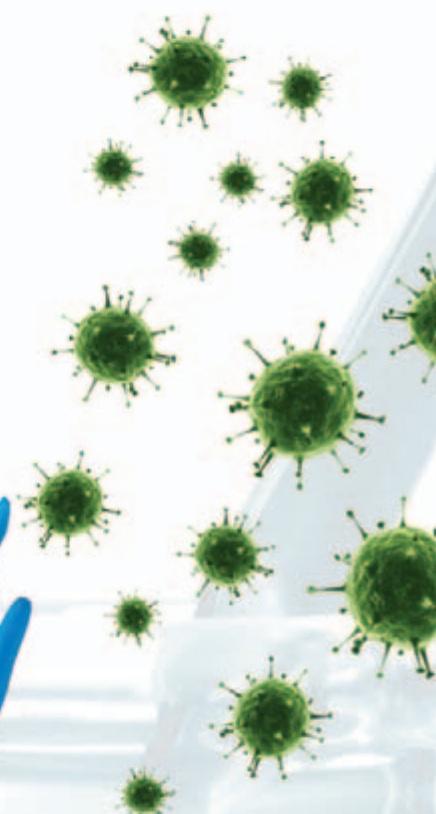


Специализированный научно-практический журнал

# Актуальная Инфектология

[www.mif-ua.com](http://www.mif-ua.com)



3  
3(8) 2015



# ПОДПИСКА — 2016

С ЛЮБОВЬЮ  
К РАЦАМ,  
С ЗАБОТОЙ  
О БАЛАНСАХ

ЗАСЛАВСКИЙ®  
Издательский дом



## ЖУРНАЛ «АКТУАЛЬНАЯ ИНФЕКТОЛОГИЯ»



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
**Ершова  
Ирина  
Борисовна**

Заведующая кафедрой педиатрии с детскими инфекциями Луганского государственного медицинского университета, главный внештатный инфекционист департамента здравоохранения облгосадминистрации Луганской области, д.м.н., профессор.



ЗАМ. ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА  
**Бодня  
Екатерина  
Игоревна**

Заведующая кафедрой медицинской паразитологии и тропических болезней ХМАПО, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «паразитология», д.м.н., профессор.



ЗАМ. ГЛАВНОГО  
РЕДАКТОРА  
**Крамарев  
Сергей  
Александрович**

Заведующий кафедрой детских инфекционных болезней Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, главный специалист МЗ по специальности «детские инфекционные болезни», д.м.н., профессор.

Журнал «Актуальная инфектология» предназначен для повышения квалификации практикующих врачей, ознакомления с инновациями, выработки научно обоснованных решений специалистами научного и практического профиля, соприкасающимися с проблемами диагностики, лечения и профилактики инфекционных болезней: эпидемиологами, инфекционистами, микробиологами, педиатрами, терапевтами и семейными врачами. Задачей редакционного совета является содействие профессиональной и научной деятельности врачей по снижению инфекционной заболеваемости населения и укреплению его здоровья, развитию медицинской науки в области инфектологии и смежных дисциплин.



ОТВЕТСТВЕННЫЙ  
СЕКРЕТАРЬ  
**Мочалова  
Анна**

Ассистент кафедры детских инфекционных болезней Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, главный внештатный паразитолог департамента здравоохранения Луганской областной госадминистрации, н.м.н.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС

### 86149

Включен в наукометрические и специализированные базы данных РИНЦ (Science Index), Google Scholar, «Джерело», Academic Resource Index (Research Bible)



## БЕСПЛАТНАЯ ПОДПИСКА НА ЭЛЕКТРОННЫЕ ИЗДАНИЯ

**УВАЖАЕМЫЙ ЧИТАТЕЛЬ!**

ИД «ЗАСЛАВСКИЙ» ПРЕДЛАГАЕТ ВАМ

**БЕСПЛАТНУЮ**

ПОДПИСКУ НА

**ЭЛЕКТРОННЫЕ ВЕРСИИ  
ВСЕХ НАШИХ ИЗДАНИЙ**

**ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ  
ВЫ МОЖЕТЕ**

на нашем сайте

**www.mif-ua.com**

в разделе «ПОДПИСКА»



Луганський державний медичний університет

# Актуальная Инфектология

Актуальна інфектологія

Actual Infectology

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал

Засновано у листопаді 2013 року

Періодичність виходу: 4 рази на рік

*Включений до наукометричних та спеціалізованих баз даних  
PINC (Science Index), Index Copernicus International, Google Scholar,  
Ulrichsweb Global Serials Directory, «Джерело»,  
Academic Resource Index (Research Bible)*

№ 3(8) • 2015

# Актуальная Инфектология

Спеціалізований рецензований  
науково-практичний журнал

Включений до наукометричних та спеціалізованих баз даних  
PINC (Science Index), Index Copernicus International, Google Scholar,  
Ulrichsweb Global Serials Directory, «Джерело»,  
Academic Resource Index (Research Bible)

№ 3(8) • 2015

ISSN 2312-413X

Передплатний індекс: 86149



*Співзасновники:* Луганський державний медичний  
університет,  
Мочалова Г.О.,  
Заславський О.Ю.

*Видавець:* Заславський О.Ю.

*Завідуюча редакцією:* Брандіс Т.Я.

*Заступник завідуючої редакцією:* Купріненко Н.В.

**Електронні адреси для звертань:**

*Із питань передплати:*

info@mif-ua.com,  
тел. +38 (044) 223-27-42

*Із питань розміщення реклами та інформації  
про лікарські засоби:*

reclama@mif-ua.com  
office@zaslavsky.kiev.ua  
golubnichayan@gmail.com

*Рекомендується до друку та до поширення через мережу  
Інтернет рішенням ученої ради Луганського державного  
медичного університету від 22.10.2015 р., протокол № 3.*

*Російською, українською та англійською мовами*

*Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу  
масової інформації КВ № 20544—10344ПР.*

*Видано Державною реєстраційною службою України  
08.02.2014 р.*

*Формат: 60×84/8. Ум. друк. арк. 12,32*

*Тираж 10 000 прим.*

**Адреса редакції:**

Україна, 04107, м. Київ, а/с 74  
Тел./факс: +38(044) 223-27-42

*E-mail: medredactor@i.ua*

*(Тема: До редакції журналу  
«Актуальна інфектологія»)*

*www.mif-ua.com*

**Видавець Заславський О.Ю.**

Адреса для листування: а/с 74, м. Київ, 04107

Адреса реєстрації: пр. Ленінський, 25/126, м. Донецьк, 83102

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2128 від 13.05.2005

**Друкарня «Астро»**

Україна, 83001, м. Донецьк, вул. Артема, 63а.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 2047 від 24.12.2004 р.

## ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР Єршова Ірина Борисівна

Заступники головного редактора

**Волосовець О.П.** (Київ)

**Бодня К.І.** (Харків)

**Крамарев С.О.** (Київ)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

**Богадельніков І.В.** (Сімферополь)

**Зинчук О.М.** (Львів)

**Козько В.М.** (Харків)

**Малов І.В.** (Іркутськ, Російська Федерація)

**Мороз Л.В.** (Вінниця)

**Пипа Л.В.** (Вінниця)

**Учайкін В.Ф.** (Москва, Російська Федерація)

**Циркунов В.М.** (Гродно, Білорусь)

**Чернишова Л.І.** (Київ)

**Шостакович-Корецька Л.Р.** (Дніпропетровськ)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Бобровицька А.І.** (Донецьк)

**Зайцев І.А.** (Донецьк)

**Карімов І.З.** (Сімферополь)

**Колоскова О.К.** (Чернівці)

**Леженко Г.О.** (Запоріжжя)

**Малий В.П.** (Харків)

**Малиш П.М.** (Луганськ)

**Марушко Ю.В.** (Київ)

**Пінський Л.Л.** (Луганськ)

**Пришляк О.Я.** (Івано-Франківськ)

**Прохоров Є.В.** (Донецьк)

**Рябоконець О.В.** (Запоріжжя)

**Сервецький К.Л.** (Одеса)

**Сімрок В.В.** (Луганськ)

**Супотницький М.В.** (Москва,

Російська Федерація)

**Харченко Ю.П.** (Одеса)

**Ходак Л.А.** (Харків)

**Hasmik Ghazinyan** (Єреван, Вірменія)

**Leonid Alex Zhornitskiy** (Клівс, США)

**Kuljeet Singh** (Нью-Делі, Індія)

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР

**Мочалова Ганна Олександрівна**

**+38 (095) 893-74-15**

**E-mail: mo4alova@list.ru**

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації.  
Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та  
іншої інформації, використаної в публікації, несе автор.  
Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому  
або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів до-  
зволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з  
обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

© Луганський державний медичний університет, 2015

© Мочалова Г.О., 2015

© Заславський О.Ю., 2015



**ЗМІСТ****СТОРІНКА РЕДАКТОРА**

Дорогие наши читатели! .....5

**ЮБІЛЕЇ**Вітаємо з ювілеєм професора  
Людмилу Романівну  
Шостакович-Корецьку! .....7**ЛЕКЦІЯ**Дуда О.К., Коцюбайло Л.П.  
Коронавірусні інфекції: загроза людству  
з Близького Сходу спричинена MERS-CoV? .....9Пипа Л.В., Ленга В.Р., Руда В.І.  
Сучасні уявлення про розвиток недіабетичних  
кетозидозів у дітей. Частина 2  
(аналітичний огляд літератури) .....17**НА ДОПОМОГУ ПРАКТИКУЮЧОМУ  
ЛІКАРЮ**Ершова І.Б., Мочалова А.А., Осипова Т.Ф.,  
Резчиков В.А.  
Актуальные вопросы совместного  
применения антибактериальных препаратов  
и пробиотиков .....25Алимова Л.А., Мухамедханова Ш.Т., Бегманов С.А.,  
Абидова Н.А.  
Этиология и патогенез гепатита  
и цирроза печени при действии  
дизентерийного токсина .....31Іванова Л.А., Гарас М.Н., Марусик У.І.,  
Болтенкова А.А.  
Особенности течения инвазивных диарей  
у детей на современном этапе .....34Ліпковська І.В., Копча Ю.В., Копча В.С.  
Сучасна імунотропна терапія  
хворих на бешиху .....38Няньковський С.Л., Яцула М.С., Няньковська О.С.,  
Дашо М.Б., Ясків В.Б.  
Гостра ротавірусна діарея у дітей:  
клініка, діагностика, лікування .....43**ПАРАЗИТАРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**Ершова І.Б., Мочалова А.А., Осипова Т.Ф.,  
Петренко О.В.  
Усовершенствование терапии лямблиоза .....49**CONTENTS****EDITOR'S PAGE**

Dear Readers! .....5

**ANNIVERSARIES**Congratulations on the Anniversary  
of Professor Liudmyla Romanivna  
Shostakovych-Koretska! .....7**LECTURE**Duda O.K., Kotsiubailo L.P.  
Coronavirus Infections: a Threat to Humanity  
from the Middle East Caused by MERS-CoV? .....9Pyra L.V., Lengua V.R., Ruda V.I.  
Current Understanding of Non-Diabetic  
Ketoacidosis Development in Children  
Part 2 (Analytic Review of Literature) .....17**TO HELP  
PRACTITIONER**Yershova I.B., Mochalova H.O., Osypova T.F.,  
Rezchikov V.A.  
Topical Issues of Combined  
Use of Antibacterial Drugs  
and Probiotics .....25Alimova L.A., Mukhamedkhanova Sh.T., Behmanov S.A.,  
Abidova N.A.  
The Etiology and Pathogenesis  
of Hepatitis and Liver Cirrhosis  
under the Influence of Dysentery Toxin .....31Ivanova L.A., Haras M.N., Marusyk U.I.,  
Boltenkova A.A.  
Peculiarities of Invasive Diarrhea  
in Children at the Modern Stage .....34Lipkovska I.V., Kopcha Yu.V., Kopcha V.S.  
Modern Immunotropic Therapy  
of Patients with Erysipelas .....38Niankovskiy S.L., Yatsula M.S., Niankovska Ye.S.,  
Dasha M.B., Yaskiv V.B.  
Acute Rotavirus-Induced Diarrhea in Children:  
Clinical Picture, Diagnosis, Treatment .....43**PARASITOSIS**Yershova I.B., Mochalova H.O., Osypova T.F.,  
Petrenko O.V.  
Improving Treatment of Giardiasis .....49

УДК 616.981.553 (075.8)

ІВАНОВА Л.А.<sup>1</sup>, ГАРАС М.Н.<sup>1</sup>, БОЛТЕНКОВ В.Л.<sup>2</sup>, ГУК Л.І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

<sup>2</sup> Комунальна медична установа «Обласна дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці

## ВИПАДОК ХАРЧОВОГО БОТУЛІЗМУ В ПІДЛІТКА

**Резюме.** У статті наведений клінічний випадок харчового ботулізму у підлітка. На фоні класичної клініки у розпалі захворювання з розвитком офтальмоплегічного, фарингоплегічного, фоноларингоплегічного синдромів відзначені нетипові особливості епідеміологічного анамнезу, дебюту та послідовності появи симптомів продромального періоду. Вказана важливість своєчасного й адекватного проведення специфічної терапії, що поряд з етіотропним, дезінтоксикаційним і метаболічним лікуванням дозволило у ранні строки досягти регресу неврологічної симптоматики з відновленням якості життя пацієнта.

**Ключові слова:** ботулізм, підлітки, діагностика, лікування.

### Вступ

Ботулізм — відносно рідкісне гостре інфекційне захворювання з переважно ентеральним шляхом інфікування, збудниками якого є екзотоксини *Cl. botulinum*. Ботулізм характеризується тяжким ураженням нервової системи. Виділяють три природні форми ботулізму: харчовий ботулізм, що виникає після вживання попередньо утвореного в харчових продуктах токсину; рановий ботулізм, що розвивається при потрапленні бактерій у рану з подальшим токсиноутворенням у травматично пошкоджених тканинах; ботулізм немовлят, що розвивається при потрапленні вегетативних спор у кишечник з подальшою їх адгезією до кишкової стінки, колонізацією та токсиноутворенням. Останні дві форми є надзвичайно рідкісними, переважно зустрічається харчовий ботулізм [1, 2]. Тривалість інкубаційного періоду, варіанти продрому (диспептичний, офтальмологічний, респіраторний), швидкість і послідовність наростання типових клінічних ознак (офтальмоплегічна, фарингоплегічна, фоноларингоплегічна, асфіксична) залежать від інфікуючої дози токсину, яку спожив хворий [3, 4].

Рідкісність захворювання в дитячому віці, клінічний поліморфізм дебюту захворювання та нехарактерна симптоматика як для класичних гострих кишкових інфекцій з ентеральним шляхом передачі можуть зумовлювати труднощі раннього виявлення ботулізму та, як наслідок, проблемний клінічний маршрут пацієнта [5].

### Клінічний випадок

Під нашим спостереженням перебував хлопчик А., 14 років, учень 9-го класу, який захворів раптово 30 листопада 2014 року, коли відзначалися нудота, кількаразове блювання та розріджене випорожнення, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Після блювання стан хлопчика покращився,

наступного дня він відвідав заняття у школі, де помітив зниження та порушення зору, з приводу чого звернувся в поліклініку за місцем проживання на консультацію до офтальмолога та гастроентеролога. Гастроентерологом поліклініки встановлено попередній діагноз «функціональне захворювання шлунка, дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом», призначено комплекс дообстеження та симптоматична терапія (дієта, карсил, панкреатин, лактіале, ентеросгель). Офтальмолог розпочав атропінізацію та направив до невропатолога. Того ж дня ввечері знову з'явилось блювання, розріджені випорожнення, хлопчик почав скаржитися на двоїння в очах, запаморочення. Після звернення до невропатолога дитина з діагнозом «гострий гастроентероколіт неуточненої етіології, середньої тяжкості» направлена в інфекційне боксоване відділення кишкових інфекцій Чернівецької обласної дитячої клінічної лікарні.

При надходженні хлопчик скаржився на багаторазове блювання, часті розріджені випорожнення, підвищення температури до субфебрильних цифр, зниження зору та печію. З анамнезу, зібраного зі слів хлопця та батьків, стало відомо, що початок захворювання пов'язаний із споживанням недоброякісного на смак і запах консервованого м'ясного паштету домашнього приготування. Черговим лікарем стан був розцінений як середньої тяжкості через середньотяжкий ексикоз та диспептичні явища. Температура тіла (аксіярна) 36,7 °С, шкіра та видимі слизові оболонки бліді, сухі, чисті, кінцівки на дотик

Адреса для листування з авторами:

Гарас Микола Нестерович

E-mail: garasn2005@rambler.ru

© Іванова Л.А., Гарас М.Н., Болтенков В.Л., Гук Л.І., 2015

© «Актуальна інфектологія», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

теплі, тургор тканин знижений. Хлопець при огляді у свідомості, адекватний, менінгеальні ознаки негативні, зіниці розширені (після закапування атропіну). Над легеньми перкуторно — ясний звук, дихання проводиться однаково з обох сторін, частота дихальних рухів 18/хвилину, серцева діяльність ритмічна, тони гучні, частота серцевих скорочень (ЧСС) 88/хв. Живіт пальпації доступний, м'який, вурчить, печінка виступає на 2 см з-під краю правої реберної дуги по середньоключичній лінії, край гладкий, неболючий. Селезінка не пальпується, симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Випорожнень при огляді не було. З метою поповнення дефіциту рідини в організмі та для компенсації патологічних втрат призначено комбіновану регідратаційну терапію шляхом орального та інфузійного введення глюкозо-сольових розчинів.

Наступного дня на фоні регресу диспептичного синдрому (припинення блювання) відзначено наростання проявів офтальмоплегічного та фоноларингоплегічного синдромів. Зокрема, відзначалися амімія обличчя, незначний двобічний птоз, блефароспазм, збіжна косоокість, гугнявість голосу. Шкірні покриви бліді, видимі слизові оболонки дещо сухі. Лімфовузли не збільшені. Дихання везикулярне, з частотою 20/хв. Тони серця гучні, ритмічні, ЧСС 60/хв. Живіт м'який, при пальпації чутливий за ходом товстого кишечника. Печінка та селезінка не збільшені. Зі слів дитини та батьків, діурез збережений, випорожнення напередодні однократне, розріджене, в день огляду — явища обстипації. Консультований невропатологом та лор-лікарем. З епідеміологічного анамнезу стало відомо, що вживаний напередодні захворювання консервований м'ясний паштет на смак та запах був із недоброякісними органолептичними властивостями, тому хлопець спожив його в незначній кількості.

Отже, маючи на увазі дані анамнезу, в тому числі епідеміологічного, на підставі результатів об'єктивного обстеження пацієнта, при проведенні спільного огляду лікарів клінічно встановлено діагноз «харчовий ботулізм, типова форма, середньотяжкий перебіг».

Результати обстеження від 05.12.2014 р.: загальний аналіз крові: ер. —  $4,0 \cdot 10^{12}/л$ , Нв — 120 г/л, швидкість осідання еритроцитів — 4 мм/год, Л. —  $12,5 \cdot 10^9/л$ , п. — 6 %, с. — 76 %, е. — 1 %, л. — 16 %, м. — 1 %; загальний аналіз сечі — варіант вікової норми, копроцитограма — лейкоцити 1–2 у п/з, рослинна клітковина (+); біохімічне дослідження крові — загальний білок — 73,8 г/л, сечовина — 3,6 ммоль/л, креатинін — 67,6 мкмоль/л, білірубін загальний — 13,6 мкмоль/л, білірубін прямий — 1,8 мкмоль/л, АЛТ — 0,4 мкмоль/л, АСТ — 0,2 мкмоль/л. Призначено лікування, що включало режим, дієтотерапію, інфузійну терапію глюкозо-сольовими розчинами, промивання шлунка 5% розчином соди, ентеросорбенти (карболен), очисну клізму, етіотропну (левоміцетину сукцинат по 1 г двічі на добу внутрішньовенно) та специфічну терапію — введення полівалентної протиботулінічної сироватки.

На завершення 1-ї доби стаціонарного лікування стан хлопчика погіршився внаслідок появи ознак фарингоплегічного синдрому (порушення ковтання твердої їжі, поперхування), з приводу чого дитина переведена в інфекційне відділення анестезіології та інтенсивної терапії, де після письмової згоди батьків розпочато специфічне лікування захворювання у вигляді введення кінської очищеної концентрованої рідкої протиботулінічної сироватки типів А, В, Е. Протиботулінічна сироватка вводилася внутрішньовенно (разова доза сироватки типу А — 10 000 МО, типу В — 5000 МО, типу С — 10 000 МО) після негативних результатів внутрішньошкірної проби з розведеною 1 : 100 сироваткою. Протиботулінічну сироватку вводили впродовж 3 днів, таким чином, курсова сумарна доза становила 75 000 МО. Після завершення курсу введення протиботулінічної сироватки на фоні покращення стану хлопець переведений у бокс інфекційного відділення кишкових інфекцій.

На 5-й день стаціонарного лікування та на 2-й день після завершення специфічної терапії протиботулінічною сироваткою на фоні етіотропної та дезінтоксикаційної інфузійної терапії відзначалася позитивна динаміка стану пацієнта, зменшилася диплопія, покращилися ковтання та фонація, наступного дня — відновилися самостійні випорожнення. Впродовж наступних 2 тижнів стаціонарного лікування неврологічна симптоматика характеризувалася повільним поступовим регресом на фоні полівітамінної (супрадин кідс), дезінтоксикаційної (оральним шляхом) та кардіометаболічної (кардонат) терапії. В процесі лікування пацієнт консультований дитячим кардіоревматологом, лор-лікарем та неодноразово — неврологом.

На 21-й день стаціонарного лікування в задовільному стані після повторного дослідження та виявлення вікових нормативів гемограми, біохімічного аналізу крові та електрокардіограми хлопець вписаний додому для подальшої реабілітаційної терапії (полівітаміни, кардіометаболіти) під спостереження дільничного педіатра, дитячого невролога та кардіоревматолога.

## Обговорення

При аналізі клінічного випадка привертають увагу деякі особливості: зокрема, класичним варіантом епідеміологічного анамнезу харчового ботулізму вважається споживання харчових продуктів із нормальними органолептичними властивостями [6]. У нашому випадку можна припустити, що зміна смаку та запаху вживаного причинного продукту — паштету могла бути пов'язана з контамінацією іншою, ймовірно, умовно-патогенною флорою, що відіграло надалі двояку роль. У першу чергу унеможливило вживання продукту у великій кількості, зменшивши інфікувальну дозу, водночас зумовило певну атипівність клініки, а саме — домінування диспептичного варіанта синдрому (з наявністю діареї) та температурну субфебрильну реакцію впродовж кількох діб.

Типовий перебіг харчового ботулізму супроводжується схильністю до запорів. Навіть якщо у продро-

мальному періоді можливі кількаразове блювання та розріджені випорожнення, то з появою офтальмологічних симптомів нарастають метеоризм та обстипація [3]. Власне наявність повторного блювання та діарейного синдрому навіть на фоні дебюту офтальмологічної клініки, поступовість появи неврологічної симптоматики разом із низькою інфекційною настороженістю вузьких спеціалістів і спричинило відстрочену верифікацію діагнозу у нашому випадку.

## Висновки

Раннє синхронне зі встановленим діагнозом і адекватно дозоване введення протиботулінічної сироватки дало змогу призупинити прогресування загрозливої життю неврологічної симптоматики та дозволило в ранні терміни домогтися її повного регресу з відновленням якості життя пацієнта, що підтверджує першочергову роль раннього початку специфічної протиботулінічної терапії.

Иванова Л.А.<sup>1</sup>, Гарас Н.Н.<sup>1</sup>, Болтенков В.Л.<sup>2</sup>, Гук Л.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> Коммунальное медицинское учреждение «Областная детская клиническая больница», г. Черновцы

### СЛУЧАЙ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА У ПОДРОСТКА

**Резюме.** В статье приведен клинический случай пищевого ботулизма у подростка. На фоне классической клиники в разгаре заболевания с развитием офтальмоплегического, фарингоплегического, фоноларингоплегического синдромов отмечены нетипичные особенности эпидемиологического анамнеза, дебюта и последовательности появления симптомов продромального периода. Указана важность своевременного и адекватного проведения специфической терапии, что наряду с этиотропным, дезинтоксикационным и метаболическим лечением позволило в ранние сроки достичь регресса неврологической симптоматики с восстановлением качества жизни пациента.

**Ключевые слова:** ботулизм, подростки, диагностика, лечение.

## Список літератури

1. Wenham T. Botulism / T. Wenham, A. Cohen // *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. — 2008. — Vol. 8, № 1. — P. 21-27.
2. Botulism. Alberta Health. *Public Health Notifiable Disease Management Guidelines*. — 2013. — 18 p.
3. Возианова Ж.И. *Инфекционные и паразитарные болезни*. — К.: Здоровье, 2000. — Т. 1. — С. 433-458.
4. Поліклінічна інфектологія. Кабінет інфекційних захворювань: навч. посібник / Р.Ю. Грицько, І.О. Івахів, О.Л. Івахів [та ін.]. — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — С. 28-31.
5. Клинико-эпидемиологическая характеристика и исходы ботулизма в Харьковском регионе / В.П. Малый, Т.И. Лядова, О.В. Волобуева // *Проблеми безперервної освіти та науки*. — 2014. — № 3. — С. 35-40.
6. Ботулизм: Учеб.-метод. пособие / М.А. Иванова. — Минск: БГМУ, 2009. — 24 с.

Отримано 00.00.15 ■

Ivanova L.A.<sup>1</sup>, Haras M.N.<sup>1</sup>, Boltenev V.L.<sup>2</sup>, Huk L.I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> State Higher Educational Institution «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi

<sup>2</sup> Municipal Healthcare Institution «Regional Children's Clinical Hospital», Chernivtsi, Ukraine

### CASE REPORT OF FOODBORNE BOTULISM IN AN ADOLESCENT

**Summary.** The article presents a clinical case of foodborne botulism in an adolescent. Against the background of classical clinical picture in the midst of disease with the development of ophthalmoplegic, pharyngoplegic, phonolaryngoplegic syndromes, there were marked atypical features of epidemiological history, onset and the sequence of prodromal symptoms. It has been indicated the importance of timely and adequate specific therapy that, in addition to etiologic, detoxification and metabolic treatment, helped to achieve regression of neurological symptoms with the restoration of the quality of life of the patient in early terms.

**Key words:** botulism, adolescents, diagnosis, treatment.