

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

**ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ
У КЛІНІЧНІЙ
ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІЙ
ПРАКТИЦІ**

Матеріали науково-практичної конференції
і пленуму Асоціації інфекціоністів України

(21-22 травня 2009 року, м. Львів)

Тернопіль
ТДМУ
“Укрмедкнига”
2009

УДК 616.9(063)

I-74

ББК 55.14

Редакційна колегія:

чл.-кор. АМН України, засл. діяч науки і техніки України, проф., доктор мед. наук *М.А. Андрейчин* (відповідальний редактор), проф., доктор мед. наук *Н.А. Васильєва*, академік АМН України, засл. діяч науки і техніки України, проф., доктор мед. наук *Ж.І. Возіанова*, доц., канд. мед. наук *О.М. Зінчук*, доц., канд. мед. наук *О.Л. Івахів* (відповідальний секретар), заслужений лікар України, проф., доктор мед. наук *С.О. Крамарев*, проф., доктор мед. наук *В.П. Малий*, проф., доктор мед. наук *В.Ф. Марієвський*, проф., доктор мед. наук *О.Б. Надрага*.

©Асоціація інфекціоністів України, 2009

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

М.Ю. Ахтемійчук, В.Д. Москалюк

АЕРОЗОЛЬНА ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА АДЕНОВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Респіраторні вірусні інфекції є найбільш поширеними серед хвороб ХХІ століття. У структурі інфекційної захворюваності біля 70 % припадає на ГРВІ.

Майже 90 % населення щонайменше один раз на рік хворіє на одну з респіраторних інфекцій вірусної етіології. Це зумовлює високу захворюваність і навіть впливає на показник смертності.

Вкрай несприятливого перебігу ГРВІ можуть набувати на тлі імунодефіцитних станів. Від функціонального стану імунної системи залежить тривалість ГРВІ, тяжкість перебігу і розвиток ускладнень.

На сьогодні відсутній єдиний підхід до проведення медикаментозної корекції ГРВІ. Використовуються переважно патогенетичні та симптоматичні засоби.

Виникнення аденовірусної інфекції (АІ) на фоні зниження неспецифічного протиінфекційного захисту і порушень у системі провідних імунокомпетентних клітин не дозволяє організму хворого на самому відповідальному етапі захворювання ефективно протистояти АІ, що спонукає до проведення замісної інтерферонотерапії.

Підвищення концентрації ІgМ у крові хворих підтверджує гострий характер АІ (первинна імунна відповідь), а підвищення

концентрації ІgА свідчить про те, що процес запалення локалізований на слизових оболонках.

Першим етапом дослідження було вивчити вплив нової комплексної терапії на клінічний перебіг АІ в обстежених хворих.

Отримані результати клінічного обстеження хворих на АІ у процесі лікування засобами комплексної терапії показали високу клінічну ефективність терапевтичної тактики, що включала лаферобіон. Так, уже через 2-3 дні призначення цього препарату призводило до зниження виразності клінічних симптомів у більшості хворих: поступове зменшення температури тіла, дряття у горлі, закладення носа, проявів кон'юнктивіту, фарингіту та інших клінічних ознак.

Позитивний вплив лаферобіону на перебіг АІ, на наш погляд, залежить від його біологічної дії на аденовіруси. Протівірусний ефект лаферобіону пов'язаний зі запобіганням можливості інфікування нових клітин (епітеліоцитів ротоглотки, кон'юнктиви), а також за рахунок його індукції на зростання концентрації імуноглобулінів. Крім того, лаферобіон призводить до пригнічення синтезу білків вірусної оболонки. Така спрямована дія на збудника і на окремі ланки імунітету сприяє ефективності лікування запропонованим комплексом засобів.

Багато інформації про запальні процеси мають імуногематологічні показники, які свідчать про інфекційний процес, його стадію, рівень інтоксикації та алергізації організму, що має суттєве значення у процесі випробування нового комплексу терапевтичних заходів та, особливо, нових лікарських засобів.

Обчислені за спеціальними формулами і наведені показники імуногематологічних коефіцієнтів свідчать про достовірну активацію нейтрофільних лейкоцитів (на 15,7 %) при формуванні неспецифічного протиінфекційного захисту організму хворих. При цьому під впливом лаферобіону спостерігається тенденція до зниження алергізації організму хворих на 6,8 %, а також незначні позитивні зміни коефіцієнтів, які свідчать про поліпшення розподілу і функціонального стану імунокомпетентних клітин.

Отже, замісна комплексна терапія, що включає лаферобіон (інтерферон $\alpha 2b$), безпосередньо проявляє через нього

протівірусну дію на аденовіруси, а також позитивно впливає на активацію гуморальної імунної відповіді організму у хворих на гостру АІ.

Н.В. Банадига, О.М. Дивоняк

ВИПАДОК МІКСТ-ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Міська дитяча комунальна лікарня, м. Тернопіль

Повсякденна практика лікаря-педіатра і дитячого інфекціоніста спрямована на своєчасне виявлення та лікування інфекційних хворих. Попри постійну професійну настороженість, бувають випадки, коли лікарю складно верифікувати клінічний діагноз. Саме в таких випадках потрібне ретельне спостереження та пропонуємо.

Дівчинка Ю., 2,5 року, була доставлена в реанімаційне відділення. На момент госпіталізації мама скаржилась на підвищення температури тіла до 38 °С у дитини, висипку на шкірі, дворазове блювання, неспокій. З анамнезу хвороби вийшло, що дівчинка хворіє 4 доби: початок гострий, підвищення температури тіла і поліморфної (плямисто-папульозно-везикулярної) висипки по всьому тілу. При огляді фельдшером було діагностовано вітряну віспу; призначено симптоматичну терапію. Однак на четверту добу хвороби самопочуття дитини погіршилося, прогресував інтоксикаційний синдром (фебрильна температура тіла, блювання), з'явилась дрібноточкова висипка на обличчі, тулубі.

При огляді при поступленні констатовані характерні клінічні ознаки скарлатини: виражена гіперемія слизової оболонки задньої стінки глотки, гіперемія та збільшення мигдаликів з гнійним вмістом у лакунах; язик яскраво червоний, з вираженими сосочками; на шкірі обличчя, шиї, грудної клітки, у природних складках дрібноточкова висипка на гіперемічному фоні, поодинокі петехіальні блідий носогубний трикутник. Водночас спостерігалась регіональна везикулярна висипка; відзначено виражене свербіння шкіри.

також у ділянці попереку справа – ущільнення шкіри багровосинюшого кольору. За даними параклінічних досліджень – виражені запальні зміни у крові (лейкоцитоз $28,7 \times 10^9$ /л, п. 27 %), токсична зернистість нейтрофілів. Надалі було верифіковано діагноз: мікст-інфекція: скарлатина, типова, середньої тяжкості; вітряна віспа, типова, період згасання, ускладнена абсцесом поперекової ділянки.

Л.О. Безруков, О.К. Колоскова

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СПЕЦИФІЧНОГО ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ПРОТИ ОКРЕМИХ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ПОЄДНАНОГО ЗАБРУДНЕННЯ ҐРУНТУ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Для вивчення на популяційному рівні особливостей формування післявакцинального імунного захисту дітей проти окремих керованих інфекцій проведено аналіз результатів РПГА з специфічними діагностичними реактивами в різних за екологічною характеристикою регіонах міста, визначених за результатами аналізу ґрунту на вміст сполук важких металів і техногенних радіонуклідів. 1-у групу сформували 708 дітей, які відвідували дитячі дошкільні навчальні заклади або школи, розташовані в регіонах низькоінтенсивного забруднення ґрунту політантами техногенного походження, а до складу 2-ї групи увійшли 235 дітей з екологічно сприятливих регіонів міста.

У таблиці 1 наведені порівняльні показники РПГА з дифтерійним, правцевим і коровим діагностичними реактивами представників 1-ї групи порівняння.

Таким чином, за показниками напруження протиправцевого імунітету отримані дані свідчили про кращий імунний захист представників 1-ї групи, проте напруження протикорового

М.П. Никитюк УСКЛАДНЕННЯ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ ЕПІДЕМІЧНИХ СПАЛАХІВ)	135
Т.М. Одинець, І.З. Карімов, Н.Г. Лось-Яценко, О.А. Одинець, А.О. Дегтярьова, О.А. Козловський, А.Г. Ельстер, Д.К. Шмойлов ЕФЕКТИВНІСТЬ НУКЛЕІНАТУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ	136
О.І. Повгородня РОЛЬ ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ І ВПЛИВ ВОДНОГО ШЛЯХУ ПЕРЕДАЧІ НА ПОШИРЕННЯ ЛЯМБЛІОЗУ В УМОВАХ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	138
К.С. Полов'ян, М.М. Вашист, Т.М. Кваскова ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ РІЗНИХ МЕТОДАХ ЛІКУВАННЯ	140
М.А. Поляк, Н.О. Виноград БРУЦЕЛЬОЗ – ЕНДЕМІЧНА ХВОРОБА ЗАКАРПАТТЯ	142
О.С. Прилуцький, С.В. Бабенко, Г.Г. Колеснікова, С.О. Чернуцький РОЗРОБКА Й ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЕНТЕРОВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ	143
О.Я. Пришляк, О.Є. Кондрин, І.І. Гримчишин, У.Я. Мазурок КРИТЕРІЇ ТЯЖКОСТІ ГІМЕНОЛЕПІДОЗУ У ХВОРИХ	146
✓ Ю.О. Рандюк, В.Д. Москалюк, А.М. Сокол, А.Г. Трефаненко ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ БУКОВИНИ	148
М.С. Суремченко, О.О. Волікова, О.А. Кушнерова, Н.Д. Попаденко, В.І. Кузнєцова, В.П. Проноза, О.П. Тігова ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ НІФУРОКСАЗИДУ ПРИ ЛІКУВАННІ БАКТЕРІОНОСІВ <i>SALMONELLA</i> <i>ENTERITIDIS</i> ГРУПИ D	150
✓ А.Г. Трефаненко, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, Г.П. Марусик ІНТЕГРАТИВНІ ПОКАЗНИКИ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ	151
І.О. Троцька, В.М. Псарьов, С.Е. Шолохова ПАРАЗИТОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ	153

Б.Г. Тютюнников, О.В. Рябоконь, Т.Є. Оніщенко, В.Г. Савельєв, А.Г. Глактіонов КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕПТОСПІРОЗУ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	155
Ю.П. Харченко, І.В. Юрченко, С.Я. Лаврюкова РОТАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ – ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ В ДІТЕЙ	157
Л.І. Чернишова, Ю.П. Харченко, І.В. Юрченко, О.О. Юхименко, І.В. Демчишина, Л.С. Котлік ЧИ ІСНУЄ ПРОБЛЕМА РОТАВІРУСНОЇ ДІАРЕЇ В УКРАЇНІ?	159

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

М.Ю. Ахтемійчук, В.Д. Москалюк АЕРОЗОЛЬНА ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА АДЕНОВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ	162 ✓
Н.В. Банадига, О.М. Дивоняк ВИПАДОК МІКСТ-ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ	164
Л.О. Безруков, О.К. Колоскова ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СПЕЦИФІЧНОГО ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ПРОТИ ОКРЕМИХ ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ПОЄДНАНОГО ЗАБРУДНЕННЯ ҐРУНТУ	165
І.В. Богадельников, Ю.В. Вьяльцева NE NOS INDUCAS IN TENTATIONEM (НЕ ВВЕДИ НАС У СПОКУСУ)	167
В.П. Борак, І.С. Іщук, Н.Г. Завіднюк, Н.Ю. Вишневська, Н.А. Ничик ЕФЕКТИВНІСТЬ АМІЗОНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АНГІНУ	168
Л.А. Волянська, І.Л. Горішна, О.М. Дивоняк, І.Я. Гончарук, О.Б. Євтушенко, Л.В. Бугель, І.М. Горішний КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ЕВВ-ІНФЕКЦІЇ В ДІТЕЙ	170

Відповідальний за випуск *О.Л. Івахів*
Комп'ютерна верстка *Руслан Гуменюк*
Художнє оформлення *Павло Кушик*

Підписано до друку 28.04.2009. Формат 60x84 ¹/₁₆
Папір офсетний. Гарнітура Antiqua. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 19,5. Обл.-вид. арк. 19,1.
Наклад 300 прим. Зам № 65.

Видавець і виготівник
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 348 від 02.03.2001 р.