

цину, чутливий до ванкоміцину, кліндаміцину, тетрацикліну, лінезоліду, рифампіцину. Було проведено лікування кліндаміцином 600 мг 4 рази на добу впродовж 14 днів. Після лікування стан покращився. При контрольному бактеріологічному дослідженні крові збудника не виявлено. Згідно з літературними даними, найвища чутливість *Arcanobacterium haemolyticum* спостерігається до пеніцилінів, цефалоспоринів, ципрофлоксацину, ванкоміцину.

**Висновки.** Є необхідність у широкому впровадженні бактеріологічного дослідження матеріалу мазків із ротоглотки при фарингітах для встановлення етіології хвороби, призначення ефективного етіотропного лікування, попередження генералізації запального процесу.

Колотило Т.Р., Москалюк В.Д.

Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці, Україна

### Особливості лікування хворих з коінфекцією ВІЛ/ТБ (стендова доповідь)

**Актуальність.** Останніми роками різко змінилися підходи до призначення антиретровірусної терапії (АРТ) пацієнтам із ВІЛ/ТБ. Доведено, що призначення АРТ у перші 2–8 тижнів лікування туберкульозу значно підвищує шанси пацієнта на одужання. Нині в Україні АРТ призначають усім хворим на ТБ незалежно від кількості CD4+Т-лімфоцитів.

**Мета дослідження.** Розглянути особливості та основні принципи лікування хворих із коінфекцією ВІЛ/ТБ.

**Матеріали та методи.** Поєднання ВІЛ-інфекції та туберкульозу має несприятливий перебіг і вимагає особливого підходу до призначення лікування таким пацієнтам. Проблема поєднання ТБ і ВІЛ тісно переплітається з проблемою медикаментозної стійкості мікобактерій до протитуберкульозних препаратів. Вивчення ВІЛ-інфікованих і неінфікованих пацієнтів з туберкульозом у восьми американських центрах, що брали участь у клінічній групі випробувань, показало, що поширеність туберкульозу, стійкого до одного або більше препаратів, становить 20,4 %. У 5,6 % відзначена стійкість і до ізоніазиду, і до рифампіцину. Важливим аспектом лікування хворих на ТБ і ВІЛ-інфекцію є необхідність в одночасному призначенні антиретровірусних препаратів. Як відомо, АРТ істотно зменшує смертність у коінфікованих пацієнтів із кількістю CD4+Т-лімфоцитів менше 100 в 1 мкл. Порівнювалися 2 групи хворих на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз. Спостереження тривало 4 роки. Одна група пацієнтів отримувала комбіновану АРТ та протитуберкульозні препарати. Інша отримувала тільки протитуберкульозні препарати. Пацієнти, які отримували АРТ, мали ризик смерті 24 % проти 47 % без АРТ. Вища ефективність зазначеної комплексної терапії пояснюється нормалізацією імунних реакцій, що супроводжуються підвищенням кількості CD4+Т-лімфоцитів у крові та

реверсією шкірних туберкулінових реакцій. Проте в результаті цих зрушень нерідко відзначаються і парадоксальні реакції у вигляді загострення ТБ-процесу на тлі лікування. Вони показують усунення анергії та нормалізацію імунного статусу хворих. На практиці лікарі стикаються з проблемою відстрочення АРТ, щоб уникнути побічних ефектів.

**Результати та обговорення.** Як показало дослідження, лікування хворих на коінфекцію ВІЛ/ТБ повинно бути комплексним. Кращі прогнози стосовно життя мають ті пацієнти, яким одночасно призначали АРТ і протитуберкульозні препарати. Лікування ТБ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів проводять за тими самими схемами та тривалістю, що і у ВІЛ-негативних пацієнтів. Призначення АРТ усім хворим на ВІЛ/ТБ здійснюється незалежно від кількості CD4+Т-лімфоцитів і підвищує ефективність лікування цих хворих.

**Висновки.** Отже, комбіноване призначення АРТ та протитуберкульозних препаратів має позитивну динаміку у хворих із коінфекцією ВІЛ/ТБ, що дозволяє значно продовжити життя таких пацієнтів.

Кириєнко В.Т.<sup>1</sup>, Зайцев І.А.<sup>1</sup>,  
Потий В.В.<sup>2</sup>, Грушкевич В.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет  
ім. А.А. Богомольця, г. Київ, Україна

<sup>2</sup> Донецький медичний університет ім. Горького,  
г. Краматорск, Україна

<sup>3</sup> Національний військово-медичний клінічний  
центр «ГВКГ», г. Київ, Україна

### Профілактика кори

Корь являється крайне заразною тяжелою болезню. До введення противокоревой вакцины ежегодно насчитывалось 2,6 миллиона случаев смерти. Глобальная смертность от данного заболевания снизилась до 80 % благодаря широкому распространению вакцинации. В последнее время из-за низкого процента привитого населения и отсутствия коллективного иммунитета до 95 % происходят вспышки кори каждые 5–6 лет. По итогам 2018 года, Украина лидирует по заболеваемости корью в Европе. Согласно данным Министерства здравоохранения, в 2018 году в Украине корью заболело 54,5 тысячи человек, 16 из них умерло от осложнений. За январь-февраль 2019 года корью заболело более 24 000 человек.

Заболевание характеризуется циклическим течением, проявляется общей интоксикацией, макулопапулезной сыпью на коже, патогномическими высыпаниями на слизистой оболочке рта, катаром верхних дыхательных путей и конъюнктив. Приблизительно 30 % случаев заболевания корью имеют одно или несколько осложнений. Среди них выделяют: пневмонию (1–6 %), средний отит (7–9 %), диарею (8 %), судороги (0,5 %), энцефалит (0,1 %). Особую опасность корь представляет для лиц с высоким риском тяжелой болезни и возможным развитием осложнений. В данную группу входят младенцы и дети в

возрасте до 5 лет, взрослые в возрасте свыше 20 лет, беременные женщины, лица с ослабленной иммунной системой. Корь во время беременности может вызвать неблагоприятные последствия у матери и плода, наиболее распространенные — спонтанный аборт, преждевременное родоразрешение.

Предотвратить возникновение заболевания и его последствия можно с помощью вакцины, чаще всего в виде комбинированной, против кори, паротита и краснухи (MMR). После введения одной дозы MMR противокоревой иммунитет формируется у 93 % вакцинированных, после двух доз — у 97 %.

Людам, находившимся в контакте с больным корью, следует рекомендовать постконтактную профилактику (ПКП). Рекомендовано введение вакцины MMR в течение 72 часов после первоначального воздействия возбудителя, либо иммуноглобулин (IG) в течение шести дней после воздействия патогена. **Не следует вводить MMR-вакцину и IG одновременно, так как аннулируется действие вакцины!**

Центром по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention — CDC) рекомендована вакцинация от кори следующим контингентам:

*Дети:*

- первая доза в возрасте от 12 до 15 месяцев, вторая доза в возрасте от 4 до 6 лет;
- дети, получающие первую дозу вакцины в 4–6 лет, должны получить вторую дозу через месяц;
- старшим непривитым детям следует ввести вакцину, как только возможно, вторую дозу — через месяц.

**Ученики высших учебных заведений без доказательств иммунитета\*:**

- две дозы, разделенные не менее чем на 28 дней.

**Взрослые, родившиеся после 1957 года, без признаков иммунитета\*:**

- должны получить хотя бы одну дозу вакцины.

**Международные путешественники без доказательств иммунитета\*:**

- дети от 6 до 11 месяцев — одна доза;
- дети, получившие одну дозу вакцины до их первого дня рождения, должны получить еще две дозы (одна доза в возрасте от 12 до 15 месяцев и еще одна доза по крайней мере через 28 дней);
- дети в возрасте 12 месяцев и старше (включая подростков и взрослых) — две дозы разделены не менее чем на 28 дней.

**Работники здравоохранения без доказательств иммунитета\*:**

- две дозы, разделенные не менее чем на 28 дней.

**Примечание:** \* — приемлемое предполагаемое доказательство иммунитета против кори включает по крайней мере одно из следующего: письменное подтверждение адекватной вакцинации, лабораторные доказательства иммунитета, лабораторное подтверждение кори или рождение до 1957 года.

— Если много случаев кори встречается среди детей младше 12 месяцев, вакцинация против кори детей в возрасте до 6 месяцев может быть использована в качестве меры борьбы со вспышкой.

**Имуноглобулин (IG) как постконтактная профилактика**

Лица, подвергающиеся риску серьезных заболеваний и осложнений от кори, такие как дети в возрасте до 12 месяцев, беременные женщины без признаков иммунитета против кори и люди с сильно ослабленной иммунной системой, должны получать IG. Внутримышечный IG (IGIM) следует назначать всем детям младше 12 месяцев, которые были подвержены контакту с корью. Для детей в возрасте от 6 до 11 месяцев вакцина MMR может вводиться вместо IG, если она вводится в течение 72 часов после воздействия патогена. Поскольку беременные женщины могут быть подвержены более высокому риску тяжелого течения кори и осложнений, внутривенное введение IG следует назначать беременным женщинам без доказательств иммунитета против кори, которые подвергались воздействию кори. Это не предотвратит корь, но может уменьшить симптомы заболевания. Кроме того, если материнская инфекция близка к родам, иммуноглобулин может снизить риск развития кори у новорожденных. Рекомендуемая доза IGIM составляет 0,5 мл/кг массы тела (максимальная доза — 15 мл). В Украине для постконтактной профилактики кори используют нормальный человеческий гаммаглобулин, доза которого составляет 3,0 мл.

**Постконтактная профилактика для медицинского персонала**

Если медицинский работник, не имеющий доказательств иммунитета, подвергается воздействию кори, вакцина MMR должна быть введена в течение 72 часов, или IG должен быть введен в течение 6 дней, если таковые имеются. Медицинский персонал без иммунитета необходимо отстранить от дежурств с 5-го дня после первого контакта до 21-го дня после последнего воздействия, независимо от вакцины после контакта.

**Изоляция**

Зараженные лица должны быть изолированы до 4-го дня после появления сыпи.

Люди без доказательств иммунитета, которые были освобождены от вакцинации против кори по определенным причинам, должны быть исключены из учреждений в районе вспышки в течение 21 дня после появления сыпи у пациента с последним случаем кори.

**Противопоказания к вакцинации:**

1. Анафилаксия на любой компонент из составляющих вакцины.
2. Значительно ослабленные лица, те, кто лечится от злокачественных заболеваний и состояний иммунодефицита, кроме ВИЧ-инфекции, и те, которые получают иммуносупрессивную терапию, высокие дозы рентгеновской терапии и современные высокие дозы системных кортикостероидов.
3. Беременные женщины не должны получать вакцину MMR. Женщинам следует избегать беременности в течение 4 недель после применения вакцины MMR.
4. MMR не следует вводить в тот же день, что и вакцину против желтой лихорадки.

**Не является противопоказанием к вакцине MMR:**

1. Аллергия на яйцо, не вызывающая анафилаксию после употребления яйца.
2. Кормление грудью.
3. ВИЧ-положительные пациенты, у которых нет серьезного нарушения иммунитета.
4. Личная или семейная история судорог.
5. Иммунодефицит у члена семьи или при домашнем контакте.
6. Неопределенность относительно того, было ли у человека 2 предыдущие вакцины MMR.
7. Если женщины получали анти-RhD иммуноглобулин, нет необходимости отложить вакцинацию.
8. Наследственная непереносимость фруктозы.

**Меры предосторожности:**

1. Острая тяжелая лихорадочная болезнь — отложить до выздоровления.
2. Инъекция с другой живой вакциной в течение предыдущих 4 недель.
3. Недавнее введение крови или препаратов крови. Введение MMR должно быть отсрочено не менее чем на 5 месяцев после приема противокорревого иммуноглобулина (HNIG) в низких дозах, 6 месяцев после переливания эритроцитов или цельной крови и через 11 месяцев после HNIG в высоких дозах (используется, например, при болезни Кавасаки). Если вакцина MMR вводится в эти сроки, то дальнейшие 1 или 2 дозы по мере необходимости следует давать вне этого временного интервала.
4. Проведение пробы Манту следует отложить как минимум на 4 недели после MMR. Вакцина против кори может уменьшить реакцию на туберкулин и дать ложный отрицательный результат.
5. Пациенты, у которых развилась тромбоцитопения в течение 6 недель после введения первой дозы вакцины (MMR), должны пройти серологическое тестирование, чтобы решить, является ли вторая доза необходимой.
6. Такролимус и другие иммуномодуляторы не должны вводиться в течение 28 дней до введения вакцины MMR и 28 дней после нее.

**Выводы.** Специфическая профилактика населения — самый надежный метод, который предотвратит распространение эпидемии в Украине.

**References**

1. Public Health England Protecting and improving the nation's health, PHE National Measles Guidelines, August 2017.
2. Measles website: [www.cdc.gov/measles](http://www.cdc.gov/measles)
3. Measles resources: [www.cdc.gov/measles/resources/](http://www.cdc.gov/measles/resources/)
4. Feature on measles: [www.cdc.gov/features/measles/](http://www.cdc.gov/features/measles/)
5. Measles vaccination website: [www.cdc.gov/measles/vaccination.html](http://www.cdc.gov/measles/vaccination.html)
6. Vaccine schedules: [www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html](http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html) Materials for travelers.
7. Traveler's health measles page: [wwwnc.cdc.gov/travel/diseases/measles](http://wwwnc.cdc.gov/travel/diseases/measles)
8. CDC. Профилактика кори, краснухи, врожденного синдрома краснухи и эпидемического паротита, 2013: сводные рекомендации Консультативного комитета по практике иммунизации (ACIP). MMWR 2013; 62(RR04); 1-34.

Крамарьов С.О.<sup>1</sup>, Палатна Л.О.<sup>1</sup>,  
Євтушенко В.В.<sup>1</sup>, Шпак І.В.<sup>1</sup>,  
Мищерська К.Б.<sup>2</sup>, Савінова К.Б.<sup>2</sup>,  
Кравчук А.О.<sup>2</sup>, Кордівська А.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет  
ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Комунальний заклад Київської обласної ради  
«Київська обласна дитяча лікарня», м. Київ, Україна

## Правець у практиці дитячого інфекціоніста: клінічні випадки

**Актуальність.** Правець — гостре інфекційне захворювання людини та тварин із групи раневих анаеробних інфекцій, що характеризується тонічним напруженням скелетної мускулатури і періодичними генералізованими судомами, що обумовлені ураженням структур нервової системи токсинною збудника. Захворюваність на правець відносно невисока, зокрема у країнах, що розвиваються, частота захворюваності становить 10–50 осіб на 100 тис. населення, а в країнах із широким охопленням вакцинопрофілактикою — 0,1–0,6 на 100 тис. населення, проте летальність дорівнює майже 40 %. В Україні останніми роками спостерігається тенденція до зростання кількості випадків правця, зокрема в 2016 році зафіксовано 10 випадків, а у 2017-му — 18. Переважно більшість хворих становлять дорослі пацієнти.

**Метою дослідження** було нагадати практичним лікарям клініко-епідеміологічні особливості правця у дітей та підкреслити необхідність вакцинації для попередження цього захворювання.

**Матеріали та методи.** Клінічні випадки правця у дітей віком 11 років та 2,8 року, які перебували на лікуванні в Київській обласній дитячій лікарні (КОДЛ).

**Клінічний випадок 1.** Хлопчик М., 11 років, надійшов до КОДЛ із діагнозом «правець». Із історії розвитку було відомо, що у дитини немає супутніх захворювань, психомоторний розвиток відбувався за віком. Встановлено, що дитина не отримувала профілактичних щеплень через відмову батьків. За 8 днів до госпіталізації хлопчик, допомагаючи батькам на городі, наступив на іржавий цвях і поранив ногу. Наступного дня батьки з дитиною звернулись за медичною допомогою за місцем проживання, була проведена первинна хірургічна обробка рани та профілактика правця вакциною АДП-м у дозі 0,5 мл. Через 6 днів після травми з'явилися перші ознаки хвороби: тягнучі болі в нозі, тризм, слинотеча, порушення ковтання, згодом — болі в потиличній області та верхньому відділі спини. Того самого дня батьки з дитиною звернулись за медичною допомогою в Бориспільську ЦРЛ. За клініко-епідеміологічними ознаками був діагностований правець, дитина переведена до КОДЛ у відділення анестезіології та реанімації. При надходженні в КОДЛ стан дитини розцінений як тяжкий. Спостерігався опістотонус, судоми з порушенням дихання, тризм, прикушування язика, порушення ковтання, м'язові болі. В день госпіталізації та через добу був уведений