

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

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 лямбліозної та амебіазної 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 імунодефіцитними 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.

У даний час багатьма дослідниками визнано, що значені порушення гемостазу відбуваються при будь-якому патологічному процесі в організмі людини незалежно від етіології і локалізації. При патологічній активації мікроциркуляторного гемостазу порушення агрегаційної функції тромбоцитів можуть проявлятися у вигляді як гіпер-, так і гіпоагрегації, ступінь вираженості відхилень визначається активністю патологічного процесу. Крім того, розлади тромбоцитарного гемостазу можуть бути пов'язані зі зміною кількості кров'яних пластинок (найчастіше це тромбоцитоз, коли їх кількість перевищує 450 тис/мкл), а також якості структури самих тромбоцитів або з поєднанням цих чинників. У цьому випадку можлива гіпофункція кров'яних пластинок у вигляді протромбоцитарної агрегатапатії споживання.

Значення інсулінорезистентності при ЦД і COVID-19 полягає в розвитку дисфункції тромбоцитів, а саме схильності останніх до підвищеної агрегації і тромбоутворення, підвищення рівня фібриногену, С-реактивного протеїну й інтерлейкіну-6. Ці фактори впливають на систему згортання крові через експресію рецептора тромбоцитів Fc gamma RIIA.

Також залишається недостатньо вивченою роль антифосфоліпідних антитіл, які взаємодіють головним чином з мембранними фосфоліпідами внаслідок автоімунної дії як із боку ЦД, так і з боку вірусу COVID-19. Вони можуть блокувати фосфоліпідно-білкові комплекси ліпопротеїдів плазми крові, кліткових мембран ендотелію, тромбоцитів і тим самим викликати зниження тромборезистентності мембран ендотеліоцитів, активацію тромбоцитарного гемостазу й дисбаланс у системі коагуляційного гемостазу.

Отже, у хворих на COVID-19 із супутнім ЦД система агрегаційного гемостазу характеризується дисрегуляцією цілої низки сигнальних шляхів як з боку взаємодії рецептора і поверхневої мембрани клітин згортання крові, так і з боку подальших внутрішньоклітинних змін, а також автоімунного впливу. При цьому сам тромбоцит надзвичайно мінливий і залежить не тільки від спадкових, але і від набутих факторів, де істотну роль відіграє хронічна гіперглікемія і її наслідки, а також активація цих процесів під впливом вірусної дії SARS-CoV-2.

захворювання. Найчастіше повідомляють про високу температуру, нежить, кашель, діарею, слабкість, біль у м'язах і суглобах. Але такі симптоми спостерігаються не лише при COVID-19. Гарячка, слабкість, біль у м'язах і суглобах в умовах пандемії можуть бути причиною діагностичних помилок.

За повідомленням Європейського Центру профілактики та контролю захворювань (ЄЦПКЗ), в країнах Європи щорічно реєструються випадки лептоспірозу. За даними Центру громадського здоров'я, у 2021 році в Україні зареєстровано 122 випадки лептоспірозу серед людей (інт. пок. — 0,29) проти 295 випадків (інт. пок. — 0,70) за той же період 2019 року (відмічається зниження в 2,4 раза) і 120 випадків (інт. пок. — 0,29) за той же період 2020 року.

Ця хвороба є одним з найпоширеніших зоонозів світу, зустрічається на всіх континентах, окрім Антарктиди. Щорічна захворюваність коливається від 0,02 на 100 тис. населення в країнах з помірним кліматом і до 100 і більше в тропіках. Найбільші спалахи цієї хвороби відбуваються після повеней. Лептоспіроз зустрічається як у сільських, так і в міських районах, це захворювання з професійним фактором ризику для людей, які працюють з тваринами й на сільськогосподарських угіддях, особливо у вологій місцевості, а також працівників служб каналізації, ветеринарів, військовослужбовців. Захворіти можна під час перебування на заражених водоймах (купання, ловля риби тощо).

Наводимо випадок лептоспірозу, який був реєстрований в Одеській області (при госпіталізації хворому встановлено попередній діагноз коронавірусної хвороби). Хворий А., 46 років, захворів гостро в серпні 2021 року. Був госпіталізований на 3-й день зі скаргами на гарячку, задуху, біль у м'язах. Вдома самостійно лікувався жарознижувальними препаратами. Анамнез хвороби встановити детально не вдалося, хворий спостерігається в психоневролога. Працює пастухом, пасе овець. Об'єктивно: хворий у свідомості, але стан тяжкий, шкірні покриви бліді, гарячі, температура тіла 38,9 °С. Серцева діяльність ослаблена, тахіаритмія, тони серця приглушені, пульс 102 уд/хв. Артеріальний тиск 120/80 мм рт.ст. Над легеньми дихання ослаблене, незвучні хрипи. SpO₂ 92 %. Живіт м'який, печінка +2,5 см, щільної консистенції, край закруглений, чутливий, селезінка не збільшена. Таку клінічну картину розцінено як прояви «гострої респіраторної вірусної інфекції, COVID-19 (?). Двобічної полісегментарної пневмонії». ПЛР РНК SARS-CoV-2 — негативна. Імуноферментний аналіз: імуноглобуліни до білків SARS-CoV-2 не виявлені. Призначено дезінтоксикаційну терапію, цефтазидим, інгалаційно зволоженом киснем. На 3-й день перебування в стаціонарі з'явилася жовтяничність шкіри, поліурія, зберігались гарячка, біль у м'язах. З огляду на те, що хворий вживав воду для пиття із забрудненого джерела, наявність довготривалої гарячки, біль у м'язах, жовтяницю, поліурію, був запідозрений лептоспіроз. При проведенні обстеження в загальному аналізі крові відмічали лейкоцитоз зі зсувом вліво, прискорену швидкість осідання еритроцитів, у біохімічних показниках: загальний білірубін

Чабан Т.В.¹, Чубач М.І.¹,

Ніколаєва Г.П.², Вакульська Г.О.²

¹ Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

² КНП Саф'янівської сільської ради Ізмаїльського району Одеської області «Центральна районна лікарня», село Кам'янка, Україна

Клінічний випадок лептоспірозу в Одеській області

В Україні, як і в усьому світі, триває пандемія коронавірусної інфекції COVID-19. На 14 лютого 2022 року в Україні зареєстровано 4 542 693 захворілих, з них померлих — 102 950. Люди, інфіковані COVID-19, мають широкий спектр симптомів і різний ступінь тяжкості