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. ЗАБОЛОТНОГО»

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. КИЄВІ

# 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. Сергеєвої*

Київ – 2018

*Панасюк Е.Л., Матяш В.И., Борщев С.П., Говорова Д.В., Трембачева Н.С.*
**ОСНОВНЫЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АССОЦИИРОВАННОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**..... 129
*Панасюк О.В., Антоняк С.М., Голуб О.Б., Радиш Г.В., Шурипа В.П., Євдокимов А.С., Коломійчук Л.А., Лопатіна Я.В., Ничипоренко Л.С., Супруненко Т.В., Сіра М.А., Поліновська Л.В., Степова Н.О.*
**АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ВИПАДКІВ КО-ІНФЕКЦІЇ АБДОМІНАЛЬНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ**..... 131
*Панасюк О.В., Голуб О.Б., Гречанська Л.В., Радиш Г.В., Шурипа В.П., Коломійчук Л.А., Лопатіна Я.В., Ничипоренко Л.С., Поліновська Л.В., Степова Н.О.*
**ШЛЯХИ ВЕРИФІКАЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ**..... 134
*Пахольчук Т.М., Усачова О.В., Матвєєва Т.Б., Печугіна В.В.*
**РОЛЬ ПРОБІОТИКІВ В ЛІКУВАННІ ДІАРЕЙНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ**..... 136
*Піщанський О.В., Стегній Б.Т., Музика Д.В.*
**ЕПІЗООТОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ГРИПУ ПТИЦІ ПІДТИПІВ H5 ТА H7 В УКРАЇНІ**..... 138
*Подаваленко А.П., Мороз В.О.*
**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЩОДО ОЦІНКИ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З КОРУ, КРАСНУХИ ТА ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ В ОБЛАСТЯХ УКРАЇНИ**..... 140
*Покас О.В., Вишнякова Г.В., Мурашко О.В., Марієвський В.Ф.*
**РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ – ЗБУДНИКІВ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ**..... 142
*Поливянна Ю.І., Райлян М.В., Макарова В.І., Чумаченко Т.О.*
**ДОМАШНІ ТВАРИНИ ЯК ДЖЕРЕЛО ЗБУДНИКІВ САЛЬМОНЕЛЬОЗІВ ДЛЯ ЛЮДЕЙ**..... 145
*Ракша-Слюсарева О.А., Слюсарев О.А., Боєва С.С., Тарасова І.А., Стрижак Н.В., Серих Н.О., Талер О.Ю.*
**ВИКОРИСТАННЯ ВІТАМІННОГО КОМПЛЕКСУ «АКВАКАРОТИН» / «V-КАРОТИН», ЯК ІМУНОКОРЕКТОРА ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**..... 147
*Рєзніков А.П., Шевчук Т.В.*
**ДИНАМІКА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ЗА П'ЯТИРІЧНИЙ ПЕРІОД**..... 150
*Рябоконь О.В., Хелемендик А.Б., Оніщенко Т.Є., Бондарєва В.В.*
**ВИПАДОК ФУЛЬМІНАНТНОЇ ФОРМИ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В З ЛЕТАЛЬНИМ РЕЗУЛЬТАТОМ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТА 41 РОКУ**..... 152

здійснення яких МОЗ країни слід виробити механізми зацікавлення у цьому медичного персоналу, головним із яких, ми вважаємо, є впровадження страхової медицини.

*О.В. Рябоконь, А.Б. Хелемендик, Т.Є. Оніщенко, В.В. Бондарєва*
(ryabokonzsmu@ukr.net)

## ВИПАДОК ФУЛЬМІНАНТНОЇ ФОРМИ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В З ЛЕТАЛЬНИМ РЕЗУЛЬТАТОМ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТА 41 РОКУ

*Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна*

Фульмінантна форма гепатиту реєструється не більш ніж у 1% хворих на гострий гепатит В, характеризується вкрай тяжким та стрімким перебігом, призводячи до летального результату у 80-90% пацієнтів.

**Мета** – проаналізувати клінічне спостереження випадку фульмінантної форми гострого гепатиту В, який мав летальний результат.

**Результати.** Хворий К. 1976 року народження (карта стаціонарного хворого № 7567) надійшов до інфекційної лікарні 25.11.2017 р. зі скаргами на нудоту, тяжкість в епігастральній області, слабкість та появу жовтяниці шкіри. Захворів 19.11. р. з гіпертермії до 39 °С, слабкості, болю в суглобах. Самостійно приймав жарознижувальні препарати у значній кількості без ефекту та займався заготівкою дров. З 22.11. з'явився дискомфорт в епігастрії, підсилилися артралгії, ввечері хворий побачив жовтяницю. 24.11. амбулаторно було виявлено підвищення загального білірубіну до 150,0 мкмоль/л, АлАТ до 6,56 (у розведеній сироватці 1:10 активність 70) ммоль/год.л. Пацієнт був направлений на госпіталізацію в інфекційну лікарню з діагнозом «Вірусний гепатит» та на момент госпіталізації 25.11. в $00^{15}$ стан хворого був середньої тяжкості, нормотермія, пульс 80 хв, клінічні прояви гострої печінкової енцефалопатії та геморагічного синдрому були відсутні, склери та шкіра помірно жовтяничні, збільшення розмірів печінки на 1,5 см, ахолія, холурія. Була призначена базисна терапія. Протягом першої доби спостереження об'єктивні клінічні дані залишалися без змін, проте відзначено лейкоцитоз $12{,}0x10^9$/л, лімфоцитоз 45%, тромбоцитопенія $168x10^9$/л, збільшення загального білірубіну до 196,2 мкмоль/л, активність АлАТ залишалася на тому ж рівні.

Різке погіршення стану хворого відбулося вранці 26.11.2017 р.: стан важкий за рахунок розвитку гострої печінкової енцефалопатії: загальмованість пацієнта, на запитання чітко не відповідає, значне

промахування при спробі виконання пальце-носової проби, з'явилися галюцинації, пульс 108 хв, артеріальний тиск 110/70 мм.рт.ст, печінка +1,5 см, пальпація її безболісна. Хворий був переведений у відділення реанімації, збільшено обсяг інфузійної терапії, призначено L-аргініну-L-аспартат 80 мл, преднізолон 5 мг/кг маси тіла на добу, цефтріаксон, контрікал. Однак протягом декількох годин стан хворого суттєво погіршився, свідомість трактували як оглушення, консистенція печінки стала м'якою, з'явилися болі при пальпації. Лабораторно лімфопенія 8% при збереженій кількості лейкоцитів, тромбоцитів в крові, ПТІ 96,6%. Загальний білірубін 181 мкмоль/л, активність АлАТ 7,18 ммоль/год.л (в розведеній 1:10 сироватці активність зменшилася до 60), зниження загального білку до 51 г/л. Виявлено HBsAg та anti-HBcor IgM, при відсутності коінфікування вірусом гепатиту D. Діагностовано фульмінантну форму гострого гепатиту В, в лікуванні призначено тенофовір 300 мг на добу. Найбільш імовірно інфікування відбулося статевим шляхом, оскільки у жінки хворого вперше виявлено HBsAg.

Незважаючи на терапію, що проводилася, стан хворого прогресивно погіршувався. Вже вранці 27.11.2017 р. стан свідомості сопор, пацієнт був переведений на ШВЛ. Корекції в лікуванні: преднізолон змінено на метіпред 7 мк/кг на добу, призначено манітол. Загальний білірубін 192 мкмоль/л, активність АлАТ зменшилася до 5,75 ммоль/год.л (в розведеній 1:10 сироватці – до 42). Вперше з'явилося різке зниження протромбінового індексу до 28,5%, фібриногену до 0,53 г/л при збереженій кількості тромбоцитів; підвищення сечовини до 10,2 ммоль/л та креатиніну до 160 мкмоль/л. В лікуванні призначено свіжозаморожену плазму, діуретики.

Протягом 28.11 – 30.11.2017 р. стан хворого продовжував погіршуватися за рахунок прогресування печінково-ниркової недостатності та ДВЗ-синдрому. З'явилися виражені набряки обличчя, долоней, стоп, поступово зменшувався діурез, з'явилися клінічні прояви тромбогеморагічного синдрому, суттєво зменшилися розміри печінки. В печінкових пробах чітка білірубін ферментна дисоціація: збільшення загального білірубіну до 269 мкмоль/л при продовженні зниження активності АлАТ до 5,16 ммоль/год.л л (в розведеній 1:10 сироватці – до 15); дуже низький ПТІ 16,8%. Протягом наступної доби приєдналася фебрильна лихоманка, яка не піддавалася дії жарознижувальних засобів. Рентгенологічно діагностовано лівосторонню нижньодолеву пневмонію на тлі двостороннього інтерстиціального набряку легень при $SaO_2$ 97%. В лабораторних показниках збільшення білірубінемії до 350 мкмоль/л, активність АлАТ 5,3 ммоль/год.л (в розведеній 1:10 сироватці – 7), ПТІ 16,8% навіть після введення свіжозамороженої плазми, креатинін 424 мкмоль/л, сечовина 8,3 ммоль/л. В гемограмі анемія зі зниженням

еритроцитів до $3{,}4x10^{12}$/л та Hb до 99 г/л при збереженні вмісту тромбоцитів. З 02.12.2017 р. відзначено нестабільність гемодинаміки, гіпотонію, зниження $SaO_2$ до 94%, до лікування підключено дофамін, проте без ефекту, в $10^{00}$ було зафіксовано летальний результат. Заключний діагноз: «Гострий гепатит В, фульмінантна форма. Ускладнення: гостра печінкова недостатність, гостра печінкова енцефалопатія III ст., гостра ниркова недостатність, набряк-набухання головного мозку, лівостороння нижньодольова пневмонія, гостра дихальна недостатність II-III ст., набряк легень, гостра серцево-судинна недостатність».

При патологоанатомічному дослідженні відзначено зменшення маси печінки до 537 г, при гістологічному дослідженні великі поля некрозу печінкової паренхіми із крововиливами в стромі, в частині жовчних капілярів є жовчні тромби; в острівках печінкової паренхіми, що збереглася, по периферії часточок в гепатоцитах виражена вакуольна дистрофія, в субкапсулярних відділах відзначено формування дрібних вузлів-регенератів.

**Висновок.** Фульмінантна форма гострого гепатиту В розвилася у чоловіка молодого віку внаслідок статевого шляху зараження вірусом гепатиту В та характеризувалася вкрай швидкими темпами клінічної маніфестації ознак гострої печінкової енцефалопатії із подальшою появою відповідних змін в лабораторних показниках. Розвитку фульмінантної форми гострого гепатиту В у хворого К., 41 року сприяв неконтрольований прийом жарознижувальних препаратів та фізичне навантаження в продромальному періоді.

*Н.О. Сєрих, О.Ю. Таллер, О.С. Шаршакова*
(talleroju@gmail.com)

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОЧИЩЕННЯ ОСАДУ СТІЧНИХ ВОД ВІД ЯЄЦЬ ГЕЛЬМІНТІВ НА ОЧИСНИХ СПОРУДАХ М. КРАМАТОРСЬКА

*Донецький національний медичний університет МОЗ України,*
*м. Краматорськ, Україна*

Паразитарні хвороби людини залишаються суттєвою проблемою сьогодення в світі в цілому, і в Україні зокрема. За оцінками світового банку, економічні збитки від кишкових гельмінтозів посідають четверте місце серед всіх хвороб і травм. В Україні щороку реєструється 300-400 тисяч випадків паразитарних захворювань. В зону підвищеного ризику