

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 неуточненого 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 Hg. 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

багаторічну розробку проблеми, в Україні фактично не існує, цілісна система епідеміологічного контролю, як її окремий компонент, не розроблена. Кінцевою метою епідеміологічного контролю є зменшення рівнів захворюваності та поширеності парентеральних вірусних гепатитів, що, у свою чергу, має великий економічний сенс, оскільки сприятиме зменшенню прямих та побічних витрат на лікування й утримання хворих на парентеральні вірусні гепатити, важкі хронічні ураження печінки та позапечінкові прояви, етіологічно асоційовані з вірусом ГС (HCV).

Нашими дослідженнями показано, що на тлі зниження захворюваності на гострі ГС відмічається зростання кількості хронічних форм інфекції. Матеріали офіційної статистики враховують лише "верхівку айсбергу" щодо дійсного рівня поширення ГС, що призводить до суттєвої недооцінки епідемічної ситуації. Цей висновок підтверджується матеріалами широких серологічних та епідеміологічних досліджень, якими доведено, що складність боротьби з ГС значною мірою обумовлює прихований характер перебігу епідемічного процесу, матеріальну основу якого складає значний масив осіб з недіагностованими безжовтяничними, субклінічними формами гострого, але, переважно, хронічного ГС, які залишаються поза увагою як лікарів, так і організаторів охорони здоров'я.

Першим кроком вирішенні цього питання є виявлення серопозитивних щодо маркерів ГС осіб за допомогою сучасних методів специфічної діагностики, які дозволяють не тільки етіологічно розшифрувати діагноз, але й здійснювати диференційну діагностику; визначати фазу

інфекційного процесу та прогнозувати його перебіг; виявляти приховані форми, вірусоносієство; контролювати ефективність терапії; забезпечувати безпеку гемотрансфузій; оцінювати ризик перинатального інфікування HCV; контролювати ефективність протиепідемічних та профілактичних заходів (зокрема, у лікувально-профілактичних закладах); проводити сероепідеміологічні дослідження з метою оцінки поширення інфекцій, визначення груп і факторів підвищеного ризику інфікування, тощо. Разом з цим, дотепер в Україні з питань профілактики вірусних гепатитів не створено жодного нормативного документу на кшталт/замість Наказу МОЗ СРСР № 408 від 12.07.1989 р. "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране", що був виданий, коли ГС у нашій країні взагалі ще не реєструвався як самостійна нозологічна форма. Специфічні обстеження на маркери інфікування HCV регламентовані лише для донорів крові (органів, тканин), призовників та ВІЛ-позитивних осіб. Відповідно, не розроблений уніфікований алгоритм специфічної діагностики ГС з урахуванням первинних і підтверджувальних досліджень; не визначені групи осіб, яким доцільно рекомендувати обстеження на серологічні маркери ГС; не розроблена "дорожня карта" подальших дій осіб, в яких виявлені маркери HCV-інфекції. На жаль, без цього неможливе своєчасне виявлення хворих, дієва система їх реєстрації, визначення істинної інтенсивності, проявів, тенденцій розвитку та рушійних сил епідемічного процесу ГС, а отже — доволі примарним вважається контроль над HCV-інфекцією у масштабах країни.

Е.О. Синетар, О.В. Покас

ВПЛИВ НАНОСЕЛЕНУ НА АДГЕЗІЮ МІКРООРГАНІЗМІВ *E. FAECALIS* І *C. ALBICANS* В АСОЦІАЦІЇ НА ПОВЕРХНІ МЕДИЧНИХ КАТЕТЕРІВ

ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України", м. Київ, Україна

Адгезія мікроорганізмів є одним із факторів їх вірулентності, і забезпечує початковий етап колонізації субстратів (катетерів). На прикріплення мікробних клітин на поверхні катетерів впливають фактори, які залежать від особливостей поверхонь

бактерій і катетерів, а також від супутніх клінічних умов.

Раніше нами було встановлено, що ступінь адгезії *C. albicans* до зовнішньої поверхні катетерів залежить від концентрації бактеріальних клітин