

ТРИХЛІБ В.І.

Українська військово-медична академія, м. Київ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ФАРМАКОТЕРАПІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

9–10 квітня 2015 р. у Головному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ» відбулась науково-практична конференція «Фармакотерапія інфекційних захворювань». У конференції взяли участь 484 учасники, з них військових медиків — 139, цивільних лікарів — 345, серед них: інфекціоністів, епідеміологів, паразитологів — 226, терапевтів, лікарів загальної практики — 169, педіатрів — 55, лікарів інших спеціальностей — 34. Із них докторів медичних наук — 22, докторів біологічних наук — 1, професорів — 16, кандидатів медичних наук — 37, доцентів — 4.

Конференцію відкрив д.м.н., професор кафедри військової терапії Української військово-медичної академії Трихліб В.І., який привітав учасників і побажав їм усього найкращого. З привітаннями виступили: директор Військово-медичного департаменту МО України (Головний державний санітарний лікар МО України), к.м.н., полковник медичної служби Верба А.В., начальник Української військово-медичної академії д.м.н., професор, полковник медичної служби Савицький В.Л., начальник Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» генерал-майор медичної служби Казмірчук А.П., директор ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» Задорожна В.І.

Доповідачі відзначили той факт, що всі попередні війни постійно супроводжувались підвищенням інфекційної захворюваності від початку існування (цього року відзначається ювілейна дата — 260 років) військового госпіталю, одне з трьох відділень якого було «ломотним» (для інфекційних хворих). У госпіталі лікувалась велика кількість поранених та інфекційних хворих (на холеру, дизентерію, висипний тиф, малярію, застудні захворювання та ін.).

На конференції було обговорено питання актуальності інфекційних захворювань як у світі, так і в Україні, особливо під час локальної війни. Фахівці госпіталю надали медичну допомогу пораненим та хворим на різну патологію військовослужбовцям із зони антитерористичної операції (АТО). Доповідачі побажали всього найкращого всім учасникам конференції, а також фахівцям цього найстарішого медичного закладу країни.

На початку конференції д.м.н. Трихліб В.І. презентував директорові Військово-медичного департаменту МО України навчальний посібник з інфекційних захворювань, що був виданий фахівцями кафедри військової терапії Української військово-медичної академії для її слухачів, ознайомив учасників конференції з інформацією про зібрані кошти на минулій конференції для сім'ї загиблого військового лікаря. Організатори конференції знову виступили з пропозицією зібрати

кошти для тяжкопораненого десантника, який отримує курс лікування у ГВМКЦ «ГВКГ».

У своїй доповіді «Актуальні інфекційні захворювання в минулому році. Інфекційні захворювання під час локальних війн» Трихліб В.І. зупинився на інфекційних захворюваннях серед населення України минулого року. Серед інфекційних захворювань І класу переважали гострі кишкові інфекції

зі встановленими та невстановленими збудниками. Порівняно з 2013 р. спостерігається зниження кількості пролікованих хворих із діарейними інфекціями. Це стосується також інших захворювань, що актуальні для військового часу, — педикульозу, корости. Незважаючи на існуючі проблеми з медичним забезпеченням, велику кількість поранених, не було зростання захворюваності на правець. Зменшення кількості хворих спостерігалось і за багатьма іншими захворюваннями (гострі інфекції верхніх дихальних шляхів, менінгококова інфекція, кір, краснуха, епідемічний паротит, інфекційний мононуклеоз, вірусний менінгіт та ін.). Відбулось зростання кількості хворих лише на кашлюк (із 686 до 1471) та вірусний гепатит А. З початку 2014 р. у країні було зареєстровано 67 спалахів захворювання на гострі кишкові інфекції, внаслідок чого



захворіло 1215 осіб, серед яких 579 дітей. У 2013 р. зареєстровано 48 спалахів, захворіло 579 осіб (243 дитини). Після Другої світової війни в країнах світу відбулося понад 200 збройних конфліктів тривалістю понад 6 місяців. Це призвело до міграції понад 42 млн осіб у світі (в Європі більшість мігрувала в межах своєї країни). Зростання захворюваності під час війн пов'язане з уживанням інфікованої води, продуктів харчування, поширенням переносників та носіїв інфекційних захворювань, переохолодженням, використанням інфікованого одягу, постільної білизни, погіршенням умов роботи закладів охорони здоров'я, забезпечення медикаментами, проведення щеплень, недостатньою кількістю медичного персоналу, умисними діями проти медиків, збільшенням міграції населення та ін. Доповідач навів приклади санітарних втрат від інфекційних захворювань під час попередніх війн та зазначив, що і під час АТО в структурі терапевтичних хвороб інфекційні захворювання посідають важливе місце. В їх структурі переважають гострі респіраторні захворювання, бронхіти (як у підрозділах на передовій, так і в тилкових). Ці захворювання превалюють і в навчальних закладах, де йде підготовка мобілізованих військовослужбовців. Трихліб В.І. зупинився на структурі вогнепальних поранень, у тому числі залежно від локалізації, на інфекційних ускладненнях. Під час війни на Північному Кавказі переважали поранення кінцівок (до 59,1 %), голови (до 26,3–34,4 %); поранення двох анатомічних ділянок відзначено у 60,2 % поранених, трьох — у 31,3 %. У поранених, які лікувались в одному з госпіталів, поранення однієї ділянки було у 30 %, двох — у 41 %, трьох — в 11 %. Переважали поранення кінцівок, грудної клітки. Інфекційні ускладнення поділяють на місцеві, вісцеральні, генералізовані. При пораненнях зміни розподіляють на ті, що пов'язані з травмою та поєднують загальні симптоми, та органопатологічні зміни. Наявні у поранених інтеркурентні (інфекційні) захворювання погіршують перебіг іншої хвороби або поранення. Під час війни у В'єтнамі ранова інфекція розвивалась у 3,9 % поранених, під час арабсько-ізраїльського конфлікту інфекційні ускладнення розвинулись у 15,4 %, під час війни на Фолклендах — у 25 %, під час війни в Афганістані — у 3,9–10,1 %. Існує залежність частоти розвитку ускладнень від тяжкості вогнепального поранення. В осіб із тяжкими та вкрай тяжкими пораненнями місцеві ускладнення розвинулись у 52 %, вісцеральні та генералізовані інфекційні ускладнення — у 21–27 %. Під час війни на Північному Кавказі поранених з інфекційними ускладненнями було: у ВПНхГ — до 17 %, ВПТАГ — до 35 %, ВПТрГ — до 13 %, у ВПЗхГ — до 40 %. Найчастіше з інфекційних ускладнень при пораненнях у голову розвивався гнійний менінгоенцефаліт — у 9,8 %, при пораненнях у груди (пульмоніт) — у 26,1 %, при пораненнях в живіт (місцевий або обмежений перитоніт) — у 24,1 %, при пораненнях таза (флегмона таза) — у 9,7 %, при пораненнях в кінцівки (пневмонія) — у 17,1 %. Газоутворююча ранова інфекція під час минулих війн розвивалась у близько 1,3 % поранених, інші інфекційні усклад-

нення — у 22,3 %. Доповідач акцентував увагу лікарів на тому, що на 3-тю — 4-ту добу після поранення розвиваються бронхолегеневі ускладнення, на 6–10-ту добу — вісцеральні ускладнення інших локалізацій, а максимальна кількість генералізованих ускладнень — у період з 3-ї до 10-ї доби. Пневмонії розвивались у від 12,8 до 36 % поранених (більше за все при пораненнях у живіт, груди). Під час АТО з метою екстреної профілактики інфекційних ускладнень пораненим робились ін'єкції цефтріаксону та протиправцевого анатоксину. Завдяки застосуванню своєчасного хірургічного втручання, антибактеріальних препаратів розвивались інфекційні ускладнення у значно меншій кількості поранених порівняно з минулими війнами. Серед інших інфекційних захворювань під час війн спостерігалось зростання хворих на ВІЛ/СНІД із різних причин, хвороб, що передаються статевим шляхом, туберкульоз. За нашими даними, минулого року в клініках ГВМКЦ «ГВКГ», у тому числі в клініці інфекційних захворювань, було обстежено та проліковано більше число хворих із клінікою СНІДу. Минулого року також проліковано значну кількість хворих з інфільтративною, фіброзно-кавернозною формами туберкульозу. Доповідач попередив лікарів, що під підвищений ризик інфікування на туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити, гострі кишкові інфекції підпадають і особи, які займаються збором тіл загиблих.

Д.м.н., професор Задорожна В.І. виступила з доповіддю «**Поліомієліт: ерадикація чи контроль**». Поліомієліт — хвороба, що є надзвичайно тяжким тягарем для хворого, його родини і суспільства в цілому. Серед хворих на цю патологію 10 % помирає, 90 % залишаються інвалідами. У 1988 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила резолюцію з реалізації Глобальної ініціативи ерадикації (припинення циркуляції «дикого» поліовірусу в масштабах світу) поліомієліту. Кінцевий термін реалізації — 2000 р. У 1988 р. було 125 ендемічних країн, в яких реєструвалось близько 350 тис. випадків захворювань щорічно (близько 1000 випадків щоденно). У світі було близько 16–20 млн людей із залишковими явищами поліомієліту. З успіхів у ліквідації захворювання слід відзначити: припинення циркуляції у світі «дикого» поліовірусу 2-го типу (починаючи з 1999 р.). Останній «дикий» поліовірус 3-го типу був ізольований 10.11.2012 р. Така перемога над хворобою стала можливою завдяки глобальним зусиллям медичної спільноти, міжнародних організацій, урядів країн тощо. Сьогодні захворюваність знизилася більше ніж на 99 % завдяки вакцинації — від 350 000 до 416 випадків у 2013 р. У 2015 р. залишилися три ендемічні країни (Афганістан, Пакистан, Нігерія). Доповідач зупинилась на проблемних питаннях, що ставлять під сумнів ерадикацію поліомієліту найближчим часом, навела інформацію стосовно складу поліовірусів, які походять зі штампів, що входять до складу оральної поліомієлітної вакцини. Задорожна В.І. навела дані по країнах світу щодо випадків поліомієліту, які були пов'язані з поліовірусом вакцинного походження (липень 2012 р.— грудень 2013 р.). Серед проблемних

питань виділила такі: щорічно продовжують реєструватися випадки завезення «дикого» поліовірусу на територію, що довгий час вважалися вільними від цієї інфекції; за сприятливих умов (низький рівень охоплення вакцинацією, інтенсивні міграційні процеси, військові дії тощо) вірус може поширюватися серед населення і при потраплянні до сприйнятливої організму викликати паралітичний поліомієліт. Прикладом цього є такі дані: у 2010 р. широкомасштабна епідемія поліомієліту в Таджикистані була викликана індійським варіантом «дикого» PV1, зареєстровано 457 випадків, у тому числі 29 летальних. Цей вірус також став причиною 14 випадків у Росії, 3 — у Туркменістані, 1 — у Казахстані. Доповідач зупинилась на методичних рекомендаціях ВООЗ із профілактики поліомієліту і навела багаторічні дані щодо кількості хворих в Україні. З 1996 р. після проведення ДІ, коли двічі було щеплено понад 2 млн дітей, циркуляція «дикого» штаму вірусу поліомієліту в Україні була припинена. 21 червня 2002 р. Європейський регіон сертифіковано як регіон, вільний від поліомієліту. Професор розповіла про роль поліовірусів, зокрема вакцинних, в епідемічному процесі, зробивши акцент на новому завданні в наш час — припиненні захворюваності на вакциноасоційований паралітичний поліомієліт та зниженні до поодиноких випадків гострих м'яких паралічів, що виникають внаслідок вакцинації живою вакциною. Задорожна В.І. обґрунтувала схеми застосування інактивованої поліомієлітної вакцини (ІПВ). Багаторічні дослідження дозволили принципово змінити підхід до ревакцинації та оптимізувати схему імунізації живою вакциною зі зменшеною кількістю щеплень на 30 %, визначити та впровадити комбіновану схему з першими двома щепленнями ІПВ. За матеріалами 7-го засідання Незалежної ради з моніторингу, Україна є єдиною країною Європейського регіону, яка має статус високого ризику разом із країнами Африканського Рогу, Кенією, Лівією, Сомалі, Угандою, Єменом (*Weekly epidemiological record*, 16.12.2012 № 51/52, м 512. — <http://www.who.int/wer/2012/-wer875152.pdf>). Рекомендовано в найкоротший термін виправити ситуацію щодо рівня охоплення трьома щепленнями і провести «підчищаючу» імунізацію тих дітей, які не отримали за віком вакцинальний комплекс. Також Задорожна В.І. надала інформацію стосовно відсотка серонегативних до поліовірусу трьох типів (за віковими групами у відсотках) (2012), охоплення профілактичними щепленнями проти поліомієліту (11 міс. 2013–2014 р., %). З аналізу хронології великих спалахів поліомієліту відомо, що майже всі вони так чи інакше пов'язані з військовими подіями. Протягом майже 20 років ми докладали зусиль, щоб Україна залишалась державою, вільною від поліомієліту. Сучасні виклики перед Україною, ситуація в зоні АТО та на окупованих територіях сприяють ризику епідемії інфекційних хвороб, на жаль, і поліомієліту. В цих умовах медичні служби належним чином не функціонують. Зруйновані водогони, нестача води, забруднення біо-

відходами посилюють біоризику до критичної межі та вимагають від нас певних дій з метою запобігання наслідкам цього.

Щодо «Неінвазивних методів діагностики захворювань печінки» виступив д.м.н., професор Дуда О.К. від групи авторів. За даними ВООЗ (2013), хронічні захворювання печінки були причиною 1,4 млн летальних наслідків (796 тис. — від цирозу печінки (ЦП), 616 тис. — від гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК), близько 20 % (~ 280 тис.) випадків пов'язані з вірусним гепатитом С (ВГС), близько 1 млн — з вірусним гепатитом В (ВГВ). Доповідач подав етіологічну структуру хронічних гепатитів. Зростанню кількості хворих на хронічні гепатити сприяло збільшення рівня захворюваності на вірусні, токсичні (алкогольні та медикаментозні) гепатити, зростання числа хворих з ожирінням та цукровим діабетом. Ці патології є основною причиною розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки нової нозологічної форми. Дуда О.К. навів терміни прогресування різних стадій при хронічному ВГС. Проспективне дослідження 404 хворих на компенсований ЦП показало, що за $85,7 \pm 36,0$ міс. спостереження у 28 % хворих розвивається хоча б одне ускладнення ХВГС (у 19 % — ГЦК, у 17 % — асцит, у 5 % — кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу, у 17 % — декомпенсація ЦП (Чайлд, В/С), у 2 % — енцефалопатія). Професор зупинився на методах визначення фіброзу печінки, в тому числі неінвазивних.

Із доповіддю «Роль та медичний супровід асоційованих дифузних захворювань печінки при ХВГ» виступила д.м.н., професор Осьодло Г.В., яка надала інформацію щодо рівня та динаміки захворюваності на хронічне дифузне захворювання печінки (ХДЗП), ХВГ, ХГ у військовослужбовців у 2002–2011 рр. Серед основних завдань терапії ХДЗП — елімінація тригерних факторів, зменшення запально-некротичних змін, оптимізація активності імунітету, зменшення темпів фібротизації.

Про ефективність і безпеку сучасних гепатопротекторів доповів д.м.н., професор Копча В.С., який відзначив, що кількість хворих на різну гепатобіліарну патологію перевищує 2 млрд осіб. В Україні за останні 10 років поширеність ХГ і ЦП збільшилася не менше ніж у 2,5 рази. На диспансерному обліку перебуває понад 280 тис. хворих на ХГ (652 на 100 тис. населення) і понад 40 тис. хворих на ЦП (128 на 100 тис. населення). Основні вимоги до ідеального гепатопротектора (R. Preisig, 1970): достатня абсорбція; наявність ефекту «першого проходження» через печінку; здатність зв'язувати або запобігати утворенню високоактивних токсичних сполук; можливість зменшувати надмірне запалення; пригнічення фіброгенезу; стимуляція регенерації печінки; природний метаболізм при патології печінки; екстенсивна кишково-печінкова циркуляція; відсутність токсичності. Доповідач зупинився на ефективності різних груп гепатопротекторів за даними світового досвіду.

Д.м.н. Березенко В.С. виступила з доповіддю «Особливості перебігу гепатиту С у дітей. Сучасні під-

ходи до лікування». Поширеність HCV-інфекції: в Європі та США — 0,2 % (діти до 12 років) — 0,4 % (12–19 років); в Японії — 0 %; в Африці (Камерун) — 14,5 %, Саудівській Аравії — 10 %. В Україні клінічно виражені форми гострого гепатиту С реєструють лише з 2003, хронічні — з 2009 року. У 2013 р. захворюваність дітей віком до 14 років була 0,01 на 1000. У США та країнах Європи поширеність серопозитивності за ВГС серед вагітних жінок становить 0,15–2,40 %, в інших регіонах планети вона може бути вищою. Більшість (2/3) випадків вертикальної передачі відбувається під час пологів, що підтверджується відсутністю РНК ВГС у новонароджених при визначенні одразу після пологів. Проведення кесарського розтину не зменшує ризику

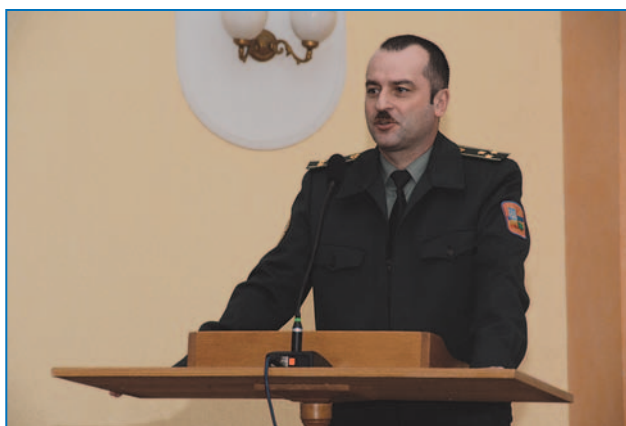
перинатальної передачі ВГС. Ризик його передачі від матері до дитини — в межах 4,7–6,7 %. Наявність у матері коінфекції ВІЛ/ВГС збільшує передачу ВГС від матері на 90 %. За наявності коінфекції ВІЛ/ВГС у матері частота вертикальної передачі становить 20 %. Фактори ризику вертикальної перинатальної передачі: високе вірусне навантаження матері; тривалий (понад 6 год.) безводний проміжок у пологах; використання внутрішнього фетального моніторингу. Існує явище внутрішньосім'яної передачі (кластерингу) ВГС-інфекції. В основі явища лежать два моменти: більш тісні побутові контакти з родичами; подібна спадкова схильність імунної відповіді на інфекцію у родичів. На сьогодні відомі

такі закономірності: передача від дитини до дитини в одній сім'ї — 31 %; від матері до дитини — 23 %; від батька до дитини — 12 %; від чоловіка дружині (чи навпаки) — 6 %. ХГС є значною клінічною проблемою в дитячому віці й може призводити до фіброзу, ЦП, ГЦК. Прогресування фіброзу печінки у дітей є повільнішим, ніж у дорослих. Прогресування фіброзу в цироз має місце в 1,8 % дітей із ВГС протягом 9 років порівняно з 20 % у дорослих за такий же проміжок часу. ГЦК дуже рідко зустрічається у дітей порівняно з дорослими. У пацієнтів із нелікованим ВГС у дитинстві прогресування фіброзу в дорослому віці може відбуватися швидко. Спонтанний кліренс ВГС у дітей спостерігається в 8–20 %, у дорослих — у 5–15 %. Предиктори швидкого прогресування фіброзу у дітей — пери-

натальне інфікування, ожиріння, тривалість інфекції, 1-й генотип вірусу. Запальні зміни в печінці та чоловіча стать корелювали з прогресуванням фіброзу. Вірусне навантаження та 1-й генотип вірусу показали невелику, але недостатньо вірогідну кореляцію. Вік, тривалість інфекції, шлях передачі, індекс маси тіла, а також показник АЛТ, наявність автоімунних антитіл не корелювали з прогресуванням фіброзу. Березенко В.С. навела дані власних досліджень у дітей, інфікованих ВГС. Мета при лікуванні — досягнення елімінації ВГС із крові пацієнта, що запобігає прогресуванню ХГ до кінцевої стадії та розвитку ГЦК, та ліквідація позапечінкових проявів інфекції. Мотивація для лікування ХГС у дитячому віці: запобігання прогресуванню фіброзу та

формуванню ЦП і ГЦК не лише в дитячому, але й дорослому віці (у 4–6 % дітей із ВГС формується ЦП); діти з ХГС мають погіршення якості життя та певну соціальну дезадаптацію, нижчі фізичні, психологічні, когнітивні характеристики порівняно з неінфікованими. Ефективність противірусного лікування у дітей обґрунтована нижчим вірусним навантаженням, меншою стадією фіброзу, меншою тривалістю інфікування; діти віком понад 1 рік мають сильну імунну відповідь, що зберігається в підлітковому віці. Доповідач навела дані стосовно стійкої вірусологічної відповіді за результатами 5 репрезентативних клінічних досліджень з використанням комбінації ПЕГ ІФН альфа-2b та альфа-2a в комбінації з рибавірином (2005–2011). Рекомендована терапія ХГС у дітей: комбінація пегільованого інтерферону альфа та

рибавірину. У дітей з 3 років життя використовується пегільований інтерферон α -2b, що призначається в дозі 60 мкг/м² підшкірно 1 раз на тиждень + рибавірин у дозі 15 мг/кг двічі на день. Курс лікування — 24 тижні для хворих із 2-м та 3-м генотипом вірусу і 48 тижнів для пацієнтів із 1-м генотипом HCV. Проблемні питання лікування ХГС у дітей: тактика лікування у «складних» хворих — діти з автоімунними захворюваннями (гепатит, тиреоїдит, ДЗСТ), цукровий діабет, онкогематологічні хворі та ін.; тактика лікування у хворих із прогностично несприятливими факторами ефективності противірусної терапії (ПВТ) (ожиріння, перевантаження залізом); небажані явища на фоні ПВТ; неефективність ПВТ — відсутність стійкої вірусологічної відповіді. Серед висновків автор відзначила, що



ХГС у дітей характеризується переважно безсимптомним перебігом неактивного чи мінімально активного гепатиту; встановлено пряму кореляцію між вірусним навантаженням та активністю гепатиту; вираженість фіброзу (індекс APRI) залежить від тривалості ХГС та активності гепатиту, кількості рецидивів; прогресування ХГС не є лінійним процесом і тривалість інфікування не завжди є критерієм ступеня фібротичних змін у печінці; проведення протівірусної терапії (пегільований інтерферон α та рибавірин) на сьогодні є безальтернативним методом стримування та призупинення прогресування фіброгенезу в печінці у дітей із ХГС; зважаючи на факт можливого швидкого прогресування фіброзу у дітей із ХГС, слід відстрочити ПВТ не більше ніж на два роки (критерій прийняття рішення — повторна біопсія печінки).

Із доповіддю «Досвід застосування пегільованих форм інтерферонів при хронічному вірусному гепатиті С у дітей, які перенесли онкогематологічні захворювання» від групи авторів виступив д.м.н., професор Крамарьов С.О., який надав інформацію щодо актуальності проблеми ХВГ у дітей, причин високої частоти інфікування, особливостей перебігу вірусного гепатиту. У наш час стандарти лікування ХВГ у дітей з онкогематологічними захворюваннями (ОГЗ) відсутні. Доповідач навів дані, отримані за допомогою фахівців кафедри, про те, що як серед здорових дітей, так і серед дітей з ОГЗ переважали 2-й і 3-й генотипи вірусу С. Серед дітей з ОГЗ в 4,6 раза було більше дітей із високим рівнем вірусного навантаження. Перед початком ПВТ рівень АЛТ був вищий за 2 норми та частіше зустрічався у дітей з ОГЗ, тоді як у здорових дітей частіше зустрічався рівень АЛТ, нижчий за 2 норми. У групі здорових дітей ефективність ПВТ була вищою при вихідному рівні АЛТ, нижчому за 2 норми, тоді як у дітей з ОГЗ мало місце протилежне. Ефект ПВТ чітко залежав від вихідного рівня вірусного навантаження. Чим вищий рівень вірусного навантаження, тим нижча ефективність лікування. Ефективність ПВТ в 1,6 раза вища у пацієнтів із 2-м та 3-м генотипами в обох групах. Проведення поліхіміотерапії і РТ у дітей з ОГЗ суттєво впливає на ефективність ПВТ ВГС. Найбільш оптимальні терміни початку ПВТ у дітей з ОГЗ — че-

рез 36 місяців після закінчення хіміотерапії. У дітей з ОГЗ частіше відзначаються ускладнення при проведенні ПВТ з боку системи крові порівняно зі здоровими дітьми. Рецидиви частіше мали місце у дітей з ОГЗ та при 1-му генотипі вірусу С.

К.м.н. Сніцарь А.О. у своїй доповіді «Пункційна біопсія печінки. Клініко-лабораторні паралелі» надав інформацію про необхідність біопсії для визначення ступеня фіброзу, ступеня альтерації, підтвердження вірусної етіології (HВсorAg, ПЛР біоптату, імуногістохімії); встановлення інших причин гепатиту: автоімунного, хвороб обміну (вміст міді, заліза, амілоїдозу тощо); стеатозу; як золотий стандарт при сумнівах у кореляції з клінікою інших методів визначення фіброзу та ін. Доповідач навів власні дані стосовно проведених біопсій. 3 червня 2011 р. використовували фібротест, зроблено 309 досліджень. Біопсію проводили в основному в молодих людей (переважно чоловіків (58 %), для яких необхідно було вирішити питання про терапію. У середньому по Сумській області зустрічались 1/2-й та 3-й генотип ВГС — 50/50. Біопсію проводили у хворих із 1-м генотипом. А3 — по 15 % при 1-му і 3-му генотипах. Вірогідної різниці не виявлено. Всі цирози зустрічались при 1-му генотипі. Серед попередніх висновків: ступінь вірусного навантаження і генотип практично не впливають

на вираженість альтерації і рівень фіброзу; усі виявлені цирози згруповані в 1-му генотипі, хоча за іншими ступенями фіброзу явних відмінностей не виявлено. Встановлено, що у кожного 7-го хворого з нормою АЛТ був виражений ступінь альтерації. Із помірною і вираженою альтерацією було понад половини хворих (53 %). Зустрічальність А3 приблизно однакова при нормальних і підвищених значеннях АЛТ (у 14–17 % випадках при нормальній та при підвищеній АЛТ). У висновках доповідач відзначив, що на тлі нормальних біохімічних показників у 53 % (14 % — А3 і 39 % — А2 = 53 % у сумі) пацієнтів можуть бути виявлені клініко-морфологічні ознаки серйозного прогресуючого запального печінкового процесу; висока активність некрозозапальних процесів спостерігається приблизно з однаковою частотою при нормальному рівні трансаміназ і гіперферментемії (відповідно 14 і 17 %). У 6 % хворих при нормальних показниках АЛТ був виражений фіброз, в



3 % — цироз. Цироз виявляється однаково часто, незалежно від активності АЛТ (3–5 %). Цироз може бути неявним клінічно (10 випадків цирозу виявлено тільки за допомогою біопсії). Лише в одного пацієнта були клінічні прояви цирозу. Слід звертати увагу на «дрібні знаки» у вигляді незначної переміжної тромбоцитопенії, помірного збільшення селезінки. Серед подальших висновків: цироз зустрічається приблизно з однаковою частотою при нормальних значеннях АЛТ і при гіпертрансфераземії; біопсія (як і неінвазивні методи визначення фіброзу) дозволяє діагностувати (або запідозрити) цироз без клінічних проявів. При порівнянні даних фіброскану та біопсії у 6 з 19 досліджень було відзначено збіг (32 %): при F2 — 4 (67 %), при F4 — 2 (33 %). При порівнянні даних фіброскану та фібротесту з 23 досліджень — 11 збігів (48 %): F2 — 4 (36 %), F3 — 2 (18 %), F4 — 5 (46 %). При порівнянні даних фіброскану, фібротесту та біопсії — з 10 досліджень усього 1 повний збіг за F4.

Д.м.н., професор Бодня К.І. виступила з доповіддю «Екологічно-біологічні і клініко-епідеміологічні особливості гельмінтозів як основа організації боротьби та профілактики». Крім вірусів, бактерій і грибів, до справжніх паразитів, за даними Оденінга (*Odening K. Biol. Rundschau.*), належить близько 55 тис. видів найпростіших, 7 тис. видів членистоногих, 20 тис. видів гельмінтів, серед яких понад 500 — паразити людини. У наш час все більший розвиток має програма «Забуті тропічні хвороби» (*Neglected Tropical Diseases*), що стосується хвороб, які не отримали належної уваги з боку співтовариства й осіб, які здійснюють планування заходів громадської охорони здоров'я. До таких хвороб належать і гельмінтози. З точки зору організації заходів боротьби та профілактики гельмінтозів найбільше значення мають такі їх біологічні особливості: стадійність розвитку; різноманітність екологічних вимог на різних стадіях розвитку; особливості розмноження; тривалість життя окремої особини; плодючість і виживання гельмінтів; адаптованість гельмінтів до організму господаря. Збудники більшості гельмінтозів-антропонозів є еволюційно древніми паразитами, добре адаптованими до захисних механізмів організму людини. Деякі чинники не справляють безпосередньо великого впливу на ризик зараження гельмінтозами, проте виявляють досить тісний зв'язок з ураженістю населення. Це, наприклад, рівень грамотності населення, рівень безробіття, валовий внутрішній продукт (ВВП) на душу населення, дитяча смертність (на 1000 живонароджених), материнська смертність (на 100 000 живонароджених), загальні витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП, загальні державні витрати на охорону здоров'я у відсотках від загальних державних витрат, населення, яке живе в будинках із централізованою системою водопостачання (у відсотках), населення, забезпечене гігієнічним видаленням нечистот і стічних вод (у відсотках), та ін. Оскільки ураженість різних груп населення гельмінтозами неоднакова, неоднаковою є і тяжкість перебігу. Клінічні прояви гельмінтозів залежать безпосередньо від ураженості населення. Чим

вищий рівень ураженості у вогнищі, тим частіше спостерігаються тяжкі випадки гельмінтозів. Так, наприклад, у містах, де ентеробіоз значно поширений, нерідкими є випадки так званого хірургічного ентеробіозу, коли гострики, накопичуючись масами в кишечнику, призводять до запальних процесів в апендикулярному відростку та інших хірургічних ускладнень. У той же час у країнах, де ураженість низька, ентеробіоз зазвичай перебігає субклінічно, а випадки хірургічного ентеробіозу є казуїстикою. Зростання числа хворих обумовлено не тільки налагодженням обліку та звітності, а й забрудненням водних джерел неочищеними і недостатньо очищеними стічними водами, а також недостатністю очищення питної води. Яйця гельмінтів можуть міститися у воді, що відповідає стандартам за бактеріологічними показниками. Тому в ряді країн вводять у показники якості води паразитологічні показники (цисти і ооцисти найпростіших, яйця гельмінтів). У США діє закон про безпеку води, що регламентує вміст яєць гельмінтів як провідного показника якості питної води. Основними причинами все ще значного поширення в Україні деяких видів гельмінтозів є недостатня увага керівників органів і установ охорони здоров'я до питань організації оздоровлення населення від гельмінтозів; слабка підготовка лікарів лікувально-профілактичної мережі в галузі гельмінтології і недостатня увага до виявлення, лікування та диспансеризації хворих на гельмінтози; використання малоефективних методів діагностики гельмінтозів (нативний мазок); недооцінка санітарних заходів у боротьбі з гельмінтозами; недостатнє проведення санітарної пропаганди серед населення з питань профілактики гельмінтозів, відсутність на місцях наочних посібників, санітарно-освітньої літератури. Особливістю більшості гельмінтозів залишається хронічний перебіг, що пов'язаний з тривалою, багаторічною присутністю збудника в організмі хворого через брак специфічного лікування. Доповідач висвітлила питання регіональної стратегії з боротьби та профілактики гельмінтозів у країнах Європейського регіону (за даними ВООЗ). Підлягають обстеженню на аскаридоз, трихоцефальоз: хворі в стаціонарах, амбулаторні хворі (за клінічними показаннями); співробітники парникових, овочівницьких господарств, теплиць, оранжерей, плодоовочевих консервних заводів, овочевих баз і магазинів, очисних споруд (1 раз на рік); населення вогнищ; діти старших і підготовчих груп дошкільних закладів, учні 0–4 класів шкіл, шкіл-інтернатів, діти дитячих будинків, санаторних шкіл, будинків дитини (1 раз на рік); жителі оздоровлених мікровогнищ; населення несприятливих у санітарному відношенні ділянок міста; спостереження за перехворілими на аскаридоз і трихоцефальоз протягом 3 років у вогнищі, дослідження калу через 3 тижні після лікування тричі (інтервал 2–3 дні). У районах з ураженістю населення вище ніж 10 % — суцільне обстеження раз на рік; у районах з ураженістю населення до 10 % — обстеження раз на 2 роки 20 % жителів.

За останні 10 років у 80 разів зросла захворюваність на токсокароз в Україні. Найчастіше вісцеральна фор-

ма *Larva migrans* обумовлюється личинками токсокар собак і кішок — *Toxocara canis* і *Toxocara mystax*. Порівняно з іншими гельмінтами токсокари чинять найбільш активну полівалентну імунодепресивну дію; захворювання супроводжуються алергічними проявами, що призводить до зниження ефективності вакцинації проти ряду дитячих інфекцій. Клінічні прояви залежать: від подразнюючої дози, частоти реінвазії; фази міграції або інкапсуляції; від розподілу личинок в органах і тканинах; особливостей імунної відповіді людини; крім того, відзначена можливість занесення личинками токсокар вірусу поліомієліту в центральну нервову систему. Основні симптоми токсокарозу: рецидивуюча гарячка; легеневий синдром; гепатомегалія; лімфаденопатія; еозинофілія; гіпергаммаглобулінемія. У наш час фахівцями ВООЗ розробляється новий перелік життєво важливих лікарських засобів (Essential Drugs List), очікуваний у багатьох країнах як керівництво для забезпечення основних потреб охорони здоров'я та модель для розробки подібного списку в кожній окремо взятій країні з урахуванням її індивідуальних особливостей. До цього переліку входять препарати, відсутність яких створює реальну загрозу для життя пацієнтів. Поряд з антибактеріальними засобами в ньому зазначені й антигельмінтні препарати. В Україні сьогодні зареєстровано такі антигельмінтні препарати: піперазин, левамизол, пірантел, мебендазол, тіабендазол, альбендазол, а також значно поширені препарати, що містять альбендазол, який активний щодо личинкових стадій гельмінтозів.

Д.м.н., професор Виноград Н.О. виступила з доповіддю «Ендемічні природно-осередкові захворювання України в структурі інфекційної патології ЦНС. Частина 2. «Рідні» забуті інфекції». Особливості сучасного етапу та природно-осередкові інфекції: зміна меж нозоареалів; модифікація структури природних осередків ОНІ; мозаїчність природних осередків; поєднані осередки за спектром патогенних біологічних агентів (ПБА); поява нових ПБА; змішані та урбаністичні осередки ПОІ. Стосовно взаємозв'язку клімату і змін меж нозоареалів: випадки захворювань на ККГГ, ГГ Денге в Греції (2008), ГГ Чикунгуня в Італії (2011–2012; 2014), ВКЕ — поширення горизонтально і вертикально в країнах Європи (2007–2012); москітні гарячки — в Німеччині (2008), Чехії (2010); ГГНС — у Люксембурзі, Данії, Нідерландах (2011–2012). Доповідач зупинилась на групах патогенних біологічних агентів: ендемічні збудники — убіквітарні з високим епідемічним потенціалом, природно-осередкові ОНІ; екзотичні збудники; генетично модифіковані — технологічні з непрогнозованим впливом на екосистеми, потенційні агенти для БЗ і БТ. Виноград Н.О. надала інформацію щодо переліку нейротропних збудників ендемічних в Україні природно-осередкових хвороб: ГГНС; ККГГ, лихоманки Західного Нілу, кліщового енцефаліту, хвороби Лайма, марсельської лихоманки, Ку-лихоманки, лептоспірозу, бруцельозу, москітних вірусних лихоманок, вірусу Тоскана, рикетсіозів ГПЛ, туляремії, лістеріозу, сказу, сибірки, кліщового висип-

ного тифу. Професор зупинилась на клінічних проявах орнітозу з ураженням центральної нервової системи (ЦНС) (менінгеальні симптоми: ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга, Брудзинського; гіпертензійний синдром: головний біль, блювання; люмбальна пункція: СМР під тиском, цитоз 20–500 в 1 мкл лімфоцитарний, білок — незначно, глюкоза, хлориди — норма); бруцельозу з ураженням ЦНС (ураження ЦНС при хронічному перебігу — *Brucella mellitensis* і *Br. abortus*, менше це встановлено для *Br. canis* і *Br. ovis*; первинне ураження ЦНС — менінгоенцефаліти — *Br. ceti*, *Br. pinnipedialis*, *Br. microti*). При інфікуванні людей *Br. ceti*, *Br. pinnipedialis* хвороба переважно маніфестує у вигляді церебрального лептоменінгіту, менінгоенцефаліту, енцефаліту, мієліту, порушення мозкового і спінального кровообігу; інтрамедулярні абсцеси; субарахноїдальними крововиливами; внутрішньочерепною гіпертензією; ураженням III, IV і VI пар черепно-мозкових нервів; синдромом розсіяного склерозу і сирингомієлобульбії. За даними автора, гострий бруцельоз було діагностовано в 32 випадках за даними рівня IgM, спостерігались симптоми ураження респіраторного тракту, синдром жовтяниці, ураження опорно-рухового апарату, ураження нервової системи (менінгіт; первинні клінічні діагнози в цих випадках були: «ГРВІ і бронхіт. Серозний менінгіт», «менінгіт нез'ясованої етіології», «ГРВІ. Нейротоксикоз», «вірусний гепатит нез'ясованої етіології»). Проявами бруцельозу з ураженням ЦНС (менінгіту) були: перебіг менінгіту млявий, слабо виражені загальномозкові та менінгеальні симптоми, помірний головний біль, нечаста блювота; слабо виражені ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга, Брудзинського; ураження II та VII пар черепних нервів — зниження зору і слуху; дієнцефальний синдром; лімфоцитарний плеоцитоз, глюкоза, білок і γ -глобуліни. При хронічному перебігу: спастичні паралічі, судорожні напади, джексоновські напади. При бруцельозі ураження периферійної нервової системи спостерігали до 30–60 % випадків: прояви були у вигляді радикулітів (спінальні корінці та нерви — крижовий, шийний, грудний); невритів (трійчастий, лицьовий); поліневритів, при електронейроміографії — змішані аксонально-демієлінізуючі ураження моторних і сенсорних гілок периферійних нервів (осьових циліндрів); аксональні блоки в ліктьових і колінних суглобах. При нейропатії спостерігали: больовий синдром, м'язові атрофії, гіпотонію; при полінейропатії (хронічному бруцельозі): мерзлякуватість, парестезії у кінцівках, судомні посіпування в ногах, виражені чутливі порушення. Прояви ураження вегетативної нервової системи були у вигляді слабкості, пітливості, втомлюваності, мерзлякуватості у кінцівках, емоційної лабільності (плаксивість, дратівливість, образливість), метеозалежності. «Психобруцельоз» був у вигляді реактивних станів, гострих психозів, неврозів, іпохондрії, високого рівня тривожності, депресії, астенізації, зниження пізнавальних процесів — мислення, уваги, пам'яті.

Д.м.н., професор Зайцев І.А. виступив із доповіддю «Оптимізація схем лікування хворих на вірусний гепа-

тит С пегільованим інтерфероном та рибавірином». Доповідач показав еволюцію в лікуванні хворих на ХВГС із 1b-генотипом. Хворі, які потребують невідкладного початку лікування: тяжкий фіброз (Metavir F3) та компенсований цироз (Metavir F4), необхідність трансплантації в найближчий час, змішана криоглобулінемія тип 2, 3 з ураженням органів-мішеней, протеїнурія, нефротичний синдром, мембранопроліферативний гломерулонефрит. До пріоритетних належать такі показання: помірний фіброз (Metavir F3), коінфекція ВІЛ, ВГБ, інші захворювання печінки (НАСГ), цукровий діабет, пізня шкірна порфірія та ін. До високого ризику трансмісії належать такі хворі: гомосексуалісти, внутрішньовенні наркомани, хворі на гемодіалізі та ін. До хворих, яким протипоказана інтерферонотерапія, належать: хворі з непереносимістю ІФН, автоімунним гепатитом та іншими автоімунними порушеннями, гіперчутливістю до ПЕГ або інших компонентів схеми лікування; депресією, що не контролюється; вмістом нейтрофілів менше $1,5 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцитів — менше $90 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобіну — менше 100 г/л, захворюваннями серцево-судинної системи в стадії декомпенсації, захворюваннями печінки в стадії декомпенсації. Шанси на розвиток цирозу залежать від активності та стадії захворювання. Зайцев І.А. зупинився на прогресуванні фіброзу у хворих на ХВГС із нормальним та підвищеним рівнем АЛТ; показав відсоток осіб із підвищеним АЛТ при початкових (понад 6 міс.) нормальних показниках АЛТ, прогресування захворювання у хворих на ХВГС із постійно нормальними показниками АЛТ та їх підвищенням у подальшому. Швидкість прогресування фіброзу у хворих із «м'яким» гепатитом корелює з віком, коли було встановлено діагноз. Коінфекція з ВГВ, ВІЛ/ВГС прискорює прогресування захворювання. Професор зупинився на вірусному навантаженні та генотипі як прогностичних маркерах; на негативних прогностичних факторах, що впливають на природний перебіг захворювання, результати ПВТ; впливі вираженості фіброзу на вірогідності досягнення СВВ, ефективності терапії ПР залежно від вихідних предикторів; ГеноФіброТесті як предикторі СВВ; алгоритмі відбору хворих на ПВТ. Також автор навів інформацію щодо СВВ при різних схемах лікування, правил припинення терапії телопревіром.

Із доповіддю «Вроджені захворювання печінки у дітей. Власний досвід» від групи авторів виступила **к.м.н., доцент Палатна Л.О.**, яка розповіла про актуальність проблеми уражень печінки у дітей раннього віку. Діти раннього віку становлять близько 30 % серед усіх дітей із патологією печінки. Виявлено широкий спектр етіологічних форм захворювань. Є труднощі щодо діагностики, особливо генетично детермінованої патології. Спостерігається малосимптомний перебіг вірусних гепатитів із формуванням первинно-хронічного процесу. Автор повідомила про обмежене застосування у дітей раннього віку інструментальних методів дослідження, в тому числі морфологічного. Найбільший потенціал хронізації уражень печінки — у дітей раннього віку (при інфікуванні дитини віком до року

ВГБ хронічний процес розвивається у 77 % випадків, від 1 до 10 років — у 43 %, у дорослих — лише у 7 % інфікованих). У наш час проблеми уражень печінки у дітей раннього віку набувають усе більшої актуальності: у 10–20 % дітей із вродженим гепатитом виявляють антигени гепатиту В (частіше HBsAg); антитіла до вірусів краснухи, цитомегаловірусу, герпесу, Коксакі, ЕСНО, мікоплазми, токсоплазми, сифілісу. Частота внутрішньоутробної вірусної інфекції коливається від 0,4 до 22,3 %. Випадки тяжкого перебігу трансплантацетарно переданої вірусної інфекції плоду і новонародженому, що супроводжуються жовтяницею, зустрічаються з частотою 1 : 5000–1 : 10 000 пологів. Ідентичні первинні прояви (часто недооцінюються різниця між фізіологічною гіпербілірубінемією і гіпербілірубінемією, що вказує на тяжке ураження печінки). Палатна Л.О. показала структуру захворювань печінки у дітей раннього віку, навела робочу класифікацію вірусних гепатитів у новонароджених (2001), що була розроблена кафедрою неонатології спільно з кафедрою вірусології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Автор подала диференціальну діагностику ГВ із вірусними, бактеріальними інфекціями, структуру уражень печінки у дітей раннього віку, зупинилась на причинах вроджених гепатитів (за даними госпітальної статистики), особливостях перебігу вроджених гепатитів. Доцент навела приклади клінічних випадків, надала інформацію стосовно лікарських препаратів, що сприяють зниженню рівня білірубину в крові, та гепатопротекторів.

Від групи авторів виступив **д.м.н. Трихліб В.І.** з доповіддю «Фактори розвитку ранової інфекції та мікрофлора з інфікованих ран при бойовій травмі». Бойові рани відрізняються від поранень у мирний час механізмом пошкодження, ступенем забруднення, ураженням одночасно різних органів. Вибухові травми є гетерогенними за механізмом вражаючої дії. При бойовій травмі відбувається значне руйнування тканин органів, спостерігається розвиток гематом, порушення кровообігу з ішемією тканин органів, гіпоксією. Поранення є більш значно забрудненими, ніж рани, після оперативного втручання у цивільного населення, внаслідок як мікрофлори пораненого, так і предметів довкілля (куль, уламків, бруду, тканин одягу, води та ін.). У більшості випадків фактори ризику розвитку інфекційних ускладнень при пораненнях у військовослужбовців такі ж, як і серед цивільного населення. Ускладнення розвиваються частіше, коли існує більш тривалий термін між пораненням та первинною хірургічною обробкою. Ранова інфекція частіше розвивається при політравмах, значному руйнуванні тканин, при великих розмірах рани, затримці в лікуванні. Розвитку полімікробної асоціації аеробно-анаеробної флори в ранах сприяють: шок, біль, втрата крові, гіпоксія, гематоми, кількість та вид ураженої тканини, вік пораненого та супутні захворювання. Фактори, що визначають спектр збудників у ранах: тип рани, місце ураження (локалізація), термін між пораненням та хірургічною обробкою рани, кліматичні фактори, сезон року, гео-

графічне розташування місця, де відбулось поранення, стан санітарно-гігієнічних умов, звичок пораненого. В сучасних локальних військових конфліктах інфекційні ускладнення розвиваються у 20–30 % поранених після кульових, уламкових, у 40–60 % — після мінно-вибухових поранень. Остеомієліт розвивається в 6,9 % при ізольованих переломах, при численних — в 9,3 %, при поєднаних — у 20,3 % поранених. У 71,1 % поранених із багатоуламковими переломами довгих трубчастих кісток, при пізній хірургічній обробці рани розвивався остеомієліт, що у 14,2 % випадків було причиною розвитку сепсису. У 25 % поранених розвивалась флегмона. За даними Agul Ramasamy зі співавт., інфікування ран реєструвалось у 42 % випадків поранень, остеомієліт — у 12 %. Частота інфекційних ускладнень у врятованих кінцівках становила 42 %. За результатами інших досліджень, ці показники були більшими, ніж серед цивільних осіб при пораненнях кінцівок, що були отримані при ходьбі (від 7,1 до 22,2 % випадків). За даними авторів, це було пов'язано з більш значним ураженням м'яких тканин та забрудненням при бойовій травмі. При вогнепальних пораненнях спостерігається значна мікробна забрудненість ран, і вона є більш вираженою при пораненні нижніх кінцівок. На розвиток інфекційного процесу в рані, крім різних факторів, впливає склад мікрофлори та кількість мікробів у рані. Критичним рівнем мікробного забруднення є вміст більше ніж 10^5 – 10^6 бактерій в 1 г тканини з глибини рани. Також на розвиток інфекції впливають місцеві зміни в рані, наявність сторонніх предметів, кількість некротизованих тканин, загальний стан організму пораненого. При рановій інфекції (інфекційно-запальному процесі, що розвивається в живих тканинах, оточуючих рану) до 90 % збудників мають ендогенне походження. Тривале перебування у відділенні реанімації сприяє проникненню в організм і госпітальних (полірезистентних) збудників. До етіологічних збудників інфікованих ран належать: грампозитивні аеробні коки (стафілококи, стрептококи, ентерококи), які зараховують до нормальної фізіологічної флори шкіри та слизових людини; грамнегативні факультативні аеробні палички, мікрофлора, яка належить до *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* та ін.) — ці мікроби переважають у звичайній флорі кишечника; мікрофлора з навколишнього середовища; грамнегативна флора (*Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*, *Acinetobacter calcoaceticus*, *A. baumannii*); різноманітні бактерії, які пов'язані з вологим середовищем, пилом, анаеробні грампозитивні *Clostridium* spp., грамнегативні аспорогенні *Bacteroides* spp., грампозитивні анаеробні коки; *Peptostreptococcus* spp., *Peptococcus* spp. Останні, як правило, колонізують кишечник, у першу чергу товсту кишку, шкіру. Клостридіальні спори знаходяться також у навколишньому середовищі. Із збудників ранових інфекцій шкіри голови переважають коагулазонегативні бактерії роду стафілококів. При тяжких ураженнях головного мозку інфекційні ускладнення, як правило, мають системний і генералізований характер. Серед внутрішньочерепних

інфекцій переважає менінгіт, викликаний золотистим стафілококом і грамнегативними мікроорганізмами. Пневмонії, сепсис при тяжких ураженнях діагностуються в 4 рази частіше, ніж при пораненнях іншої локалізації. Найбільш часто з усіх мікроорганізмів, які були знайдені, виділялись: *S. aureus* — у 43 % поранених, *S. epidermidis* — у 20 %, не так часто виділялися *Streptococcus* spp., *Propionibacterium acnes*, *S. pneumoniae*, анаеробні стрептококи та інші анаероби. Під час недавніх військових конфліктів *Acinetobacter baumannii* виділявся в поранених у 13–32 % випадках. Анаероби й актиноміцети виділялися при пораненні через рот або при забрудненні ґрунтом. Рідко виділялися мікобактерії. Інфікування при пораненнях щелепно-лицьової ділянки відбувається в 10–14 % випадках (у попередніх війнах — у 7–42 % випадках, а в останніх війнах: на Балканах та Ірано-Іракській — в 10–11 %). Під час війни у В'єтнамі в передопераційних культурах у 100 % виділялися *Pseudomonas* та *Klebsiella* spp., золотистий стафілокок, кишкова паличка і гриби (ймовірно, *Candida* spp.). Під час Ліванської війни при пораненнях у щелепно-лицьову ділянку також виділялися дані збудники, плюс *Proteus mirabilis*, *Bacteroides* ламка, *Peptococcus* і *Peptostreptococcus*. Під час війн в Іраку та Афганістані, крім цих збудників, відзначається збільшення кількості випадків із полірезистентними бактеріями *Acinetobacter baumannii* — *calcoaceticus* complex (ABC) (Clinton K., 2008). Частіше з ран внаслідок бойової травми висівалась грамнегативна флора (Заруцький Я.Л., Шудрак А.А., 2014; Бисенков Л.Н., 1993). Залежно від частоти виділялись такі збудники: псевдомонас, клебсієла, стафілокок, протей, кишкова паличка, стрептокок, клостридії. При тривалому перебуванні в стаціонарі рани інфікувались штамами, резистентними до багатьох антибіотиків (Бисенков Л.Н., 1993). Після евакуації 54 поранених з Іраку в одного був виділений *Acinetobacter baumannii* — *calcoaceticus* complex. Із 43 поранених у середньому через 7,2 дня після травми у 6 були виявлені MRSA, ABC і *Klebsiella*. Під час війн в Іраку і В'єтнамі серед інфекційних ускладнень у 84 % були ранові інфекції. Серед мікрофлори переважали *Acinetobacter* (36 %), *E. coli* та *Pseudomonas* (по 14 %) (Petersen K. et al., 2007). При пораненнях кінцівок внаслідок бойових дій найчастіше виділялися *Acinetobacter baumannii*, синьогнійна паличка, β -лактамаз-продукуюча клебсієла, кишкова паличка, метицилін-резистентний золотистий стафілокок. Бактерії, що виділялись, були зі значною лікарською резистентністю (Murray C.K., Obremsky W.T., Hsu J.R. et al., 2011). За даними Ю.Г. Шапошникова (1984), для свіжої ранової флори характерними є три групи збудників: 1) спорогенні бактерії фекального походження, паличка правця, газоутворюючі анаероби; 2) неспорутворюючі, переважно грамнегативні кишкові бактерії (протей, кишкова паличка, клебсієла, ентеробактер, синьогнійна паличка); 3) піогенні коки — золотистий стафілокок, β -гемолітичний стрептокок групи А, анаеробний стрептокок. Основним збудником є золотистий стафілокок як у монокультури, так і в асоціації з

кишковою паличкою, протеєм, ентеробактером, епідермальним стафілококом. Згідно з Л.С. Змушко, А.С. Крюк (1980), спостерігається зростання кількості хворих на ранові інфекції з поєднаною мікрофлорою зі суттєвим зростанням частки грамнегативної. В ранах значно змінюється мікрофлора кожні 5–10 діб. У 31,8 % поранених з'являються нові збудники, зникають старі. Змінюється популяція і стафілококів. При госпітальному інфікуванні у 70–80 % відбувається за рахунок носіїв, у частини — внаслідок автоінфікування зі шкіри та слизових. За даними А. Вівер (1973), наприкінці середньої за тривалістю та складністю операції у 80–90 % хворих рани забруднені різноманітною мікрофлорою, але нагноєння розвивається тільки у 23–30 % осіб. На розвиток інфекції також впливають і бактероїди (аспорогенні анаероби, звичайні представники флори в ротовій порожнині, шлунково-кишковому тракті, трахеобронхіальному дереві, сечовидільній системі). У 76–78 % бактероїди виявлялись у складі мікробних асоціацій. У невеликої кількості поранених, які повернулися з Афганістану, з ран були висіяні інвазивні гриби, такі як *Rhizopus* spp., *Apophysomyces* spp., *Mucor* spp., *Saksenaee* spp., *Absidia* spp., *Chaetomium* spp., *Pythium* spp. Ці організми значно поширені в навколишньому середовищі і є частиною нормальної флори ґрунту, пов'язані з рослинністю, що гниє. Шкірні інфекції, викликані зигоміцетами, доволі рідко трапляються, але у пацієнтів з ослабленим імунітетом вони зустрічаються частіше і викликають значні ураження. Ці збудники при травмах у цивільних зустрічаються рідко (*Skiada A.*, *Petrikkos G.*, 2009). Крім цих збудників, із тканин поранених часто вирощують інші види, такі як *Aspergillus* spp., *Acremonium* spp., *Alternaria* spp., *Fusarium* spp., *Penicillium* spp., які не викликали інвазивні інфекції м'яких тканин у травмованого цивільного населення. У 2009–2010 рр. американські військові лікарі відзначили збільшення кількості інвазивної грибової інфекції серед бойових ран. Серед поранених, яких обстежували, більшість (88 %) були поранені під час пішого патрулювання. Травми були тяжкими. У 16 % виявлені випадки грибової інфекції (*Lloyd B.*, 2014). У період з липня 2009 по грудень 2010 р. обстежували поранених військових із США. У 20 із 30 випадків була доведена ангіовазонна грибової інфекція, у 4 — позасудинне походження грибків. В 92 % випадків поранення отримані під час пішого патрулювання, у 80 % — поранення нижніх кінцівок, у 97,2 % було переливання значної кількості крові. У 83 % випадків виявлені гриби, з них: *Mucorales*, *Aspergillus* spp, *Fusarium* spp. У 28 % ВІЛ-інфікованих було декілька видів грибів (*Warkentien T.*, 2012). При отриманні поранень у водних середовищах, забрудненні ґрунтовими водами інфікування ран можуть спричиняти *Aeromonas* spp., найчастіше *A. hydrophila* або *A. sobria* (*D. Evriviades*). У ГВМКЦ «ГВКГ» проведено аналіз мікробіологічного дослідження 491 проби біологічного матеріалу за період із квітня по листопад 2013 року та 1156 проб біологічного матеріалу за період із квітня по листопад 2014 року (за час лікування поранених учасників АТО).

Збір, транспортування та первинний посів біологічного матеріалу (мокротиння, виділення з ран, кров) проводилось загальноприйнятими методами. Загальна кількість культур, виділених із біологічного матеріалу, становила у 2013 р. 435, а у 2014 р. — 871. При дослідженні біологічного матеріалу мікроорганізми виділялись як у монокультурах, так і в асоціаціях. Частота виділення мікробних асоціацій у матеріалі з ран збільшилась у 2,5 раза. На розвиток інфекційних ускладнень поранень впливає ряд факторів: анатомічне місце ураження; умови, за яких отримано поранення; тяжкість отриманої травми; характер рани; термін хірургічної обробки рани після поранення; факт та термін введення антибактеріального препарату; попереднє лікування та ін. При профілактиці ускладнень у ранній термін після поранення враховують те, що, як правило, в рані переважає грампозитивна флора, крім випадків, коли уражаються сідниці, живіт, нижні кінцівки — в цих випадках переважає грамнегативна флора. При лікуванні ускладнень у більш пізні терміни після поранень слід урахувувати мікробні асоціації з переважанням грамнегативної, можливо, і грибової мікрофлори. Порівняно з мирним часом, у матеріалах із ран від поранених під час війни спостерігається збільшення частки грамнегативної флори та зменшення частки грампозитивної (*S. aureus*), а також поява штамів, що раніше не виділялись. У ГВМКЦ «ГВКГ» у відділенні реанімації для хірургічних хворих, хірургічних відділеннях із ран частіше виділялись *Ps. aeruginosae*, *Enterococcus* spp. У поранених, які перебували в травматологічному відділенні, крім цієї мікрофлори, в значному відсотку виділялись також *E. coli*. У відділенні гнійної хірургії в більшому відсотковому співвідношенні виділялись *S. aureus*, *Ps. aeruginosae*, *Streptococcus* spp., *E. coli*, *Enterococcus* spp.

Д.м.н., професор Чернишова Л.І. виступила з доповіддю щодо лікування та профілактики інвазивних пневмококових інфекцій. Пневмококові захворювання — інфекції, що викликаються бактеріями *Streptococcus pneumoniae* (*pneumococcus*). До інвазивних пневмококових захворювань належать: септицемія, пневмонія, менінгіти. До неінвазивних хвороб — середній отит, синусити, бронхіти. *Streptococcus pneumoniae* — головний збудник пневмонії. У світі кожні 20 секунд помирає 1 дитина від пневмонії. В Україні кожні 3 дні втрачаємо 1 дитину через пневмонію. Щорічно пневмонія забирає життя приблизно 1,4 млн дітей віком до 5 років. Це більше, ніж від СНІДу, малярії і кору, разом узятих. Доповідач зупинилась на етіологічній структурі бактеріологічно розшифрованих гнійних менінгітів у дітей віком від 1 місяця до 5 років. Більше за все в структурі виділяється менінгокок — 41,17 % та пневмокок — 35,3 %. Професор показала поширеність носійства *S. pneumoniae* у здорових дітей перших 5 років життя, продемонструвала більшу ефективність діагностики за допомогою культурального та ПЛР-методів, а також відзначила, що соціальна активність дітей істотно впливає на частоту назофарингеального носійства пневмокока. Автор розглянула чутливість пневмококів до антимікробних препаратів (більше за все чутливі до меропенему, цефтріаксону, цефотаксиму, хлорамфеніколу

та ванкоміцину). Чернишова Л.І. зупинилась на складі кон'югованих вакцин, надела дані вперше проведених в Україні досліджень серотипового складу назофарингеального носійства пневмококів у дітей, розподілу серотипів *S. pneumoniae*, виділених з ліквору дітей, хворих на менінгіт, у 2012–2014 рр., ознайомила з серотипами пневмокока, асоційованого з мультирезистентністю до антимікробних препаратів, із розподілом серотипів пневмококів та їх покриттям ПКВ у дітей з гнійним менінгітом. Доповідач відзначила, що пневмококова інфекція — провідна причина захворюваності та смертності у дітей після періоду новонародженості. Найбільш уразлива група дітей — до 5 років. Серед виділених штамів пневмокока у дітей в Україні 88,9 % належать до капсульних, з яких ідентифіковано 14 різних серотипів. Домінують серотипи 19F, 6A, 6B, 14 і 23F, які найчастіше відповідають за розвиток інвазивних пневмококових захворювань і є мультирезистентними до антибіотиків.

У доповіді «Етіологічні особливості негоспітальної пневмонії у військовослужбовців строкової служби за період з 1989 по 2012 р.» к.м.н., доцент кафедри військової терапії Попенко Н.В. відзначила, що серед усіх інфекційних захворювань пневмонії у середньому становляють 25 %. Згідно з всесвітньою статистикою, інфекції нижніх дихальних шляхів вважаються однією з основних причин смерті (Фещенко Ю.І., 2012). Негоспітальна пневмонія (НП) щорічно розвивається в 1,5 % населення світу, в розвинутих країнах захворюваність становить від 3,6 до 16 на 1000 осіб (Гончаров К.А., 2010). Незважаючи на досягнення сучасної діагностики, спостерігається збільшення числа хворих із тяжким перебігом захворювання, зростає смертність. Причинами цього є відсутність чітких даних про сучасну етіологічну структуру пневмонії взагалі та її регіональні особливості, що пов'язано зі стрімкими та суттєвими змінами спектра збудників, а також із зростанням факторів, що сприяють виникненню та тяжкому перебігу пневмонії (Чучалин А.Г., 2010). Тому сьогодні великого значення набувають якісна етіологічна діагностика, територіальний моніторинг резистентності, офіційне впровадження стандартизованих методик тестування мікроорганізмів, що і визначає актуальність подальшого пошуку шляхів оптимізації діагностики та підходів до лікування хворих на НП. Доповідачем був вивчений спектр збудників НП у військовослужбовців строкової служби (ВСС) за період з 1989 по 2012 р., встановлена чутливість виділених етіопатогенів до антибактеріальних препаратів. Проаналізовано історії хвороби 251 ВСС віком від 17 до 24 років, які хворіли на НП, серед них: легкий перебіг спостерігався у 72 (28,68 %), середнього ступеня тяжкості — у 86 (34,26 %), тяжка пневмонія — у 93 (37,05 %). Попенко Н.В. надала характеристику досліджуваних груп, надела спектр збудників НП, висіяних у хворих ВСС за період з 1989 по 2012 р. Серед 251 ВСС, хворих на НП, у 66 (26,29 %) було виявлено мікст-інфекцію. В 1-й групі — в 11 (13,09 %) хворих; у 2-й групі — у 29 (34,93 %) хворих; у 3-й групі — у 36 (42,85 %) хворих. Її збудниками є представники родини *Streptococcus* — 60 (37,27 ± 3,80) %, *Staphylococcus* — 59 (36,65 ± 3,79) %, *Neisseria* — 18 (11,18 ± 2,48) % і *H. influenzae* — 8 (4,96 ± 1,70) %. Автор

надала інформацію стосовно динаміки змін чутливості *S. pneumoniae* до антибактеріальних препаратів. Висновки були такі: наявність супутніх захворювань (гострий риносинусит, гострий фарингіт) і неадекватне ведення хворого спричиняють тяжкий перебіг НП, що найчастіше спостерігався в 3-й групі хворих ВСС (2005–2012 рр.) — 58,33 % порівняно з 1-ю та 2-ю групами — 20,23 та 32,53 % відповідно. Ретроспективний аналіз перебігу негоспітальної пневмонії у ВСС виявив, що в період 1989–2012 рр. мікроорганізмами, які найчастіше виділялись з мокротиння хворих, були представники родини *Streptococcus* — 197 (58,64 ± 2,68) %, зокрема *S. pneumoniae* і *S. mitis*. Відзначається вірогідне збільшення з роками числа збудників, що викликають мікст-інфекцію; збудниками, які утворюють мікст-інфекцію, є представники родини *Streptococcus* — 60 (37,27 ± 3,80) % і *Staphylococcus* — 59 (36,65 ± 3,79) %, *Neisseria* — 18 (11,18 ± 2,48) % і *H. influenzae* — 8 (4,96 ± 1,70) %. Чутливість *S. pneumoniae* до пеніциліну зменшилась з 85,18 до 76,19 % у 2-й групі порівняно з 1-ю. Росту резистентності *S. pneumoniae* до сучасних макролідів (включаючи азитроміцин), β-лактамних антибіотиків та респіраторних фторхінолонів не відзначено. Отже, амоксицилін/клавуланова кислота, макроліди (азитроміцин), левофлоксацин, ципрофлоксацин є найбільш активними препаратами щодо *S. pneumoniae* з 1997 по 2012 р.

У доповіді групи авторів під керівництвом д.м.н., професора Крамарьова С.О. «Досвід застосування рацекадотрилу в лікуванні ротавірусного гастроентериту у дітей» було показано, що діарея — друга за частотою причина смерті у дітей віком менше 5 років у світі. В Україні частота захворюваності та ризик смертності від діареї найвищий серед дітей віком до 1 року. В країні щорічно реєструється 50–60 тис. випадків гострих інфекційних діарей у дітей, що у 20–30 дітей закінчуються летально. Ротавірус — найбільш часта причина діареї як у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються. Підходи до лікування діареї у дітей: регідратація + антисекреторні препарати, антибіотикотерапія, допоміжна терапія (пробіотики, ентеросорбенти). У 1978 р. ВООЗ та ЮНІСЕФ ухвалили рішення про застосування розчинів для оральної регідратації як основного методу боротьби зі зневодненням. Ентеральна регідратація супроводжується значно меншою кількістю несприятливих наслідків і меншими термінами перебування в стаціонарі, ніж при внутрішньовенній регідратації (І, А). Діти, які можуть отримувати оральну регідратацію, не повинні отримувати рідину внутрішньовенно (І, А). Доповідач зупинився на патогенезі секреторної та інвазивної діареї у дітей і навів алгоритм лікування. Оптимальна терапія гострої діареї — запобігання дегідратації та контроль діареї. Професор навів дані щодо міжнародного досвіду та рекомендації стосовно застосування рацекадотрилу.

Від групи авторів із доповіддю «Вторинні менінгоенцефаліти як інтракраніальне ускладнення черепно-мозкової травми» виступила к.м.н. Панасюк О.Л. Доповідач відзначила, що щорічно у світі реєструється близько 10 млн випадків черепно-мозкової травми (ЧМТ), із них у 2,4 млн випадків люди стають інвалідами, 1,5 млн гинуть. Серед усіх травматичних ушкоджень людського організму ЧМТ досягає 30–50 % (Лебедев В.В., Крилов В.В.,

2000; M. Dearden, 2000) і в розвинених країнах залишається основною причиною смертності людей молодого віку (25–40 років). Автор навела класифікацію клінічних форм ЧМТ за характером впливу травмуючого агента. Частота інтракраніальних гнійно-запальних ускладнень ЧМТ коливається від 2 до 25 %. Вірогідність розвитку цих ускладнень залежить від багатьох факторів, основними з яких є механіка травми, клінічна форма, тяжкість ЧМТ, своєчасність і повноцінність надання медичної допомоги. Загальна летальність при ЧМТ коливається від 4 до 6 %, на тлі гнійно-запальних ускладнень досягає 32 %.

Інтракраніальні гнійно-запальні ускладнення можуть виникнути як при відкритій, так і при закритій ЧМТ. При цілісності кісток черепа основну роль відіграють гематогенний і метастатичний шляхи проникнення інфекції в ділянку гематоми, а також оперативне втручання і активація автоінфекції. Понад 50 % інтракраніальних ускладнень розвивалося на 4–10-ту добу після отримання травми. У разі проведення операції та профілактичної антибактеріальної терапії даний період подовжується до 14 днів. Преморбідний фон та фактори, що обтяжують: вік (незалежно від статі, ускладнення у 2–3 рази частіше зустрічалися у хворих віком понад 30 років); запальні процеси в лицьовій частині черепа (пародонтит, гайморит, тонзиліт); вторинний імунodefіцит; хронічні соматичні захворювання; алкоголізм;

попередня патологія лікворної системи, ЦНС (ДЕП, гіпертензійно-гідроцефальний синдром, внутрішньомозкові кісти, арахноїдит). Додаткові фактори, що сприяють розвитку вторинного менінгоенцефаліту: вторинне ушкодження головного мозку (внаслідок активації протеолітичних процесів через пошкодження мозкової тканини, порушення структури гематоенцефалічного бар'єра; тяжкість перебігу (64 % ускладнень при ТЧМТ); наявність додаткових інтракраніальних ускладнень (гематоми, ликвореї); внутрішньомозкові та поєднані гематоми в 30–46 % випадків були причинами гнійно-запальних ускладнень. Панасюк О.Л. зупинилась на посттравматичній ликвореї, симптоми якої: виділення прозорої рідини при зміні положення тіла; поява локальних набряків; гіпосмія, аносмія; зниження слуху, вестибулярні порушення на стороні пошкодження; порушення функції лицьового нерва; порушення смаку на передніх 2/3 язика на стороні ураження; зниження гостроти зору аж до сліпоти, пору-

шення полів зору у вигляді центральних і парацентральных скотом; постійний кашель. Доповідач навела результати власних досліджень 23 пацієнтів з ударом головного мозку в поєднанні з переломами кісток основи черепа. Основні симптоми та синдроми у травмованих: порушення свідомості за типом оглушення (69,6 %), сопору (26,1 %); краніобазальні симптоми; стовбурові симптоми; епілептиформний синдром; лихоманка; інтоксикаційний синдром (SIRS); метаболічні порушення (фаза катаболізму); ознаки поліорганної недостатності. У структурі інтракраніальних уражень мозку велика питома вага припадала

на внутрішньомозкові і субдуральні гематоми (56,5 %), субарахноїдальні (69,7 %), внутрішньошлуночкові (21,7 %) крововиливи. У 19 (82,6 %) пацієнтів у гострий період після ЧМТ спостерігалася ликворея: назальна (47,8 %), вушна (26,1 %), комбінована (8,7 %). У 8 (34,8 %) пацієнтів на момент надходження зберігалася постійна ликворна фістула з ликвореєю. У 3 пацієнтів ликворея мала інтермітуючий характер. У всіх хворих за даними МРТ спостерігалися явища порушення ліквородинаміки змішаного генезу (посттравматичного та запального), переважно за типом гіпорезорбтивної гідроцефалії. Гідроцефалія в гострий період ЧМТ спостерігалася у 65,2 % пацієнтів, у проміжний — у 82,6 %. СМЖ: цитоз ≥ 800 клітин, 80 % нейтрофілів, білок — 0,66–2,30 г/л, цукор — 2,3–4,7 ммоль/л. У 85 % хворих

реєструвалося підвищення лікворного тиску в середньому до 280 мм вод.ст. При бактеріологічному і мікроскопічному дослідженні ліквору, крові в жодному випадку нам не вдалося виявити бактеріальний патоген, що було пов'язано з попередніми курсами антибіотиків широкого спектра дії. Однак при дослідженні інших біологічних середовищ (мокрота, сеча) найбільш часто визначалися *Str. pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli*, *Enterococcus* spp., *Kl. pneumoniae*, *C. albicans*. При вірусологічному дослідженні ліквору в 4 випадках були виявлені антитіла класу IgG до HSV 1/2, які в титрі в 3 рази перевищували граничне значення в даному біологічному середовищі. Реактивація герпесвірусів у цих випадках сталася внаслідок ЧМТ та вторинного імунodefіциту. Тактика при локальній антибактеріальній терапії була такою: часті люмбальні пункції з ендолюмбальною терапією; люмбальний дренаж до 5–14 днів у поєднанні з ендолюмбальною антибактеріальною терапією; зовнішнє дренивання бічних шлу-



ночків головного мозку в поєднанні з венстрикулярним лаважем; субакципітальні пункції. Переваги інтратекальної терапії: ефективна санація ліквору з нормалізацією ліквородинаміки; значна місцева протизапальна дія при мінімізації негативного системного впливу проведеної терапії; безпосереднє надходження препаратів до патологічного вогнища, минаючи ГЕБ; зниження ймовірності розвитку резистентності збудників до антибіотиків; програмований лабораторний контроль терапії. За даними С.В. Царенко (НДІ швидкої допомоги ім. Н.В. Скліфосовського, Москва), «ефективними для інтратекального введення є амікацин у дозі 100–200 мг/добу, меронем — 50–150 мг/добу, таривід — 20–60 мг/добу, цефепім — 100–300 мг/добу, фортум — 100–300 мг/добу. При недостатній ефективності лікування застосовують комбінацію цих препаратів із ванкомицином 2,5–5 мг/добу або діоксидином 10–50 мг/добу». У висновках доповідач відзначила, що вторинний менінгоенцефаліт найчастіше розвивається на тлі тяжкої відкритої ЧМТ, ускладненої ліквореєю, гідроцефалією; у 17,4 % випадків має місце вірусно-бактеріальна мікст-інфекція внаслідок реактивації герпесвірусів, що необхідно мати на увазі в діагностиці та лікуванні ВМЕ; системна антибактеріальна терапія повинна доповнюватися інтратекальним введенням препаратів.

Д.м.н. Міроненко А.П. навела дані щодо особливостей епідемічного сезону грипу 2014–2015 рр. в Україні. Грипоподібні захворювання в Україні більше за все були представлені на 6–10-му тижні (значна кількість випадків захворювання на грип В. Тяжкі гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) в Україні більше за все були діагностовані з 3-го по 9-й тиждень (і також значна кількість випадків захворювання на грип В)). Автор навела результати виявлення вірусів грипу з дозорних клінік за 13 тижнів 2015 р., за сезон (тижні 40/2014–13/2015) в Європейському регіоні, а також дані щодо кількості лабораторно підтверджених випадків грипу в США у сезоні 2014–2015 рр. За результатами виявлення вірусів грипу в ПЛР та ізоляції на культурі клітин вірус грипу В був знайдений у 81,8 та 77,6 % відповідно. Міроненко А.П. зупинилась на штамовому складі вакцин на сезон 2013–2014 та 2014–2015 рр.

У доповіді «**Інфекційні захворювання органів системи дихання серед військовослужбовців, профілактика**» **д.м.н. Трихліб В.І.** від групи авторів запропонував до уваги учасників конференції показники захворюваності на ГРЗ і грип серед цивільного населення України та дані про те, що під час війн в Іраку (2003–2004) і Афганістані (2003–2005, 2009, 2010) гострі респіраторні інфекції були найбільш поширеними захворюваннями серед польських військовослужбовців, які лікувалися амбулаторно. Захворюваність в Іраку становила 45,6

у 2003–2004 рр., в Афганістані — 61,8 у 2003–2005 рр., 45,3 — у 2009 р., 54,8 на 100 військовослужбовців — у 2010 р. (Korzeniewski K. із співавт., 2013). Аденовіруси, грип А, В, пневмокок, стрептокок, коронавірус, риновіруси є основними причинами гострих респіраторних інфекцій серед військовослужбовців. За даними інших дослідників, серед етіологічних збудників ГРЗ у військовослужбовців провідну роль відіграють аденовірусна і мікоплазмозна інфекції (до 40 і 15 % від загальної суми захворювань відповідно). Відсоток грипу серед етіологічних збудників досягає 10–20 %, максимум — до 30 % у річній захворюваності. Також досить часто зустрі-



чаються різні асоціації (30–50 % випадків). Одночасно в більше ніж 40 % випадків збудники не встановлені. У період війни зростанню захворюваності на респіраторні інфекції сприяють екстремальні температури повітря, пил, дим від пожеж, шкідливі викиди від виробництва, зруйнованого ґрунту при вибухах, незадовільних санітарно-гігієнічних умов та ін. (Korzeniewski K. із співавт., 2014). За даними білорусь-

ких колег, захворюваність на позалікарняну пневмонію у військовослужбовців значно перевищує показники захворюваності цивільного населення Республіки Білорусь. Позалікарняні пневмонії розвивалися переважно у військовослужбовців строкової служби, при цьому захворюваність була вищою в перші три місяці з початку військової служби. Епідемії пневмохламідіозу в організованих колективах відзначаються кожні 3–6 років. Описано спалахи пневмохламідіозу у військових частинах Фінляндії, Норвегії, Данії, США. Можливі захворювання, викликані одночасно декількома видами хламідій, а також різними хламідійно-бактеріальними та хламідійно-вірусно-бактеріальними асоціаціями. Захворюваність на пневмонії у військовослужбовців за час війни в Афганістані, Чечні була вищою, ніж серед військовослужбовців, які перебували поза межами бойових дій. Захворюваність на пневмонії у військовослужбовців за призовом становила 18,54, у військовослужбовців за контрактом — 12,98. Серед хворих на пневмонію переважала частка осіб, у яких був виявлений *S.pneumoniae*. У хворих на ГРЗ із навчального загону (за даними Огаркова П.І.) пневмокок був виділений у 38,2 % хворих, вірусно-пневмококові асоціації — у 14,5 %. Трихліб В.І. навів дані стосовно кількості захворілих на ГРЗ, пневмонії у різних частинах та навчальних центрах, щодо збудників, які були виділені у мобілізованих, хворих на пневмонії. Він зупинився на підходах при лікуванні хворих на ГРЗ, пневмонії, навів дані щодо ефективності озельтамівіру, новірину, нуклеусу при лікуванні хворих на ГРЗ. Доповідач представив дані стосовно ефективності вакцин з метою профілактики пневмоній, продемонстрував

ефективність застосування пневмококової вакцини у новобранців. Захворюваність на пневмонії на тлі вакцинації знизилася в 3 рази, гострі бронхіти — в 2 рази, гострий середній отит і синусити — в 4 рази відповідно (Огарков П.І. та співавт., 2005). У щеплених, якщо вони все ж таки захворіють, знижується як тяжкість перебігу пневмонії, так і летальність при цьому захворюванні. За даними Сабаніна Ю.В. і співавт. (2008), у військових частинах, де проводилася вакцинація пневмококовою вакциною, частота важкого перебігу пневмонії порівняно з довакцинальним періодом знизилася в 5 разів, а кількість ускладнень — у 2 рази (Сабанін Ю.В. та співавт., 2008; Fishman D.N. et al., 2006).

Від групи авторів із доповіддю «Вперше діагностований випадок хвороби Коновалова — Вільсона на фоні герпесвірусної інфекції» виступила д.м.н., професор Руденко А.О. Гепатолентикулярна дегенерація (ГЛД) — хвороба Коновалова — Вільсона — захворювання, в основі якого лежить порушення метаболізму міді в печінці. При ГЛД порушуються механізми виведення міді, що призводить до її накопичення в організмі. Надмірна кількість міді відкладається в печінці, головному мозку, рогівці, нирках. Неврологічні симптоми пов'язані з відкладенням міді в головному мозку і ушкодженням печінки. Хвороба частіше починається з симптомів ураження печінки (ХГ) із переходом у цироз. Печінкова недостатність може проявлятися легкою жовтяничністю склер, шкіри, зниженням рівня альбуміну, протромбінового індексу. Доповідач зупинилася на патогенезі захворювання, відзначила, що неврологічні розлади проявляються у вигляді дизартрії, тремору, атаксії, акінезії, ригідності, гіперкінезів. Як початкові симптоми з'являються психічні порушення: зниження пам'яті, уваги, депресія, зміни особистості, психотичні епізоди. Ключова діагностична ознака ГЛД — рогівкове кільце Кайзера — Флейшера — результат відкладення міді в мембрані Десцемета внутрішнього шару рогівки. Діагноз підтверджується лабораторними даними: зниженням вмісту в крові церулоплазміну, збільшенням екскреції міді з сечею, зниженням загального вмісту міді в крові. КТ-ознаки — помірна дифузна атрофія головного мозку, МРТ — підвищення інтенсивності сигналу в T2W-режимі від базальних гангліїв, таламуса, стовбура мозку. Професор навела дані власного дослідження й у висновках вказала, що ГЛД необхідно виключати у кожного хворого з екстрапірамідним синдромом, що проявився в осіб віком до 50 років. Провідними порушеннями при ГЛД є екстрапірамідальні, психічні та мозочкові прояви. Характерним є відкладання міді на межі рогівки і склери (мембрана Десцемета) — кільце Кайзера — Флейшера. Слід ретельно перевірити кров на церулоплазмін, мідь та добову мідь у сечі. Необхідно також виключити ГЛД при знаходженні змін підкіркових вузлів і стовбура мозку та наявності ознак циротичного переродження печінки.

К.м.н., доцент кафедри епідеміології Мохорт Г.А. виступив з інформацією щодо порівняльної оцінки захворюваності та смертності від менінгококової інфекції в країнах Європейського регіону ВООЗ. Менінгококова

інфекція (МІ) та інші гнійні менінгіти (ГМ) до цього часу залишаються глобальною проблемою охорони здоров'я. У 2011 р. кількість померлих у світі від ГМ дорівнювала 407 850 випадкам. ГМ як одна з основних причин смертності найбільше значення має для країн так званого «поясу менінгіту», що знаходиться на Африканському континенті (218 434 летальних випадки у 2011 р., або 28 на 100 тис. населення). В Європейському регіоні ВООЗ, до якого входять країни Європи та колишнього Радянського Союзу, у 2011 р. було зареєстровано 6634 летальних випадки ГМ, або 0,18 на 100 тис. населення. Більше половини всіх випадків ГМ припадає на МІ. Проаналізовані інтенсивні показники захворюваності на МІ в країнах ЄС/ЄЗ за період 1989–2012 рр. із баз EU-IBIS та ECDC та інтенсивні показники смертності від МІ за період 1983–2012 рр. із сайту ВООЗ. Планова вакцинація в країнах ЄС/ЄЗ проти МІ серогрупи С (вона не є найбільш поширеною) призвела до суттєвого зменшення інцидентності МІ, викликаній серогрупою С, з 1,4 на 100 тис. населення в 1999 р. до 0,2 на 100 тис. населення у 2006 р. Була подана динаміка серогруп менінгокока як в Європі, так і в Україні. В Україні протягом 1992–2009 рр. серологічна приналежність до основних серогруп менінгококів була така: хворі на МІ (9293 культ.): 16,16 % — серогрупа А, носії МІ (16 035 культ.) — 7,48 %; 6,27 % — серогрупа В, носії МІ — 36,06 %; 15,17 % — серогрупа С, носії МІ — 7,37 %; 3,13 % — інші (Х, Y, Z, 29E, W135), носії МІ — 6,85 %; 18,15 % — штами, що не типувалися, носії МІ — 42,24 %. Вакцинація МСС у країнах ЄС/ЄЗ, імовірно, мала обмежений вплив на зменшення загальних показників захворюваності та смертності від МІ.

Д.м.н., професор Дуда О.К. виступив також із доповідями: «Місце імуномодулюючої терапії в практиці лікаря-інтерніста» (зупинився на імуномодуляторах, імуностимуляторах, механізмах протівірусної дії препаратів при ряді інфекцій; надав інформацію стосовно алоріну-альфа, неовіру); «Антибіотикоасоційовані діареї: сучасне лікування» (розкрив зв'язок цих діарей із рядом антибактеріальних препаратів, навів класифікацію антибіотикоасоційованої діареї, надав рекомендації щодо лікування); «Етапність у лікуванні інфекцій дихальних шляхів» (показав етіопатогенез захворювань — ГРЗ, гострого бронхіту, пневмонії, навів диференціальну діагностику та диференціальну терапію гострого бронхіту та пневмонії, надав інформацію стосовно небулайзерної та антибактеріальної терапії).

К.м.н. Гречаник О.І. надала інформацію щодо можливостей використання ультразвукових методів дослідження (режим сірошкального зображення (В-режим), кольорового доплерівського картування, соноеластографії) у діагностиці уражень різних анатомо-топографічних зон, ускладнень та супутніх захворювань у поранених АТО (для діагностики сторонніх предметів в органах і тканинах, уламків, гематом, флотуючих тромбів).

Щодо ентеровірусної інфекції у дітей на сучасному етапі висловила свою думку Виговська О.В. від групи авторів. Вона відзначила, що ентеровірусна інфекція об'єднує велику групу гострих вірусних захворювань, які мають подібні патогенетичні механізми розвитку і характеризу-

ються широким спектром клінічних ознак — від безсимптомного перебігу до тяжкого ураження нервової системи, внутрішніх органів. В останні роки намітилася чітка тенденція активізації ентеровірусної інфекції у світі. Ентеровіруси спричиняють до 33–65 % усіх захворювань, що супроводжуються гарячкою. До факторів ризику розвитку захворювання та тяжкого перебігу інфекції зараховують ранній вік дитини, чоловічу стать, порушення правил гігієни, перенаселення житла, низький соціально-економічний розвиток. Доповідач навела класифікацію та клінічні прояви інфекції у дітей, дані щодо ентеровірусної інфекції, які були отримані співробітниками кафедри, зупинилась на диференціальній діагностиці. У висновках вона відзначила, що ентеровірусна інфекція у дітей в сучасних умовах є актуальною проблемою. Захворювання у 2 рази частіше реєструвалося у хлопчиків, половина випадків — у дітей віком 1–3 роки. Лише у 9,5 % хворих запідозрюється ентеровірусна інфекція, що свідчить про недостатню обізнаність фахівців стосовно цього захворювання. У 93 % хворих ентеровірусна інфекція проявлялася у вигляді екзантеми. У половини хворих з ентеровірусною інфекцією відзначалася герпангіна та катаральні прояви. Синдром діареї та менінгеальний синдром реєструвалися лише у 4,8 % хворих з ентеровірусною інфекцією. У хворих переважало плямисто-папульозно-везикульозне висипання на стопах та кистях.

Із доповіддю «Ентеровірусна інфекція (нога — рука — рот)» виступив д.м.н. Трихліб В.І. Доповідач зупинився на клінічних проявах ентеровірусної інфекції у дорослих (серозного менінгіту, енцефаліту, міокардиту, гострого геморагічного кон'юнктивіту, неспецифічній

лихоманковій хворобі, герпетичній ангіні) і більш детально — на синдромі «нога — рука — рот».

Від групи авторів — проф. Дубинська Г.М., доц. Коваль Т.І., Даніленко О.В., Михайлова К.І., Марченко О.Г. — була зроблена доповідь «Клініко-епідеміологічні особливості ко-інфекції ВІЛ/ВГС у Полтавській області». Досвідом лікування ХВГС у дітей, які отримали курс лікування ОГЗ, поділились д.м.н., професор Крамарьов С.О., к.м.н. Воронов А.А., Євтушенко В.В. З приводу різних питань щодо ВІЛ/СНІДу, вірусної інфекції Епштейна — Барр, коронавірусної, менінгококової, герпесвірусної інфекції, туберкульозу, гепатиту, дифтерії, кашлюку, антибіотикоасоційованої діареї, бореліозу та ерліхіозу, інфекційних масок паразитарних інвазій у дітей виступили Шагінян В.Р., Окружнов М.В., Мочалова Г.О., Шевченко О.П., Коцюбайло Л.П., Філоненко Г.В., Виговська О.В., Тарадій Н.Н., Матвеева Н.Г., Тимчик В.В., Чорна Н.О., Гречаник Л.І., Воронов О.О., Євтушенко В.В., Литвиненко Н.Г., Толстанов Г.М., Коваль Т.І., Васкул Н.В., Маринчак О.В.

Після закінчення конференції присутнім була запропонована резолюція конференції, учасники її поінформовані про наступні конференції у жовтні та листопаді 2015 р. Організаторам заходу запропоновано ставити питання стосовно актуальних проблем у роботі лікарів з діагностики, лікування хворих, бажаних тем доповідей, лекцій на наступну конференцію.

Організатори подякували доповідачам та учасникам конференції за участь, надану інформацію, побажали успіхів у роботі. ■