

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «ІНСТИТУТ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ
ім. Л.В. ГРОМАШЕВСЬКОГО НАМН УКРАЇНИ»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ МІКРОБІОЛОГІВ,
ЕПІДЕМІОЛОГІВ ТА ПАРАЗИТОЛОГІВ ІМЕНІ Д.К. ЗАБОЛІТНОГО»
ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ
НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР «ІНСТИТУТ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
ТА КЛІНІЧНОЇ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ»
КАФЕДРА ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ДЕРЖПРОДСПОЖИВСЛУЖБИ У М. КИЇВІ

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ СУЧАСНОСТІ: ЕТІОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА, БІОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА

Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю, присвяченої щорічним «Читанням» пам'яті
академіка Л.В. Громашевського та приуроченої
до 25-річчя Національної академії медичних наук України
(Київ, 11 – 12 жовтня 2018 року)

*За редакцією чл.-кор. НАМН України В.І. Задорожної,
д. мед н. Т.А. Сергеевої*

Київ – 2018

Хелемендик А.Б., Рябокони О.В.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В БЕЗ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ В ДИНАМІЦІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ..... 178

Хоронжевська І.С., Сергеева Т.А., Мартинюк Г.А., Мороз В.О.

МОНІТОРИНГ ПОШИРЕНОСТІ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ..... 180

Хоронжевська І.С., Сергеева Т.А., Мартинюк Г.А., Мороз В.О.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ АНТИТІЛ ДО ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С СЕРЕД РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ..... 182

Чумаченко Т.О., Махота Л.С., Карлова Т.О.

ОЦІНКА СУЧАСНОЇ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ТА ПРИЧИНИ ПОШИРЕННЯ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ..... 185

Шагінян В.Р., Фільчаков І.В., Парфенюк Ю.В., Матяш В.І.,

Дьяченко П.А., Березіна Л.В., Панасюк О.Л.

ВИЗНАЧЕННЯ ІНТРАТЕКАЛЬНОГО СИНТЕЗУ АНТИТІЛ У ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ..... 187

Шишова Г.А., Біломеря Т.А., Гончаренко В.І.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ІНФЕКЦІЙНОЮ ЗАХВОРИВАНІСТЮ НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2014 – 2017 РР..... 189

Щербінська А.М., Люльчук М.Г., Бабій Н.О., Киртичова В.В.

ГЛОБАЛЬНІ ЗАДАЧІ В ПОДОЛАННІ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В КОНТЕКСТІ ЗАВДАНЬ ЛАБОРАТОРНОЇ СЛУЖБИ ДІАГНОСТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ..... 191

Юрченко О.О., Дубина Д.О.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ФЛАВІВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ В УКРАЇНІ..... 194

Янко Н.В., Бойко О.П., Новачевська В.В., Крайванович Н.С.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ..... 195

Янко Н.В., Дудковська Л.В., Гнатюк О.Я., Гавришук В.Й.

ВАЖЛИВІСТЬ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ТУЛЯРЕМІСЮ ТА ЛЕПТОСПРОЗОМ НА ТЕРИТОРІЇ ВОЛИНІ..... 198

Янко Н.В., Дудковська Л.В., Роцина Т.А.

ВАЖЛИВІСТЬ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ НА ТЕРИТОРІЇ ГОРОХІВСЬКОГО РАЙОНУ ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСТІ..... 200

Янко Н.В., Костирка Н.В., Дудковська Л.В., Довжик В.Ф.

ЗАХВОРИВАНІСТЬ БОТУЛІЗМОМ НА ТЕРИТОРІЇ ВОЛИНІ..... 202

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ В БЕЗ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ В ДИНАМІЦІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Моніторинг хворих на хронічний гепатит В (ХГВ) без цирозу печінки при вирішенні питання щодо призначення протівірусної терапії (ПВТ) в світі залишається досить складним питанням та не має однозначних підходів до вирішення, що підтверджує існування декількох Міжнародних клінічних рекомендацій, а саме American Association for the Study of Liver Diseases (2016), European Association for the Study of the Liver (2012), National institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013), World Health Organization (WHO, 2015).

В Україні вірусні гепатити займають одне з домінуючих місць в структурі інфекційної патології за ступенем негативного впливу на здоров'я населення та масштабами захворюваності. З 2013 року в Україні діє Державна цільова програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів, для реалізації якої було створено та в подальшому оновлено клінічний протокол щодо моніторингу та лікування хворих на ХГВ. Викладені в клінічному протоколі підходи з надання медичної допомоги при ХГВ ґрунтуються на Міжнародних рекомендаціях NICE (2013) та WHO (2015).

Мета – проаналізувати перебіг ХГВ у хворих без цирозу печінки при визначенні необхідності призначення протівірусного лікування.

Матеріал та методи. Було обстежено 286 дорослих хворих на ХГВ віком від 18 до 71 року. Всім пацієнтам проведено визначення кількісного вмісту HBV-DNA в крові методом ПЛР, оцінено активність АлАТ в сироватці крові в динаміці спостереження. У 213 пацієнтів визначено в сироватці крові HBeAg, у 34 хворих оцінена ступінь виразності фіброзу печінки (фібротест). Для з'ясування особливостей перебігу ХГВ у хворих без цирозу печінки при визначенні тактики лікування розділення пацієнтів на групи було проведено з врахуванням критеріїв відбору пацієнтів для проведення ПВТ (Наказ МОЗ України № 613 від 21.06.2016 р.). Пацієнти були розділені на групи: I група – 23 хворих з сукупністю ознак: вік до 30-ти років включно, вірусне навантаження HBV-DNA >20000 IU/ml, стійко підвищена активність АлАТ (ПВТ повинна бути призначена) (першочергове призначення ПВТ); II група – 109 хворих із

вірусним навантаженням >2000 IU/ml (ПВТ повинна розглядатися); III група – 154 пацієнти із рівнем HBV-DNA <2000 IU/ml (ПВТ не рекомендована). Статистична обробка отриманих даних проведена з використанням сформованої бази обстежених хворих на ХГВ в програмі «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Результати. За сукупністю лабораторних ознак першочергового призначення ПВТ потребувало 8,0% (23 із 286) хворих. Перебіг ХГВ у цих пацієнтів характеризувався частішими анте-вегетативними проявами, вищою виразністю цитолітичного синдрому та найчастішою циркуляцією в крові HBeAg. Незважаючи на те, що ХГВ мав клінічні прояви лише у невеликій кількості пацієнтів, статистично значущі розбіжності мали місце при порівнянні хворих I та III груп. Клінічна симптоматика пацієнтів I групи характеризувалася частішою появою астено-вегетативних проявів (26,1% проти 5,8%, $\chi^2 = 10,57$, $p < 0,01$), на відміну від хворих з низьким вірусним навантаженням <2000 IU/ml. Виразність цитолітичного синдрому була вище у пацієнтів I групи, порівняно з пацієнтами II та III груп, насамперед за рахунок більшої частки пацієнтів з підвищенням активності АлАТ від 3-х до 10-ти норм. Порівняння клініко-лабораторних показників перебігу ХГВ у хворих без цирозу печінки II групи, яким питання призначення ПВТ повинне бути розглянутим, та III групи, яким етіотропне лікування не рекомендоване, відсутні статистично значущі розбіжності в досліджуваних параметрах, проте серед хворих III групи 34,3% (53 із 154) мали підвищену активність АлАТ в крові.

При аналізі вірусологічних параметрів у хворих на ХГВ без цирозу печінки відмінності ($p < 0,05$) у вірусному навантаженні хворих досліджуваних груп виявилися закономірними, оскільки рівень підвищення HBV-DNA в крові був одним з критеріїв при формуванні груп пацієнтів. Так, медіана кількісного вмісту HBV-DNA в крові хворих I групи склала $1,0 \times 10^8$ ($1,3 \times 10^5$; $1,1 \times 10^8$) МО/мл, II групи – $4,1 \times 10^4$ ($6,8 \times 10^3$; $2,1 \times 10^5$) МО/мл, III групи – $7,5 \times 10^2$ ($4,1 \times 10^2$; $1,0 \times 10^3$) МО/мл. Частота виявлення позитивного HBeAg в крові чітко залежала від рівня вірусного навантаження та виявилася найбільшою у пацієнтів I групи, порівняно як з хворими III групи (73,7% проти 10,5%, $\chi^2 = 41,31$, $p < 0,0001$), так й з пацієнтами II групи (73,7% проти 22,5%, $\chi^2 = 18,38$, $p < 0,001$). Зафіксована різниця в частоті виявлення HBeAg-позитивних пацієнтів й при порівнянні II та III груп (22,5% проти 10,5%, $\chi^2 = 5,16$, $p < 0,01$). Однак за наявності чітких статистично значущих розбіжностей в вірусологічних показниках у пацієнтів досліджуваних груп, частка пацієнтів з різними стадіями фіброзу печінки була однаковою ($p > 0,05$) у хворих на ХГВ без цирозу печінки досліджуваних груп. Так, фіброз

печінки F 2-3 ступенів зафіксовано у 25,0% хворих I групи, 31,6% пацієнтів II групи та 27,3% хворих III групи. Приймаючи до уваги, що серед пацієнтів III групи, яким проведення ПВТ не рекомендується, кожен третій мав лабораторні ознаки цитолітичного синдрому – 34,3% (53 із 154), кожен десятий хворий був HBeAg-позитивним – 10,5% (12 із 114), а більш ніж кожен четвертий мав фіброз печінки F 2-3 ступенів – 27,3% (3 із 11), існуючі критерії моніторингу хворих на ХГВ без цирозу печінки потребують подальшого удосконалення.

Висновки.

При моніторингу хворих на ХГВ без цирозу печінки першочергового призначення ПВТ потребує 8,0% пацієнтів. Серед 38,1% хворих на ХГВ без цирозу печінки з низьким вірусним навантаженням (<2000 IU/ml), яким призначення ПВТ не рекомендується, 34,3% мають цитолітичний синдром, 10,5% HBeAg-позитивні, а 27,3% мають фіброз печінки F 2-3 ступенів, що потребує удосконалення моніторингу саме цих пацієнтів.

*I.C. Хоронжевська, Т.А. Сергеева, Г.А. Мартинюк, В.О. Мороз
(Inna-kh2017@ukr.net)*

МОНІТОРИНГ ПОШИРЕНOSTІ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ
України», м. Рівне, Україна*

*Державна установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського» НАМН України, м. Київ, Україна
Рівненська центральна міська лікарня, м. Рівне, Україна*

Широке поширення вірусних гепатитів В і С (ГВ і ГС) з парентеральним механізмом передачі є серйозною загрозою громадському здоров'ю, що було визнано ВООЗ як глобальна епідемія, котра впливає на громадське здоров'я всіх регіонів і країн. Актуальність проблеми ГВ і ГС пов'язана не тільки з широким залученням в епідемічний процес людей молодого працездатного віку, а також часто зі значним розвитком цирозу печінки (ЦП) та гепатоцелюлярної карциноми і можливими фатальними наслідками. Тому у 2016 році ВООЗ затвердила Першу Глобальну Стратегію Сектора охорони здоров'я щодо елімінації вірусних гепатитів. Моніторинг поширеності парентеральних вірусних ГВ і ГС є важливою складовою епідеміологічного нагляду за цією групою