

**SCI-CONF.COM.UA**

**SCIENTIFIC PROGRESS:  
INNOVATIONS, ACHIEVEMENTS  
AND PROSPECTS**



**PROCEEDINGS OF II INTERNATIONAL  
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
NOVEMBER 6-8, 2022**

**MUNICH  
2022**

# **SCIENTIFIC PROGRESS: INNOVATIONS, ACHIEVEMENTS AND PROSPECTS**

Proceedings of II International Scientific and Practical Conference

Munich, Germany

6-8 November 2022

**Munich, Germany**

**2022**

10. *Ашаніна І. В., Тимофєєва Л. М., Ашаніна Д. Д.* 58  
 АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАГАЛЬНОГО ПЕРЕБІГУ  
 СИФІЛТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА  
 ФОРМУВАННЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТІ
11. *Власенко В. Г., Подурець А. В., Загоскіна К. Д.* 62  
 ПРОІНФОРМОВАНІСТЬ ЛЮДЕЙ ПРО ЗАХОДИ, ЯКІ ПОТРІБНО  
 ВЖИТИ ПРИ УЛАМКОВИХ ТА КУЛЬОВИХ ПОРАНЕННЯХ
12. *Гаркуша М. А., Гуманець К. Р., Онишко Е. С., Сухова В. Р.* 65  
 ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ  
 ОСТЕОХОНДРОПАТІЇ ГОРБИСТОСТІ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ  
 КІСТКИ
13. *Гошовська А. В., Небила О. О.* 69  
 ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ  
 ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ
14. *Гошовська А. В., Шуйський А. В.* 73  
 ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПЕРЕДЧАСНОГО ПЕРЕРИВАННЯ  
 ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ЗІ СТРУКТУРНИМИ ЗМІНАМИ ШИЙКИ  
 МАТКИ В ДРУГОМУ ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ
15. *Дубоссарська Ю. О., Пузій Є. О., Усенко Т. В.* 79  
 ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПОСЛІДУ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ  
 РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД  
 ТРИВАЛОСТІ БЕЗВОДНОГО ПРОМІЖКУ
16. *Сміянов В. А., Ємець Т. В.* 84  
 РІВЕНЬ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ  
 ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ  
 ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВУХА,  
 ГОРЛА І НОСА: ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО  
 ДОСЛІДЖЕННЯ

#### CHEMICAL SCIENCES

17. *Pisanenko D. A., Klimko Yu. E., Batjuk V. P., Petrenko N. M.* 87  
 SYNTHESIS AND PROPERTIES OF NEW LIQUID DIELECTRIC

#### TECHNICAL SCIENCES

18. *Afandiyeva A. T., Shukurova A. H.* 90  
 EVALUATING THE EFFECTS OF EEG TECHNOLOGY ON BRAIN  
 WAVES
19. *Deryaev A. R.* 96  
 CONSTRUCTION OF GAS CONDENSATE WELLS AND  
 MEASURES TO ENSURE THE REQUIRED OPERATING MODES OF  
 WELLS
20. *Березова Г. О., Ефименко О. І.* 102  
 УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ СУПІВ-ПЮРЕ

# **АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАГАЛЬНОГО ПЕРЕБІГУ СИФІЛІТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

**Ашаніна Ірина Володимирівна,**

к. мед. н., доцент

**Тимофєєва Людмила Миколаївна,**

асистент,

кафедра дерматології та венерології,

Одеський національний медичний університет

**Ашаніна Дарія Дмитрівна,**

лікар-уролог,

Комунальне некомерційне підприємство

«Одеський обласний клінічний центр»

м. Одеса, Україна

**Вступ.** За даними ВООЗ щорічно у світі реєструється близько 374 мільйонів випадків зараження однією з венеричних захворювань, з них більше ніж 15 мільйонів припадає на сифіліс. Згідно інформації центру медичної статистики МОЗ в Україні за 2017 рік захворюваність на сифіліс склала 6 випадків на 100 тис. населення.

Сифіліс - це хронічне інфекційне захворювання із хвилеподібним, часто тяжким, непрогнозованим перебігом, що передається переважно статевим шляхом і вражає всі органи і системи людського організму. Відомі випадки професійного шляху передачі інфекції (медичний персонал під час виконання професійних обов'язків), побутового, вертикального (трансплацентарно) та трансфузійного. Все це обумовлює медико-соціальну значущість цього захворювання.

На сучасному етапі кількість латентного сифілісу складає 70% серед усіх форм, що може стати причиною враження внутрішніх органів, кісток, нервової системи, у вагітних викликати внутрішньоутробну загибель плоду. Крім того, серорезистентність (СР) одна з пріоритетних проблем сучасної сифілідології після лікування скритого сифілісу відмічається приблизно в 57% випадків (при

лікуванні ранніх форм сифілісу СР - в 1,5% або спостерігається повна негативація крові). Виникнення СР обумовлено як патогенетичними механізмами розвитку прихованого сифілісу (слабка імуногенність *T. pallidum* нездатність імунної системи забезпечити нейтралізацію збудника), так і амбулаторним лікуванням з використанням дюрантних, пролонгованих пеніцилінів, які, ймовірно, фармакодинамічно сприяють утворенню форм виживання збудника: цист, спор, зерен, L-форм (захищені мукоїдною оболонкою не розпізнаються ні антитілами, ні Т-лімфоцитами). Отже, встановлюється серорезистентність своєрідна рівновага між макро- та мікроорганізмом, яка у будь-який момент може бути зрушена і, як правило, не на користь хворого.

Досліджуючи гуморальний імунітет при сифілісі, орієнтуємося на рівень імуноглобулінів крові. Якщо при первинному сифілісі переважає IgM, то при скритих формах сифілісу – IgG, а титр IgM корелюється в залежності від активності процесу. Зокрема, високий титр IgM в крові після лікування сигналізує про неуспішність, неадекватність проведеної терапії, що в подальшому, з високою ймовірністю, призведе до розвитку СР.

Додатковим діагностичним критерієм свіжого сифілісу є реакція загострення Яриша-Герксгеймера, яка спостерігається у пацієнтів після 2-3-ї ін'єкції бензілпеніциліну, і є реакцією організму на дію ендотоксина, що вивільнюється при масовій загибелі збудника, та клінічно проявляється нездужанням хворого, підвищенням температури тіла до 38-39 °С, явищами інтоксикації, головною та м'язовою біллю, появою або збільшенням інтенсивності шкірної висипки.

Очевидно, чим більш рання сифілітична інфекція за терміном, тим більша кількість збудника присутня і тим більш високий титр антитіл в крові більш активна імунна відповідь. В той же час, для пізніх форм сифілісу - *Syphilis latens tarda*, *Syphilis tertiaria* – КСР позитивні лише в 50-70%, що свідчить про неспроможність захисних механізмів макроорганізму забезпечити виявлення та знешкодження збудника.

З цього погляду, при лікуванні латентного сифілісу - як раннього, так і пізнього крім етіотропного лікування з метою профілактики розвитку серорезистентності є доцільним призначення препаратів, що мають імунорегулюючі властивості. Одними із таких препаратів є про- та пребіотики, що містять *Lactobacillus acidophilus* CL1285, *Lactobacillus casei* LBC80R, *Lactobacillus rhamnosus* CLR2, *Bifidobacterium bifidum*, адже відомо, що у шлунково-кишковому тракті зосереджено понад 2/3 всіх імунних клітин організму людини скупчення лімфоїдної тканини в слизовій оболонці тонкої кишки – пейерові бляшки і саме кишковий мікробіом приймає активну участь в дозріванні, диференціації клітин імунної системи, синтезує інтерферонстимулюючі та імуномодулюючі речовини, тим самим забезпечує повноцінну імунну відповідь організму. А з огляду на довготривалу антибіотикотерапію, що рекомендована при скритих формах сифілісу, і часто ускладнюється такою побічною дією з боку травного тракту як діарея призначення пробіотиків, які містять живі бацили, і пребіотиків, що є субстратом для їх розвитку, є патогенетично обґрунтованим.

**Мета роботи.** Проаналізувати показники титрів імуноглобулінів у сироватці крові, зокрема IgM, в різні періоди сифілісу, встановити зв'язок між ними і формуванням серорезистентності, а також з урахуванням використання про- та пребіотиків у комплексній терапії сифілісу.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 40 пацієнтів: 20-із свіжим сифілісом, 20 - із латентним сифілісом. Гендерне співвідношення: по 10 жінок і чоловіків у кожній групі. Середній вік пацієнтів - 35 років, наймолодшому було 25 років, найстаршому — 45. Усіх пацієнтів в кожній діагностичній групі розділили на дві підгрупи: основна - ті, хто приймали пробіотик і пребіотик (Інулін + Біфідумбактерін) від першого до останнього дня лікування пеніциліном; контрольна отримували тільки пеніцилінотерапію. Під час спостереження аналізувалися клінічні, лабораторні, у тому числі імунологічні, аспекти перебігу сифілітичної інфекції з урахуванням проведеної терапії. Визначення показників IgM, їх титру в сироватці крові до і після

лікування проводилося методом імуноферментного аналізу (ІФА). Вивчалася частота розвитку СР після лікування сифілісу при використанні поряд з етіологічним лікуванням про- та пребіотиків та без них.

**Результати та обговорення.** У першій групі пацієнтів - із свіжим сифілісом незалежно від статі та віку, у третини пацієнтів спостерігалася реакція загострення Яриша-Герксгеймера. У всіх пацієнтів, в обох підгрупах, на початку лікування титр IgM був високий, і відзначалося зниження титру наприкінці лікування незалежно від використання про- і пребіотиків. До лікування:  $1,75 \pm 0,30$ . Після лікування:  $1,47 \pm 0,23$ .

У другій групі - пацієнти із прихованим раннім сифілісом не спостерігали реакції загострення Яриша-Герксгеймера. В основній підгрупі, у якій хворі поряд із специфічною терапією приймали пробіотик+пребіотик, титр IgM був після закінчення лікування нижчим (до лікування:  $1,83 \pm 0,20$ , після лікування:  $1,90 \pm 0,30$ ), ніж у контрольній підгрупі отримували тільки пеніцилінотерапію (до лікування:  $1,82 \pm 0,20$ , після лікування:  $1,93 \pm 0,30$ ).

Таким чином, можна спрогнозувати, що тенденція до розвитку СР може спостерігатися серед пацієнтів, які не отримували додаткову патогенетичну терапію.

**Висновки.** В ході дослідження встановлено, що для успішного лікування сифілітичної інфекції, особливо її прихованих форм, в комплексну терапію поряд із етіотропною антибактеріальною терапією патогенетично обґрунтованим є призначення бактеріальних біологічних препаратів, зокрема про- та пребіотиків, які підвищують місцевий і загальний імунітет, особливо в умовах пригнічення імунореактивності внаслідок довготривалої антибактеріальної терапії та її ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту у вигляді порушення нормального мікробіоту. Показники зниження рівня IgM у сироватці крові хворих після лікування вказують на низьку вірогідність розвитку та зменшення кількості серорезистентних форм у структурі захворюваності на сифіліс.