

(дигідроартемізинін-піпераквін), Winthrop® (арте-сунат-амодіахін), Artesun 60 мг (ін'єкційна форма), Krintafel, Kozenis (тафенохін). З метою профілактики малярії використовують хлорохін, мефлохін, фансидар, а також тафенохін (дорослі: 300 мг основи (500 мг солі), один раз на тиждень; діти: 5 мг/кг основи (8,3 мг/кг солі) (максимальна доза для дорослих), один раз на тиждень). Починають за 1–2 тижні до поїздки, один раз на тиждень під час подорожі та протягом 4 тижнів після від'їзду. Нині є комбінований препарат сульфадоксин-піриметамін + амодіахін для хіміопрфілактики сезонної малярії. У березні 2012 року ВООЗ рекомендувала використовувати сульфадоксин-піриметамін + амодіахін (SPAQ) один раз на місяць протягом 4 місяців упродовж сезону передачі малярії для дітей віком від 3 до 59 місяців. Атоваквон/прогуаніл (маларон) з метою профілактики приймається так: дорослі — по 1 таблетці на день; діти масою тіла 5–8 кг: 1/2 педіатричної таблетки на день; 8–10 кг: 1/2 педіатричної таблетки на день; 10–20 кг: 1 таблетка для дітей на день; 20–30 кг: 2 педіатричних таблетки на день; 30–40 кг: 3 педіатричних таблетки на день; 40 кг і більше: як для дорослих — по 1 таблетці на день. Починати прийом варто за 1–2 дні до поїздки, щодня під час поїздки і протягом 7 днів після від'їзду. MMV, Pfizer і LSHTM спільно розробляють новий комбінований препарат азитроміцину і хлорохін-фосфату для переривчастої профілактики для вагітних жінок.

Висновки. 1. З урахуванням збільшення кількості мігрантів, мандрівників можливе зростання кількості завізних випадків екзотичних інфекцій до України. 2. Існує можливість ввезення завізних мікст-інфекцій, наявності атипичних проявів захворювань, що буде ускладнювати діагностику, лікування. 3. При середньотяжкому стані хворих на тропічну малярію, але при пізньому зверненні, діагностиці, наявності супутніх захворювань, при лікуванні слід підходити як до тяжкохворого.

Е.В. Усачева¹, Е.В. Рябоконт¹,
О.М. Фирюліна²

¹ Запорозький державний медичний університет, г. Запорозьке, Україна

² КУ «Областная инфекционная клиническая больница» Запорозькой областной администрации, г. Запорозьке, Україна

Энтеровирусные инфекции: современные клинико-эпидемиологические особенности

Актуальность. Энтеровирусы (ЭВ) — распространенные возбудители разнообразных клинических форм заболеваний: менингитов, экзантем, стоматитов, заболеваний с диарейным и респираторным синдромами. Остаются нерешенными вопросы от-

носительно распространенности этих заболеваний на разных территориях и их других эпидемиологических особенностей.

Цель работы: улучшить диагностику энтеровирусных инфекций у детей и взрослых на основании анализа эпидемиологических особенностей определенных клинических форм в эпидемическом сезоне.

Материалы и методы. Работа проведена в рамках реализации Грантового договора между ЗГМУ и «Региональным учебным центром по научным исследованиям в системе здравоохранения» (Казахстан). Была проанализирована медицинская документация 185 стационарных пациентов, имевших клинические симптомы, характерные для разных форм энтеровирусной инфекции (ЭВИ). По результатам ПЦР (лаборатория ЗГМУ) кала или ликвора выделены группы пациентов с энтеровирусной и неэнтеровирусной инфекцией.

Результаты и обсуждение. У 36,7 % (68 больных) были выделены ЭВ. Среди них преобладали пациенты с менингитом (n = 35). По 9 больных имели следующие клинические формы ЭВИ: экзантема, гастроэнтерит и герпангина. Отмечен подъем заболеваемости ЭВИ в августе — ноябре с преобладанием ЭВ-менингитов в августе-сентябре, а ЭВ-экзантем — в ноябре. Чаше ЭВИ регистрируется у детей 7–12 лет и у детей раннего возраста, с доминированием у детей школьного возраста менингитов, раннего возраста — экзантем.

Выводы. Энтеровирусные инфекции являются распространенными возбудителями серозных менингитов, экзантем и везикулезного поражения ротовой полости у детей раннего и младшего школьного возраста. Имеют место четкая сезонность и возрастные особенности определенных клинических форм энтеровирусных инфекций.

Е.Н. Усыченко¹, Е.М. Усыченко¹,
В.А. Мозговая²

¹ Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

² КНП «Одесская городская клиническая инфекционная больница», г. Одесса, Украина

Особенности генетического профиля, биохимического и иммунного ответа у больных хроническим гепатитом В + С

Актуальность. Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи являются одной из ведущих причин хронического воспалительного процесса печени. Количество больных, инфицированных не одним вирусом, а несколькими (микст-гепатит) ежегодно увеличивается. В случае сочетанной инфекции (НСV + НВV) определяется репликация только вируса гепатита С. Только в начале заболевания, возможно, наблюдается репликация двух вирусов, в дальнейшем происходит подавление репликации

одного из вирусов, чаще вируса гепатита В. Данные, полученные при изучении иммунного статуса и цитокинового профиля, нередко противоречивы, что объясняют различным возрастом и длительностью заболевания у обследованных пациентов. Результаты изучения генетического профиля таких пациентов также неоднозначны, что обусловлено малым количеством исследований и неоднородностью этнических групп. Таким образом, проблема сочетанных вирусных гепатитов требует дальнейшего исследования с целью разработки эффективных методов диагностики и прогнозирования исходов болезни.

Целью исследования является изучение иммунного статуса, цитокинового профиля и полиморфизма генов цитокинов IL-4 (C589T), IL-10 (G1082A), TNF- α (G308A) у больных хроническим гепатитом смешанной этиологии (B + C) для более точной оценки степени тяжести течения патологического процесса.

Материалы и методы. Был обследован 31 пациент с хроническим гепатитом B + C, их возраст варьировал от 29 до 66 лет. Для создания контрольной группы были обследованы 30 практически здоровых лиц среднего возраста. Для подтверждения диагноза у всех пациентов определялись HCV RNA и HBV DNA и маркеры гепатитов. Субпопуляции В- и Т-лимфоцитов (CD19+, CD16+, CD8+, CD4+, CD3+) определялись иммунофлюоресцентным методом с использованием набора поликлональных и моноклональных антител. Степень морфологических изменений в печеночной ткани (выраженность фиброза и активность воспалительного процесса) определяли по шкале METAVIR с применением неинвазивного метода Fibrotest. Молекулярно-генетические исследования включали определение полиморфизма генов IL-10 (G1082A), IL-4 (C589T), TNF- α (G308A), исследования проводились на базе Немецкого диагностического центра им. Св. Павла (г. Одесса). Для выявления корреляционных связей между отдельными показателями был применен коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки у пациентов с ХГВ + С не указывали на циклическое течение болезни, выраженность отдельных синдромов была неодинаковой. При анализе основных клинических синдромов в динамике установлено, что у пациентов с ХГВ + С с меньшей степенью фиброза (F0–F1) наблюдались менее выраженные изменения общего состояния, чем у пациентов с выраженным фиброзом (F2–F3). Взаимосвязь фиброза печени, показателей клеточного звена иммунитета и генетического профиля оценивали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Выявлена взаимосвязь таких показателей: обратная умеренная корреляционная связь между степенью фиброза и содержанием CD3+, $p < 0,01$ (у пациентов с ХГВ + С с меньшей степенью фиброза отмечается большее количество CD3+-лимфоцитов); обратная сильная корреляционная связь между степенью фиброза и содержа-

ем CD4+ и CD16+, $p < 0,01$ (у пациентов с ХГВ + С с меньшей степенью фиброза отмечается большее количество CD4+-лимфоцитов); прямая средняя корреляционная связь между степенью фиброза и содержанием CD19+, $p < 0,01$ (у пациентов с ХГВ + С с меньшей степенью фиброза отмечается меньшее количество CD19+-лимфоцитов); прямая сильная корреляционная связь между степенью фиброза и генотипом IL-4 (C589T) (меньшая степень фиброза отмечается у носителей генотипа CC, большая степень фиброза — у носителей генотипа TT); прямая умеренная корреляционная связь между степенью фиброза и генотипом IL-10 (G-1082A) (меньшая степень фиброза отмечается у носителей генотипа AA, большая степень фиброза — у носителей генотипа GG); обратная слабая корреляционная связь между генотипом IL-4 (C589T) и генотипом IL-10 (G-1082A) (у носителей генотипа CC IL-4 отмечается генотип GG IL-10); обратная умеренная корреляционная связь между генотипом IL-4 (C589T) и генотипом TNF (G308A) (у носителей генотипа CC IL-4 отмечается генотип GG TNF- α). Полученные данные о взаимосвязи степени фиброза печени и иммунологических показателей у больных хроническим вирусным микст-гепатитом могут быть использованы в клинической практике для оценки особенностей течения и исхода заболевания для создания индивидуального плана ведения больного.

Выводы. Наличие взаимосвязи степени фиброза и иммунологических показателей у пациентов с ХГВ + С позволяет использовать полученную информацию как один из дополнительных критериев тяжести патологического процесса. Выявленные в пилотном проекте межгенные связи требуют дальнейшего изучения. Возможно использование этой информации в качестве прогностического критерия скорости прогрессирования фиброза печени.

О.О. Фурик¹, К.А. Пак¹, О.В. Рябоконе¹,
Т.Є. Оніщенко¹, В.Г. Савельєв¹,
В.В. Бондарєва², О.М. Фірюліна²

¹ Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

² КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР,
м. Запоріжжя, Україна

Особенности клинического течения Лайм-боррелиоза у Запорізькій області

Актуальність. Лайм-боррелиоз — одне із найчастіших трансмісивних природно-вогнищевих захворювань, збудником якого є спірохета *Borrelia burgdorferi*, при тривалій персистенції якої індукуються автоімунні та інші імунопатологічні процеси, що сприяє прогресуванню захворювання з розвитком затяжного перебігу та хронізації (Андрейчин М.А. та ін., 2019; Голубовська О.А. та ін., 2018; Малий В.П. та ін., 2018; Попович О.О., 2016).