

тичного — через 1–3 доби, без лущення та пігментації, його поява не призводила до обтяження клінічного перебігу хвороби та розвитку ускладнень. Медикаментозна терапія включала антипіретики (ацетамінофен), при тяжких формах призначався ацикловір, при проявах бактеріальної інфекції призначалися антибіотики (амінопеніциліни, макроліди, цефалоспорини 2–3-го покоління). Для діагностики можливої стрептококової інфекції нами було проведено дослідження на наявність антистрептолізину О у 11 хворих на 3–4-му тижнях після перенесеної VZV-інфекції. У всіх обстежених пацієнтів результат виявився негативним. У рутинній практиці визначитися в етіології скарлатиноподібної екзантеми на фоні VZV-інфекції складно. За літературними даними, подібна скарлатиноподібна екзантема може бути обумовленою приєднанням інфекції, що викликана *Staphylococcus aureus*. Цей збудник здатний виділяти токсин-ексфолатин, дія якого призводить до місцевого розширення судин, що, зі свого боку, сприяє виникненню висипу. Дослідження показало, що при поєднанні вказаних варіантів висипу у хворих на вітряну віспу спостерігалась наявність абсолютного чи відносного нейтрофільозу. У 29 (22,7 %) пацієнтів із вітряною віспою, у тому числі і без скарлатиноподібної екзантеми, із ротоглотки та носоглотки було виділено бактеріологічну культуру *Staphylococcus aureus*.

Висновки. Висока захворюваність на вітряну віспу серед працездатних молодих дорослих осіб визначає потребу в профілактичній вакцинації проти VZV-інфекції як дітей, так і дорослих. На сучасному етапі вітряна віспа переважно зберігає свої традиційні клінічні ознаки, проте в окремих випадках має деякі особливості перебігу, а саме приєднання скарлатиноподібного висипу внаслідок можливого коінфікування *Staphylococcus aureus*, що змушує розглядати питання призначення антибіотиків. Спостерігаються повторні випадки типової форми вітряної віспи, причини виникнення яких потребують подальшого детального вивчення.

Вербва Н.В.

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Вплив комплексного лікування на показники перекисного окислення ліпідів та перебіг фібротичних процесів у печінці хворих на хронічний гепатит С

Актуальність. Єдиної схеми щодо лікування нон-респондерів із хронічним гепатитом С (ХГС) досі не існує. Саме в цієї частки хворих необхідно знайти такий спосіб комплексного лікування, який би мав вплив на основні низки патогенезу ХГС. Так, необхідно використовувати препарати для підвищення стійкості гепатоцитів до продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), індукованого впливом вірусу гепатиту С (НСV), а також перешкоджати утворенню фібронектину та колагену, що гальмує процес розвитку цирозу печінки.

Мета дослідження: вивчити показники ПОЛ та активність процесів фіброзоутворення у хворих на ХГС під впливом комплексного лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих на ХГС з ознаками помірно вираженого фіброзу печінки (ФП). Залежно від способу лікування хворі розподілені на 2 групи: 32 хворих I групи використовували лікування софгеном-Л по 1 таблетці один раз на добу протягом 12 тижнів; 32 хворих II групи отримували софгеном-Л по 1 таблетці один раз на добу протягом 12 тижнів, а також метадоксин у дозі 0,5 г двічі на добу протягом 12 тижнів, упродовж наступних 12 тижнів по 0,5 г один раз на добу. Діагноз ХГС встановлювали, враховуючи клініко-епідеміологічні дані, виявлення в сироватці крові хворих специфічних антитіл методом ІФА та РНК НСV за допомогою ПЛР. Ступінь вираженості процесів фіброзоутворення в печінці вивчали методом FibroScan. Оцінку показників ПОЛ визначали за концентрацією малонового діальдегіду (МДА) за методом І.Д. Стальної та дієнових кон'югатів (ДК) за методом І.Д. Стальної та Т.Г. Гаришвілі в сироватці крові та еритроцитах.

Результати та обговорення. У хворих I групи відбувалось прогресування ФП, про що свідчило збільшення кількості хворих з ознаками вираженого ФП та цирозу печінки в стадії компенсації, тоді як у II групі була позитивна динаміка. Так, при обстеженні через 12 місяців у I групі ознаки вираженого ФП діагностовано у 12 (37,5 %) хворих, а цироз печінки розвивався у 2 (3,25 %) хворих. У II групі ознаки помірно вираженого ФП діагностовано через 12 місяців у 28 (87,5 %) хворих, а у 4 (12,5 %) хворих відбувалось припинення прогресування ФП і виявлені ознаки слабковираженого ФП, тоді як цироз печінки не розвивався. Активність процесів ПОЛ знижувалась у хворих I та II групи, проте нормалізація відбувалась лише у хворих II групи. Так, рівень МДА у сироватці та еритроцитах при зверненні перевищував фізіологічні показники в 1,8 та 2,3 раза відповідно. При визначенні концентрації цього продукту в сироватці та еритроцитах крові через 4 тижні у хворих I групи вона була більшою, ніж у здорових осіб, у 1,8 та 2,5 раза відповідно, у хворих II групи — у 1,4 та 1,5 раза відповідно. При обстеженні хворих через 12 тижнів у II групі відмічали нормалізацію рівня МДА як у сироватці, так і в еритроцитах. Таку ж тенденцію мали зміни концентрації ДК у сироватці й еритроцитах крові. При первинному обстеженні виявлено збільшення концентрації ДК у сироватці та еритроцитах крові в 1,4 та 1,7 раза відповідно. Під час повторного обстеження хворих I та II групи через 4 тижні концентрація ДК у сироватці й еритроцитах була більшою, ніж у здорових осіб, у 1,4 та 1,1 раза відповідно. Нормалізація вмісту ДК відбувалась лише у хворих II групи, які отримували антиоксидант метадоксин, тоді як у I групі ДК продовжував бути більшим, ніж у здорових осіб. Так, при обстеженні через 12 тижнів рівень ДК перевищував такий у здорових осіб у 1,4 раза в сироватці та еритроцитах, через 24 тижні — у 1,4 раза в сироватці та 1,3 раза в еритроцитах, через 6 місяців — у 1,4 раза в сироватці й у 1,2 раза в еритроцитах, через 12 місяців — у 1,4 раза в сироватці та 1,3 раза в еритроцитах. Тобто при призначенні комплексного лікуван-

ня відбувалось значне зниження активності процесів ПОЛ на 4-му та 12-му тижнях від початку лікування з подальшою нормалізацією показників на 24-му тижні, тоді як у хворих, які отримували лише ПВТ, активність процесів ПОЛ залишалась на високому рівні протягом 12 місяців спостереження. Таким чином, призначене лікування мало виражену антифібротичну дію, оскільки при обстеженні хворих через 12 місяців не розвивався цироз печінки. Під впливом комплексного лікування софгеном-Л і метадоксином значно знижувалась активність процесів ПОЛ. Це підтверджувалось зменшенням рівня продуктів ПОЛ у сироватці й еритроцитах крові хворих на ХГС у 2 рази і більше на 12-му тижні лікування та його нормальних показників через 12 місяців від початку лікування. У сироватці та еритроцитах крові хворих І групи, які отримували лише софген-Л, активність процесів ПОЛ зберігалась на високому рівні — вміст продуктів ПОЛ — МДА і ДК перевищував показники в здорових осіб.

Висновки. Отже, застосування метадоксинолу є патогенетично обґрунтованим, сприяє відновленню рівноваги в системі ПОЛ/АОС, призводить до припинення прогресування процесів фіброзоутворення в печінці хворих на ХГС.

Виноград Н.О., Шуль У.А.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Москитні гарячки як актуальна проблема для України

Актуальність. Гарячка Тоскана і сицилійська гарячка — ендемічні арбовірусні захворювання з трансмісивним механізмом передачі, збудники яких належать до роду *Phlebovirus* родини *Phenuiviridae*. Вірус сицилійської гарячки вперше був виявлений в Італії (Палермо, Сицилія) під час Другої світової війни в 1943 році, коли виник спалах невідомої хвороби серед військовослужбовців. Серокомплекс збудника включає три серологічні види: *Dashli phlebovirus*, *Toros phlebovirus* та *Sicilian phlebovirus*. Основними специфічними векторами є москити *Phlebotomus papatasi* (Marklewitz M. et al., 2019). Специфічними векторами вірусу гарячки Тоскана, який був вперше виділений в Італії в 1971 році, є москити роду *Phlebotomus*, серед яких найбільш епідеміологічно значущу роль відіграють *P. perfiliewi* та *P. perniciosus*, хоча вірус також був виділений з інших видів, зокрема *P. longicuspis*, *P. sergenti*, *P. zapostavljen* та *Sergentomyia minuta* (Remi N. Charrel, 2014). Територія України є сприятливою для формування і довготривалого існування природних вогнищ низки трансмісивних арбовірусних захворювань. Процеси глобалізації активно впливають на поширення нових патогенних інфекційних агентів, у тому числі збудників москитних гарячок, які відносять до так званих гарячок подорожуючих. Упродовж тривалого часу циркуляція збудників москитних гарячок географічно була обмежена Італією та Португалією, але останнім часом вірус стрімко по-

ширився серед середземноморських країн. За філогенетичними особливостями вірус гарячки Тоскана поділяється на три типи: тип А (італійський тип, здебільшого поширений в Італії, Франції, Алжирі, Тунісі, Туреччині), тип В (іспанський тип, циркулює в Іспанії, Франції, Португалії, Марокко, Туреччині) та тип С (у Хорватії, Греції) (Tetsuro Ikegami, 2020; Ayhan N. et al., 2020). Територією, куди спрямовані потужні міграційні процеси з України/в Україну (як трудові, так і рекреаційні) упродовж останніх років, є Середземномор'я. Великі потоки переміщення громадян із метою працевлаштування чи відпочинку в цю ендемічну зону з москитних гарячок підвищують ризики завезення збудників гарячок Тоскана і сицилійської гарячки інфікованими людьми та/або інтродукцією заражених москитів на територію України.

Мета дослідження: оцінити актуальність і ризики формування ареалів поширення москитних гарячок на території України внаслідок впливу кліматичних змін та антропогенних факторів, у тому числі міграційних процесів людей і векторів-москитів.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел та інтернет-ресурсу; аналітичний прийом комплексного епідеміологічного методу дослідження; імунохроматографічний серологічний метод із дослідженням сироваток крові хворих на сезонні гарячкові стани.

Результати та обговорення. На першому етапі за стандартами госпітального нагляду з використанням серологічного методу здійснено обстеження на москитні гарячки хворих із синдромальними комплексами, що не виключали ці захворювання. З огляду на відсутність патогномонічних симптомів під час госпітального нагляду брали до уваги клініко-епідеміологічні характеристики москитних гарячок. Інкубаційний період гарячки Тоскана становить 3–7 днів, а сицилійської гарячки — 3–5 днів. Клінічно гарячка Тоскана характеризується різким початком, лихоманкою, вираженим головним болем, міалгією, нудотою та різними неврологічними симптомами, пов'язаними з ураженням центральної нервової системи (ЦНС) (менінгітом або менінгоенцефалітом). Значна частка серед захворілих на ендемічних територіях має безсимптомний перебіг (Cusi M.G. et al., 2016). У Центральній Італії щорічно близько 52 % дорослих хворих, госпіталізованих із симптомами ураження ЦНС, інфіковані вірусом гарячки Тоскана, а серед дітей — у 40 % випадків (Cusi M.G. et al., 2016). Сицилійська гарячка клінічно маніфестує триденною лихоманкою, що супроводжується різким початком, вираженим головним болем, міалгіями, світлобоязню, ретроорбітальним болем та нудотою (Ahmed A. et al., 2011). У групі обстежених 52 пацієнтів було серологічно верифіковано 5 випадків захворювань на сицилійську гарячку і 3 — на гарячку Тоскана. За епідеміологічним анамнезом по троє хворих із кожної групи за 1–5 днів до клінічної маніфестації повернулися в Україну з Греції (2), Хорватії (2), Чорногорії (1) та Італії (1), що дозволило визначити ці випадки як занесені екзотичні інфекційні захворювання. У двох випадках сицилійської гарячки в анамнезі були відсутні дані про перебування хворих поза місцем постійного проживання у період максимального інкубаційного періоду. Це дозволило висунути гіпотезу про