

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

УДК 616.9(063)

I 74

ББК 55.14

Редакційна колегія:

член-кор. 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., 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. *М.Д. Чемич*.

капсули за цими ділянками виявлялася акустична тінь. Найбільш складно було диференціювати крайові, ехографічно атипіві, підозрілі на пухлинну природу утворення печінки. При цьому визначення характеру внутрішньокістозних включень (дочірні кісти, перетинки та ін.) полегшувало диференційну діагностику.

У всіх спостереженнях частка, в якій локалізувалася кіста, при УЗД була визначена правильно; помилки у встановленні сегмента її локалізації були допущені у 18 осіб. При використанні МРТ помилок у визначенні сегментної локалізації кіст в жодному спостереженні не відмічено.

О.І. Голяр

РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ І ЗАГАЛЬНА ІМУННА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Нейтрофільні лейкоцити першими надходять до вогнища інтервенції бактерій – збудників запалення. При інтенсивній бактерійній контамінації нейтрофіли здійснюють надлишкову екскрецію вільних радикалів, що може призводити до руйнування самих клітин продуцентів. За рахунок фагоцитозу й інтенсивної продукції цитокінів та інших біологічних речовин нейтрофільні лейкоцити здійснюють ефективний неспецифічний протиінфекційний захист, але часто ціною власного існування.

Реактивну відповідь нейтрофільних лейкоцитів хворих на сальмонельоз оцінювали за такими гематологічними показниками: індексом реактивної відповіді нейтрофілів; нейтрофільно-лімфоцитарним коефіцієнтом, індексом зсуву нейтрофілів і лейкоцитів, лімфоцитарно-гранулоцитарним індексом, індексом співвідношення нейтрофілів і моноцитів, індексом співвідношення значень абсолютної кількості лейкоцитів і ШОЕ, індексом нейтрофільної реактивності, лімфоцитарним і лейкоцитарним індексами.

У хворих на сальмонельоз індекс реактивної відповіді нейтрофільних лейкоцитів при поступленні у стаціонар зростав у 2,64 разу, нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт – на 84,40%, індекс зсуву нейтрофілів – у 2,15 разу, лейкоцитів – у 2,08 разу,

індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів – у 3,68 разу, індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ – у 20,52 разу, лейкоцитарний індекс – у 4,03 разу. Збільшення лейкоцитарного індексу відображає взаємовідношення гуморальної і клітинної імунної відповіді.

У практично здорових осіб індекс зсуву лейкоцитів і нейтрофілів периферичної крові становить $(1,73 \pm 0,04)$ ум. од. і не залежить від загальної абсолютної кількості лейкоцитів у периферичній крові. Підвищення індексів зсуву лейкоцитів і нейтрофілів свідчить про активний запальний процес в організмі хворих на сальмонельоз і про порушення імунологічної реактивності. Зростання індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів підтверджує відповідний рівень (III ступінь імунних порушень) формування і розвиток запального процесу.

Підтвердженням прогресуючого розвитку і перебігу сальмонельозу є зниження у 2,02 разу лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу за рахунок суттєвого зростання кількості гранулоцитів, лімфоцитарного індексу – на 80,0%.

Перераховані вище зміни показників, що характеризують стан факторів і механізмів реактивної відповіді нейтрофільних лейкоцитів периферичної крові, свідчать про суттєву (II ступінь імунних порушень) активацію неспецифічної реактивності імунокомпетентних клітин, які беруть участь у природженому (неспецифічному) імунітеті – першій лінії захисту від генетично чужорідних живих тіл (мікроорганізмів), речовин, клітин тощо. У хворих на сальмонельоз підвищується нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт на 84,40%, індекс співвідношення лімфоцитів до моноцитів у 2,0 разу, індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів у 6,27 разу, що засвідчує суттєвий (III ступінь імунних порушень) дефіцит моноцитів/макрофагів. Зростає на 83,33% індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів, що підтверджує схильність до підвищення імунної відповіді, індекс зсуву лімфоцитів збільшується у 2,08 разу, що підтверджує активний прогресуючий запальний процес в організмі хворих. На цьому фоні знижується лімфоцитарний індекс інтоксикації – на 80,0%, індекс співвідношення лімфоцитів та еозинофілів – на 72,53% та індекс співвідношення агранулоцитів і ШОЕ – у 9,18 разу, що відображає зростання кількості лімфоцитів, які формують специфічну імунну відповідь.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

О.В. Боброва

**ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КОРЕЛЯЦІЙНИХ СТРУКТУР
ДЛЯ ОЦІНКИ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ НАБУТИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ.....72**

І.П. Бодня

**АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕНЬ ТОКСОКАРОЗУ ЯК МІКСТ-
ІНВАЗІЇ З ЕНТЕРОБІОЗОМ В УКРАЇНІ75**

К.І. Бодня, О.В. Боброва

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ НАЙБІЛЬШ
ЕФЕКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НАБУТИЙ
ТОКСОПЛАЗМОЗ.....77**

К.І. Бодня, С.С. Коцина

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО
НАБУТОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ДОРΟΣЛИХ.....79**

Н.А. Васильєва, Ю.А. Кравчук

**ПОЄДНАННЯ РІЗНИХ СЕРОВАРІВ ЛЕПТОСПІР
ЯК ЕТІОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК ЛЕПТОСПІРОЗУ В ЛЮДЕЙ..... 80**

Н.А. Васильєва, М.І. Шкільна

**ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІТЕТУ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ПОЄДНАНІ ПАРАЗИТАРНІ ІНВАЗІЇ – АСКАРИДОЗ
І ЛЯМБЛІОЗ 82**

Н.Х. Вафакулова

**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ДЕТЕЙ ДО ГОДА 86**

Т.А. Велієва

**ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ЕХІНОКОКОЗІ ПЕЧІНКИ.....87**

О.І. Голяр

**РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ
КРОВІ І ЗАГАЛЬНА ІМУННА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ
ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ..... 89**

Є.М. Гусейнов

**КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО
БРУЦЕЛЬОЗУ 91**