

При этом можно делать фотоснимок новообразования, выводить изображение на экран компьютера и делать выводы не торопясь, возможно наблюдение в динамике.

При диагностике ручным дерматоскопом без фотоаппарата диагноз дерматологом, по наблюдению автора «Цветного атласа по дерматоскопии» В. Штольца, должен быть поставлен в течение первых 10 с.

Таким образом, на современном этапе владение мето-

дом дерматоскопии — обязательная и неотъемлемая часть профессиональных навыков врача-дерматолога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Прохоров Д. В. Особенности эпидемиологии и клинических проявлений меланомы кожи в АР Крым / Д. В. Прохоров // Украинский журнал дерм. венерол. косметологии. — 2001. — № 2. — С. 25–29.

2. Краткий курс дерматоскопии. Диагностика пигментных поражений кожи : атлас [Электронный ресурс]. — 2009. — Режим доступа : <http://www.heineopto.ru>

3. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / под ред. А. Д. Кацамбаса, Т. М. Лотти. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 724 с.

4. Курдина М. И. Ультразвуковая диагностика в дерматологии / М. И. Курдина, Л. А. Макаренко, Н. Ю. Маринич // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2009. — № 4. — С. 11–15.

5. Заболеваемость меланомой кожи в Украине / С. И. Коровин, Л. О. Гуляк, Б. А. Толетонятов [и др.] // Онкология. — 2006. — Т. 8, № 1. — С. 18–22.

УДК 616.5-006.6-07

И. В. Ашанина

РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Проанализирована необходимость использования метода дерматоскопии в дерматологической практике для диагностики пигментных и непигментных новообразований кожи, в частности меланомы, с целью диагностики на ранних этапах заболевания, а также предупреждения злокачественной трансформации в будущем.

Ключевые слова: меланома, дерматоскоп, дерматоскопия.

UDC 616.5-006.6-07

I. V. Ashanina

ROLE OF DERMATOSCOPY IN DIAGNOSIS OF SKIN LESIONS

The article deals with the method of dermatoscopy in dermatology practice for early diagnosis of pigmented and non-pigmented skin lesions, especially melanoma with the purpose of diagnosing at any stage of disease as well as to avoid of malignant transformation in future.

Key words: melanoma, a dermatoscope, dermatoscopy.

УДК 616.36-002.14-06:616.931-053.2:612.017

А. С. Подорожна,

І. Ю. Багмут, канд. мед. наук

ВПЛИВ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А НА НАПРУЖЕНІСТЬ СПЕЦИФІЧНОГО ІМУНІТЕТУ ДО ДИФТЕРІЇ СЕРЕД ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Харківський національний медичний університет

Розповсюдження вірусного гепатиту А (ВГА) набуло актуальності в багатьох країнах світу [1]. Головний фактор передачі інфекції — питна вода [2; 3], якість якої повинна відповідати нормативам «Вода питна». Одним із чинників погіршення якості питної води є, насамперед, техногенне забруднення навколишнього середовища [3–5]. Країни з природним обмеженням питної води купують воду в інших країнах, де її вдосталь, проте якість води перед закупівлею визначається власними органами контролю. Україна належить до країн з достатньою кількістю джерел питної води [6], проте клімато-гео-

графічні особливості розташування нашої країни створюють умови для існування 280 штамів вірусних інфекцій [7]. Серед них у Північно-Східному регіоні — збудник ВГА, здатний виживати за температурних умов від -20 до -70 °С, певної вологості повітря і зберігати при цьому свої патогенні та вірулентні властивості. Саме тому в Україні переважає захворюваність на гепатит А порівняно з парентеральними гепатитами. У нашій державі діє система епідеміологічного нагляду за ВГА [8], багаторівнева профілактика реалізується чинною програмою вакцинації створеним в Інституті молекулярної біології і гене-

тики НАН України вітчизняним рекомбінантним інтерфероном α -2 β (Лаферон). На стадії клінічних випробувань знаходяться вітчизняні пегіліровані (pegylated) рекомбінантні інтерферони [9]. Комплексне лікування гепатиту А проводиться з метою запобігання вірусній персистенції та можливим ускладненням [10]. Незважаючи на досягнення медицини у галузі багаторівневої профілактики, елімінувати збудника неможливо через природні, біологічні та соціальні фактори, які впливають на епідемічний процес гепатиту А.

Динамічне розповсюдження епідемічного процесу гепатиту А

відбувається на фоні чинної профілактичної імунізації дитячого населення згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2011 р. № 595 «Календар профілактичних щеплень в Україні». Висока ймовірність ураження цією хворобою дитячого контингенту ставить під сумнів можливість збереження/втрати післящеплювального імунітету до дифтерії серед дітей. Збереження післящеплювального імунітету вельми актуальне у хворих на ВГА дітей, адже імунпрофілактика дифтерії здійснювалася на фоні значного розповсюдження гепатиту А. Епідемічний процес охоплює, насамперед, переважно дітей віком від 3 до 14 років (винятком є лише діти першого року життя, тому що у них зберігаються материнські антитіла, набуті трансплацентарно) — вихованців дитячих дошкільних закладів і учнів шкіл зі значною перевагою дітей старшого віку.

Мета дослідження — з'ясування рівня напруження активного штучного антитоксичного імунітету до дифтерії серед дітей, хворих на ВГА.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено у динаміці 153 дитини, хворі на ВГА, у віці від 1 до 14 років, які перебували на лікуванні у Харківській дитячій обласній клінічній інфекційній лікарні № 8. Хворих поділили на три групи: 1–6 років, 7–10 років, 11–14 років. Усі діти були вакциновані та ревакциновані відповідно до календаря щеплень. Обстеження дітей, які перехворіли на ВГА, проводилося за умови задовільного стану здоров'я та відсутності будь-яких захворювань. Контрольну групу утворили 146 здорових дітей, які за віком відповідали дітям основної групи.

З метою вивчення стану напруження активного штучного антитоксичного імунітету були проведені дослідження серед дітей у динаміці та відповідному

розподілі на різних етапах клініко-епідеміологічного моніторингу: при госпіталізації до стаціонару (I етап), при виписуванні зі стаціонару (II етап). У обстежених дітей визначався рівень титрів специфічних антитіл до дифтерії у периферійній крові. Кров із пальця брали натщесерце вранці. Облік результатів реакції пасивної гемаглютинації (РПГА) проводили у титрах (розведеннях) сироваток. Для РПГА використовували дифтерійний антигенний еритроцитарний діагностикум виробництва АТВТ «Биомед» ім. І. І. Мечникова (Росія), серія 59, К 63, активність 1 : 3200. Вивчено показники рівнів титрів специфічних антитоксичних антитіл до дифтерії в РПГА. Показники титрів антитіл розцінювалися так: 0 — серонегативні; до незахисних титрів зараховані серонегативні особи та пацієнти з титрами від 1 : 10 до 1 : 20; 1 : 40 — мінімальні захисні (низькі захисні) титри; від 1 : 80 до 1 : 160 — середні захисні титри; від 1 : 320 та більше — високі захисні титри.

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінювали показники титрів антитіл до дифтерії у дітей віком від 1 до 6 років, 7–10 років, 11–14 років, хворих на ВГА, під час госпіталізації до стаціонару. У віковій групі від 1 до 6 років у першому періоді було обстежено 38 дітей, хворих на ВГА. Контрольну групу утворили 33 здорові дитини аналогічного віку. Аналіз титрів антитіл до дифтерії серед дітей віком 1–6 років під час госпіталізації до стаціонару показав, що у (15,9±5,9) % обстежених не було виявлено захисних титрів антитіл (серонегативні діти та діти з титрами 1 : 10–1 : 20), тимчасом як у контрольній групі вказаний титр був виявлений у (6,1±4,2) % дітей ($p>0,05$). Серонегативних (без антитіл) було (2,6±2,6) % дітей у досліджуваній групі та (3,0±3,0) % — у контрольній ($p>0,05$). Міні-

мальні захисні титри (1 : 40) зареєстровані у (18,4±6,3) % дітей, середні захисні — у (52,6±8,1) %. Необхідно зазначити, що високі захисні титри виявлені тільки у (13,2±5,5) % обстежених, а в контрольній групі ці титри були встановлені у (93,9±4,2) % дітей ($p\leq 0,001$). Середній геометричний титр (СГТ) \log_2 антитіл серед дітей основної групи становив (6,4±0,2) \log_2 , серед дітей контрольної групи — (10,7±0,3) \log_2 ($p\leq 0,001$).

У віковій групі 7–10 років на I етапі досліджено рівень специфічних титрів антитіл у 43 дітей, хворих на ВГА. До контрольної групи ввійшли 43 здорові дитини. Результати дослідження показників титрів антитіл до дифтерії у дітей віком від 7 до 10 років при госпіталізації до стаціонару показують, що у (23,3±6,4) % не виявлено захисних титрів антитіл, серед них було (11,6±4,9) % серонегативних, а в контрольній групі з незахисними титрами наявні (2,3±2,3) % дітей ($p\leq 0,05$), серед них серонегативних не було взагалі. Низькі захисні титри зафіксовані у (16,3±5,6) % хворих дітей і були відсутні у дітей контрольної групи ($p\leq 0,05$). Середні захисні титри антитіл серед обстежених хворих дітей виявлено у (44,2±7,6) % і також були відсутні серед дітей контрольної групи ($p\leq 0,001$). Необхідно зазначити, що високі захисні титри зареєстровані у (16,3±5,6) % хворих дітей, тимчасом як серед дітей контрольної групи ці титри були встановлені у (97,7±2,3) % ($p\leq 0,001$). Отже, у цьому віці більшість хворих дітей при госпіталізації до стаціонару мали середній захисний титр антитіл до дифтерії, а саме (44,2±7,6) %, при цьому СГТ у дітей основної групи дорівнював (6,6±0,3) \log_2 , контрольної — (10,9±0,2) \log_2 ($p\leq 0,001$).

Обстежено 72 хворі на ВГА дитини віком 11–14 років. Контрольну групу утворили 70 здорових дітей відповідного віку. При вивченні титрів антитіл до дифтерії у дітей віком 11–14 ро-

ків, хворих на гепатит А, під час госпіталізації до стаціонару не було виявлено захисних титрів антитіл у $(18,1 \pm 4,5) \%$ пацієнтів, серед них $(9,7 \pm 3,5) \%$ серонегативних, тимчасом як у дітей контрольної групи відсоток незахисних титрів сягав $(2,9 \pm 2,0) \%$ ($p \leq 0,01$), а серонегативних дітей не було. Низькі захисні титри виявлені у $(20,8 \pm 4,8) \%$ хворих дітей, середні захисні — у $(37,5 \pm 5,7) \%$ ($p \leq 0,001$ порівняно з контролем). Високі захисні титри антитіл до дифтерії реєструвалися у $(23,6 \pm 5,0) \%$ дітей цієї вікової групи, а у дітей контрольної групи цей показник сягав $(97,1 \pm 2,0) \%$ ($p \leq 0,001$). У дітей основної групи СГТ дорівнював $(6,7 \pm 0,2) \log_2$, контрольної — $(10,8 \pm 0,2) \log_2$ ($p \leq 0,001$).

Отже, якщо порівняти рівень титрів специфічних антитіл до дифтерії у дітей, хворих на ВГА, при госпіталізації до стаціонару, то можна зазначити, що в усіх вікових групах найчастіше виявляли середні захисні титри (рис. 1). При цьому діти контрольної групи в усіх вікових групах мали переважно високі захисні титри антитіл до дифтерії. Порівняльний аналіз частоти виявлення титрів залежно від віку показав відсутність статистично значущих відмінностей між дітьми різних вікових груп ($p > 0,05$). При визначенні СГТ при госпіталізації до стаціонару встановлено, що даний показник найвищим був у віковій групі від 11 до 14 років, найнижчим — у віці від 1 до 6 років.

Проведено аналіз результатів, отриманих у дітей при виписуванні зі стаціонару. У віці від 1 до 6 років на II етапі було обстежено 38 хворих на ВГА дітей. Контрольну групу утворили 33 здорові дитини цього ж віку. При дослідженні титру антитіл до дифтерії у дітей, хворих на ВГА, віком від 1 до 6 років встановлено, що титри специфічних антитіл до дифтерії в розведенні від 0 до 1 : 20 були у $(42,1 \pm 8,0) \%$ пацієнтів, серед них $(21,1 \pm 6,6) \%$ серонегативних, тимчасом як у дітей конт-

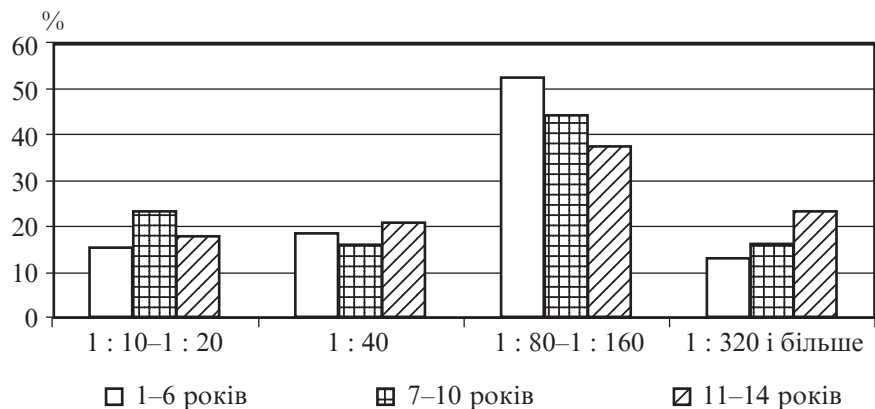


Рис. 1. Рівень титрів специфічних антитіл до дифтерії у дітей, хворих на вірусний гепатит А, при госпіталізації залежно від віку

рольної групи ці показники дорівнювали $(6,1 \pm 4,2)$ і $(3,0 \pm 3,0) \%$ ($p \leq 0,001$) відповідно. Мінімальний захисний титр 1 : 40 виявлено у $(34,2 \pm 7,7) \%$ дітей дослідної групи, у контрольній групі він був відсутнім ($p \leq 0,001$). Середні захисні титри відмічено у $(21,1 \pm 6,6) \%$ дітей дослідної групи, як і мінімальний захисний титр, вони були відсутні у дітей контрольної групи ($p \leq 0,01$). Високі захисні титри зареєстровані у $(2,6 \pm 2,6) \%$ дітей дослідної групи та $(93,9 \pm 4,2) \%$ дітей контрольної групи ($p \leq 0,001$). Отже, при виписуванні зі стаціонару більшість дітей — $(42,1 \pm 8,0) \%$ — віком від 1 до 6 років мали незахисні титри антитіл до дифтерії.

Обстежена 41 хвора на ВГА дитина віком 7–10 років. До контрольної групи ввійшли 43 здорові дитини. При дослідженні титру антитіл до дифтерії встановлено, що титри специфічних антитіл до дифтерії в розведенні від 0 до 1 : 20 наявні у $(39,0 \pm 7,6) \%$ дітей, а в контрольній групі — у $(2,3 \pm 2,3) \%$ ($p \leq 0,001$), серонегативними були $(29,3 \pm 7,1) \%$, тимчасом як у контролі серонегативних дітей не було ($p \leq 0,001$). Титри у розведенні 1 : 40 виявлені у $(22,0 \pm 6,5) \%$ дітей ($p \leq 0,01$ порівняно з контрольною групою), у розведеннях 1 : 80 та 1 : 160 — у $(19,5 \pm 6,2) \%$ дітей дослідної групи; усі ці титри були відсутні в контрольній групі ($p \leq 0,01$). Високі захисні титри виявлені у $(19,5 \pm 6,2) \%$ ді-

тей дослідної групи та $(97,7 \pm 2,3) \%$ дітей контрольної групи ($p \leq 0,001$). Отже, при виписуванні зі стаціонару більшість дітей мали незахисні титри антитіл до дифтерії $(39,0 \%)$. Логарифм СГТ цієї групи дорівнював $(6,4 \pm 0,3)$, контрольної групи — $(10,9 \pm 0,2)$.

На II етапі у віковій групі 11–14 років обстежено 67 дітей, хворих на ВГА, контрольну групу утворили 70 дітей. Установлено, що титри специфічних антитіл до дифтерії у дітей, хворих на ВГА, віком 11–14 років при виписуванні зі стаціонару у $(32,8 \pm 5,7) \%$ випадків були незахисними, а у дітей контрольної групи — у $(2,9 \pm 2,0) \%$ ($p \leq 0,001$), при цьому серонегативними були $(17,9 \pm 4,7) \%$ дітей-реконвалесцентів ($p \leq 0,001$ порівняно з контролем). Низькі захисні титри виявлені у $(14,9 \pm 4,4) \%$ обстежених і були відсутні у контрольній групі ($p \leq 0,01$), середні захисні титри реєструвалися у $(35,8 \pm 5,9) \%$ хворих і були відсутні у дітей групи порівняння ($p \leq 0,001$). Високі захисні титри зареєстровані у $(16,4 \pm 4,5) \%$ дітей дослідної групи та $(97,1 \pm 2,0) \%$ дітей контрольної групи ($p \leq 0,001$). Таким чином, у більшості дітей цієї вікової групи реєструвалися середні захисні титри антитіл до дифтерії. У дітей основної групи СГТ становив $(6,3 \pm 0,2) \log_2$, контрольної — $(10,8 \pm 0,2) \log_2$ ($p \leq 0,001$).

Отже, при порівнянні титрів специфічних антитіл до дифте-

рії у дітей, хворих на ВГА, при виписуванні зі стаціонару можна відмітити, що загалом у всіх вікових групах переважали більш низькі титри антитіл — близько 20 % хворих взагалі були серонегативними (рис. 2).

Дуже мало було дітей із високими захисними титрами серед хворих 1–6 років — тільки $(2,6 \pm 2,6)$ % порівняно з $(19,5 \pm 6,2)$ % серед дітей 7–10 років ($p \leq 0,05$) та з $(16,4 \pm 4,5)$ % серед дітей 11–14 років ($p \leq 0,05$). Слід зазначити, що при виписуванні зі стаціонару СГТ був найвищим у віковій групі від 7 до 10 років, а найнижчим — у віці 1–6 років.

Підбиваючи підсумки отриманих результатів дослідження щодо рівня титрів антитіл до дифтерії серед дітей віком до 14 років, які мали в анамнезі ВГА, залежно від періоду захворювання, можна вказати на деякі особливості. Так, необхідно наголосити, що під час госпіталізації до стаціонару кількість незахисних титрів антитіл була найбільшою у віці 7–10 років — $(23,3 \pm 6,4)$ % дітей, а найменшою — у дітей від 1 до 6 років — $(15,8 \pm 5,9)$ % (рис. 3).

На початку захворювання низькі захисні титри специфічних антитіл до дифтерії зареєстровані приблизно в однаковій кількості в усіх групах — у $(18,4 \pm 6,3)$ % дітей 1–6 років, $(16,3 \pm 5,6)$ % дітей 7–10 років і $(20,8 \pm 4,8)$ % дітей 11–14 років. Найнижчий рівень середніх захисних титрів антитіл до дифтерії при госпіталізації до стаціонару реєструвався у дітей від 11 до 14 років, а саме у $(37,5 \pm 5,7)$ %. Найменша кількість високих захисних титрів антитіл виявлена у дітей від 1 до 6 років — у $(13,2 \pm 5,5)$ %, дещо більша — віком 7–10 років — у $(16,3 \pm 5,6)$ %, а найбільша кількість зазначених титрів встановлена у дітей віком 11–14 років — $(23,6 \pm 5,0)$ %.

Під час виписування зі стаціонару кількість дітей, які мають серонегативний титр антитіл до дифтерії, зросла серед усіх вікових груп (рис. 4).

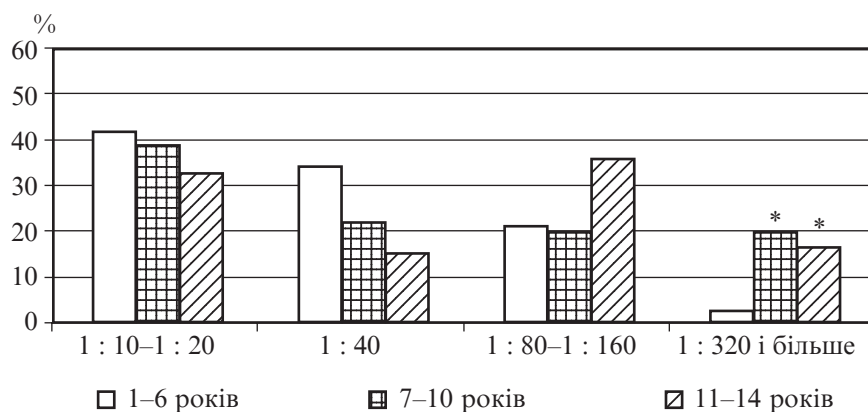


Рис. 2. Рівень титрів специфічних антитіл до дифтерії у дітей, хворих на гепатит А, при виписуванні зі стаціонару залежно від віку: * — $p < 0,05$ порівняно із хворими 1–6 років

Так, найбільше дітей з незахисними титрами було у групі від 1 до 6 років — $(42,1 \pm 8,0)$ %, найменше — від 11 до 14 років — $(32,8 \pm 5,7)$ %. При виписуванні також зросла питома вага дітей з низьким захисним рівнем антитіл до дифтерії, крім дітей 11–14 років, найбільше — серед дітей від 1 до 6 років — $(34,2 \pm 7,7)$ %. У віковій групі 7–10 років реєструвалася найменша кількість дітей серед усіх вікових груп, які мають середні захисні

рівні титрів антитіл — $(19,5 \pm 6,2)$ %. При виписуванні зі стаціонару серед дітей віком від 1 до 6 років і від 11 до 14 років зменшилася питома вага пацієнтів із високими захисними титрами антитіл до дифтерії порівняно з I етапом: відповідно до $(2,6 \pm 2,6)$ та $(16,4 \pm 4,5)$ %.

Висновки

1. У хворих на ВГА дітей спостерігається значне зниження титрів антитіл до збудника диф-

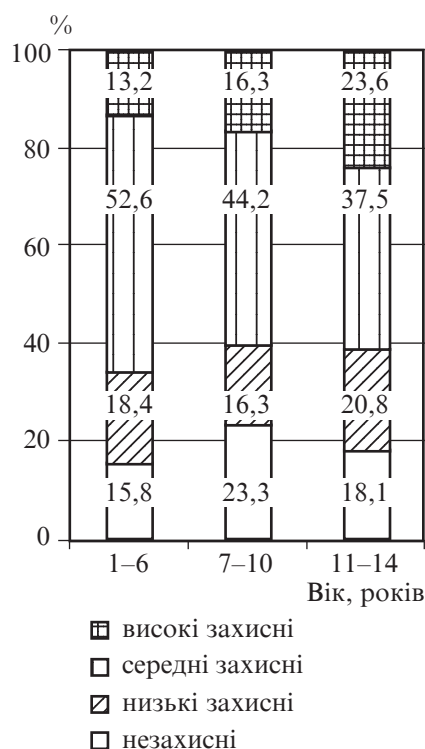


Рис. 3. Рівні специфічних антитіл до дифтерії у дітей, хворих на вірусний гепатит А, під час госпіталізації до стаціонару

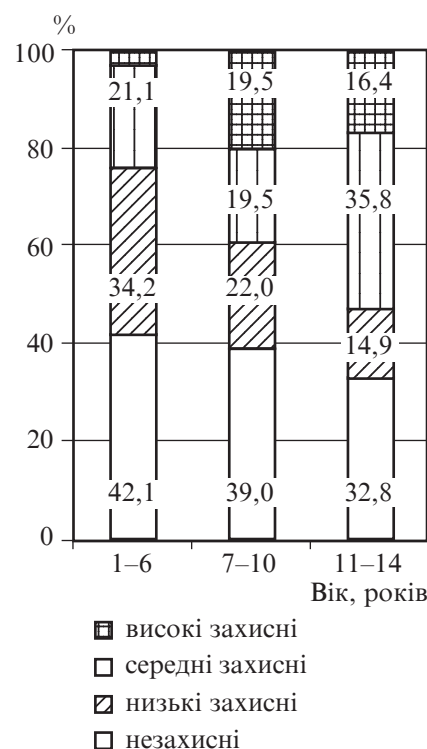


Рис. 4. Рівні специфічних антитіл до дифтерії у дітей, хворих на вірусний гепатит А, при виписуванні зі стаціонару

терії протягом усього періоду хвороби порівняно з клінічно здоровими дітьми усіх вікових груп.

2. Найнижчі титри антитіл виявлені на момент виписування зі стаціонару, що підтверджує імуносупресивну дію ВГА.

3. Найбільше зниження титрів антитіл зареєстровано у дітей віком 1–6 років, що пояснюється недосконалою реакцією імунної системи на дію вірусу та недостатньо розвиненими механізмами швидкого відновлення імунної системи.

4. У віці 7–10 років більшість хворих на ВГА при госпіталізації до стаціонару мали середній захисний титр антитіл до дифтерії, а саме $(44,2 \pm 7,6) \%$ дітей, втім, СГТ у дітей основної групи становив $(6,6 \pm 0,3) \log_2$, контрольної — $(10,9 \pm 0,2) \log_2$ ($p \leq 0,001$).

5. У дітей 11–14 років середні захисні титри антитіл до дифтерії виявлені у $(37,5 \pm 5,7) \%$ випадків ($p \leq 0,001$ порівняно з контролем). Високі захисні титри реєструвалися у $(23,6 \pm 5,0) \%$ підлітків, тимчасом як у їхніх однолітків з контрольної групи цей показник становив $(97,1 \pm 2,0) \%$ ($p \leq 0,001$). У дітей основної групи СГТ дорівнював $(6,7 \pm 0,2) \log_2$, контрольної — $(10,8 \pm 0,2) \log_2$ ($p \leq 0,001$).

6. Доведена наявність незахисних титрів антитіл у хворих на

гепатит А дітей віком 7–14 років під час госпіталізації — питома вага хворих із незахисними титрами антитіл сягала 41,4 %.

7. Рівень активного штучного протидифтерійного імунітету на етапах перебігу гепатиту А характеризується динамічними змінами, які визначаються віком дітей і первинним станом їхнього імунного захисту.

Перспективними є дослідження впливу вірусного гепатиту А на стан напруження післявакцинального імунітету у дітей різного віку до інфекційних захворювань, мета яких полягає в оптимізації тактики імунопрофілактики в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Онищенко Г. Г.* Контроль за інфекційними захворюваннями — стратегічна задача здравоохранения России в XXI веке / Г. Г. Онищенко // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 2002. — № 6. — С. 4–16.

2. *Світа В. А.* Вода як фактор передачі збудників інфекційних захворювань / В. А. Світа // *Журнал СЕС. Профілактична медицина*. — 2005. — № 1. — С. 48–50.

3. *Луговсков А. Д.* Вода как фактор передачи вирусного гепатита А и других инфекционных заболеваний / А. Д. Луговсков // *Український медичний альманах*. — 2005. — Т. 8, № 4. — С. 125–127.

4. *Савинов Е. Д.* Клинико-эпидемиологические особенности вирусного гепатита А в районах с разным уровнем техногенного загрязнения окружаю-

щей среды / Е. Д. Савинов, С. В. Ильина, В. Т. Киклевич // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 2001. — № 5. — С. 15–18.

5. *Димитриев Д. А.* Современные методы изучения влияния загрязнения окружающей среды на иммунную систему / Д. А. Димитриев, Е. Г. Румянцева // *Гигиена и санитария*. — 2002. — № 3. — С. 68–71.

6. *Айдинов Г. В.* Оценка возможностей очистных сооружений водопровода снижать вирусную контаминацию питьевой воды / Г. В. Айдинов, М. Ю. Соловьев, Т. А. Зыкова // *Здоровье населения и окружающая среда обитания*. — 2003. — № 8. — С. 24–28.

7. *Фролов В. М.* Экопатогенные факторы антропогенной природы и здоровье детей / В. М. Фролов, Н. А. Пересадин, Ю. А. Ененко // *Экология человека*. — 1994. — № 1. — С. 106–115.

8. *Брико Н. И.* Эпидемиологический надзор — инструмент выявления новых нозологических форм болезней / Н. И. Брико // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 2003. — № 5. — С. 4–11.

9. *Даниленко Т. О.* Аспекты применения интерферона рекомбинантного $\alpha 2b$ в практическом здравоохранении Украины / Т. О. Даниленко // *Клініко-епідеміологічні аспекти боротьби та профілактики інфекційних і неінфекційних хвороб серед дітей і дорослих*. Харків, 8–9 квітня 2010 р. : матеріали міжнар. наук.-практ. конференції. — Харків, 2010. — С. 116.

10. *Крамарев С. А.* Современные подходы к лечению вирусных гепатитов у детей / С. А. Крамарев // *Здоров'я України*. — 2003. — № 18 (79). — С. 16.

УДК 616.36-002.14-06:616.931-053.2:612.017

А. С. Подорожна, І. Ю. Багмут

ВПЛИВ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А НА НАПРУЖЕНІСТЬ СПЕЦИФІЧНОГО ІМУНІТЕТУ ДО ДИФТЕРІЇ СЕРЕД ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Вивчали вплив вірусного гепатиту А на стан активного штучного антитоксичного імунітету до дифтерії у раніше щеплених дітей. З'ясовано зниження титрів антитіл до збудника дифтерії протягом усього періоду хвороби порівняно з клінічно здоровими дітьми усіх вікових груп. Зокрема, доведено, що наявність незахисних титрів антитіл у хворих на гепатит А дітей віком 7–14 років спостерігалася при госпіталізації: питома вага хворих з незахисними титрами антитіл — 41,4 %. Виявлений рівень активного штучного протидифтерійного імунітету на етапах перебігу гепатиту А характеризується динамічними змінами, які визначаються віком дітей і первинним станом їх імунного захисту.

Ключові слова: вірусний гепатит А, дитячий вік 7–14 років, імунітет до дифтерії, раніше щеплені діти.

UDC 616.36-002.14-06:616.931-053.2:612.017

A. S. Podorozhna, I. Yu. Bagmut

INFLUENCE OF VIRAL HEPATITIS A ON INTENSITY OF SPECIFIC IMMUNITY TO DIPHTHERIA IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS

There was studied the effect of hepatitis A on the state of active artificial antitoxic immunity to diphtheria in previously vaccinated children. It was found reduction of antibody titers to diphtheria during the full disease course compared with healthy children of all age groups. In particular it is proved that the presence of deprotected titers in children suffering from viral hepatitis A aged 7–14 years were observed during hospitalization: the proportion of patients with deprotected antibody titers — 41.4%. The identified level of active artificial diphtheria immunity of hepatitis A course is characterized by dynamic changes, depending on the age of children and primary state of their immune protection.

Key words: viral hepatitis A, children aged 7–14 years, immunity to diphtheria, previously vaccinated children.