

## 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 діб 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

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

доби в людей, які виїжджають за кордони своєї країни або в іншу клімато-географічну зону, зокрема в туристів. Частота розвитку діареї залежить від географічної зони, тривалості перебування, а також виду діяльності. Додатковим фактором ризику є відсутність адаптації до місцевих природних умов мешкання (якість води, характер харчування тощо).

Ризик виникнення діареї під час поїздки до Латинської Америки, Африки, Азії становить від 20 до 75 %. При подорожі до Китаю, Південної Африки, Ізраїлю, Південної Європи ризик розвитку діареї становить від 8 до 20 %. Низький ризик розвитку діареї (< 5 %) зареєстрований під час мандрівок до США, Австралії, Японії, Канади, країн Північної і Західної Європи, Нової Зеландії.

Збудниками діареї мандрівників можуть бути бактерії, віруси й найпростіші. Частіше причиною її розвитку є бактерії (*E.coli*), на які припадає близько 80 % усіх випадків діареї мандрівників. Щорічно у світі на шигельоз хворіє 164–165 млн осіб, у тому числі 163 млн — у тропічних країнах. 14–17 % діарей спричиняються патогенними ешеріями.

У тропічних країнах серед діарей вірусного походження 60 % становлять ротавірусні діареї. Останніми роками мандрівників уражають норовірусні діареї.

Діареї, збудниками яких є найпростіші, у мандрівників також є дуже актуальними. Частіше за інші саме діареї лямблійозної та амебійозної природи мають хронічний перебіг і супроводжуються синдромом подразненого кишечника й непереносимістю лактози.

Клінічні прояви діареї мандрівників варіабельні: від блискавичних холероподібних до більш легких, що супроводжуються водянистою діареєю, болям, підвищенням температури тіла, блюванням. При проведенні оцінки характеру й тяжкості проявів синдрому діареї слід звернути увагу на її тривалість, частоту, об'єм випорожнень, наявність патологічних домішок (кров, слиз, гній), вираженість синдрому інтоксикації, зневоднення.

Госпіталізація хворих проводиться за клінічними й епідеміологічними показаннями. Якщо захворювання має легкий перебіг, хворі лікуються самостійно. Тяжкий перебіг захворювання зазвичай спостерігається в пацієнтів з імунodefіцитними станами, в осіб із супутніми хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, у дітей.

Зниження ризику діареї мандрівників полягає в консультуванні перед поїздкою, але, на жаль, відсоток людей, які звертаються по таку інформацію, є вкрай низьким. Для планування тривалої подорожі за консультацією слід звертатися за 4–8 тижнів до її початку або раніше. Така консультація повинна включати докладну інформацію про значимі ризики для здоров'я майбутніх мандрівників. Обов'язковими є поради щодо збору індивідуальної аптечки відповідно до вимог поїздки. Поруч з основними препаратами для лікування звичайних захворювань у наборі для надання первинної медичної допомоги має бути порошок для приготування розчину для оральної регідратації, яким за необхідності зможе скористатися мандрівник.

Чабан Т.В., Боcharов В.М.

Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна

### Зміни в системі агрегаційного гемостазу у хворих на COVID-19 із цукровим діабетом

Епідемія COVID-19, викликана новим коронавірусом, характеризується тяжким перебігом у пацієнтів, залучених до іншої, неінфекційної епідемії — цукрового діабету (ЦД).

Сьогодні, за даними Міжнародної діабетичної федерації, у світі нараховується 463 мільйони хворих на ЦД. Тяжкість епідемії COVID-19 значною мірою пояснюється частим поєднанням COVID-19 і ЦД.

ЦД як супутнє захворювання при COVID-19 розглядається як один із значущих чинників ризику розвитку несприятливих наслідків більш тяжкого перебігу інфекції в умовах гіперглікемії та інших обтяжливих факторів у даних пацієнтів, таких як літній вік, ожиріння, висока частота супутньої патології (артеріальна гіпертензія, серцево-судинні захворювання). Частка хворих на ЦД серед захворілих на COVID-19 в Україні становить близько 30 %.

Невирішеним залишається питання про порушення гемостазу в різних його ланках. Серед змін показників, що характеризують стан системи гемостазу й пов'язані з тяжкістю захворювання і його прогнозом, при COVID-19 із ЦД вказують на підвищення в крові рівня D-димеру, збільшення протромбінового часу, а також тромбінового і активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ). На початку хвороби може відзначатися підвищення концентрації фібриногену; потім, у міру прогресування порушень, рівні фібриногену й антитромбіну в крові знижуються. Тромбоцитопенія також пов'язана з тяжкістю й прогнозом захворювання, але досить рідко буває вираженою. Один із факторів, що сприяє активації системи згортання крові, — зростання концентрації прозапальних цитокінів, що вкладається в концепцію взаємозв'язку між запаленням і тромбозом (так званий імунотромбоз).

При захворюванні на COVID-19 у пацієнтів із ЦД виникає значний дисбаланс системи гемостазу й розвиваються порушення, які характеризуються активацією системи згортання крові. Однак у дійсності виникають більш складні ситуації: виражене посилення адгезивного й агрегаційного потенціалу, підвищення антиагрегаційної функції тромбоцитів. З кровотоку починають швидко зникати активні тромбоцити, що призводить до розвитку патологічного внутрішньосудинного згортання крові, що завершується зазвичай тромбоутворенням, зупинкою кровообігу в обмінних мікросудинах і капіляротрофічною недостатністю. Це, у свою чергу, сприяє неефективності транскapілярного обміну й дистрофічно-некротичним, атрофічним процесам у спеціалізованих клітинах і сполучній тканині з формуванням функціональної недостатності клітини, органа, тканини.