

торих на фоні приєму протівовірусних препаратів (ацикловір, валацикловір, ганцикловір) обнаружені підвищені рівні аланінамінотрансферази, збільшення печені, селезінки, диспепсическія явленія. Наряду с общеклініческія методами дослідження проводили біохіміческія аналізи крові і ультрасонографіческія дослідження.

Женщин було 36, чоловіків — 24, по віку хворі розподілялись наступним чином: до 20 років — 9, 21–30 — 26, 31–40 — 3, 41–50 — 9, 51–60 років — 13 чоловік. Середньотяжеле течення хвороби зареєстровано у 32 хворих, тяжеле — у 28. Серед 60 хворих у 14 (23,3%) етіологіческія фактором був вірус герпеса чоловіка 6-го типу, у 13 (21,7%) доведена герпетическа етіологія ураження нервової системи, у 2-х (3,3%) — цитомегаловірусна, у 4 (6,7%) — Епштейна-Барр вірусна етіологія; у 27 (45,0%) хворих указані віруси поєднались друг з другом або декількома вірусами сімейства *Herpesviridae*. Частіше всього в асоціаціях брали участь HSV+CMV (15) і EBV+HHV6 (6), рідше — HSV+CMV+EBV+HHV6 (3), HSV+EBV (2), CMV+EBV (1). По залученню в патологіческія процес центральної і периферическої нервової системи були сформульовані клініческія діагнози: менингоенцефаліт (6), енцефаліт (6), енцефаломієліт (3), розсіяний енцефаломієліт (12), менингоенцефало-полірадікулоновіт (2), арахноенцефаліт (18), арахноідит (13).

Для досягнення цілі і рішення поставлених завдань були досліджені 2 схеми терапії, для чого 60 пацієнтів були розділені на групи: I група — 48 пацієнтів (отримувала фосфоглів по 1 флакону — 2,5 г в сут в/в струйно 10 днів, потім по 1 капсулі 3 р/д — 14 днів); II група — 12 пацієнтів (контрольна, не отримувала фосфоглів). Крім цього, всі пацієнти отримували етіотропну, нейротропну, детоксикаційну терапію. Дослідження рівня АЛТ, АСТ, ЩФ проводились до початку ПВТ, а також на 7-й і 14-й дні.

При використанні Фосфогліва як гепатопротектора відзначалось наступне: динаміка зростання АЛТ (до 60–70 Е/л на 14 день спостереження), ЩФ (до 140–150 Е/л) була значно меншою, ніж в групі контролю (120–140 Е/л і 250–270 Е/л відповідно), нормалізувались розміри печені і селезінки. Зникли симптоми інтоксикації, болі в області печені, надування живота. Фосфоглів не має токсического дії на життєво важливі функції організму і в терапевтическія дозах не проявляє побіческія ефектів. Фосфоглів — доступний препарат і його ціна дозволяє рекомендувати його широкому колу пацієнтів.

**Висновки:** Доведено терапевтическа ефективність препарату Фосфоглів при лікарствених ураженнях печені у хворих з герпесвірусними нейроінфекціями.

*А.О. Руденко, Б.А. Пархомець, Л.В. Муравська, П.А. Дьяченко*

## **ВИПАДОК АСОЦІЙОВАНОЇ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ (ЕБВ + ВГЛ6) В СТАДІЇ РЕАКТИВАЦІЇ НА ФОНІ ПЕРИФЕРИЧНОЇ Т-КЛІТИННОЇ ЛІМФОМИ З УРАЖЕННЯМ НОСОГЛОТКИ, ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ШИЇ**

*ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ*

**В**ідомо, що онкологічні захворювання призводять до депресії імунної системи людини та виникнення вірусних захворювань. Особливо це стосується хворих, які отримують курси хіміотерапії. Останні не проводяться, якщо у пацієнта віруси в активній стадії. І лише після вилікування хворого від вірусної інфекції онкологи продовжують курс хіміотерапії.

Ми спостерігали хворого Н., 1964 року народження з асоційованою герпесвірусною інфекцією (ДНК ЕБВ+ВГЛ6 в сироватці крові) в стадії реактивації на фоні периферичної Т-клітинної лімфоми з ураженням носоглотки, лімфатичних вузлів шиї.

З анамнезу відомо, що на момент госпіталізації хворі більше 9 місяців: з'явилися періодичні болі



в горлі, температура залишалась в межах норми. Через 2 місяці стали збільшуватись лімфатичні вузли: шийні, а потім інші групи, зростала слабкість, втомлюваність. Був під наглядом онкологів в обласній КБ, консультований в Інст. раку, Інст. ЛОР з приводу не уточненого лімфопроліферативного захворювання. При дообстеженні в крові знайдено DNA(+) EBV+HHV6, у зв'язку з чим звернувся до консультативної поліклініки ІЕІХ, рекомендована госпіталізація до відділення нейроінфекцій, де лікувався з 23.06 до 8.07.2014р.

При надходженні скаржився на суттєву слабкість, втомлюваність, збільшення лімфовузлів, затруднення ковтання, зміни голосу, болі в шії, головний біль, іноді запаморочення, нестабільний АТ. В об'єктивному статусі: загальний стан середньої тяжкості, шкіра, видимі слизові звичайного забарвлення, без висипів. Периферичні лімфовузли збільшені (підщелепові, задньо- і передньошийні, пахвинні), ущільнені, розміром до 3–5 см, малоболючі. Над легеньми хрипів немає. Тони серця ритмічні, пульс 80 уд. за хв, задовільних якостей. АТ до 110/70 мм Нг. Живіт безболісний, асцити немає, печінка не збільшена. С-м Пастернацького від'ємний з обох боків. На КТ в проекції передньої стінки рото-гортаноглотки, починаючи від кореня язика і досягаючи валукул надгортаника і його вільного краю, визначається додаткове об'ємне утворення розміром 3,2×4,5×5,6 см, що викликає часткову обструкцію просвіту органу. Регіонарні шийні лімфовузли — обабіч шії, по ходу м'язів і магістральних судин, від рівня потиличної кістки й до надключичних ділянок, визначаються множинні солідні лімфовузли від 1,2 см до 1,8–2,6 см діаметром, при в/в підсиленні накопичується контрастна речовина.

25.06.2014 р. отриманий результат імуногістохімічного дослідження після ексцизійної біопсії пухлини ротоглотки: в досліджуваному матеріалі, під багатошаровим плоским епітелієм спостерігається розростання дрібноклітинної пухлини лімфоїдної природи, дифузного типу росту. Межі пухлинних клітин чіткі, цитоплазма прозора. Зустрічаються поодинокі плазматичні клітини, незрілі В-лімфоцити. При ІГХ дослідженні виявляється мембранна експресія CD3, CD5 та CD4 клітинами пухлини. Маркер CD20 не експресується пухлинними клітинами, на фоні внутрішнього позитивного контролю (поодинокі В-лімфоцити). Маркер проліферативної активності Ki67 складає 20%. Враховуючи дані гістологічного та імуногістохімічного досліджень, морфологічна будова та отриманий фенотип найбільш характерні для периферичної Т-клітинної лімфоми (NOS).

Загальне клінічне та біохімічне дослідження крові без відхилень від норми. У відділенні отримав лікування із призначенням Цимевену по 500 мг на добу інфузійно на протязі двох тижнів, а також гепатопротектори, симптоматичну терапію.

Хворий на протязі лікування відчув покращення стану, поліпшилось ковтання, чіткою стала мова, зменшилися пухлина ротоглотки та лімфовузли, практично зникли головні болі, поліпшився сон і загальне самопочуття. Виписаний з покращенням для подальшого лікування в клініці онкогематології.

Особливість даного випадку полягає в тому, що лише через 9 місяців від початку захворювання було встановлено вірний діагноз і призначено відповідне лікування.

Таким чином, при підозрі на лімфопроліферативне захворювання слід призначати обстеження на віруси родини герпесу.

*Т.А. Сергєєва, В.Р. Шагінян*

## ГЕПАТИТ С: ВІД СПЕЦИФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДО КОНТРОЛЮ НАД ІНФЕКЦІЄЮ

*ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ*

У 2010 р. Асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію WHA63.18, в якій наголошено на необхідності комплексного підходу до профілактики та заходів боротьби із вірусними гепатитами. При інфекційних хворобах найбільш

досконалою формою управління епідемічним процесом є епідеміологічний нагляд. Разом з цим, до теперішнього часу загальної системи і структури управління епідемічним процесом парентеральних вірусних гепатитів і, зокрема гепатиту С (ГС), попри