

бути усуненою завдяки імуномодулювальним властивостям штамів бактерій, що входять до складу пробіотиків (*Bacillus subtilis*, *Bacillus licheniformis*). Така тактика запобігає ускладненням і сприяє покращенню (нормалізації) абсолютної (зростання на 50,7%) і відносної (зростання на 23,5%) кількості Т-CD3-лімфоцитів. Збільшення відносної кількості Т-лімфоцитів відбувається за рахунок зростання (на 80,6%) відносної кількості CD4+-лімфоцитів, що свідчить про значне покращення процесів розпізнавання носіїв чужорідної генетичної інформації (вірусів грипу). При цьому абсолютна кількість клітин CD4+ зростає у 2,2 рази. Такі позитивні зміни клітинної ланки відображають не тільки покращення процесів розпізнавання, а також засвідчують відновлення автономної саморегуляції системи імунітету у вигляді зростання імунорегуляторного індексу (CD4+/CD8+) з $0,61 \pm 0,03$ до $1,24 \pm 0,07$ ($p < 0,05$).

Таким чином, комплексне лікування хворих на грип А(Н3N2), яке на тлі базисної терапії додатково передбачає використання пробіотиків (біоспорину місцево і біфіформу per os), є раціональним, оскільки позитивно впливає на клінічний перебіг захворювання, знижує інтенсивність ендогенної інтоксикації організму, покращує ефективність гуморальної імунної відповіді та частково нівелює імунну дисфункцію неспецифічної ефекторної системи протиінфекційного захисту і клітинної ланки імунітету. Перспективи подальших досліджень включають вивчення особливостей цитокінової системи регуляції імунної відповіді за такої комплексної терапії грипової інфекції.

О.М. Науменко, І.І. Незгода

ПЕРЕБІГ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) є однією з важливих проблем охорони здоров'я, незважаючи на досягнуті успіхи в удосконаленні діагностики і лікувальної тактики. В останні роки відмічається тенденція в зміні етіологічної значимості патогенів,

які спричинюють ГКІ у дітей, провідна роль тепер належить вірусам, зокрема ротавірусу, який обумовлює 50-80% захворювань у дітей.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості клінічного перебігу ротавірусної інфекції (РВІ) у дітей залежно від моно- чи асоційованої форми захворювання.

Дослідження проводилось на базі обласної клінічної дитячої інфекційної лікарні м. Вінниці на кафедрі дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. За період з грудня 2012 р. по березень 2013 р. під спостереженням перебувало 123 хворих віком від 3 місяців до 5 років з діагнозом ГКІ. За допомогою імунохроматографічного аналізу РВІ було діагностовано у 86 (69,9%) дітей, які й склали досліджувану групу. У неї входило 45 хлопчиків та 41 дівчинка, що становило 52,4 і 47,6% відповідно. Найбільшу частку хворих склали діти віком від 1 до 3 років – 57,2%. Усім хворим проводили комплекс загальних лабораторних досліджень. Для встановлення етіологічного чинника використовували бактеріологічне дослідження та імуноферментний аналіз випорожнень з індикацією рота-, норо-, астро-, аденовірусів, *Clostridium difficile* tox A/B і *Clostridium difficile* GDH.

РВІ моно-інфекція мала місце у 32 (37,5%) хворих, а у 62,5% випадків діагностовано асоційовані форми. Серед асоціантів вірусної природи зустрічались норовіруси та астровіруси, що становили 2,3 і 3,5% відповідно. В якості бактерійних агентів найчастіше виступали: *S. aureus* (37,3%), *Citrobacter freundii* (21,6%), *Proteus vulgaris* (14,2%). *C. difficile* зустрічалась у 19,6% хворих на РВІ. У дітей раннього віку найчастіше виявляли: *S. aureus* (18,7%), *Enterobacter cloacae* (12,5%), *C. freundii* (8,7%), *P. vulgaris* (11,5%). У хворих старшої вікової групи (3-5 років) відсоток умовно-патогенної мікрофлори зменшувався і у 76,0% дітей РВІ перебігала у вигляді моно-інфекції.

Тяжкість перебігу РВІ оцінювали за шкалою Vezikari. Так, для моно-РВІ вона складала у середньому 8,9 бала, а для мікст-варіанта – 9,7, що свідчить про тяжчий перебіг мікст-варіантів РВІ у дітей. У всіх дітей спостерігався гострий початок захворювання як при моно-, так і мікст-варіанті РВІ. Серед клінічних симптомів РВІ найчастіше відзначали діарею (100,0%),

блювання (72,5%), гарячку (82,5%) і симптоми зневоднення (32,5%). У дітей з мікст-варіантом РВІ достовірно частіше реєструвався синдром інтоксикації, що характеризувався фебрильною гарячкою в першу добу захворювання (у 52,7%), при моно-інфекції фебрильну гарячку спостерігали лише у 28,2% дітей ($p < 0,008$), більш характерною була субфебрильна температура тіла. У дітей з мікст-варіантом РВІ зменшення епізодів блювання спостерігалось на 3-тю добу захворювання, а у дітей з моно-інфекцією – уже на 1-2-гу. Середня тривалість ($M \pm m$) діарейного синдрому складала ($4,6 \pm 0,4$) дні. Дещо тривалішою – ($5,4 \pm 0,7$) дні – діарея була у дітей з мікст-варіантами РВІ, при моно-інфекції – лише ($4,7 \pm 0,5$) дні ($p > 0,05$). Зміни в копрограмі у вигляді включень нейтрального жиру спостерігались переважно у дітей з моно-інфекцією – у 64,0% випадків, при мікст-варіантах РВІ – лише у 20,0%; неперетравлену клітковину і крохмаль також відзначали здебільшого в копрограмі дітей з моно-інфекцією – 76,2 і 64,3% відповідно. Мікст-варіанти РВІ характеризувались наявністю в копрограмі слизу (82,4% випадків) і збільшенням кількості лейкоцитів.

Таким чином, мікст-варіанти РВІ зустрічаються переважно у дітей раннього віку, характеризуються вираженим синдромом інтоксикації, тривалою діареєю і запальними змінами в копрограмі.

О.М. Ольховська, М.А. Піддубна, О.М. Бондарева, Н.Ю. Чонка

СПАЛАХ ПАРВОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Національний медичний університет,
Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня, м. Харків

Мета дослідження – вивчити особливості інфекційної еритеми у дітей.

Під час спалаху в одній зі шкіл Великобурлукського району Харківської області в лютому-березні 2014 р. у 20 дітей віком від 6 до 13 років було вивчено клініко-лабораторні особливості інфекційної еритеми. Діагноз встановлено на підставі клінічних симптомів, а також підтверджено виявленням нуклеїнової