

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ  
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ”  
ДВНЗ “ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ”

**СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ,  
ЛІКУВАЛЬНІ І ПРОФІЛАКТИЧНІ  
ТЕХНОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ  
ІНФЕКЦІОНІСТА**

**Всеукраїнська науково-практична конференція  
інфекціоністів і пленум ГО “Всеукраїнська  
асоціація інфекціоністів”**

(4-5 жовтня 2018 року, м. Чернівці)

Тернопіль  
ТДМУ  
Укрмедкнига  
2018

УДК 616.9-07 / -08(063)

С 91

### **Редакційна колегія:**

академік НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, проф., д-р мед. н. *М.А. Андрейчин* (відповідальний редактор), проф., д-р мед. н. *Н.А. Васильєва*, проф., заслужений лікар України, д-р мед. н. *О.А. Голубовська*, доц., канд. мед. н. *О.Л. Івахів* (відповідальний секретар), заслужений лікар України, проф., д-р мед. н. *С.О. Крамарьов*, проф., д-р мед. н. *В.П. Малий*, проф., д-р мед. н. *В.Д. Москалюк*, заслужений лікар України, д-р мед. н. *А.О. Руденко*, проф., д-р мед. н. *М.Д. Чемич*.

<i>Г.Ф. Пономаренко</i> <b>АКТУАЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ В ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ.....</b>	<b>78</b>
<i>Н.М. Прикуда, О.М. Крук, А.М. Задорожний</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СЕПТИЧНОЇ ФОРМИ ЛІСТЕРІОЗУ.....</b>	<b>80</b>
<i>О.Я. Пришляк, М.В. Прокопович, О.П. Бойчук, У.Я. Мазурок</i> <b>УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ НА КІР .....</b>	<b>82</b>
<i>О.В. Прокопів, Н.М. Прикуда, С.А. Лишеньюк</i> <b>САЛЬМОНЕЛЬОЗ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: КЛІНІКО- ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ.....</b>	<b>84</b>
<i>А.Л. Процик, О.Я. Пришляк, О.П. Бойчук, Т.О. Нікіфорова</i> <b>СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ І СТУПІНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ ТА АСКАРИДОЗ.....</b>	<b>86</b>
<i>Г.О. Ревенко, О.П. Штепа, В.В. Маврутенков, В.Г. Резвих, О.В. Кузьменко, І.П. Белова, В.В. Долгополова</i> <b>НАПРУЖЕНІСТЬ ІМУНІТЕТУ ПРОТИ ДИФТЕРІЇ НАСЕ- ЛЕННЯ м. ДНІПРА .....</b>	<b>87</b>
<i>О.В. Рябоконт, О.В. Анікіна, О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова</i> <b>ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЗД-РЕЖИМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С .....</b>	<b>89</b>
<i>О.В. Рябоконт, І.О. Кулеш, О.М. Фірюліна, Ю.Ю. Рябоконт</i> <b>КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ .....</b>	<b>91</b>
<i>О.В. Рябоконт, Т.Є. Оніщенко, О.М. Фірюліна, В.Г. Савельєв, Ю.Ю. Рябоконт</i> <b>ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ З ЛЕТАЛЬ- НИМ РЕЗУЛЬТАТОМ.....</b>	<b>93</b>
<i>О.В. Рябоконт, О.О. Фурик, О.В. Зарудна, Д.Ю. Рябоконт</i> <b>ДИРОФІЛЯРІОЗ, СПРИЧИНЕНИЙ <i>DIROFILARIA REPENS</i>, У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2003-2016 рр.....</b>	<b>95</b>
<i>А.С. Сидорчук, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, В.Д. Сорохан</i> <b>ЗАСТОСУВАННЯ РЕГІДРАТАЦІЙНОГО РОЗЧИНУ РЕО-ВОДА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИЙ САЛЬМОНЕЛЬОЗ .....</b>	<b>96</b>

медико-соціальну проблему – високий ризик виникнення захворювання на дифтерію як серед дитячого, так і серед дорослого населення.

Проведений нами аналіз рівня напруженості специфічного імунітету аргументує необхідність подальшого вивчення стану поствакцинального імунітету щодо інфекційних хвороб, які керуються засобами специфічної імунопрофілактики.

О.В. Рябокони, О.В. Анікіна, О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова

## **ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ 3D-РЕЖИМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Медичний університет,  
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

**Актуальність.** Поява безінтерферонових режимів лікування хворих на хронічний гепатит С (ХГС) суттєво вплинула на результати противірусної терапії (ПВТ), оскільки її ефективність сягає 90-100%. З 2017 р. в Україні вперше з'явилася можливість лікування хворих на ХГС у рамках Державної цільової програми, застосовуючи 3D-режим, ефективність якого при інфікуванні 1b генотипом HCV сягає 100%, за даними рандомізованих досліджень. Тому особливу увагу привертає перший досвід застосування такої ПВТ у клінічній практиці.

**Мета роботи** – проаналізувати перші результати застосування 3D-режиму в лікуванні хворих на ХГС у рамках виконання Державної цільової програми.

**Матеріал і методи.** Під спостереженням було 28 хворих на ХГС, інфікованих 1b генотипом HCV, вік їх від 23 до 72 років; чоловіків – 12, жінок – 16. Вони отримали безінтерферонову ПВТ за схемою омбітасвір/паритапревір/ритонавір дасабувір ± рибавірин протягом 12 тиж., згідно з Наказом МОЗ України № 729 від 18.07.2016 р. Вірусне навантаження у 18 (64,3%) хворих перевищувало 400 000 МО/мл, у 10 (35,7%) – було низьким. Усім хворим визначено ступінь фіброзу печінки методами еластометрії (у 22; 78,6%) і фібротесту (у 6; 21,4%). Переважали пацієнти зі стадіями фіброзу печінки F4 (12; 42,9%) і F3 (9; 32,1%), рідше була стадія F2 (5; 17,9%) або початкові стадії F0-1

(2; 7,1%). Ступінь активності некрозо-запального процесу визначали за рівнем підвищення АлАТ, яка виявилася на рівні А3 у 5 (17,9%) осіб, А2 – у 12 (42,9%), А1 – у 9 (32,1%), стабільно нормальною активність АлАТ була у 2 (7,1%) хворих. В анамнезі у кожного п'ятого пацієнта (6; 21,4%) був невдалий досвід лікування інтерферонами. Оцінку ефективності лікування проводили згідно із зазначеним вище протоколом.

**Результати та обговорення.** За результатами проведеного дослідження встановлено, що на 4-му тижні ПВТ відбулася негати́вація RNA HCV у крові у 27 (96,4%), а також нормалізація активності АлАТ у 27 (96,4%) хворих. На момент завершення лікування вірусологічна відповідь зберігалася у 27 (96,4%) хворих. Лише в 1 пацієнтки Н., 49 років, яка мала фіброз печінки F2-3, вірус HCV продовжував виявлятися в крові при стійкій нормалізації активності АлАТ. У подальшому вірусологічну відповідь через 24 тиж. після ПВТ проаналізовано у 16 хворих, в усіх RNA HCV у крові виявлено, проте після завершення ПВТ у 12,5% (2 із 16) зафіксовано стійке підвищення АлАТ у межах 1,5-2,5 норми.

Висока вірусологічна ефективність 3D-режиму ПВТ супроводжувалася розвитком небажаних явищ лікування. Тромбоцитопенія розвинулася у 5 (17,9%) хворих. Слід зазначити, що тромбоцитопенія зафіксована як при лікуванні хворих з цирозом печінки (2) – зниження тромбоцитів з  $127 \times 10^9$  і  $156 \times 10^9$   $^1$ /л до  $86 \times 10^9$  і  $59 \times 10^9$   $^1$ /л відповідно, так й у пацієнтів без цирозу печінки (3) – від норми до  $80-70 \times 10^9$   $^1$ /л. 1 (3,6%) пацієнтку на початку лікування турбував свербіж шкіри, який швидко вдалося відкорегувати дезлоратадином. В 1 (3,6%) пацієнтки Б., 58 років, на тлі швидкої і стійкої негати́вації RNA HCV у крові зберігалася підвищеною до 2,5 норми активність АлАТ та відзначено маніфестацію геморагічного васкуліту. У 2 (7,1%) пацієнтів зі стадіями F4 після завершення лікування при досягненні вірусологічної і біохімічної відповіді зафіксовано появу асцити, що потребувало госпіталізації та проведення відповідної терапії.

**Висновки.** Перший досвід застосування 3D-режиму ПВТ у рамках виконання Державної цільової програми свідчить про високу ефективність його у досягненні елімінації вірусу, проте демонструє певні проблеми щодо виникнення небажаних явищ лікування, зокрема розвитку тромбоцитопенії, маніфестації позапечінкових проявів, появи асцити.