

Тези четвертої науково-практичної конференції «Інфекційні захворювання мандрівників. Сучасні виклики і стан проблеми в Україні»

(м. Одеса, 22–23 вересня 2022 р.)

Бабенко О.І.

КНП «Центр профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/
СНІДом» ОМР, м. Одеса, Україна

Інноваційні заходи в системі департаменту охорони здоров'я Одеської міської ради з питань виявлення ВІЛ-інфікованих пацієнтів та залучення їх до лікування. Вплив пандемії COVID-19 на реалізацію цих заходів

Після приєднання м. Одеси до глобальної ініціативи «Fast-Track cities» («Швидка відповідь на епідемію ВІЛ у великих містах світу») у місті була прийнята Міська цільова програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії в місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Одеса») на 2018–2020 рр. із подальшим продовженням її на 2021–2023 рр. У частині ВІЛ-інфекції основною метою стало наближення міських показників із ВІЛ-інфекції до цілей ЮНЕЙДС — 95–95–95–95, тобто 95 % від оціночної кількості ВІЛ-інфікованих мешканців міста (13 788 осіб) знають свій ВІЛ-статус, 95 % із цих осіб перебувають під медичним наглядом, 95 % із них отримують специфічну щодо ВІЛ антиретровірусну терапію (АРТ), 95 % із тих, хто отримує АРТ, мають невизначене вірусне навантаження, тобто є епідеміологічно практично небезпечними щодо трансмісії ВІЛ.

У системі закладів охорони здоров'я департаменту охорони здоров'я Одеської міської ради (ЗОЗ ДОЗ ОМР) після прийняття вищезазначеної програми сталися радикальні зміни в організації тестування на ВІЛ та доведення виявлених ВІЛ-позитивних осіб до медичного нагляду в комунальному некомерційному підприємстві «Центр профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом» Одеської міської ради (КНП «ЦПБВС» ОМР). Так, впроваджене тестування на ВІЛ швидкими тестами замість ІФА (окрім вагітних

та донорів), що дозволило отримувати результат тестування через 15 хвилин замість кількох днів при ІФА. Завдяки цьому різко скоротився відсоток «втрачених» ВІЛ-позитивних пацієнтів. Окрім того, було зроблено акцент на якості призначення тестування на ВІЛ, тобто основним показником стала не загальна кількість протестованих, а пацієнтів із «ключових груп» (згідно з наказом МОЗ України від 08.02.2013 р. № 104 «Про затвердження переліку критеріїв визначення груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ») та з індикаторними захворюваннями (згідно з переліком захворювань, симптомів та синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу в закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичної допомоги згідно з наказом МОЗ від 11.05.12 р. № 388). Крім того, починаючи з 2019 року департамент впровадив закупівлю мульти-тестів (ВІЛ, ВГВ, ВГС та сифіліс), що, по-перше, збільшило привабливість тестування для пацієнтів (на жаль, на цей час ВІЛ-інфекція залишається стигматизованою навіть серед медичного персоналу), а по-друге, дозволило проводити комплексне обстеження за 15–20 хвилин в одному місці на кілька інфекцій. Особливо це зручно для організованих контингентів (наприклад, призовників). Безумовно, пандемія COVID-19 внесла свої корективи і в такий елемент надання медичної допомоги, як тестування на ВІЛ. У 2021 р. загальна кількість тестувань у ЗОЗ порівняно із 2019 роком знизилася на 20 %. Однак загальний коефіцієнт виявлення збільшився у 3 рази (із 2,5 % у 2019 році до 8,1 % у 2021 році). До того ж завдяки децентралізації кабінетів КНП «ЦПБВС» ОМР (9-й міськ надання медичної допомоги у всіх районах міста) та тому, що персонал центру не обмежував час своєї роботи, пацієнтам було зручно звернутися з цього питання до спеціалізованого закладу. Крім того, в КНП «ЦПБВС» ОМР ще на початку пандемії у 2019 році спрогнозували зменшення потоку первинних пацієнтів унаслідок карантинних обмежень

зсувом лейкоцитарної формула вліво (паличкоядерні нейтрофіли становили 15–20–40 %). ПТІ залишався низьким — 37–42 %. Критично зменшувалась кількість тромбоцитів, наростали лабораторні ознаки печінкової та ниркової недостатності. При бактеріологічному дослідженні випорожнень патологічної флори не виявлено.

Проводилось лікування — європенем 40 мг/кг тричі на добу, октаплекс 500 МО, свіжозаморожена плазма 10 мл/кг/добу, дексаметазон 5–10 мг/кг/добу за преднізолоном, інфузійна терапія, симпатоміметична підтримка (дофамін, адреналін).

Незважаючи на проведену терапію, стан дитини залишався дуже тяжким, із негативною динамікою. Тяжкість була обумовлена наростанням церебральної та печінкової недостатності, токсичного ураження нирок, прогресуванням коагулопатії на тлі поліорганної недостатності. На 5-й день перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії в дитини розвинулась критична брадикардія. Реанімаційні заходи, що проводилися в повному обсязі, виявилися неефективними, констатована біологічна смерть.

Діагноз заключний клінічний: синдром Рея (енцефалопатія, гостре ураження нирок, печінки). Сепсис (?). Синдром поліорганної недостатності, набряк головного мозку, кома III, фульмінантна печінкова недостатність. ДН III, ДВЗ-синдром.

Паталогоанатомічний діагноз. Основний: синдром Рея, сепсис, геморагічний ентероколіт, гнійний ендобронхіт, нефрит, гепатит, жирова дистрофія печінки.

Ускладнення основного: ДВЗ-синдром, множинні вогнищеві крововиливи під плеврою, у шкіру. Підгостра гіперплазія селезінки, дистрофія міокарда, набряк мозку з вогнищами некрозу в корі, мозочку і стовбурі.

Висновки. Гострі кишкові інфекції залишаються одним із факторів розвитку токсичних станів та тяжких ускладнень у дітей. Одним із таких випадків є синдром Рея. Рання клінічна та лабораторна діагностика цього стану в дітей впливає на перебіг захворювання та є запорукою надання своєчасної невідкладної допомоги таким хворим у повному обсязі.

Верба Н.В.

*Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Порушення у тромбоцитарній ланці гемостазу у хворих на хронічний гепатит С та їх корекція

Актуальність. Використання препаратів прямої противірусної дії стало справжнім проривом у лікуванні хворих на хронічний гепатит С (ХГС). Однак, незважаючи на значні успіхи науковців у цьому напрямку, не всі хворі мають доступ до лікування, особливо в умовах пандемії коронавірусної хвороби. Часто хворі на ХГС звертаються до лікаря зі скаргами, не пов'язаними із безпосереднім ураженням печінки вірусом гепатиту С (HCV). І лише при ретельному обстеженні виявляється, що хворий інфікований HCV і ми маємо справу з позапечінковими проявами хвороби.

Мета дослідження. Визначити вплив патогенетичного лікування на показники тромбоцитарної ланки гемостазу у хворих із позапечінковими проявами ХГС.

Матеріали та методи. Обстежені 68 хворих на ХГС. Усі хворі на ХГС були поділені на 2 групи. До I групи ввійшли 35 хворих, яким призначали загальноприйняте лікування із застосуванням гепатопротекторів протягом 24 тижнів. II групу становили 33 хворі на ХГС, яким як гепатопротектор призначали препарат метадоксин 0,5 г двічі на добу протягом 12 тижнів, упродовж наступних 12 тижнів по 0,5 г один раз на добу. Діагноз ХГС встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних і підтверджували виявленням у сироватці крові хворих специфічних антитіл методом імуноферментного аналізу та РНК вірусу гепатиту С за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Для вивчення тромбоцитарної ланки гемостазу проводили дослідження активованого часткового тромбопластинового часу (АЧТЧ), загальної кількості тромбоцитів (PLT) у периферичній крові, ширини їх розподілу (PDV) та середнього об'єму (MPV).

Результати та обговорення. Кровоточивість ясен під час звернення турбувала 12 (34,28 %) хворих I групи та 12 (36,36 %) хворих II групи. Через 4 тижні кровоточивість ясен зберігалась у 8 (22,86 %) хворих I групи та у 4 (12,12 %) хворих II групи. Уже при опитуванні через 12 тижнів спостереження дана скарга не реєструвалась у жодного хворого II групи, тоді як у I групі спостерігалась і на 12-му місяці від початку лікування у 15 (42,86 %) хворих, що було на 6,5 % більше, ніж при первинному опитуванні. Петехіальні висипання на шкірі при першому огляді діагностовані в 10 (28,57 %) хворих I групи та 9 (27,27 %) хворих II групи. Через 4 тижні висипання спостерігались у 6 (17,14 %) хворих I групи та у 2 (6,06 %) хворих II групи. Під час огляду хворих через 12 тижнів спостереження петехіальні висипання не виявлені в жодного хворого II групи, тоді як у I групі зберігались і на 12-му місяці від початку лікування у 22,85 % хворих. Також при зверненні у 7 (20,00 %) хворих I та 6 (18,18 %) хворих II групи встановлені випадки періодичних носових кровотеч. Через 4 тижні у хворих, до комплексного лікування яких додавали метадоксин, носові кровотечі припинились і не відновлювались протягом усього періоду спостереження. У хворих, які отримували терапію іншими гепатопротекторами, періодичні носові кровотечі спостерігались 1 раз на місяць у 5 (14,28%) випадках.

Наявність скарг на кровоточивість ясен, петехіальні висипання та періодичні носові кровотечі корелювала з лабораторними показниками, які підтверджували порушення у функціонуванні тромбоцитарної ланки гемостазу. Так, при зверненні PLT у хворих I та II групи була нижчою, ніж у здорових осіб, на 29,31 і 23,49 % відповідно ($p < 0,001$). При цьому кількість хворих зі зниженою PLT у I групі становила 19 (54,28 %) та у II групі — 17 (51,51 %). При обстеженні хворих через 4 тижні зниження PLT встановлене в 17 (48,57 %) хворих I групи та у 7 (21,21 %) хворих II групи. Через 12 тижнів PLT нормалізувалась у 5 (14,29 %) хворих I групи та у 6 (18,8 %) — II. Через 24 тижні від початку лікування зниження PLT діагностоване у 12 (34,28 %)

хворих I групи, а в II групі у всіх хворих відбувалась нормалізація PLT. При визначенні PLT через 6 місяців спостерігали збільшення кількості хворих у I групі зі зниженням цього показника до 14 (40,00 %). Такою ж їх кількість була і через 12 місяців. Одночасно у хворих II групи зниження PLT не було встановлене протягом подальшого обстеження через 6 та 12 місяців.

При первинному обстеженні MPV перевищував фізіологічні показники на 85,48 % у I групі та на 82,79 % у II групі. Через 4 тижні цей індекс був більшим за показники у здорових осіб на 76,88 % в I групі і залишався на тому ж рівні протягом усього періоду спостереження. У II групі через 4 тижні спостерігалось зниження цього показника до 55,38 %, через 12 тижнів — до 12,37 %, а при дослідженні MPV через 24 тижні, 6 та 12 місяців спостерігалась його нормалізація ($p < 0,001$).

PDW хворих на ХГС при зверненні був вищим, ніж у здорових осіб, на 14,13 та 13,25 % у I та II групі відповідно ($p < 0,001$). Через 4 тижні від початку лікування цей показник перевищував фізіологічні показники на 12,51 та 8,65 % у I та II групі відповідно. При визначенні цього індексу через 12 тижнів встановлено його підвищення на 11,51 % в I групі та на 3,66 % — у II. Нормалізація PDW відбувалась на 24-му тижні лікування в II групі, а в I групі він продовжував залишатись підвищеним ($p < 0,001$).

Ще один показник стану тромбоцитарної ланки гемостазу — АЧТЧ також змінювався на фоні призначеного хворим комплексного лікування. Так, до початку лікування АЧТЧ у хворих на ХГС подовжувався на 8,05 с в I і 7,62 с — у II групі ($p < 0,001$). При визначенні АЧТЧ через 4 тижні відзначали подовження цього показника на 6,33 та 4,33 с в I і II групі відповідно ($p < 0,001$). На 12-му тижні лікування АЧТЧ перевищував значення здорових осіб: на 6,51 с — у I і на 1,62 с — у II групі. На 24-му тижні спостерігалась нормалізація АЧТЧ у хворих II групи та його подовження до 6,63 с у хворих I групи ($p < 0,001$). Збільшення АЧТЧ зберігалось в I групі на 6 та 2 місяці до 6,91 та 7,03 с відповідно ($p < 0,001$). А у хворих II групи тривалість АЧТЧ була такою, як і у здорових осіб.

Висновки. Під впливом комплексного лікування із використанням метадоксину відновлювалися показники тромбоцитарної ланки гемостазу, а саме: PLT і АЧТЧ, що клінічно проявлялося зникненням проявів геморагічного синдрому у хворих на ХГС. Отже, призначення метадоксину у хворих на ХГС із геморагічним порушеннями є доцільним і патогенетично обґрунтованим.

Виноград Н.О., Буркало Т.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, м. Львів, Україна

Клінічний поліморфізм геморагічної гарячки з нирковим синдромом в Україні

Актуальність. Ортохантавіруси (родина *Hantaviridae*) — збудники особливо небезпечних природно-вогнищевих інфекційних захворювань, які спричиняють у людей геморагічну гарячку з нирковим синдромом

(ГГНС) та хантавірусний кардіопульмонарний синдром (ХКПС). Відомі понад 20 серотипів збудників ГГНС, із яких найактуальнішими є *Hantaan*, *Dobrova/Belgrad*, *Saaremaa*, *Seoul*, *Puumala*. Клінічна маніфестація ГГНС суттєво різниться при ураженні різними серотипами хантавірусів. Найтяжчі клінічні форми зумовлені *Hantaan*, *Seoul*, *Dobrova* з розвитком класичних п'яти фаз хвороби. Зараження людей серотипом *Puumala* маніфестує нефро-нефритом і має легший клінічний перебіг.

Чинниками ризику ураження людей ортохантавірусами є приналежність до професійних груп ризику, перебування на ендемічних територіях, останньому сприяє інтенсифікація різних видів міграції населення: трудова, військова, рекреаційна, паломницька тощо.

В Україні ГГНС вивчалася від 50-х років минулого сторіччя, але не були з'ясовані видовий склад ортохантавірусів, особливості клінічного перебігу хвороби в дітей і дорослих з урахуванням видового складу збудників.

Мета дослідження. Визначити основні синдромальні комплекси ГГНС при моноінфікуванні ортохантавірусами *Dobrova/Belgrad* (DOB) і *Puumala* (PUU), а також при поєднаному зараженні збудниками цих двох серогруп.

Матеріали та методи. Хворі з лабораторно підтвердженим діагнозом ГГНС на госпітальному етапі надання медичної допомоги; клінічні, біохімічні, серологічні, інструментальні, статистичні методи.

Результати та обговорення. Серологічними методами з використанням ІФА верифіковані 180 випадків ГГНС. Хворі були госпіталізовані до інфекційних відділень із приводу гарячкових захворювань нез'ясованої етіології на 1–3-й день хвороби за клінічними показаннями. Серед них переважали дорослі особи (64,4 ± 3,6 %), чоловічої статі (66,7 ± 3,5 %), які проживали в сільській місцевості. Середній вік становив 27,5 року. Стан хворих був оцінений як середньотяжкий у 87,2 ± 2,5 % випадків, тяжкий — у 10,0 ± 2,2 %.

Виявлені основні синдроми при моноінфікуванні DOB і PUU, а також при поєднаному зараженні DOB + PUU: нирковий (161), ураження дихального тракту (118), геморагічний (107), ураження нервової системи (105), травного тракту (104).

У всіх хворих був виражений загальноінтоксикаційний синдром: гіпертермія тіла понад 38 °C (100,0 %), головний біль (98,3 ± 1,0 %) і лейкоцитоз (83,9 ± 2,7 %). Нирковий синдром маніфестував болем у попереку (53,4 ± 3,9 %), протеїнурією (67,1 ± 3,7 %), зростанням рівнів креатиніну (59,6 ± 3,9 %), гематурією (52,2 ± 3,9 %). При геморагічному синдромі типовими були петехії, екхімози, крововиливи (підшкірні, склери), кровотечі різної локалізації (94,4 ± 2,2 %). Ураження органів дихання проявлялося гіперемією слизової ротоносоглотки (66,1 ± 4,4 %), кашлем (66,9 ± 4,3 %); нервової системи — головокружіннями (81,0 ± 3,8 %); травного тракту — гепатитами (76,9 ± 4,1 %).

На підставі узагальнення бази даних і даних спостережень пацієнтів у динаміці хвороби було сформульовано клінічну частину стандарту визначення випадку захворювання на ГГНС.