав більш характерним: при II клінічній стадії криоглобуліни 2-го типу були в абсолютній більшості ВІЛ-інфікованих осіб, а криоглобуліни 3-го типу – майже у кожного третього. При III клінічній стадії криоглобуліни 2-го і 3-го типу були наявними приблизно однаково часто в усіх хворих. Однак з розвитком синдрому виснаження на фоні ВІЛ-інфекції (IV клінічна стадія) криоглобулінемічна криопатія діагностувалась значно рідше – тільки в деяких хворих.

Встановлено середньої сили пряму кореляцію ( $r=0,58$ ) між рівнем CD4+-лімфоцитів у діапазоні 500-200 в  $1 \text{ мм}^3$  крові і частотою виявлення криоглобулінів, середньої сили пряму кореляцію ( $r=0,54$ ) між показниками маркерів ендотеліальної дисфункції і частотою виявлення криоглобулінемії, а також середньої сили обернену кореляцію ( $r=-0,53$ ) між рівнем CD4+-лімфоцитів  $<200$  в  $1 \text{ мм}^3$  крові і частотою виявлення криоглобулінів.

За супутньої криоглобулінемії 2-го типу 3-місячна АРТ дала змогу суттєво підвищити рівень CD4+-лімфоцитів. Доповнення АРТ дипіридамомом не забезпечило суттєвих переваг стосовно рівня CD4+.

Стандартна АРТ першого ряду й, особливо, її поєднання з додатковим застосуванням антиагреганту дипіридамолу дали змогу дещо зменшити відсоток хворих з феноменом криопреципітації. У хворих на СНІД з криоглобулінемією 3-го типу застосування антиретровірусних препаратів (зидовудин+ламівудин+ефавір) і дипіридамолу не ефективно і супроводжується частим приєднанням СНІД-асоційованих інфекцій.