

Тези третьої науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інфекційні захворювання мандрівників. Сучасні виклики і стан проблеми в Україні» (12–13 березня 2021 р., м. Одеса, Україна)

Бабенко О.І., Гулла О.В., Чубач М.І.
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Динаміка показників причин вертикальної трансмісії ВІЛ у дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів у м. Одесі

Комплексний підхід із вирішення проблеми вертикальної трансмісії ВІЛ, згідно з керівництвом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) із глобального розширення масштабів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, включає чотири елементи комплексного підходу: первинну профілактику ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку; запобігання небажаній вагітності серед ВІЛ-інфікованих жінок; запобігання передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та забезпечення необхідного догляду, лікування та підтримки ВІЛ-інфікованих жінок. У країнах пострадянського простору частота передачі ВІЛ від матері до дитини коливається на рівні 4–12 %. Найбільш поширеними причинами передачі ВІЛ від матері до дитини у всьому світі є: відсутність антиретровірусної (АРВ) профілактики під час вагітності та під час пологів, установлення діагнозу ВІЛ-інфекції вже під час пологів, пізніє взяття вагітної на облік у жіночій консультації, змішане вигодовування та, як самий головний чинник, відсутність АРВ-профілактики в дитини. Крім того, сприяють трансмісії ВІЛ: патологія плаценти, коінфекції вірусними гепатитами, туберкульоз. Які ж фактори впливають на вертикальну трансмісію ВІЛ у дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, безпосередньо в м. Одесі? За даними статистичних звітів базового закладу кафедри інфекційних хвороб ОНМедУ КНП «Центр профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом» (ЦПБВС) м. Одеси упро-

довж останнього десятиліття, такі: у 2010 році спостерігався 1 випадок відмови від АРВ-профілактики, у 3 випадках матері не перебували на обліку в жіночій консультації (ЖК), в однієї жінки була низька прихильність до профілактики, загалом 4 випадки; у 2011 році в трьох матерів була низька прихильність при прийомі препаратів АРВ-профілактики, по одному випадку — відмова і відсутність нагляду в ЖК, загалом 5 випадків; у 2012 році 4 жінки не перебували під наглядом у жіночій консультації, по 2 випадки відмови від АРВ-профілактики та низької прихильності, загалом 8 випадків; у 2013 році відмічали по 2 випадки низької прихильності та відсутності обліку в жіночій консультації, загалом 4 випадки. Слід відмітити, що з 2013 року в КНП «ЦПБВС» не було зареєстровано відмов від АРВ-профілактики, якщо вагітна вже потрапляла під нагляд акушера-гінеколога даного закладу. У 2014 році троє матерів не перебували під наглядом у ЖК, у 1 жінки була низька прихильність до АРВ-профілактики, загалом 4 випадки. У 2015 році 4 матері не стали до обліку в жіночу консультацію, в 1 була низька прихильність, загалом 5 випадків. У 2016 році в однієї жінки відмічалась низька прихильність, 2 жінки не звертались до жіночої консультації з приводу вагітності, загалом 3 випадки. У 2017 році — по одному випадку відсутності нагляду в ЖК та низької прихильності до прийому АРВ-профілактики. У 2018 році було зареєстровано тільки 2 випадки інфікування новонароджених від ВІЛ-інфікованих матерів у зв'язку з відсутністю нагляду в ЖК під час вагітності. Таким чином, головною причиною передачі ВІЛ від матері до дитини останнім часом у м. Одесі є незвернення жінок до ЖК із приводу вагітності та низька прихильність до прийому препаратів АРВ-профілактики. Подолання цієї проблеми залежить від поінформованості жінок щодо необхідності своєчасного звернення до ЖК із приводу вагітності та роботи не тільки акушера-гінеколога Центру СНІДу, але й соціальних служб.

ліпшенням діагностики, збільшенням числа випадків (через відносно потепління клімату й активізацію переносників).

Мета дослідження: проаналізувати сучасну ситуацію з дирофіляріозу в Харківській області.

Матеріали та методи. Нами були проаналізовані епідеміологічні карти хворих на дирофіляріоз, зареєстрований на території Харківської області з 2013 до 2020 р. Дирофілярії — живородні і дуже плідні паразити. За добу вони виділяють у кров близько 5 тисяч личинок розміром 300–320 мкм у довжину і 6,8 мкм у ширину. Личинки дирофілярії — мікрофілярії циркулюють по кровоносних і лімфатичних судинах, тому можуть проникати в будь-які органи і тканини, спричиняючи різну патологію. Вони можуть передаватися внутрішньоутробно від матері плоду. Людина заражається на дирофіляріоз тільки при укусі кровосисних комах, в основному комарів. Безпосередньо від собак і котів людина не заражається. На сьогодні дирофіляріоз собак реєструється в м. Києві, Київській області, м. Одесі, а також у м. Харкові і м. Полтаві. Проблема дирофіляріозу для України на сьогодні є актуальною, оскільки серед собак захворювання приймає характер ензоотії (тобто епідемії, яка спостерігається серед різних видів тварин). Тому гостро встає питання про способи профілактики дирофіляріозу як у тварин, так і в людей. Для території Харківської області дирофіляріоз — природно-вогнищеве захворювання місцевого характеру. Ентомологічний моніторинг у складі вивчення природного вогнищу був проведений у Дергачівському районі Харківської області.

Результати. У природних вогнищах (у радіусі 3 км) комарі зустрічалися в усіх біотопах. Основними біотопами, де вивчалися комарі, були: змішаний, листовий, сосновий ліси та пойменний луг. При проведенні обліків чисельності в різних біотопах загальна активність кровосисних комарів спостерігалася з кінця квітня — початку травня до кінця жовтня, тобто протягом п'яти-шести місяців. Зростання чисельності залежно від погодних умов було виражено двома піками. Перший пік чисельності припадав на травень, другий — на липень. Частота нападу кровососів залежить від ступеня їх активності та чисельності. Якщо у 2009–2011 рр. середньосезонний показник перевищували комарі р. *Anopheles*, то починаючи з 2015 року перевищують середньосезонний показник комарі р. *Aedes*. На інтенсифікацію епідеміологічного процесу з дирофіляріозу в Дергачівському районі впливає наявність 148 водоймищ (1669 га), де й відбувається виплід комарів — основних переносників дирофіляріозу. При вивченні видового складу комарів було встановлено, що для Дергачівського району найбільш поширеними є три види: домінуючим видом є *Aedes* — 37,4 %, *Culex* — 33,2 %, *Anopheles* — 29,4 %. Збір імаго комарів проводився стандартним методом (20-хвилинний облік на собі) за загальноприйнятою методикою. Усі зібрані комарі доставлялися в паразитологічну лабораторію ДУ «Харківський обласний лабораторний центр МОЗ України» для дослідження на мікрофілярії. Найбільша ураженість мікрофіляріями була виявлена

в комарів р. *Culex*, *Aedes*, що ще раз доводить специфічність комарів, яка підтверджується ентомологічним обстеженням методом розтину комарів із метою виявлення мікрофілярії *D. repens*. Наявність у природі комарів, що уражені мікрофіляріями, свідчить про існування природного вогнищу інфекції в конкретному біотопі населеного пункту району. Одним із факторів, що приводить до росту захворювання населення на дирофіляріоз, є збільшення чисельності безпритульних собак, іноді котів — основного джерела інвазії. У районі випадки дирофіляріозу реєструвалися спорадично в смт. Мала Данилівка, смт. Козача Лопань, Дергачі.

Висновки. Отже, ризик ураження на дирофіляріоз для населення Дергачівського району Харківської області збільшується, тому що існують всі необхідні для цього передумови: наявність значної кількості основного джерела інвазії — собак (свійських і безпритульних), що потребує вивчення та вірогідної оцінки їх безпеки в поширенні дирофіляріозу; збільшення популяції комарів, що зумовлене недостатнім обсягом деларваційних заходів на водоймищах району.

Бочаров В.М.

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

Клінічний випадок гідатидозного ехінококозу печінки

Паразитарні захворювання, заданими ВООЗ, більше ніж у 32 % випадків є причинами смертей. Ехінококоз є одним із найбільш небезпечних зооантропогельмінтозів. Ендемічними регіонами поширення ехінококозу є: Південна Америка; Середземноморський регіон, що включає Північну Африку, Іспанію, Португалію, Туреччину; Близький Схід; Центральна Азія, регіони Китаю, деякі регіони Великобританії. В Україні, за санітарно-епідеміологічними даними, відзначається неухильне зростання захворюваності на ехінококоз. У 2019 році зареєстровано 9 випадків, а у 2020 році — 13 випадків. У більшості спостережень за допомогою сучасних методів дослідження (УЗД, КТ, імунологічні методи) можна встановити вірогідний діагноз гідатидозного ехінококозу. На користь даного діагнозу свідчать специфічні імунологічні дослідження і проживання хворого в ендемічному з ехінококозу регіоні. Ефективність ультразвукового дослідження в діагностиці ехінококозу загальноновизнана. Точність дослідження коливається в межах 85–95 %. Комп'ютерна томографія дозволяє визначити топографічну локалізацію вогнища, зв'язок його з великими судинами, а також обрати найбільш раціональний доступ до порожнини кісти. При гідатидозному ехінококозі є абсолютні показання до хірургічного лікування. Хіміотерапія з використанням бензimidазолу (албендазол і мебендазол) і PAIR (пункція, аспірація, ін'єкція, реаспірація) рекомендовані як альтернативне лікування, особливо для пацієнтів із протипоказаннями для оперативного втручання. Хірургічний метод загальноновизнано основним у лікуванні ехінококозу.

Наводимо клінічний випадок ехінококозу, діагностований при зверненні на консультацію, у хлопчика 9 років. Основна скарга — на нудоту в денні та вечірні години. З анамнезу відомо, що протягом двох років у дитини спостерігаються диспептичні розлади у вигляді нудоти, болю в животі, періодичних одноразових випадків діареї, а також проявів алергічних реакцій, кропивниці, набряку Квінке. З анамнезу життя відомо, що дитина народилася в строк, із добрими фізичними показниками, щеплена за віком, із перенесених захворювань — сезонні простудні захворювання. Так само відомо, що проживає в приватному будинку, каналізацією та водопостачанням будинок оснащений, є домашня тварина — собака, з яким дитина проводить вільний час. Тварину щеплено, харчується сирими субпродуктами великої рогатої худоби. При огляді хлопчика: в проекції печінки пальпується помірно щільне безболісне утворення по середньоключичній лінії. Відзначається збільшення печінки на 2,0 см, селезінка не збільшена, болючість при пальпації в надчеревній ділянці помірно інтенсивності. Пацієнт був направлений на КТ-дослідження органів черевної та грудної порожнини. Висновок дослідження: множинні ехінококові кісти печінки черевної порожнини. Вогнищевих й інфільтративних змін грудної порожнини не визначається. Під час дослідження методом ІФА встановлено збільшення титру антитіл IgG і IgM до ехінококу (результат). Установлено діагноз: гідативний ехінококоз печінки, неускладнений перебіг. Хворий направлений у хірургічне відділення обласної дитячої лікарні для оперативного лікування. Проведена операція в плановому порядку під внутрішньовенним наркозом — ехінококтомія. Інтраопераційно у II–IV сегментах виявлені і вилучені ехінококові кісти розміром: $5 \times 3 \times 3$; $7 \times 4 \times 3$ і $1,5 \times 1 \times 1$ см відповідно. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Призначений ворміл по 1 таблетці (400 мг) 2 рази на день протягом 28 днів, 3 курси з перервами в 14 днів. На сьогодні при проведенні контрольних досліджень КТ без об'ємних утворень черевної порожнини, рівень титру антитіл IgG знизився в 4 рази, а рівень IgM у межах норми.

Таким чином, відмічається низький рівень настороженості з боку медичної спільноти до випадків рідкісних гельмінтозів у дорослих та дітей.

Будаєва І.В.¹, Литвин К.Ю.¹, Галущенко С.А.¹, Якімова О.М.¹, Якімова С.В.²

¹ Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

² Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової» Дніпровської міської ради, м. Дніпро, Україна

Особливості сучасного перебігу вітряної віспи

Актуальність. Вітряна віспа значно поширена у всьому світі і за кількістю зареєстрованих захворювань посідає третє місце після грипу та інших гострих

респіраторних інфекцій. Щорічно в світі реєструється близько 90 млн випадків вітряної віспи. У країнах, де вакцинація проти вітряної віспи рекомендована в дитячому віці, показники захворюваності і госпіталізації значно знизилась (Gershon A.A. et al., 2015). Майже 100% сприйнятливість до цієї інфекції за відсутності планової імунізації в нашій країні призводить до високої захворюваності. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ, в Україні щороку реєструють до 200 000 випадків вітряної віспи, що обумовлює сучасну актуальність цієї хвороби. Відносно нетяжкий перебіг, низька летальність (близько 2 на 100 тис. випадків) були тривалий час причиною спокійного ставлення до цієї інфекції. Але сучасні клінічні спостереження за цією хворобою дозволяють стверджувати про появу деяких особливостей перебігу. Так, наприклад, такі тяжкі ускладнення, як пневмонія та енцефаліт, на сьогодні спостерігаються рідко: 1 на 50 випадків — для пневмонії і 1 на 4000 випадків вітряної віспи — для енцефаліту, що переважно проявляється церебральною атаксією. Останнім часом (2015–2019 рр.) спостерігалось чергове збільшення захворюваності на вітряну віспу, переважно серед молодих дорослих осіб.

Мета роботи: на підставі клінічного аналізу випадків вітряної віспи в госпіталізованих пацієнтів виявити особливості перебігу хвороби на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 128 пацієнтів із діагнозом «вітряна віспа», які отримували лікування в Дніпропетровській міській лікарні № 21 ім. проф. Є.Г. Попкової (інфекційній) у 2018–2019 рр.

Результати та обговорення. Серед 128 госпіталізованих із діагнозом «вітряна віспа» хворих переважали дорослі особи — 77 (60,1 %), середній вік яких становив $24,5 \pm 0,28$ року, більшість становили чоловіки — 49 (63,6 %). Дітей віком від 1 місяця до 18 років було 43 (39,9 %), серед них 23 (53,5 %) — хлопчики. У переважної більшості хворих (120 — 93,8 %) вітряна віспа перебігала в типовій, везикульозній формі, у решти (8 осіб — 6,2 %) діагностовані атипичні форми: пустульозна — у 7 (5,4 %) і бульозна — у 1 (0,8 %). Спостерігалась характерна зимово-весняна сезонність захворюваності. Максимальна частота звернень (117 — 92,1 %) зареєстрована з грудня по квітень. Медіана інкубаційного періоду становила 15,4 (IQR — 11,0–21,0) дня. Переважали легка та середньотяжка форми захворювання — відповідно 47 (36,7 %) та 65 (50,8 %). Аналіз «сучасної» вітряної віспи в госпіталізованих пацієнтів показав наявність повторних епізодів типової форми хвороби, які спостерігались у 5 (2,4 %) випадках. Інтервал між епізодами вітряної віспи становив від 3 до 10 років. Ще однією особливістю перебігу вітряної віспи в означений період було приєднання в 5 госпіталізованих дітей скарлатиноподібного висипу у вигляді яскравої дрібнокрапчастої та дрібнопапульозної екзантеми на гіперемованому фоні шкіри. Термін виникнення такої екзантеми був різним: за 1–2 доби до появи або через 1–3 доби після появи везикульозного висипу, характерного для VZV-інфекції. У двох із таких пацієнтів спостерігалась ще і помірна кількість пустул. Скарлатиноподібний висип регресував раніше герпе-