

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

ніж у контрольній групі, — 1,03 (0,56–1,27) МО/мл ($p_u < 0,001$). При більш детальному вивченні показників антитоксичного імунітету виявилось, що частка захищених від дифтерії осіб основної групи (середні та високі рівні) становила 6,6 % ($n = 6$), яка розцінюється як критично низька та є вірогідно меншою, ніж у контрольній групі, — 59,2 % ($n = 29$) ($p_x < 0,001$). Мінімальний рівень захисту спостерігався у 60,0 % ($n = 54$) обстежених ВІЛ-інфікованих осіб, що є дуже сумнівним щодо захисту від дифтерії на відміну від осіб контрольної групи — 40,8 % ($n = 20$) ($p_x = 0,030$). У 33,3 % ($n = 30$) із числа спостережених ВІЛ-інфікованих індивідуумів виявлений рівень антитіл нижче 0,1 МО/мл, що відповідає серонегативному статусу на відміну від групи контролю, де подібні рівні не реєструвались ($p_x < 0,001$). Тобто взагалі незахищений прошарок щодо дифтерії серед осіб основної групи становив 93,3 % ($n = 84$) проти 40,8 % ($n = 20$) ($p_x < 0,001$). Установлено вірогідний кореляційний зв'язок між найменшою (nadir) кількістю Т-хелперів (CD4+) у крові (перед призначенням АРТ) і ступенем напруженості протидифтерійного імунітету — $|r_s| = 0,49$ ($p < 0,001$).

Схожі розбіжності зафіксовані при вивченні рівнів антитоксичних антитіл проти правця у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних дорослих осіб. Медіана протиправцевих антитіл в основній групі дорівнювала 0,59 (0,28–1,09) МО/мл, що у 2,3 раза менше показника у контрольній групі — 1,33 (1,13–1,45) МО/мл ($p_u < 0,001$). При більш поглибленому вивченні показників антиправцевого імунітету виявилось, що відсоток ВІЛ-інфікованих осіб із середніми та високими рівнями антитіл також достатньо низький та становив 47,8 % ($n = 43$), що є вірогідно нижчим, ніж у контрольній групі, — 91,8 % ($n = 45$) ($p_x < 0,001$). Незахищена когорта ВІЛ-інфікованих індивідуумів, а саме серонегативні та особи з мінімальним рівнем захисту, становила 52,2 % ($n = 47$) порівняно з 8,2 % ($n = 4$) ВІЛ-негативних осіб ($p_x < 0,001$). Також встановлено вірогідний кореляційний зв'язок між кількістю Т-хелперів (CD4+) у крові (nadir) і ступенем напруженості протиправцевого імунітету — $|r_s| = 0,42$ ($p < 0,001$).

Висновки. Рівень серопротекції ВІЛ-інфікованих осіб проти дифтерії та правця суттєво нижчий, ніж у ВІЛ-негативних осіб: значна кількість ВІЛ-позитивних дорослих осіб не мають достатніх рівнів антитіл, а саме проти дифтерії — 93,3 % та проти правця — 52,2 %. Це націлює на обов'язковість їх вакцинації проти зазначених інфекційних захворювань.

Майстренко О.М., Совірда О.С.
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Жовта гарячка. Сучасна епідемічна ситуація у світі

Жовта гарячка — особливо небезпечна вірусна інфекційна хвороба, що належить до хвороб, які мають міжнародне значення (заходи запобігання регламенту-

ються Міжнародними медико-санітарними правилами 2005 року), і характеризується геморагічним синдромом, жовтухою та високою летальністю.

Ендемічними регіонами щодо неї є країни Африки, Південної та Центральної Америки, що мають специфічні природно-географічні умови з джерелами та переносниками збудника хвороби. Згідно з повідомленням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), останнім часом найбільш незадовільна епідемічна ситуація в Бразилії, Сенегалі, Гвінеї, Нігерії та Ефіопії. Так, у 2017–2018 роках на території Бразилії лабораторно підтверджено 1266 випадків захворювань, зокрема 409 летальних [1]. А у лютому 2022 року лише в штаті Мінас-Жерайс зафіксовано 365 підтверджених випадків захворювання з початку спалаху, 133 хворі загинули [2].

На початку 2020 року за допомогою національної системи нагляду в Уганді були виявлені вісім лабораторно підтверджених випадків жовтої гарячки, у тому числі чотири смерті (коефіцієнт летальності — 50%) [3]. В Ефіопії станом на 6 квітня 2020 року було повідомлено про 85 підозрілих випадків, з яких шість були підтверджені лабораторно [4]. Також у квітні 2020 року ВООЗ отримала інформацію про підтверджений випадок жовтої гарячки в селі Маганді на півдні Габону та в північній частині Того [5].

23 липня 2020 року Національний координаційний центр Франції повідомив про підтверджений автохтонний випадок жовтої гарячки у 14-річного хлопчика у Французькій Гвіані. Цей випадок було лабораторно підтверджено у Французькому національному довідковому центрі з арбовірусів Інституту Пастера у Каєнні [6]. Із жовтня по грудень 2020 року в чотирьох районах охорони здоров'я Сенегалу було зареєстровано загалом сім підтверджених випадків жовтої гарячки [7]. А у Гвінеї наприкінці 2020 року були зареєстровані 52 випадки підозр на жовту гарячку в 7 зонах охорони здоров'я країни, включаючи міську комуна (центр Кундара), з яких 8 було підтверджено позитивними IgM, 14 випадків були летальними [8]. У жовтні 2021 року національний координатор Венесуели повідомив про сім підтверджених методом полімеразної ланцюгової реакції випадків захворювання на жовту гарячку [9].

У період із жовтня по листопад 2021 року у чотирьох областях Гани були зареєстровані 202 випадки підозр на жовту гарячку, включаючи 70 підтверджених випадків захворювання та 35 випадків смерті (коефіцієнт летальності — 17 %). Повідомлення про випадки захворювання надходили переважно від кочівників, які переселилися з Нігерії до лісового заповідника в регіоні Саванни, у Гані, який відвідують туристи. У хворих спостерігалися такі симптоми, як біль у м'язах та в ділянці живота, висока температура тіла, блювання, жовтяниця та кровотеча з ясен [10].

Ще на початку листопада 2020 року Нігерійський центр контролю захворювань повідомив про групу смертей у штаті Дельта. Додаткові випадки були зареєстровані в 4 інших штатах: Енугу, Баучі, Бенуе та Ебоні. У попередньому звіті для штату Дельта від

5 листопада 2020 року повідомлялося про 48 підозрюваних випадків жовтої гарячки із 30 смертями (коефіцієнт летальності — 62,5%). Найчастіші симптоми включали гарячку в анамнезі протягом 1 тижня, блювання (із кров'ю або без неї), кровотечу, судоми та втрату свідомості. В одного пацієнта були кашель, біль у горлі та гикання. Більшість пацієнтів були фермерами, і переважно постраждали чоловіки (75 %). Статус вакцинації проти жовтої гарячки в більшості хворих був невідомий [11]. У 2021 році спалах жовтої гарячки у Нігерії продовжився. Загалом з 1 січня по 31 серпня у 36 штатах було зареєстровано 1312 підозрюваних випадків захворювання, 31 лабораторний зразок виявився позитивним.

За оцінками ВООЗ та ЮНІСЕФ, у Нігерії національне охоплення імунізацією проти жовтої гарячки у 2020 р. становило лише 54 %, що нижче за поріг у 80 %, необхідний для захисту від спалахів хвороби [12].

Таким чином, жовта гарячка є загрозою для всього світу, особливо з врахуванням вирубки лісів, урбанізації, міграції населення та глобального потепління, що створює сприятливі умови для мешкання і розмноження комарів — переносників збудника жовтої гарячки в тих регіонах, де їх існування раніше було неможливим. Також пандемія COVID-19 створює ризик зриву рутинної імунізації через навантаження на системи охорони здоров'я та зниження охоплення імунізацією через фізичне дистанціювання або небажання громади. Порушення роботи служб імунізації, навіть на короткий період, призведе до збільшення кількості сприйнятливих осіб і збільшення ймовірності спалахів захворювань. Під загрозою захворювання майже мільярд осіб у Африці та Латинській Америці, наступними можуть бути США, Азія та Європа.

Список літератури

1. <https://phc.org.ua/news/do-uvagi-turistiv-zhovta-garyachka>
2. <https://ukr.lvtravels.com/what-know-about-brazilquoits-yellow-fever-outbreak-news-424033>
3. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON249>
4. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON263>
5. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON282>
6. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON288>
7. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON303>
8. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON302>
9. <https://www.who.int/ru/emergencies/disease-outbreak-news/item/yellow-fever---bolivarian-republic-of-venezuela>
10. <https://www.who.int/ru/emergencies/disease-outbreak-news/item/yellow-fever-ghana>
11. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON299>
12. <https://www.who.int/ru/emergencies/disease-outbreak-news/item/yellow-fever-nigeria>

Мороз Л.В., Попович О.О.,
Чічірельо-Константинович К.Д., Бондарук І.Ю.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Досвід практичного застосування фавіпіравіру в лікуванні COVID-19

Актуальність. Застосування протівірусних засобів у терапії COVID-19 із перших днів є важливим інструментом превенції тяжкого перебігу, госпіталізації та боротьби з низкою можливих ускладнень. Із такою метою фавіпіравіру був включений до протоколу лікування COVID-19 із 21.07.2020 р. у пацієнтів із легким та середньотяжким перебігом за наявності факторів ризику ускладнень.

Мета роботи. Визначити ефективність застосування фавіпіравіру в амбулаторному лікуванні COVID-19 у пацієнтів із легким та середньотяжким перебігом за наявності факторів ризику ускладнень.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 103 пацієнти (62 % — жінки), середній вік — $47,0 \pm 4,0$ року. 94,2 % пацієнтів приймали фавіпіравіру протягом 5 днів, 5,8 % — 10 днів. 57,3 % пацієнтів розпочали приймати фавіпіравіру із 1-го дня захворювання, 30 % — із 2-го дня, 12,7 % — із 5-го дня. В 26,2 % випадків клінічний перебіг захворювання супроводжувався виникненням пневмонії, що призвело до госпіталізації 22 % хворих. 3,88 % пацієнтів потребували призначення тоцилізумабу, дексаметазон отримували 10,67 % хворих, 16,5 % пацієнтів потребували кисневої підтримки через носовий катетер. За весь період спостережень жоден пацієнт не був переведений в ПІТ, реанімаційне відділення, та не спостерігалось жодного летального випадку.

Висновки. Застосування фавіпіравіру з перших днів COVID-19 запобігає тяжкому перебігу захворювання, якісно знижує ймовірність виникнення пневмонії, що, зі свого боку, призводить до нижчих показників госпіталізації та смертності.

Ніколайчук М.А., Шостакович-Корецька Л.Р.,
Будаєва І.В., Ткаченко В.Д.
Дніпровський державний медичний університет,
м. Дніпро, Україна

Взаємозв'язок рівня вітаміну D із біохімічними показниками у хворих на хронічний вірусний гепатит С

Актуальність. Незважаючи на значні успіхи, досягнуті в лікуванні хронічного вірусного гепатиту С, на сьогодні хронічну HCV-інфекцію розглядають як системний патологічний процес, генералізовану інфекцію, коли тканинний тропізм збудника є провідним фактором. Дефіцит вітаміну D при патології печінки пов'язаний зі зменшенням надходженням і кишковою абсорбцією вітаміну, зниженням перебуванням на сонці і зниженням вмістом транспортних білків.