

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Метою роботи було визначити за допомогою реакції непрямой 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 склали 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 зустрічались 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 коливалось 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.

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

С.В. Кузнецов, 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 коливалось 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 відмічалось підвищення температури тіла в межах 38,1-39,0 °С (50,8 %).

У 69,1 % обстежених дітей відмічалось 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 відмічалось тро-

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

хи частіше (76,6 %), при цьому воно було багаторазовим (65,3 %).

Біль у животі не був обов'язковим симптомом у хворих, що перебували під спостереженням, та відмічений тільки у 3 хворих (3,2 %), в той час як його болісність при пальпації виявлено у 34 (36,2 %). У 37 (39,4 %) пацієнтів визначалося здуття живота. Згідно наших даних, вищезазначені симптоми є більш характерними для РВБІ (51,6 %), ніж для РВІ (23,3 %).

У всіх хворих (100 %) реєструвалася діарея. У 69,2 % хворих частота випорожнень збільшувалася до 8, у 30,9 % – 9 та більше разів на добу. Збільшення частоти випорожнень до 9 та більше разів на добу було більш характерним для РВІ (56,7 %), до 8 разів – для РВБІ (81,3 %).

У половини (50,0 %) хворих на РВІ виявлялися патологічні домішки у випорожненнях. При РВБІ патологічні домішки також були присутніми майже у половини хворих (46,9 %), але, разом із тим, колір випорожнень був зеленим (31,3 %), що, імовірно, може бути обумовлено більш інтенсивними процесами бродіння у кишечнику хворих при даній патології та підтверджується більш частою наявністю у них метеоризму та болісності живота при його пальпації.

У 64,9 % дітей відмічалися зміни з боку верхніх дихальних шляхів у вигляді кашлю, гіперемії слизової

оболонки носоглотки, жорсткого дихання над поверхнею легень. Катаральний синдром удвічі частіше відмічався у хворих на РВБІ (78,1 %), ніж РВІ (36,7 %).

При РВБІ в гострому періоді захворювання відмічаються більш значні відхилення з боку периферичної крові у вигляді підвищеного вмісту лейкоцитів, паличкоядерних нейтрофілів та зниженого вмісту лімфоцитів, ніж у хворих на РВІ. В дебюті хвороби у сечі хворих реєструються сліди білка та ацетон, але наявність їх більш характерна для РВБІ. Зміни при копрологічному дослідженні у вигляді підвищеного вмісту рослинної клітковини, м'язових волокон, нейтрального жиру та кількості лейкоцитів практично однаково часто зустрічалися при РВІ та РВБІ.

Таким чином, клініко-анамнестичні та лабораторні особливості ротавірусно-бактерійних уражень травного каналу у дітей полягають у частій реєстрації захворювання в осінній період року, більш вираженій за висотою температурній реакції захворюлих, частішому за наявністю й кратністю блюванні при порівнянні невеликій кількості дефекацій, переважно поєднаному ураженні травного каналу у вигляді гастроентериту та/або гастроентероколіту, частішій наявності катарального та абдомінального синдромів та їх виразності, більш значній реакції лейкоцитів крові.

Отримано 15.09.2009 р.

© Богачик Н.А., Венгловська Я.В., Трефаненко А.Г., Сорохан В.Д., 2010
УДК 616.34-022-036.11-085.246.2)

Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, А.Г. Трефаненко, В.Д. Сорохан **ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОФУРИЛУ І СУБАЛІНУ В** **КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ** **ІНФЕКЦІЇ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Нестабільність екологічної ситуації в Україні сприяє зростанню захворюваності на гострі кишкові інфекції. Лікарі-інфекціоністи в теперішній час найчастіше зустрічаються з такими кишковими інфекціями, як сальмонельоз, шигельоз, гастроентерити вірусної етіології, кишкові інфекції, викликані умовно-патогенною флорою, а також нез'ясованої етіології. Тому питання раціональної терапії цих хвороб залишається однією з актуальних проблем.

Метою нашого дослідження було вивчити ефективність застосування ентерофурилу в комбінації з субаліном у лікуванні хворих на гострі кишкові інфекції.

Ентерофурил – це антибактерійний препарат, похідний 5-нітрофурану, діє винятково в порожнині кишечника, активний щодо збудників кишкових інфекцій: грампозитивних і грамнегативних мікробів, у тому числі і вібріонів холери. Він не всмоктується в травному каналі, тому створює високу концентрацію у кишечнику.