

– 15 мм/год. За даними рентгенографії ОГП – тяжистість коренів легень. Для подальшого лікування хворий переведений на наступний етап лікування. При обстеженні в крові спостерігається підвищення лейкоцитів до $15,3 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 40 мм/год, П-8%, С-53%, Лим-31%, М-8%. За даними рентгенографії від 28.12. – корені розширені за рахунок гіперплазії лімфатичних вузлів. Заподозрена Неходжкінська лімфома, взята біопсія. Для подальшого обстеження переведений до НВМКЦ «ГВКГ». За даними КТ від 4.01.2017р. – корені розширені, більше справа, паратрахеальні лімфовузли до 0,8 см, зливаються в конгломерати до $2,0 \times 1,9$ см, біля біфуркацій зливаються в конгломерати до $1,9 \times 1,7$ см, підпахвові лімфовузли до 1,0 см, в коренях легень до 0,8 см. Заключення: КТ – картина лімфопроліферетивного захворювання легень. Було проведено серологічне обстеження на туляремію, отримані позитивні тітри 1:800. Було проведено курс антибактеріальної терапії за допомогою стрептоміцину. Після покращення стану виписаний у відпустку. Після обстеження інших військовослужбовців з підрозділу, де служив даний хворий, додатково було виявлено ще 6 осіб, з підвищеними титрами антитіл на туляремію (від 1:200 до 1:400). При об'єктивному огляді регіонарні лімфатичні вузли не були збільшені, дані рентгенографії ОГП без особливостей. У 3-х хворих були виявлені зміни на слизовій щок біля великих молярів, передньої ньобної дужки, задній стінці ротоглотки у вигляді зони гіперемії до 1 см, в центрі біла пляма, яка не знімалась шпателем. Після проведення курсу терапії стрептоміцином наступило одужання.

Висновки: лікарям слід бути уважними, і при наявності у хворих довготривалої підвищеної температури, яка може бути з ознобом, змін на слизовій ротоглотці у вигляді округлих білих плям до 0,3-0,4 см, збільшення лімфовузлів у коренях легень – слід проводити обстеження на туляремію.

ДИНАМІКА РОСТУ КІЛЬКОСТІ CD4 Т-ХЕЛПЕРІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ, ЯК КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ВААРТ Л.Р. Шостакович-Корецька, О.В. Шевельова, О.О. Волікова, К.Ю. Литвин, О.А. Кушнєрова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Мета дослідження. Під час проведення динамічного спостереження хворих з ВІЛ-інфекцією на тлі прийому антиретровірусної терапії (АРТ) прослідити час досягнення помірного рівня імуносупресії (кількість CD4 Т-хелперів $350 \times 10^3/\text{л}$), як критерію досягнення ефективності ВААРТ.

Методи дослідження. Нами було досліджено 450 ВІЛ-інфікованих хворих, віком від 18 до 66 років (середній вік – $35,1 \pm 8,6$ років). Всім хворим було призначено ВААРТ у 2009-2010 роках у КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом». Всіх хворих було розподілено на дві групи за кількістю CD4 Т-хелперів: перша – хворі з рівнем CD4 Т-хелперів менше ніж $350 \times 10^3/\text{л}$, та друга – група хворих з рівнем CD4 Т-хелперів більше ніж $350 \times 10^3/\text{л}$. Спостереження проводилось впродовж п'яти років. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 та Excel-2013.

Результати дослідження та їх обговорення

Впродовж спостереження на протязі п'яти років із 450 хворих, яким було призначено ВААРТ у 2009-2010 роках, продовжують приймати АРТ терапію на сьогоднішній час лише 68% (n=304) пацієнтів, в той час як 18% (n=83) припинили приймати про-

тивірусне лікування, в більшості випадків з власного бажання, а також 14% (n=63) хворих – померли (рис. №1).

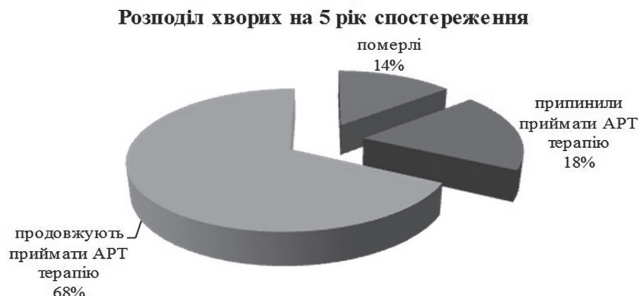


Рис. №1

Основною метою прийому АРТ є зниження вірусного навантаження, що в свою чергу призводить до відновлення рівня CD4 клітин. За даними літератури рівень CD4 $350 \cdot 10^3/\text{л}$ клітин є пороговим, а також тим рівням при якому було рекомендоване призначення антиретровірусної терапії. У тих хворих, що мали рівень CD4 клітин менше ніж $350 \cdot 10^3/\text{л}$, є більша ймовірність розвитку проявів опортуністичних інфекцій, в тому числі і туберкульозу.



Рис. №2

Як можна побачити з рис. № 2, що 94,2% (n=424) хворих розпочали протівірусну терапію з рівнем CD4 менше ніж $350 \cdot 10^3/\text{л}$ клітин і лише 5,8% (n=26) хворих розпочали АРТ терапію з рівнем CD4 більше ніж $350 \cdot 10^3/\text{л}$ клітин.

Як видно з графіку, лише після 24 місяців прийому АРТ терапії можна побачити перехрест, тобто переважання кількості хворих з рівнем CD4 більше ніж $350 \cdot 10^3/\text{л}$ клітин над кількістю хворих з рівнем CD4 менше ніж $350 \cdot 10^3/\text{л}$ клітин.

На п'ятий рік спостереження можна побачити, що 81,6% (n=248) хворих досягли рівня CD4 $350 \cdot 10^3/\text{л}$ клітин, в той час, як 18,4% (n=56) хворих все ж таки залишаються з меншим рівнем. Отже мають можливість більшого відсотка смертності від проявів

опортуністичних інфекцій, в тому числі і від туберкульозу.

Висновки: Таким чином, проведений аналіз показав, що:

- лише 68% хворих продовжили приймати антиретровірусну терапію через п'ять років після призначення ВААРТ,
- лише через 24 місяці прийому АРТ препаратів, можна побачити переважання кількості хворих з рівнем CD4 клітин більше ніж $350 \cdot 10^3$ /л клітин.

Отже, своєчасне звернення ВІЛ-інфікованих за медичною допомогою, як і раннє призначення ВААРТ дає значно виражений позитивний імунологічний ефект, тому приведе до зменшення проявів опортуністичних інфекцій, які можуть бути причиною смерті ВІЛ-інфікованих хворих.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ ЕНТЕРОВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Л.Р. Шостакович-Корецька¹, І.В. Будаєва¹, Г.О. Ревенко¹, О.В. Кузьменко², В.В. Олійник³, М.І. Каліберда⁴

¹ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

²ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України», м. Дніпро, Україна

³КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 1», м. Дніпро, Україна

⁴КЗ «Міська дитяча поліклініка № 1», м. Дніпро, Україна

Актуальність: В структурі нейроінфекцій в педіатричній практиці на долю серозних менінгітів припадає близько 70% і частіше за все етіологічним чинником є ентеровіруси. Вони несуть відповідальність за щорічні сезонні епідемії (влітку і восени) асептичного менінгіту в умовах помірного клімату.

Мета дослідження: Вивчити особливості клінічного перебігу та діагностики ентеровірусних менінгітів у дітей.

Методи дослідження: Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 33 дітей, що перебували на лікуванні з діагнозом ентеровірусний менінгіт у 2015 році. У всіх випадках діагноз був підтверджений визначенням РНК вірусу у лікворі. Вікова структура хворих коливалась від 3 до 17 років. Гендерний склад становив: 15 (45,4%) хлопців та 18 (54,6%) дівчат.

Результати дослідження та їх обговорення

Всі хворі відмічали гострий початок хвороби з підвищення температури тіла до 37,5-38,5 °С. Характерною особливістю клінічних проявів менінгіту у всіх хворих була дисоціація менінгеальних симптомів: були відсутні симптоми Керніга, Брудзинського. У 26 (78,8%) дітей домінуючим симптомом була ригідність м'язів потилиці. У 4 (12,1%) хворих менінгеальні симптоми при надходженні у стаціонар взагалі не визначалися, але серед клінічних проявів домінували помірний головний біль та блювання, що стало приводом для встановлення помилкового попереднього діагнозу «Гастрит». У 3 (9,0%) хворих були відсутні менінгеальні симптоми та єдиним проявом лікворної гіпертензії був інтенсивний головний біль з блюванням або без, що дозволило лікарю припустити «Менінгіт» і призначити дослідження спинномозкової рідини з діагностичною метою.

При надходженні в стаціонар у 26 (78,8%) пацієнтів спостерігався незначний лейкоцитоз ($10,6-13,8 \cdot 10^9$ /л), у решти хворих відзначався нормоцитоз; лейкопенії не було у жодного хворого. Нейтрофілоз (за процентним вмістом – 69-84%) відзначався