

Зміст

РЕЗУЛЬТАТИ ДОЗОРНОГО ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВИПАДКАМИ ГРИПОПОДІБНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ ІЗ 40 ТИЖНЯ 2016 РОКУ ДО 40 ТИЖНЯ 2017 О.О. Артемчук, Т.А. Дихановська	14
ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНА ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАТЯЖНОГО І ХРОНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНИХ УРАЖЕНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ ПЕРЕХІДНОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ (ВІД ПЕДІАТРИЧНОЇ ДО ДОРОСЛОЇ) Л.В. Березіна, В.І. Матяш, О.Л. Панасюк, Д.В. Говорова	15
КОМПЛЕКСНІ ПІДХОДИ ЗАХИСТУ В ОСЕРЕДКАХ УРАЖЕННЯ МУЛЬТИРЕЗИ-СТЕНТНИМИ ЗБУДНИКАМИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Н.О. Виноград	16
ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ КИШКОВИХ ПАРАЗИТОЗІВ О.П. Данько, В.Р. Шагінян, Г.В. Сопіль, О.П. Дяченко	18
СТАН ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ КОРУ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ В.І. Задорожна, І.Л. Маричев, Н.П. Винник	19
СІМЕЙНЕ ВОГНИЩЕ КАШЛЮКУ Н.О. Іванченко	21
АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИ РЕВМАТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ: ЧИ ЗАВЖДИ МИ ВІРНО ОБИРАЄМО ЧАС? О.І. Катеренчук	23
СКАЗ ЛЮДИНИ: ПЕРИПЕТІЇ СПЕЦИФІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ В.С. Копча	25
ІНФУЗІЙНА ОЗОНОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ К.Д. Мажак, О.А.Ткач, В.П.Отчич, Є.І. Писаренко, Н.Р. Гречуха, О.І. Міщиха, Ю.Р. Ковальський, О.М. Маленевська	26
ЛІКУВАННЯ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ – ПОШУК НОВИХ РІШЕНЬ С.Л. Матвєєва	28
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ БЛОКАД В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ В. И. Матяш, Д. В. Говорова, С. П. Борщев, Е. Л. Панасюк, Л. В. Березина, Н.С. Трэмбачева	29
ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД НАПАДІВ КЛІЩІВ С.О. Никитюк, О.М. Дивоняк	31
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ УРОПАТОГЕННИХ ШТАМІВ ESCHERICHIA COLI ДО НАЛІДИКСОВОЇ ТА ПІПЕМІДОВОЇ КИСЛОТ Я.О. Михалко	32
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕНІНГОКОККОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ Т.М. Пахольчук, О.В. Усачова, Є.А. Сіліна, О.В. Конакова, О.М.Фірюліна, Р.М.Гінзбург	34

хворювання з кількістю нападів кашлю з репризами у дитини до 12 у матері до 10 за добу. Рентгенологічно у дитини виявлено ознаки бронхіту. В мазку з задньої стінки глотки методом полімеразної ланцюгової реакції виявлено *Bordetella pertussis*. При бактеріологічному обстеженні збудника кашлюку не виявлено. В загальному аналізі крові у матері рівень лейкоцитів становив $10 \times 10^9/\text{л}$, у дитини $13 \times 10^9/\text{л}$. В якості етіотропної терапії використовувались цефалоспорины II покоління. Дитині призначалась літична суміш з новокаїном. Після проведеного лікування стан покращився.

Одночасно з членами родини проходила амбулаторне лікування з діагнозом «Кашлюк, гострий трахеобронхіт» мати хворого С., 1956 р.н. Скаржилась на сухий нападopodobний кашель з виділенням скловидного харкотиння до 10 раз на добу. В мазку з задньої стінки глотки методом полімеразної ланцюгової реакції виявлено *Bordetella pertussis*. Для лікування було призначено азитроміцин, інспірон.

Висновки. Зареєстровано сімейне вогнище кашлюку з 5 випадками. Полімеразна ланцюгова реакція є ефективним методом діагностики кашлюку. Є необхідність у підвищенні настороженості медичних працівників щодо виявлення випадків захворювання на кашлюк серед дорослих осіб.

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИ РЕВМАТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ: ЧИ ЗАВЖДИ МИ ВІРНО ОБИРАЄМО ЧАС?

О.І. Катеренчук

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава
Лікувально-діагностичний центр “Медіон”, м. Полтава

Актуальність теми. Протягом двох останніх десятиліть у вітчизняному науковому середовищі панує точка зору про здійснення повного контролю над ревматизмом, що наразі вже не становить істотної епідеміологічної, соціально-економічної та клінічної проблеми. Дійсно, за даними офіційної статистики спостерігається стійка тенденція до зменшення захворюваності на гостру ревматичну лихоманку серед дітей та дорослих, а також зниження поширеності хронічної ревматичної хвороби серця. Однак, зазначені обставини викликають сумніви через стійке зростання виявлення вад серця в дорослому віці, що зазвичай трактується не як наслідок ревматичного процесу, а як дегенеративно-вікові зміни клапанів.

Мета: проаналізувати вірогідне несвоєчасне (або відсутність) призначення антибіотикотерапії в пацієнтів з тонзилітами в анамнезі та розвитком набутих вад серця з плином життя, на основі розбору клінічних випадків.

Методи дослідження: ретроспективний аналіз бази даних пацієнтів з тонзилітом в анамнезі та верифікованими вадами серця, що відвідали медичний центр “Медіон” в період з 1 січня 2017 року по 1 січня 2018 року.

Результати дослідження та їх обговорення

За вказаний період було відібрано 18 випадків виявлення та верифікації методом ехокардіоскопії набутих вад серця. Середній вік склав $38 \pm 2,4$ роки, розподіл за статтю рівний. В 12 випадках було виявлено пролапс мітрального клапану внас-

лідок змін стулок і/або дисфункції хорд, у 6 випадках – комбіновані мітральні вади. У 2 хворих мітральна вада серця поєднувалась з ураженням аортального клапану. Всі 18 пацієнтів перенесли щонайменше один випадок гострого тонзиліту згідно записів у первинній медичній документації, в 12 з них відмічались повторні випадки. Незважаючи на відсутність у 10 пацієнтів діагнозу “ангіна” в первинній медичній документації, пацієнтам цей діагноз озвучувався лікарями. У 6 пацієнтів було діагностовано гостру ревматичну лихоманку, однак лише 3 отримали курс біцилінотерапії рекомендованої тривалості. Одна пацієнтка самостійно здійснювала короткі курси лікування біциліном-5 в дорослому віці за наявності суглобового синдрому в осінні і/або весняні періоди без звертання до лікарів.

Висновки: зазначена наукова робота не є репрезентативною щодо поширеності ревматизму в сучасній українській популяції, однак спонукає до подальшого вивчення взаємозв'язків між гострим та хронічним тонзилітом з подальшим розвитком ревматичного ураження серця. Єдиним ефективним методом профілактики ураження серця за даних обставин є своєчасне та повноцінне призначення антибіотикотерапії. Водночас, найпоширенішими помилками в даному контексті є:

1. Розцінювання гострого тонзиліту та загострення хронічного тонзиліту як “банальних” захворювань. Тотально поширеним явищем є відсутність належного диспансерного нагляду за цими пацієнтами; після усунення гострих симптомів пацієнти зазвичай випадають з-під лікарського нагляду.

2. Несвоєчасна діагностика тонзиліту внаслідок пізнього звертання пацієнтів або ж діагностичні помилки лікарів первинної ділянки.

3. Несвоєчасна ініціація антибіотикотерапії. В даному контексті варто відмітити наявний в медицині тренд по максимальному зниженню використання антибіотикотерапії в клінічній практиці взагалі та, зокрема, в лікуванні тонзилітів з метою запобігання проблеми загальної антибіотикорезистентності, а також небажання пацієнта використовувати антибіотикотерапію через її довготривалість та можливі побічні ефекти. В кожному випадку необхідно здійснювати зважений підхід з врахуванням можливої користі та ризику антибіотикотерапії.

4. Зазвичай лікарі загальної практики в діагностиці ревматичного процесу досі опираються на критерії Киселя-Джонса-Нестерова, надаючи при цьому особливу роль суглобовому синдрому, що однак в сучасному перебігу ревматичного процесу часто є невираженим або навіть відсутнім.

5. Нерідко прийняття рішення про діагностику ревматизму та подальша ініціація антибіотикотерапії базується на підставі отримання позитивних результатів ревмопроб. Результати ревмопроб не є критерієм для вирішення питання про антибіотикотерапію, оскільки мають недостатню чутливість в статистичному значенні.

6. Необхідне переосмислення клінічного значення пролапсу мітрального клапану. Зазвичай лікарі первинної ланки пролапс мітрального клапану розцінюють як “вроджену особливість” або клінічну ознаку “дисплазії сполучної тканини”, виключаючи роль тривало-перситууючої, нерідко клінічно малосимптомної стрептокової інфекції як можливого джерела пошкодження клапанного апарату серця.