

## 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

## Список літератури

1. Imad H.A. et al. Cytokine Expression in Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic Fever Patients with Bleeding and Severe Hepatitis. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2020. 102(5). 943-950. doi:10.4269/ajtmh.19-0487.
2. Tsai J.J. et al. Transient Monocytosis Subjugates Low Platelet Count in Adult Dengue Patients. *Biomed. Hub.* 2017. 2(1). 1-16. Published 2017 Mar 3. doi:10.1159/000457785.
3. Lin C.Y. et al. High levels of serum hyaluronan is an early predictor of dengue warning signs and perturbs vascular integrity. *EBio-Medicine.* 2019. 48. 425-441. doi:10.1016/j.ebiom.2019.09.014.
4. Lin C.K. et al. Cyclooxygenase-2 facilitates dengue virus replication and serves as a potential target for developing antiviral agents. *Sci Rep.* 2017. 7. 44701. Published 2017 Mar 20. doi:10.1038/srep44701.

Усачова О.В.<sup>1</sup>, Сіліна Є.А.<sup>1</sup>, Пахольчук Т.М.<sup>1</sup>,  
Конакова О.В.<sup>1</sup>, Дралова О.А.<sup>1</sup>,  
Воробйова Н.В.<sup>1</sup>, Шевченко Р.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Запорізький державний медичний університет,  
м. Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup> КНП «Міська дитяча лікарня № 5 ЗМП,  
м. Запоріжжя, Україна

### Мультисистемний запальний синдром, асоційований із SARS-CoV-2, у дитини

**Актуальність.** З урахуванням появи в раніше здорових дітей лихоманки, серцево-судинного шоку і/або ознак хвороби Кавасаки з проявами гіперзапалення й мультисистемним ураженням, які пов'язані із SARS-CoV-2, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила критерії цього нового захворювання, яке має назву «мультисистемний запальний синдром у дітей» (MIS-C).

**Мета роботи.** На клінічному прикладі випадку мультисистемного запального синдрому, асоційованого з COVID-19 та ускладненого утворенням тромбу великих розмірів у правому передсерді у дитини, висвітлити проблеми моніторингу, лікування цього захворювання.

**Клінічний випадок.** Дівчинка Е., віком 9 років, була госпіталізована у відділення анестезіології, інтенсивної терапії та хроніодіалізу КНП «Міська дитяча лікарня № 5» ЗМП на 3-й день від початку хвороби зі скаргами на млявість, сонливість, біль у животі, у ногах, прогресуючі набряки, ядуху.

На момент госпіталізації стан дитини тяжкий, обумовлений дихальною недостатністю, інтоксикацією, генералізованими набряками у вигляді анасарки. Температура 37,6 °С, частота серцевих скорочень 170 уд/хв, частота дихання 48 дих/хв, артеріальний тиск 120/85 мм рт.ст.

При лабораторному дослідженні в загальному аналізі крові виявлено гіперлейкоцитоз — 24,7 Г/л, виражену лейкопенію — 3 %, тромбоцитоз — 389 Г/л, підвищену швидкість осідання еритроцитів — 25 мм/год, у загальному аналізі сечі — протеїнурію, лейкоцитурію, циліндрурію і мікрогематурію. Також відмічалось підвищення вмісту азотистих шлаків у крові: сечовина —

10,9 ммоль/л, креатинін — 136 мкмоль/л, С-реактивний білок — понад 6 мг/мл і ознаки гіперкоагуляції: значне підвищення рівня D-димеру — понад 4400 мг/мл.

Ультразвукове дослідження серця виявило ознаки дилатації правих і лівих камер серця, систолічну дисфункцію лівого шлуночка, зниження фракції викиду до 48 %, ультразвукове дослідження плевральних порожнин — гідроторакс із двох сторін.

Отримано результати обстеження на COVID-19: методом ІФА: SARS-CoV-2-IgG позитивний — 8,7; SARS-CoV-2-IgM негативний, методом ПЛР — РНК SARS-CoV-2 не виявлено.

Було призначено імуноглобулін людини нормальний для внутрішньовенного введення в курсовій дозі 2 г/кг, антибактеріальні препарати — цефтріаксон 100 мг/кг, антикоагулянти — гепарин до 200 Од/кг/д, інфузійна терапія, діуретики, пульс-терапія глюкокортикостероїдами протягом 12 днів з подальшим переходом на пероральну терапію метилпреднізолоном.

На 27-й день від початку захворювання за даними ЕхоКГ виявлено тромб у порожнині правого передсердя розмірами 22 на 17 мм.

З урахуванням відсутності позитивної динаміки на фоні проведення антикоагулянтної терапії на 32-й день від початку захворювання була проведена операція: видалення тромбу з правого передсердя в умовах паралельного кровообігу.

У задовільному стані виписана для продовження лікування в амбулаторних умовах на 56-й день хвороби, на 53-й день стаціонарного лікування.

**Висновки.** Наведений клінічний випадок демонструє важливість своєчасної діагностики мультисистемного запального синдрому, асоційованого з COVID-19, у дітей для оптимізації лікування й покращання прогнозу захворювання.

Усиченко О.М.<sup>1</sup>, Усиченко К.М.<sup>1</sup>,  
Гудзь В.А.<sup>1</sup>, Лаврюкова С.Я.<sup>1</sup>,  
Пастерначенко Н.С.<sup>2</sup>, Мацюк В.Є.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна

<sup>2</sup> КНП «Одеська міська клінічна інфекційна лікарня»,  
м. Одеса, Україна

### Випадок гарячки Західного Нілу в мешканця Одеської області

Актуальність проблеми вивчення випадків гарячки Західного Нілу в Україні пов'язана з тим, що це захворювання внесене до переліку захворювань, на які поширюються міжнародні медико-санітарні правила, згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я від 2005 року.

Відомо, що гарячка Західного Нілу є природно-осередковим трансмісивним зоонозом. Основний резервуар інфекції — 17 видів диких, свійських і міських птахів. Механізм зараження реалізується за допомогою комах роду *Aedes* і *Culex*.

Уперше захворювання було описане в 1962 році у Франції. Великі спалахи гарячки Західного Нілу визна-

чались у Південно-Африканській Республіці (1974), Румунії (1996), Чехії (1997), Сполучених Штатах Америки та Ізраїлі (2000).

Слід зазначити, що збудник гарячки Західного Нілу характеризується високою здатністю до мутації генома. Штами, виділені у 2000 році, відрізняються від тих, що були ідентифіковані в попередніх спалахах.

Випадки гарячки Західного Нілу реєструються в країнах Європи, Африки, у Єгипті, Індії, Індонезії. У 2011–2013 роках в Україні було зареєстровано 46 випадків цього захворювання. Найбільший спалах гарячки Західного Нілу відбувся у 2018 році. У Європі зареєстровано понад 400 випадків гарячки Західного Нілу, 27 із яких — з летальним кінцем. До країн з найбільшою кількістю випадків захворювання входять: Сербія — 126, Італія — 123, Греція — 75, Угорщина — 39 і Румунія — 31. В Ізраїлі захворіли 68 людей, двоє з них померли.

У 2021 році в Україні було зареєстровано 5 випадків цього захворювання. До природних осередків гарячки Західного Нілу в Україні належать території Північно-Західного Причорномор'я (Одеська, Миколаївська, Херсонська області), а також східні й західні області.

На цей час немає єдиної класифікації форм гарячки Західного Нілу. Найчастіше виділяють гарячкову форму (без органічних уражень центральної нервової системи), менінгеальну, енцефалітичну, субклінічну й інапарантну. Перебіг гарячки Західного Нілу характеризується певною низкою ускладнень, серед яких найчастіше зустрічається набряк-набухання головного мозку. Крім того, описані випадки тяжкого гепатиту й геморагічного синдрому.

Використання сучасних противірусних засобів суттєво не впливає на перебіг гарячки Західного Нілу, тобто нині немає ефективних засобів етіотропної терапії. Тільки загальноприйняті засоби патогенетичної терапії можуть бути використані в лікуванні хворих на гарячку Західного Нілу.

Наводимо короткий опис випадку гарячки Західного Нілу в мешканця Одеської області у 2007 році.

Хворий П., 53 років, був госпіталізований до інфекційної лікарні на 7-й день хвороби в тяжкому стані, свідомість пригнічена за типом сопопу. На зовнішні подразники реагував мляво, на запитання відповідав односкладно, швидко виснажувався. Хворий правильної статури, підвищеного харчування. Під час огляду: температура 37,5 °С, шкірні покриви бліді, висипу, ціанозу немає. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Слизова оболонка ротоглотки помірно гіперемована, нальотів на мигдаликах немає. Тони серця приглушені, пульс ритмічний, слабкого наповнення. При перкусії легенів — ясний легеневиий звук, при аускультатії — дихання жорстке, хрипів немає. Живіт бере участь в акті дихання, симптомів подразнення очеревини немає. Печінка виступає з-під реберної дуги на 1 см, край закруглений. Менінгеальні знаки різко позитивні: ригідність потиличних м'язів, симптом Брудзінського верхній, симптом Керніга праворуч і ліворуч. Відзначалося зниження сухожильних рефлексів, зниження м'язової сили в руках і ногах. Попередній діагноз: менінгоенцефаліт неясної етіології.

За словами родичів, захворів близько тижня тому, коли підвищилася температура, з'явився головний біль. Приймав жарознижувальні — без суттєвого ефекту, стан не покращувався. У день госпіталізації головний біль значно посилювався, було одноразове блювання. Раптом знепритомнів, після чого відзначалося порушення координації рухів, слабкість у руках і ногах.

Відомо, що хворий — мешканець м. Білгород-Дністровського, проживає в приватному будинку. На прибудинковій території є сільськогосподарські тварини (корова, свині) і численні свійські птахи (гуси, кури). До хвороби працював водієм. За межі України не виїжджав.

При лабораторному обстеженні виявлено помірні зміни периферичної крові й ліквору. Загальний аналіз крові: незначна лейкопенія, зсув формули вправо. Спинномозкова рідина безбарвна, прозора, домішок і плівки немає, цитоз 364 клітини, лімфоцитів 70 %, нейтрофілів 30 %, реакція Панді ++, цукор 2,4 ммоль/л, 130 ммоль/л.

Отримував дезінтоксикаційну, протинабрякову терапію, ноотропи. Протягом 3 тижнів стан покращився, відзначалася санація спинномозкової рідини. Виписаний з покращенням під нагляд невропатолога за місцем проживання.

Зразок спинномозкової рідини був направлений до лабораторії особливо небезпечних інфекцій для дослідження на віруси й антитіла до них. Було виявлено IgM до вірусу гарячки Західного Нілу. Встановлено діагноз: гарячка Західного Нілу, енцефалітична форма.

Було зроблено припущення, що перелітні птахи, які мігрують на територію України з країн Африки, стали переносником вірусу гарячки Західного Нілу, заразили свійську птицю. Зараження пацієнта, найімовірніше, відбулося в процесі догляду за свійськими птахами.

*Чабан Т.В.*

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

## Деякі питання діареї мандрівників

Перше місце серед причин поганого самопочуття в період поїздок до тропічних країн, на відміну від подорожей до розвинених країн, у туристів посідають ураження шлунково-кишкового тракту, пов'язані з діареєю.

Щорічно країни з тропічним кліматом і країни, що розвиваються, відвідують понад 50 млн туристів. Розлади функції шлунково-кишкового тракту спостерігаються частіше в перші два тижні після приїзду. Протягом подорожі не менше за 25 % туристів переносять один або більше епізодів діареї.

За даними ВООЗ, діарея визначається як неоформлені або рідкі випорожнення три або чотири рази на день (або частіше для конкретної людини). Слід зазначити, що часті оформлені випорожнення не є діареєю.

Діарея мандрівників — поліетиологічний клінічний синдром, що характеризується трикратною або частішою появою неоформлених випорожнень протягом