

## **СЕРІЯ «Медицина»**

*УДК 616.921.5-06:616-091*

*[https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-4\(4\)-139-151](https://doi.org/10.32689/2708-7530-2020-4(4)-139-151)*

**Будко Ганна Юріївна** доцент кафедри патоморфології Сумського державного університету, вулиця Привокзальна, 31, м. Суми, 40022, тел.: (068) 92-00-17, e-mail: [ay.budko@med.sumdu.edu.ua](mailto:ay.budko@med.sumdu.edu.ua), <https://orcid.org/0000-0002-3567-2996>

**Івахнюк Тетяна Василівна** асистент кафедри громадського здоров'я Сумського державного університету, вулиця Санаторна, будинок 31, м. Суми, 40018, тел.: (050) 207-88-73, e-mail: [tivakhnjuk@gmail.com](mailto:tivakhnjuk@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-5851-2218>

**Кіптенко Людмила Іванівна** доцент кафедри морфології Сумського державного університету, вулиця Санаторна, будинок 31, місто Суми, 40018, тел.: (066) 962-88-29, e-mail: [l.kiptenko@med.sumdu.edu.ua](mailto:l.kiptenko@med.sumdu.edu.ua), <https://orcid.org/0000-0003-4886-3342>

**Макаренко Олександр Миколайович** доктор медичних наук, професор Міжрегіональної академії управління персоналом, вул. Предславинська, 14, м. Київ, 03150, тел.: (096)209-61-16, e-mail: [makarenko.alexander.1954@gmail.com](mailto:makarenko.alexander.1954@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-6892-2314>

### **СКЛАДНОСТІ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГРИПА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ (випадок із практики)**

**Анотація.** Проведений аналітичний розгляд клінічного випадку смерті пацієнта хворого на грип АН1N1 із хронічним панкреатитом в анамнезі. Гострі ускладнення, стрімкий перебіг захворювання та стертість клінічної картини за рахунок наявності супутньої патології у вигляді хронічного панкреатиту, стали причиною пізнього, неефективного лікування та летального наслідку для чоловіка молодого віку. Даний випадок не є поодиноким, хронічні захворювання не лише тільки послаблюють захисні функції організму в умовах епідемії грипу, а й приховують його клінічну картину. В даній статі проведений аналіз помилок і особливостей надання медичної допомоги на прикладі конкретного випадку смерті пацієнта молодого віку (38 років) в Сумській області. Попередній діагноз

пацієнта: Хронічний панкреатит, стадія загострення. У даному випадку, наявність хронічного панкреатиту у стадії загострення, що підтверджувалось підвищенням ферментів підшлункової залози, цукру в крові та сечі, взагалі відвернула увагу лікарів від слабо виражених катаральних проявів, пневмонії, наростаючої інтоксикації. Класично, хронічному панкреатиту на початку загострення притаманні неспецифічні клінічні симптоми, що дуже схожі із симптоматикою загальної інтоксикації при гострих респіраторних захворюваннях, а саме: загальна слабкість, швидка втомлюваність, головний біль без видимих причин, зниження апетиту, порушення сну, періодичний біль в ділянці епігастрію, підвищенням температури тіла. А також зміни загальних показників крові, що вказує на запальний процес в організмі. Оцінюючи морфологічні зміни в тканинах верхніх дихальних шляхів та легенях померлого хворого від грипу А\Н1N1 з тяжким перебігом та ускладненнями, а також враховуючи результати вірусологічного дослідження можна сказати, що основною причиною смерті стали розлади кровообігу (виражений геморагічний синдром); респіраторний дистрес-синдром з відкладанням гіалінових мас на стінках альвеол, що в свою чергу порушувало вентиляційну здатність легень і викликало розвиток гострої дихальної недостатності.

Результатом дії токсину є підвищення проникності судин і їх ламкості, порушуються мікроциркуляції та розвитку геморагічного синдрому, що підтверджували результати аутопсійного дослідження. Вираженість морфологічної картини в органах дихання померлого хворого з тяжким перебігом грипу була зумовлена станом імунної системи, наявністю супутньої хронічної патології та пізно розпочатою лікувальною тактикою захворювання, що пов'язане з недоліками діагностики.

**Ключові слова:** гостра респіраторна вірусна інфекція, ГРВІ, грип АН1N1, аутопсійне дослідження, хронічний панкреатит

**Budko Hanna Yuriivna** MD, PhD, associate professor department of pathology Sumy State University, Pryvokzalna Str., 31, Sumy, 40022, tel.: (068) 92-00-17, e-mail: ay.budko@med.sumdu.edu.ua, <https://orcid.org/0000-0002-3567-2996>

**Ivakhnuk Tatiana Vasylivna** MD, PhD, associate professor department of public health Sumy State University, Sanatornaya str., 31, Sumy, 40018, tel.: (050) 207-88-73, e-mail: tivakhnjuk@gmail.com, <https://orcid.org/0000-001-5851-2218>

**Kiptenko Ludmila Ivanivna** MD, PhD, associate professor department of morphology Sumy State University, Sanatornaya str., 31, Sumy, 40018, tel.: (066) 962-88-29, e-mail: l.kiptenko@med.sumdu.edu.ua, <https://orcid.org/0000-0003-4886-3342>

**Makarenko Oleksandr Mykolayovych** Doctor of Medical Sciences, Professor of the Interregional Academy of Personnel Management, Predslavinska str., 14, 03150,

Kyiv, tel.: (096) 209-61-16, e-mail: makarenko.alexander. 1954@gmail.com,  
<https://orcid.org/0000-0002-6892-2314>

## **DIFFICULTIES OF TIMELY DIAGNOSIS OF INFLUENZA IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES (case study)**

**Abstract.** An analytical analysis of a clinical case of death of a patient with AH1N1 influenza with a history of chronic pancreatitis. Acute complications, the rapid course of the disease and the blurring of the clinical picture due to the presence of concomitant pathology in the form of chronic pancreatitis, became the cause of late, ineffective treatment and death for a young man. Chronic diseases not only weaken the protective functions of the body during a flu epidemic, but also hide its clinical picture. This article analyzes the errors and features of medical care on the example of a specific case of death of a young patient (38 years old) in the Sumy region. Patient's preliminary diagnosis Chronic pancreatitis, exacerbation stage. In this case, the presence of chronic pancreatitis in the acute stage, confirmed by an increase in pancreatic enzymes, blood sugar and urine, generally distracted the attention of doctors from mild catarrhal manifestations, pneumonia, and growing intoxication. Classically, chronic pancreatitis at the beginning of an exacerbation is characterized by nonspecific clinical symptoms that are very similar to the symptoms of general intoxication in acute respiratory diseases, namely: general weakness, rapid fatigue, headache for no apparent reason, loss of appetite, sleep disturbance, recurrent epigastric pain, an increase in body temperature. As well as changes in general blood parameters, which indicates an inflammatory process in the body. Assessing morphological changes in the tissues of the upper respiratory tract and lungs of a deceased patient from influenza A \ H1N1 with a severe course and complications, as well as taking into account the results of a virological study, it can be said that the main cause of death was circulatory disorders (pronounced hemorrhagic syndrome) respiratory distress syndrome with delay hyaline masses on the walls of the alveoli, which in turn disrupted the ventilation capacity of the lungs and caused the development of acute respiratory failure. The result of the action of the toxin is an increase in the permeability of blood vessels and their fragility, microcirculation and the development of hemorrhagic syndrome are disrupted, confirming the results of autopsy. The severity of the morphological picture in the respiratory organs of a deceased patient with a severe course of influenza was due to the state of the immune system, the presence of concomitant chronic pathology and the late started treatment tactics of the disease, which is associated with deficiencies in diagnosis.

**Keywords:** acute respiratory viral infection, ARVI, influenza A/H1N1, autopsy, chronic pancreatitis.

**Постановка проблеми.** Актуальною проблемою останніх дев'яти років охорони здоров'я як в світі, так і в Україні є контроль, прогнозування та своєчасна діагностика захворювань на гострі респіраторні вірусні інфекції (далі ГРВІ) та грип. Щорічно в Україні реєструється 4-4,8 млн. випадків ГРВІ та грипу. Смертність від грипу та гострих респіраторних захворювань займає провідне місце серед інфекційних та паразитарних хвороб (виключаючи туберкульоз та менінгококову інфекцію). В епідеміологічному відношенні найбільше поширення та небезпеку представляють віруси грипу типу А-2. Епідемії грипу завдають значних матеріальних і моральних збитків як кожному хворому, так і суспільству в цілому. Значна поширеність, негативні соціальні та медичні наслідки переконливо підтверджують необхідність виявлення недоліків надання медичної допомоги та впровадження своєчасних і нових методів профілактики та діагностики.

#### **Аналіз останніх досліджень і публікацій**

На сучасному етапі грип та ГРВІ залишаються актуальною медико-соціальною проблемою та зберігають такі характеристики епідемічного процесу, як масовість, сезонність, багаторічна циклічність [1]. Проблема грипу навіть у світовому масштабі далека від остаточного вирішення. Це пов'язано з феноменом надзвичайної генетичної мінливості та реасортації збудника. Так, національні центри з контролю за циркуляцією вірусів грипу 77 країн Європи та Америки перманентно моніторують генетичні різновиди збудників та надають дані до всесвітнього ресурсу Flunet в режимі реального часу [2].

Віруси грипу постійно змінюються за допомогою процесу, званого «антигенний дрейф». Він полягає у випадковому накопиченні мутацій в генах гемаглютиніну (НА) і в меншій мірі нейрамінідази (НА), які розпізнаються імунною системою. Це найбільш яскраво проявляється у вірусах грипу А [3].

Віруси, що виникають у результаті антигенного зсуву, можуть спричинити пандемію, так як вони з'являються раптово і в популяціях, проти яких жодна з існуючих вакцин не забезпечує захист. Вірус Н2, який з'явився в 1957 р. (А/Н2n2, «азіатський грип»), і вірус Н3, який з'явився в 1968 р. (А/Н3n2, «гонконзький грип»), сформувалися з вірусів грипу, які циркулюють серед птахів. Ґрунтуючись на уроках історії, пандемії грипу можна очікувати, в середньому, 3-4 рази на сторіччя. Поступова мінливість вірусу типу В спричинює виникнення епідемії 1 раз на 3-4 роки [4].

В Україні епідемічний процес із грипу та ГРВІ в епідсезоні 2018 –2019 років мав 2-хвильовий характер; характеризувався середньою інтенсивністю та

регіональним поширенням. Під час епідемічного сезону 2018 -2019 років зареєстровано 64 летальних випадки від грипу та ГРВІ, з яких у 2 осіб діагноз встановлено за клінічними проявами, іншим діагноз підтверджено методом полімеразної ланцюгової реакції. Летальність від ускладнень грипу була обумовлена, в основному, пізнім зверненням за медичною допомогою, наявністю у померлих супутніх хронічних захворювань та відсутністю вакцинації проти грипу [1].

**Мета статті** – аналітичний розгляд клінічного випадку смерті пацієнта хворого на грип АН1N1 із хронічним панкреатитом в анамнезі.

**Виклад основного матеріалу. Інформація про пацієнта.** Пацієнт С., 39 років, звернувся до дільничного лікаря районної лікарні 15.11.2018 року із скаргами на сухість шкіри, нудоту, зниження апетиту, діарею, біль в епігастрії оперізуючого характеру та кістках, тимчасове підвищення температури до  $+37,2^{\circ}\text{C}$ . З анамнезу відомо: хворий знаходився на диспансерному обліку з приводу хронічного панкреатиту (хворів впродовж 10 років), без шкідливих звичок, контакти із хворими на лихоманку виключав. Попередній діагноз: Хронічний панкреатит, стадія загострення. Призначено обстеження: клініко-лабораторні дослідження крові, сечі, симптоматичне лікування, дієта та повторний огляд (18.11.18 р.).

18.11.18 р. хворий прийшов на повторний огляд із скаргами на дратівливість млявість, зниження працездатності, періодичне відчуття різкої слабкості і стомлюваності вранці, порушення сну, частий головний біль, що виникає без видимої причини, періодичні запаморочення, відсутність апетиту, періодичний біль в епігастрії з ірадіацією до верху, незначні катаральні явища, рідкий, сухий кашель, температура тіла  $+37,6^{\circ}\text{C}$ , зниження ваги. Язик вологий, «набряклий», обкладений білими нашаруваннями. Живіт при пальпації напружений, болочий у лівому підребер'ї та епігастрії. Набряків не виявлено. Підщелепні лімфатичні вузли, безболісні, м'яко-еластичної консистенції. Дихання через ніс дещо утруднене. Тип дихання змішаний. Частота дихальних рухів - 26 за хвилину. При порівняльній перкусії - над всією поверхнею легень визначається ясний легеневий звук. Аускультативно - над легеньми з обох сторін вислуховується везикулярне дихання, зліва в нижніх відділах - слабкі поодинокі сухі хрипи.

Результати дослідження крові та сечі: гемоглобін - 120 г/л, лейкоцити –  $7,4 \times 10^9$ /л, еритроцити –  $3,7 \times 10^{12}$ /л, ШОЕ – 10 мм/годину; цукор крові – 11,0 ммоль/л; сеча: жовта, прозора, питома вага - 1024, реакція Ph – 7,0; білок – 0,99 г/л, лейкоцити поодинокі; цукор сечі – 0,8 ммоль/л. Активність амілази сироватки - 120 г/годину/л, активність амілази сечі - 200 г/л/годину, у сироватці крові збільшена II-фракція ізоферментів - 65%, ліпаза сироватки крові - 480 од/л, трипсин – 100 мкг/л. Проведено флюорографічне дослідження: патологічних змін

в легенях не виявлено. Продовжено амбулаторне лікування. Діагноз: Гостре респіраторне захворювання (ГРЗ). Хронічний панкреатит, стадія загострення. Призначене симптоматичне лікування в домашніх умовах.

22.11.18 р. о 10.00 хворий звернувся до приймального відділення і терміново госпіталізований у терапевтичне відділення. Скарги: в ділянці епігастрію та в нижніх відділах грудної клітки постійного характеру, що посилюються під час дихання, сухий кашель, постійний головний біль, запаморочення, температура тіла  $+38,5^{\circ}\text{C}$ . Об'єктивно на момент огляду лікарем: температура тіла  $+38,5^{\circ}\text{C}$ , стан середньої важкості. Свідомість збережена. Положення активне. Харчування понижене. Шкіра бліда, акроціаноз. Помірні набряки нижніх кінцівок. Частота дихальних рухів (далі ЧДР) – 30 за хвилину, задуха при фізичному навантаженні. Пальпаторно: біль в ділянці епігастрію та вище розповсюдженого характеру, без чіткої локалізації. Перкуторно: ясний легеневиий звук. Аускультативно: дихання жорстке, свистячі сухі хрипи, злівау нижній долі - вологі крепитуючі хрипи. Частота серцевих скорочень (далі ЧСС) – 102 за хвилину, пульс слабкого наповнення. Межі відносної серцевої тупості у нормі. Язик вологий обкладений. Артеріальний тиск (далі АТ) – 130/90 мм.рт.ст.. Печінка збільшена на 2 см, поверхня гладенька. Діагноз: Гостра респіраторна вірусна інфекція. Двобічна полісегментарна пневмонія.

22.11.18р. о 12.00 – стан важкий, акроціаноз, задуха в спокої, яка посилюється при фізичному навантаженні, слабкість, сухий кашель, головний біль, запаморочення, нудота. АТ 110/60 мм.рт.ст., ЧСС – 104 за хвилину, ЧДР - 36 за хвилину, температура тіла –  $+37,7^{\circ}\text{C}$ . Призначене лікування: Гепацефкомбі – 2,0 в/в, 2 рази на день, реосорбілакт – 200,0 в/в, німесіл – 100,0 мг, левофлоксацин -100 мл в/вкрапельно 2 рази на день, муколван – 2,0 в/м з фізрозчином (NaCl) -10 мл в/в, 1 раз на день. Киснева терапія. Риб'ячий жир – 1 капсула, 2 рази на день.

Аналіз крові: гемоглобін – 120 г/л, ШОЕ – 10 мм/годину, лейкоцити –  $7,0 \times 10^9/\text{л}$ , еритроцити -  $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , цукор крові – 11,6 ммоль/л.

23.11.18 – скарги на загальну слабкість, задуху в спокої та при фізичному навантаженні. Сухий кашель чергується із вологим, запаморочення. Стан важкий, шкіра бліда, жорстке легеневе дихання, у нижніх відділах легенів сухі та вологі хрипи. Тони серця глухі, ритмічні. Температура тіла -  $+36,8^{\circ}\text{C}$ , АТ -110/70 мм.рт.ст., ЧСС – 92 за хвилину, ЧДР – 28 за хвилину.

Аналіз крові: гемоглобін – 128 г/л, ШОЕ – 29 мм/годину, лейкоцити –  $3,8 \times 10^9/\text{л}$ , еритроцити -  $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$ , цукор крові – 11,0 ммоль/л.

24.11.18. на ранок: температура тіла -  $+36,7^{\circ}\text{C}$ , скарги на загальну слабкість, задуху в спокої та при фізичному навантаженні. Сухий кашель чергується із вологим, запаморочення. Стан важкий. У нижніх відділах легенів

крепітація. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ – 130/80 мм.рт.ст., ЧСС – 100 за хвилину.

24.11.18 р. о 16.00. Стан вкрай важкий, загальна слабкість, задуха, шкіра бліда, дихання жорстке, у нижніх відділах справа послаблене, сухі хрипи по всій поверхні легенів. ЧДР – 30-32 за хвилину, тони серця слабкі, неритмічні, пульс – 110 ударів за хвилину, АТ – 120/80 мм.рт.ст..

Аналіз крові: гемоглобін – 135 г/л, ШОЕ – 37 мм/годину, лейкоцити –  $8,0 \times 10^9$ /л, еритроцити –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, цукор крові – 8,9 ммоль/л.

25.11.18 р. – 8.00. Стан вкрай важкий, біль в грудній клітці, задуха в спокої, головний біль, запаморочення, ціаноз губ, акроціаноз, в легенях вологі крепитуючі хрипи з обох боків. Серцеві тони приглушені, ритмічні, ЧСС – 110 за хвилину, АТ – 90/60 мм.рт.ст.. Цукор крові – 13,1 ммоль/л.

25.11.18 р. – 9.50. Загальний стан критичний, агонуючий. Без свідомості, на зовнішні подразники не реагує, не зважаючи на реанімаційні заходи стан хворого не поліпшувався, в легенях вислуховувались вологі хрипи.

25.11.18 р. – 10.00 години констатована біологічна смерть.

Заключний клінічний діагноз:

Основне захворювання: Грип важка форма.

Ускладнення: Двобічна нижньодольова пневмонія, група IV. Дихальна недостатність.

Супутня патологія: Хронічний панкреатит в стадії загострення.

**Результати розтину померлого.** На розтині померлого хворого С., 39 років, виявлені наступні патоморфологічні зміни: м'яз серця на розрізі повнокровний, з ділянками нерівномірного кровонаповнення, дряблї консистенції, на поверхні серця дрібнокрапкові крововиливи темно-червоного кольору. Товщина м'язу лівого шлуночка 1,3 см, правого 0,4 см. Характерною особливістю макроскопічної картини органів дихання був виражений геморагічний синдром – дрібні крововиливи в слизовій трахеї та під плеврою. У просвіті трахеї та бронхів дрібно-пухирчаста піна, біло-рожевого кольору, слизова трахеї з явищами гіперемії та нашарувань фібрину (фото 1). На верхівках обох легень невеликі повітряні сегменти блідо-рожевого кольору. Вся інша поверхня безповітряна, темно-червоного кольору з синюшним відтінком, щільна на дотик та з множинними субплевральними крововиливами (фото 2).



Фото. 1 Слизова трахеї.  
Дрібні крововиливи.  
Нашарування фібрину.



Фото. 2 Множинні субплевральні  
крововиливи.

При надавлюванні з поверхні розрізу стікає велика кількість дрібної пухирчатої піни блідо-рожевого кольору (набряк). Селезінка розміром 16,0x10,0x7,0 см, синюшного кольору, капсула її гладенька, консистенція щільна. Печінка розміром 29,0x18,0x17,0x12,0 см, капсула її тьмяна, під капсулою дрібнокрапкові крововиливи, на розрізі печінка повнокровна, червоно-коричневого кольору, щільної консистенції. Підшлункова залоза жовто-сірого кольору, дрібночасточкова, набрякла, щільна, на розрізі з ділянками крововиливів 23,0x8,0x6,0 см. Нирки розміром 10,0x4,0x3,0 см кожна. Фіброзна капсула знімається легко, під нею дрібнокрапкові крововиливи темно-червоного кольору, поверхня нирок гладенька, волога. На розрізі повнокровна, межа між шарами чітка. Миски вільні, надниркові залози листоподібної форми, шари диференційовані. Взятий матеріал на вірусологічне дослідження.

**Вірусологічне дослідження секційного матеріалу.** 26.11.18 – ПЛР з тест-системою «Ампли Сенс-Influenzavirus A/H1-swine-FL» позитивний.

Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: Грип з пневмонією, вірус грипу ідентифікований, вірус грипу А/Н1пандемік. (J10.0)

Ускладнення: Геморагічний синдром. Двобічна геморагічна пневмонія. Гостра легенево-серцева недостатність.

Супутня патологія: Хронічний панкреатит в стадії загострення.

**Гістологічне дослідження.** При мікроскопічному дослідженні померлого хворого виявлено: в трахеї виражений набряк, повнокров'я судин, дифузна, переважно лейкоцитарна інфільтрація підслизового шару, десквамація епітелію із ерозуванням (фото 3); в легенях: повнокров'я, судини різко розширені, явища стазу, тромбозу, повітряність легеневої тканини знижена за рахунок



дистелектазів, що чергуються з вогнищами емфіземи. Альвеоли заповнені ексудатом з лімфоцитами, поодинокими еритроцитами (фото 4). Інші альвеоли містять ексудат, в якому виявляється невелика кількість альвеолярних макрофагів, десквамовані клітини альвеолярного епітелію. Останні збільшені в розмірах, цитоплазма їх зерниста, деякі ядра піддалися лізису. На стінках альвеол спостерігаються відкладання гомогенних гіалінових мас рожевого кольору, що може бути морфологічним проявом респіраторного дистрес-синдрому. В просвіті бронхів злущений епітелій, незначна перибронхіальна запальна інфільтрація. Судини різко розширені, стаз. Просвіти окремих альвеол емфізематозно розширені, на стінках відкладення мас гіаліну. Місцями стінки альвеол потовщені за рахунок набряку та лімфоцитарної інфільтрації дифузного характеру. В тканині підшлункової залози виявлено: фіброз, жирова дистрофія, дрібні крововиливи, атрофія паренхіми.

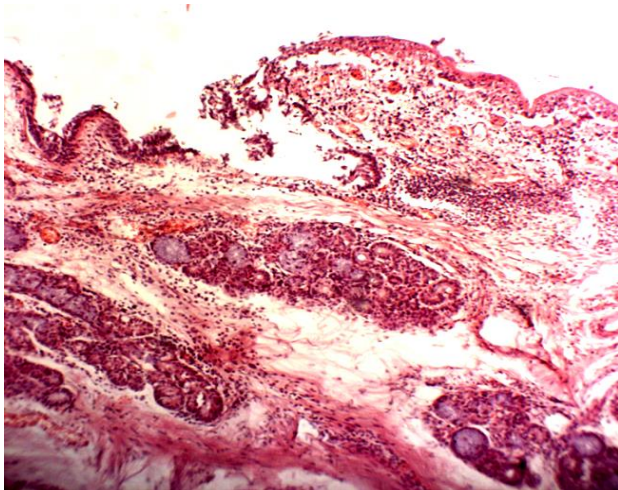


Фото. 3 Ерозування слизової оболонки трахеї з десквамацією, запальною інфільтрацією та геморагічним синдромом. *Забарвлення гематоксилін-еозин. Зб. x100*

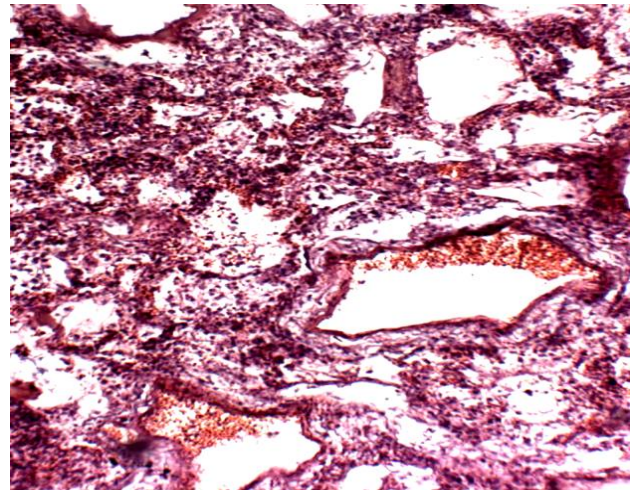


Фото. 4 В просвітах альвеол невелика кількість еритроцитів, лімфоцитів та макрофагів *Забарвлення гематоксилін-еозин Зб. x100*

**Обговорення.** Для грипу характерна виражена інтоксикація, гарячка, помірні катаральні явища, швидкий розвиток ускладнень з ураженням дихальних шляхів. Серед населення грипом називають будь-яку застуду, що і є основною причиною самолікування, пізнього звернення хворих до лікувального закладу за спеціалізованою медичною допомогою та відмови від профілактичної вакцинації [5, 6]. В останній час збільшилась частота легких, стертих і безсимптомних форм клінічного перебігу гострих респіраторних вірусних інфекційних захворювань та грипу. А в випадках коли хворі в анамнезі мають хронічні захворювання, що

супроводжуються періодичними загостреннями та імунодифецитом, клініка грипу взагалі стає виразною коли пацієнт знаходиться вже в край тяжкому стані [7, 8].

З точки зору провідних спеціалістів-вірусологів загрозу для життя хворих на грип становлять ускладнення у вигляді пневмонії та стерта клінічна симптоматика зумовлена несвоєчасно розпочатою специфічною терапією [9, 10]. Труднощі ранньої діагностики грипу полягають в тому, що найбільш достовірний метод із високою чутливістю - ПЛР, але це дослідження має досить високу вартість, що у свою чергу обмежує його використання в широкому загалі. Результат аналізу в більшості випадків фахівці отримують, як мінімум, через 2-3 дні, а в умовах епідемії та пандемії цей термін збільшується майже в 2 рази, що у свою чергу спричиняє затримку проведення специфічної терапії. У представленому випадку лікарі встановили хибний попередній діагноз, що було зумовлено скаргами пацієнта, наявністю в анамнезі хронічного захворювання, відповідною клінічною симптоматикою та підвищенням цукру в крові та сечі. Діагноз грипу був встановлений в пізніх строках і ґрунтувався на клінічних даних, що мали блискавичний розвиток у вигляді легневих ускладнень та надзвичайної епідеміологічної ситуації. Вірусологічне підтвердження було отримано після дослідження аутопсійного матеріалу. В літературі все частіше з'являється інформація з приводу експрес-методів діагностики [9, 6]. Ці методи мають чутливість і специфічність в межах 90-95% і за часом скорочені до 10-15 хвилин, але знову виникає «але», вони за чутливістю поступаються ПЛР і тому негативна їх відповідь ще не вказує на відсутність інфекції, а лікування треба проводити в перші максимум 2 доби, коли клініка може бути відсутня або стерта.

Так, уданому випадку, наявність хронічного панкреатиту у стадії загострення, що підтверджувалось підвищенням ферментів підшлункової залози, цукру в крові та сечі, взагалі відвернула увагу лікарів від слабо виражених катральних проявів, пневмонії, наростаючої інтоксикації. Класично, хронічному панкреатиту на початку загострення притаманні неспецифічні клінічні симптоми, що дуже схожі із симптоматикою загальної інтоксикації при гострих респіраторних захворюваннях, а саме: загальна слабкість, швидка втомлюваність, головний біль без видимих причин, зниження апетиту, порушення сну, періодичний біль в ділянці епігастрію, підвищенням температури тіла. А також зміни загальних показників крові, що вказує на запальний процес в організмі.

Оцінюючи морфологічні зміни в тканинах верхніх дихальних шляхів та легнях померлого хворого від грипу A\H1N1 з тяжким перебігом та ускладненнями, а також враховуючи результати вірусологічного дослідження можна сказати, що основною причиною смерті стали розлади кровообігу (виражений геморагічний синдром); респіраторний дистрес-синдром з

відкладанням гіалінових мас на стінках альвеол, що в свою чергу порушувало вентиляційну здатність легень і викликало розвиток гострої дихальної недостатності.

**Висновки.** В 2018 році кількість зафіксованих смертельних випадків була значно менше ніж при попередній епідемії, що можна пояснити активною вакцинацією та перенесеним гострим респіраторним вірусним захворюванням у легкій формі в попередні роки. Отже, до основних умов, що сприяють швидкому поширенню грипу, слід віднести:

- постійну антигенну мінливість вірусів грипу (особливо типу А) під впливом імунних чинників в організмі раніше перехворілих людей;

- поява нових антигенних варіантів, до яких населення виявляється майже беззахисним;

- високу природну сприйнятливість до грипу абсолютно більшості населення;

- короткий інкубаційний період захворювання (12-36 год.);

- значну частоту легких, стертих і безсимптомних форм клінічного перебігу інфекції, коли хворі, не звертаючись по медичну допомогу, продовжують працювати і активно заражати оточуючих;

- простота і легкість повітряно-капельного шляху передачі збудника від хворої до здорової людини;

- наявність в анамнезі супутніх хронічних захворювань, які не лише тільки послаблюють імунний захист організму, а й приховують, стирають клінічну симптоматику грипу;

- незацікавленість та неухважність лікарів первинної ланки, що на пряму пов'язане з дефектами організації медичної допомоги в Україні.

Результатом дії токсину є підвищення проникності судин і їх ламкості, порушуються мікроциркуляції тарозвиткугеморагічного синдрому, що підтверджують результати аутопсійного дослідження. Вираженість морфологічної картини в органах дихання померлого хворого з тяжким перебігом грипу зумовлена станом імунної системи, наявністю супутньої хронічної патології та пізно розпочатою лікувальною тактикою захворювання, що пов'язане з недоліками діагностики.

#### *Література:*

1. Заключна інформація щодо підсумків епідемічного сезону з грипу та гострих респіраторних інфекцій 2018–2019 років [Електронний ресурс]. - Центр громадського здоров'я МОЗ України. – К.,2019. - 7 с. [www.phc.org.ua](http://www.phc.org.ua)

2. WHO: Flu news Europe [Electronic Resource]. – Access mode: <http://funewseurope.org/>.

3. Емерджентні і ре-емерджентні вірусні інфекції: глобальна проблема XXI століття / Л.О. Панченко, С.І. Васіна, І.Н. Звягольська, Н. Г. Попова // Інфекційні хвороби. – 2015. – №(82). – С. 59-67.

4. Гриневич О.Й. Грип H1N1: уроки пандемії / О.Й. Гриневич, І.Г. Маркович // Укр. мед. часопис. – 2010. – № 5 (79). – С. 28-32.
5. Про затвердження алгоритму надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом (А H1/N1 Каліфорнія): наказ МОЗ України від 7 листоп. 2009 р. № 813 // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2009. – № 12. – С. 57–60.
6. Боброва І. А. Протокол діагностики та лікування нового грипу А (H1N1) – Каліфорнія у дорослих: наказ МОЗ України від 20 трав. 2009 р. № 189 / І. А. Боброва // Сучасні інфекції. – 2009. – № 2. – С. 107–113.
7. Устінов О. Принципи діагностики та лікування хворих на гострі респіраторні вірусні захворювання: наказ МОЗ України від 12 серп. 2009 р. № 590 / О. Устінов // Укр. мед. часоп. – 2010. – № 6. – С. 24–29.
8. Москалюк В.Д. Зміни показників клітинного імунітету у хворих на грип А, В, аденовірусну інфекцію та гострі респіраторні вірусні інфекції невстановленої етіології під впливом різних методів лікування: тези науково-практичної конференції «Вакцинопрофілактика та імунотерапія інфекційних хвороб» / В.Д. Москалюк [та ін.] // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2008. - № 6/8. - С. 15-16.
9. Evaluation of multiple test methods for the detection of the novel 2009 influenza A (H1N1) during the New York City outbreak / C. C. Ginocchio, F. Zhang, R. Manji, S. Arora, M. Bornfund, L. Falk et al. // J Clin Virol. – 2009. – №45. – P. 191-195.
10. Investigation of the first cases of human-to-human infection with the new swine-origin influenza A (H1N1) virus in Canada / E. Schleihauf, T. Hatchette, B. Billard. // CMAJ. - 2009.- 181(3-4). – P. 159-63.

### References:

1. Zakliuchna informatsiia shchodo pidsumkiv epidemichnoho sezonu z hrypu ta hostrykh respiratornykh infektsii 2018–2019 rokiv [Final information on the results of the epidemic season of influenza and acute respiratory infections 2018-2019]. Kyiv: Tsentr hromadskoho zdorovia MOZ Ukrainy, 2019. Retrieved from <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Zaklyuchna%20інформація%20з%20підсумків%20епідсезону%20з%20грипу%20та%20ГРВІ%202018-2019%20В.pdf> [in Ukrainian].
2. WHO: Flu news Europe. *funewseurope.org*. Retrieved from <http://funewseurope.org> [in English].
3. Panchenko, L.O., Vasina, S.I., Zviaholska, I.N., Popova, N.H. (2015). Emerdzhentni i re-emerdzhentni virusni infektsii: hlobalna problema XXI stolittia [Emergent and re-emergent viral infections: a global problem of the XXI century]. *Infektsiini khvoroby – Infectious diseases*, 82, 59-67 [in Ukrainian].
4. Hrynevych, O.Y., Markovych, I.H. (2010). Hryp H1N1: uroky pandemii [Influenza H1N1: lessons of the pandemic]. *Ukr. med. chasopys – Ukrainian Medical Journal*, 5(79), 28-32 [in Ukrainian].
5. Nakaz MOZ Ukrainy “Pro zatverdzhennia alhorytmu nadannia medychnoi dopomohy khvorym na pandemichni hryp, vyklykanyi virusom (A H1/N1 Kaliforniia)” : vid 7 lystop. 2009, № 813 [Order of the Ministry of Health of Ukraine “On approval of the algorithm for providing medical care to patients with pandemic influenza caused by the virus (A H1 / N1 California)” from

November 7, 2009, № 813]. (2009). *Zbirnyk normatyvno-dyrektyvnykh dokumentiv z okhorony zdorovia – Collection of normative-directive documents on health care, 12, 57-60* [in Ukrainian].

6. Bobrova, I.A. (2009). Protokol diahnozyky ta likuvannia novoho hrypu A (H1N1) – Kaliforniia u doroslykh: nakaz MOZ Ukrainy vid 20 trav. 2009 r. № 189 [Protocol for the diagnosis and treatment of new influenza A (H1N1) - California in adults: order of the Ministry of Health of Ukraine from 20 May. 2009 № 189]. *Suchasni infektsii – Modern infections, 2, 107-113* [in Ukrainian].

7. Ustinov, O. (2010). Pryntsypy diahnozyky ta likuvannia khvorykh na hostri respiratorni virusni zakhvoriuvannia: nakaz MOZ Ukrainy vid 12 serp. 2009 r. № 590 [Principles of diagnosis and treatment of patients with acute respiratory viral diseases: order of the Ministry of Health of Ukraine from 12 August. 2009 № 590]. *Ukr. med. chasopys – Ukrainian Medical Journal, 6, 24-29* [in Ukrainian].

8. Moskaliuk, V.D., et al. (2008). Zminy pokaznykiv klitynnoho imunitetu u khvorykh na hryp A, B, adenovirusnu infektsiiu ta hostri respiratorni virusni infektsii nevstanovlenoi etiologii pid vplyvom riznykh metodiv likuvannia: tezy naukovo-praktychnoi konferentsii «Vaktsynoprofilaktyka ta imunoterapiia infektsiinykh khvorob» [Changes in cellular immunity in patients with influenza A, B, adenoviral infection and acute respiratory viral infections of unknown etiology under the influence of different treatments: abstracts of the scientific-practical conference "Vaccine prevention and immunotherapy of infectious diseases"]. *Klinichna imunohiia. Alerholohiia. Infektolohiia – Clinical immunology. Allergology. Infectology, 6/8, 15-16* [in Ukrainian].

9. Ginocchio, C.C., Zhang, F., Manji, R., Arora, S., Bornfund, M., Falk, L., et al. (2009). Evaluation of multiple test methods for the detection of the novel 2009 influenza A (H1N1) during the New York City outbreak. *J Clin Virol, 45, 191-195* [in English].

10. Schleihauf, E., Hatchette, T., Billard, B. (2009). Investigation of the first cases of human-to-human infection with the new swine-origin influenza A (H1N1) virus in Canada. *CMAJ, 181(3-4), 159-163* [in English].