легень, у т.ч. 160 з пневмоцистозом і 74 без пневмоцист. У пацієнтів були визначені кількість цист пневмоцист і число мікробних тіл грибів роду *Candida*, кокової флори і кишкових бактерій в 1 мл мокротиння. Для аналізу отриманих даних використані загальноприйняті статистичні методи.

Встановлено, що засіяність мокротиння мікрофлорою не залежить від наявності чи відсутності у хворих з ВІЛ/СНІД пневмоцистозу легень. Так, за наявності пневмоцист мікрофлора висіяна у (84±3)% хворих, за їх відсутності – у (82±4) %; у вигляді моноінфекції – відповідно у (49±4) і 46±6)%; мікробних асоціацій – у (36±4) і (36±5) % (p>0,05). У пацієнтів з пневмоцистозом гриби роду *Candida* виділялися у (51±4) % випадків (від числа обстежених), кокова мікрофлора – у (50±4) %, кишкові бактерії – у (14±3) %; за відсутності пневмоцист, відповідно, у (53±6), (51±6) і (20±5) %, у всіх випадках p>0,05.

З наростанням числа пневмоцист у мокротинні (від 1-500 до 500 і більше в 1 мл) зростає частота виявлення мікробних асоціацій, до складу яких входять кандида+кокова мікрофлора, – відповідно з (23±3) до (40±7)% (p<0,05); частота асоціацій кандида+ентеробактерії залишається без змін – 7 %.

Прогресування ВІЛ-інфекції супроводжується зростанням у мокротинні як числа пневмоцист, так і засіяністю його мікрофлорою. У хворих без пневмоцистозу на клінічній стадії ВІЛ-ПГЛ з дихальних шляхів виділено мікрофлору у вигляді моноінфекції у (45±9) % випадків, мікробні асоціації – у (39±9) % хворих, на стадії клінічного СНІДу – відповідно у (47±8) і (35±7) % хворих (в обох випадках p>0,05). За наявності у пацієнта в 1 мл мокротиння 1-500 цист пневмоцист у моноінфекції мікрофлора була виділена у (45±7) % хворих на стадії ВІЛ-ПГЛ і (49±5) % на стадії СНІДу, в мікробних асоціаціях – відповідно у (33±6) і (37±5) % (p>0,05). При зростанні числа пневмоцист до понад 500 цист/мл у моноінфекції мікрофлора виявлена у (60±20) % на стадії ВІЛ-ПГЛ і (40±15) % на стадії СНІДу; у вигляді мікробних асоціацій відповідно у (20±8) і (60±15) % (p<0,05).

У хворих з пневмоцистозом середня концентрація грибів роду *Candida* в 1 мл мокротиння була в 1,7 разу меншою (38×10^4), ніж у пацієнтів без пневмоцистозу (64×10^4); бактерій кишкової групи – у 1,4 разу меншою (відповідно $3,3\times10^4$ і $4,5\times10^4$); кокової флори – у 2,4 разу вищою (відповідно $2,6\times10^4$ і $1,1\times10^4$).

Висновок. У хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД патологія легень розвивається внаслідок сумісної дії мікроорганізмів різних груп, у тому числі пневмоцист, грибів роду *Candida*, кокової флори, кишкових бактерій тощо. Засіяння легень мікрофлорою відбувається незалежно від наявності або відсутності у хворого пневмоцист. Водночас на рівні організму спостерігаються певні коливання мікробного навантаження у мікробіоценозах, до складу яких входять пневмоцисти. Це потребує вивчення як в умовах експерименту, так і в клініці.

Отримано 15.09.2009 р.

© Колектив авторів, 2010
УДК 616.157-078:578.825.11-02:616.12-009.72-036.37

С.Д. Перемот, М.В. Смілянська, А.Ю. Волянський, Н.В. Кашпур, О.А. Романова, Т.А. Сидоренко, Н.І. Ігумнова, Я.О. Перемот

ВИЗНАЧЕННЯ МІКСТ-ГЕРПЕСВІРУСІВ У КЛІТИНАХ КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України», м. Харків

Широка розповсюдженість вірусів родини герпесу в популяції та їх вплив на окремі ланки атерогенезу не можуть не впливати на формування і перебіг ІХС, особливо на розвиток та перебіг такої форми ІХС, як гострий коронарний синдром (ГКС). Відсутність досліджень, що включали б комплексне вивчення розвитку ГКС в умовах герпесвірусної інфекції та сформованого на її тлі імунологічного дисбалансу, особливостей клінічного перебігу ГКС в умовах персистуючої вірусної інфекції, розвитку ускладнень і можливий вислід захворювання – все перелічене диктує необхідність проведення досліджень в цьому напрямку.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Метою роботи було визначити за допомогою реакції непрямої імунофлуоресценції (РНІФ) наявність антигенів (АГ) окремих представників сімейства *Herpesviridae* (HSV-1, HSV-2, CMV, EBV, VZV, HHV-6) в лейкоцитах крові хворих на ГКС. Матеріалом для досліджень була гепаринізована кров пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в кардіологічних відділеннях міської клінічної лікарні №8 м. Харкова з діагнозом гострий коронарний синдром.

Обстежено 20 хворих, серед них 18 чоловіків і 2 жінки. Пацієнти віком до 30 років у дослідження не були залучені. Середній вік обстежуваних становив (53,9±2,8) року. Контрольну групу складали відповідні за статтю і віком 21 хворий. Обстежені з групи контролю не мали пошкоджень клапанного апарату серця, артеріальної гіпертонії, запальних захворювань міокарду.

У лейкоцитах усіх хворих на ГКС виявлено маркери представників герпесвірусів. Частіше за все зустрічалися антигени вірусів CMV, EBV, HHV-6 та HSV-1. Майже у 90 % пацієнтів виявлялися два та більше антигенів герпесвірусів. Найчастіше спостерігалися асоціації антигенів CMV-EBV та CMV-HSV: у 47 та 40 % обстежених відповідно. Показовим є значення індексу флуоресценції (ІФ) імуноцитів, уражених вірусами герпесу в дослідній та контрольній групах. Так, якщо у контрольній групі значення ІФ не перевищувало 10 %, то у групі хворих на ГКС воно коливалося від 20 до 70 %. Досить високими показники ІФ були при ураженні лейкоцитів вірусами EBV та CMV, їх значення складало до 80-90 %.

Факт інфікування кількома представниками родини *Herpesviridae* одночасно заслуговує на подальше вивчення. Саме сумісна присутність в організмі кількох вірусів може розглядатися як фактор дестабілізації ішемічної хвороби серця. Перспектива подальших досліджень у даному напрямку полягає у розробці алгоритму лабораторно-діагностичного обстеження хворих на ГКС для встановлення герпесвірусної персистенції в лейкоцитах і впровадженні противірусних препаратів у комплекс лікування цих пацієнтів.

Отримано 15.09.2009 р.

© Кузнєцов С.В., Кірсанова Т.О., 2010
УДК 616.34-022.6-079.4]-053.2

С.В. Кузнєцов, Т.О. Кірсанова

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА РОТАВІРУСНОЇ ТА РОТАВІРУСНО-БАКТЕРІЙНОЇ КИШКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Харківський державний медичний університет

Під спостереженням перебувало 94 дитини віком від одного місяця до трьох років, хворих на кишкову інфекцію, з них 30 – на ротавірусну моно- (РВІ) та 64 – ротавірусно-бактерійну інфекцію (РВБІ); 30 – здорових дітей.

Нами встановлено, що ротавірусна інфекція найчастіше спостерігалась у дітей першого року життя. Аналіз сезонності захворювання показав, що РВІ частіше реєструвалася взимку, навесні та влітку (90,0 %), а РВБІ – взимку, навесні та восени (87,5 %). Аналіз анамнестичних даних виявив у 93,6 % обстежених дітей присутність несприятливих факторів преморбідного фону. Серед них найчастішими були патологія вагітності, раннє переведення на штучне вигодовування, наявність анемії, перенесених у минулому одного або декількох захворювань.

Виявлено, що клінічна картина кишкових ротавірусних моно- та мікст-інфекцій характеризувалася симптомами інтоксикації, катаральним та діарейним синдромами, але їх ступінь та виразність залежали від етіології захворювання.

Підвищення температури тіла було зареєстровано у 93,6 % хворих. У хворих на РВІ підвищення температури тіла коливалося у різних межах: до 38,0 °С – 33,3 %, 38,1-39,0 °С – 44,4 %, 39,1-40,0 °С – 22,2 %; при РВБІ трохи частіше відмічалося підвищення температури тіла в межах 38,1-39,0 °С (50,8 %).

У 69,1 % обстежених дітей відмічалося блювання: одно- (43,1 %) та багаторазове (56,9 %). Блювання при РВІ виявлено у 53,3 % хворих, з яких у 68,8 % воно було одноразовим. При РВБІ блювання відмічалося тро-

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com