

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

І.В. Будаєва, В.В. Попович, К.В. Захаренко,
Л.О. Копитько, Е.В. Зяяц, В.А. Ульянов
ДЗ «Дніпропетровська медична академія»,
м. Дніпро, Україна

Стронгілоїдоз у немовляти. Клінічна презентація

Актуальність. *Strongyloidiasis* — інфекція субтропічних і тропічних регіонів земної кулі. *Strongyloides stercoralis* є геогельмінтом, де проміжні форми збудника (*Filariform larva*) вільно мешкають в оточуючому середовищі. Зважаючи на великі міграційні потоки і міжнародний туризм, ця паразитарна інфекція являє реальну загрозу для системи громадського здоров'я України, але ця інфекція для більшості лікарів України майже не знайома.

Мета роботи — обґрунтувати необхідності розробки заходів епідемічного контролю за ендемічними паразитарними інфекціями на прикладі клінічного випадку стронгілоїдозу у дитини перших місяців життя.

Матеріали та методи. У роботі наведена клінічна картина лабораторно підтвердженого випадку стронгілоїдозу у 5-місячної дівчинки, яка ніколи не перебувала в суб- або тропічних територіях. Надано методи лабораторної верифікації діагнозу та ефективність терапії альбендазолом, який є синтетичним препаратом з групи бензозідазолу.

Клінічний випадок. Дівчинка Г. Мирослава, 5 міс., етнічна ромка. Дитина доставлена у серпні 2018 р. у дитячу лікарню м. Дніпра співробітниками поліції з матір'ю, яка є безпритульною і мешкала декілька тижнів на вокзалі м. Кам'янське (Дніпропетровська область). Зі слів матері, вона з дитиною влітку приїхала з м. Берегове (Закарпатська область) і за межами України ніколи не перебувала. Для вигодування дитини жінка застосовувала будь-яку їжу, яку знаходила на смітниках або яку надавали пересічні громадяни. Дівчина надійшла в лікарню у тяжкому стані з ознаками гіпотрофії другого ступеня, зі зниженням харчової домінанти, діареєю, висипом на

ногах, лихоманкою до 39,5 °С, дистрофічними змінами шкіри на нижніх кінцівках та у пахвинній ділянці. При огляді дитина з сірим колоритом шкіри, зниженням тургору шкіри, симптом шкірної складки — 5 секунд. Свідомість за шкалою коми Глазго — 15 балів, неврологічного дефіциту не спостерігалося, порушень з боку легенів та серця немає. Живіт здутий, болісний при пальпації, печінка та селезінка не збільшені. Випороження до 6 разів на добу, рідкі, без патологічних домішок, коричневі. У гемограмі при надходженні помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз із незначним зсувом вліво, еозинофілів — 3 %, незначно прискорена швидкість осідання еритроцитів, С-реактивний протеїн — 6 мг/мл; у копрограмі: лейкоцити — 60 клітин у полі зору, краплі нейтрального жиру — багато. Паразитологічне дослідження калу виявило личинки *Str.stercoralis* — більше 10 рухомих екземплярів у полі зору, на різних етапах розвитку. Паразитологічне дослідження бронхоскопічного лаважа на *Str.stercoralis* негативне. Бактеріологічне дослідження калу виявило *S.enteritidis* sp. *D.* Результати дослідження крові на ВІЛ негативні. Був встановлений клінічний діагноз «мікст-інфекція: стронгілоїдоз, кишкова форма в поєднанні зі сальмонельозом, ентеритична форма, середньої тяжкості, зневоднення 1-го ступеня». План лікування: інфузії кристалоїдних розчинів, цефтріаксон у дозі 50 мг/кг/добу парентерально 7 днів, альбендазол у дозі 15 мг/кг/добу у два прийоми протягом 10 діб. Контроль антипаразитарної терапії проводився регулярними дослідженнями фекалій: на 5-ту добу лікування личинки у калі стали нерухомими, на 7-й і 9-й добі терапії личинки *Str.stercoralis* не виявлялися. Після завершення прийому альбендазолу кожні три доби проводилися паразитологічні дослідження калу на наявність личинок *Str.stercoralis*. Через 2 тижні після завершення системної антипаразитарної хіміотерапії з превентивною метою було призначено повторний тридобовий курс альбендазолу у дозі 15 мг/кг/добу у два прийоми. Слід підкреслити, що особливістю даного випадку є факт відсутності підвищення рівня еози-

нофілів при надходженні до стаціонару до початку терапії альбендазолом і короткострокова поява еозинофілії (26 %) під час лікування альбендазолом. На сьогодні дитина клінічна здорова, набирає вагу, з'явилась харчова домінанта, контрольні паразитологічні і мікробіологічні дослідження калу на *Str.stercoralis* і *S.enteritidis* негативні.

Висновки. Даний випадок стронгілоїдозу слід розглядати як автохтонну інфекцію, пряма мікроскопія калу повинна залишитись обов'язковим дослідженням при всіх клінічних випадках паразитозу та профілактичному огляду дітей і дорослих. Альбендазол — препарат першого вибору терапії стронгілоїдозу в умовах відсутності івермектину. Рівень еозинофілів у крові є ненадійним лабораторним тестом щодо як діагностики, так і контролю ефективності антипаразитарної хіміотерапії стронгілоїдозу. Паразитологічний метод виявлення стронгілоїдозу — основний метод діагностики на сьогодні. Особливістю даного випадку є факт відсутності підвищення рівня еозинофілів при надходженні до стаціонару до початку терапії альбендазолом і короткострокова поява еозинофілії (26 %) під час лікування альбендазолом.

Н.В. Вербя

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Особливості функціонування системи цитокінів у хворих на хронічний гепатит С

Актуальність. Одним із патогенетичних чинників прогресування хронічних вірусних захворювань печінки є активація процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та виникнення дисбалансу у системі цитокінів у відповідь на втручання патологічного агента.

Мета дослідження: визначити рівень продуктів ПОЛ та деяких цитокінів у хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Матеріали та методи. Обстежено 195 хворих на ХГС. Діагноз ХГС встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних і підтверджували виявленням у сироватці крові хворих специфічних антитіл методом імуноферментного аналізу та РНК вірусу гепатиту С за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Ступінь фіброзу встановлювали за допомогою методу «Фіброскан». Концентрацію дієвих кон'югатів (ДК) досліджували за методом І.Д. Стальної, вміст малонового діальдегіду (МДА) — за методом І.Д. Стальної та Т.Г. Гаришвілі. Для визначення рівня інтерферону (IFN)-сив, фактора некрозу пухлини (TNF) та інтерлейкіну (IL)-6 використовували імунохімічний метод з хемілюмінесцентною детекцією.

Результати та обговорення. При зверненні хворих ознаки фіброзу печінки (ФП) не спостерігали (F0) у 13 (6,66 %) хворих. Слабко виражений фіброз

печінки (F1) діагностовано у 41 (21,03 %) хворого. Ознаки помірно вираженого ФП (F2) встановлено у 60 (30,77 %), тоді як ознаки вираженого ФП (F4) — у 48 (24,62 %) хворих. При цьому діагностовано підвищення активності процесів ПОЛ, про що свідчив високий рівень його продуктів у сироватці й еритроцитах крові хворих на ХГС. Так, вміст МДА перевищував фізіологічні показники у середньому в 1,5 раза у сироватці та у 2,2 раза — в еритроцитах, а вміст ДК — в 1,3 та 1,6 раза в сироватці та еритроцитах крові хворих на ХГС відповідно ($p < 0,01$). При цьому у сироватці крові хворих із F0 рівень МДА перевищував показники здорових осіб на 12,15 %, а рівень ДК — на 10,25 % ($p < 0,01$). В еритроцитах цих хворих збільшення кількості МДА та ДК було більшим (на 29,92 % — МДА і на 19,94 % — ДК) ($p < 0,01$). У сироватці крові хворих із F1 рівень МДА перевищував показники здорових осіб на 36,95 %, а рівень ДК — на 25,75 %, а в еритроцитах цих хворих збільшення вмісту МДА та ДК було більш значимим (на 69,92 % — МДА і на 40,54 % — ДК) ($p < 0,01$). У хворих, у яких при зверненні діагностовано F2, рівень МДА і ДК перевищував фізіологічні показники у сироватці на 54,91 та 38,77 %, а в еритроцитах — на 122,56 та 51,21 % відповідно ($p < 0,01$). У хворих, у яких при зверненні діагностовано F3, вміст МДА і ДК був більшим, ніж у здорових осіб, у сироватці — на 79,96 та 56,77 %, а в еритроцитах — на 159,25 і 90,23 % відповідно ($p < 0,01$). За наявності F4 у хворих на ХГС рівень продуктів пероксидації продовжував зростати: вміст МДА і ДК був вищим, ніж у здорових осіб, на 109,06 та 78,67 % у сироватці та на 188,22 і 107,13 % в еритроцитах крові хворих ($p < 0,01$). Спостерігали також і порушення з боку функціонування системи цитокінів, що підтверджувалось зниженням рівня IFN-сив та підвищенням IL-6 та TNF. Так, рівень IFN-сив був нижчим за показники у здорових осіб, у 156 (80 %) хворих на ХГС — на 41,21 %: у 79 (80,61%) хворих у I групі та на 39,96 % у 77 (79,38 %) хворих у II групі. Також було встановлено різницю у рівні IFN-сив залежно від ступеня ФП, який діагностований у хворих на ХГС при зверненні. Так, рівень IFN-сив у хворих із F0 був меншим, ніж у здорових осіб, на 11,21 %, у хворих із F1 — на 37,36 %, у хворих із F2 — на 58,45 %, у хворих із F3 — на 74,36 %, у хворих із F4 — на 96,40 % ($p < 0,001$). Підвищення рівня IL-6 реєструвалось у 141 (72,30 %) хворого на ХГС: у 71 (72,44 %) хворого в I групі та у 70 (72,16 %) хворих у II групі та перевищувало фізіологічні показники у середньому у 2,9 раза. Високий вміст IL-6 у хворих на ХГС значно відрізнявся залежно від ступеня ФП, який був встановлений у хворих при зверненні. Так, рівень IL-6 у хворих із F0 перевищував показники у здорових осіб на 43,56 %, у хворих із F1 — на 98,23 %, у хворих з F2 — на 145,66 %, у хворих із F3 — на 250,16 %, у хворих з F4 — на 369,46 %. Іншими словами, високий вміст цього цитокіну є негативною ознакою, що може свідчити про значну активність процесу фіброзоутворення в печінковій тканині. Проведено

кореляційний аналіз між вмістом ІЛ-6 (який бере участь в розвитку запальних, імунних, метаболічних, проліферативних процесів) і концентрацією продуктів ПОЛ — ДК ($r = 0,973$) та МДА ($r = 0,863$); ІЛ-6 та компонентами глутатіонової протиперекисної системи — G-SH ($r = -0,913$) та ГР ($r = -0,933$). Отримані результати свідчать про наявність прямого вираженого кореляційного зв'язку між рівнем ІЛ-6 та ДК і МДА; зворотного вираженого кореляційного зв'язку між вмістом ІЛ-6 та вмістом G-SH і активністю ГР. Отже, продукція ІЛ-6 у хворих на ХГС збільшується у міру зростання інтенсивності процесів ПОЛ та зниження активності АОС. Рівень TNF перевищував фізіологічні показники у 139 (71,28 %) хворих: у 69 (70,41 %) хворих у I групі та у 68 (70,10 %) хворих у II групі. Так, у середньому в кожній групі цей показник був нижчим, ніж у здорових осіб, у 6,2 раза ($p < 0,001$). Проте рівень TNF у хворих із F0 коливався в межах норми, у хворих із F1 перевищував показники у здорових осіб на 89,23 %, у хворих із F2 — на 199,06 %, у хворих із F3 — на 342,06 %, у хворих із F4 — на 501,17 % відповідно. Проведений кореляційний аналіз між вмістом TNF і концентрацією продуктів ПОЛ виявив наявність прямого вираженого кореляційного зв'язку між рівнем TNF та ДК і МДА ($r = 0,973$ та $r = 0,863$ відповідно), а також зворотного вираженого кореляційного зв'язку між вмістом TNF та вмістом G-SH і активністю ГР ($r = -0,913$ та $r = -0,933$ відповідно). Отримані результати свідчать, що синтез TNF у хворих на ХГС збільшується в результаті зростання інтенсивності процесів ПОЛ.

Висновки. На наш погляд, дисбаланс в системі цитокінів є результатом ушкоджуючої дії продуктів ПОЛ на клітини печінки у відповідь на реплікацію HCV й одним з факторів прогресування патологічного процесу.

Н.О. Виноград

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, м. Львів, Україна

Алгоритм визначення епідеміологічних ризиків при хворобах подорожувачих

Актуальність. У часи глобалізації хвороби подорожувачих стали вагомим блоком у структурі біологічних загроз, що притаманні кожній державі та корелюють з інтенсивністю та основними векторами занесення збудників інфекційних і паразитарних хвороб з інших територій, суттєво модифікуються під впливом кліматичних змін та з появою нових збудників. Спектр занесених патогенів, окрім географічних локацій, корелює з типом міграційних процесів, тривалістю перебування, санітарним станом, видом діяльності на певній ендемічній території, дотриманням людьми стандартних та специфічних заходів захисту з урахуванням потенційних

небезпек. Слід зазначити, що, окрім зараження в країні перебування, актуальним є ризики при перельотах (переміщенні), особливо в аеропортах та на засобах пересування. Суттєві ризики формуються при м'ягнєвій міграції населення, «зеленому» туризмі, та ще вищими вони є при перебуванні в зонах розмаїтих нештатних ситуацій (природні надзвичайні ситуації; район ведення бойових дій; осередки інфекційних хвороб, у тому числі особливо небезпечних інфекцій тощо).

Метою досліджень було створити алгоритми збирання епідеміологічного анамнезу для визначення провідних чинників ризику зараження людей на ендемічних територіях під час їх перебування за межами держави та оптимізації верифікації захворювань, що виникають після повернення з регіонів потенційного зараження.

Матеріали та методи. Використано аналітичний прийом комплексного епідеміологічного методу для оцінювання і ранжування ймовірних ризиків зараження.

Результати та обговорення. Алгоритм збирання й аналізування епідеміологічних даних включав покрокове оцінювання потенційних обставин зараження. Ознакою першого порядку було обрано місце перебування хворого за 14 днів і до моменту повернення; другого порядку — провідний синдром(и); третього порядку — сезон (пора року); четвертого — обставини зараження (з урахуванням механізмів передачі збудника інфекції); п'ятого — особливі застереження з урахуванням ретроспективної бази даних. Інформаційний блок формували на підставі міжнародних (Всесвітня організація охорони здоров'я) і національних (міністерства, агенції, відомства) сайтів щодо ендемічності території. Систематизацію бази даних здійснювали шляхом використання анкети відкрито-закритого типу. Запропонований підхід дозволяв у короткий час означити коло підозрілих нозологій і визначити алгоритми подальшого обстеження хворих, особливо верифікацію з урахуванням найімовірніших патогенів.

Висновки. Запропонований покроковий підхід збирання та аналізування епідеміологічної бази даних дозволяє оптимізувати роботу з встановлення етіології захворювання в осіб з міграційним анамнезом та їх раціонального лікування.

*Н.О. Виноград, З.П. Васишлин,
Л.П. Козак, І.Д. Байдалка*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, м. Львів, Україна

Менінгоенцефаліти як проблема подорожувачих

Актуальність. Швидке переміщення людей у просторі завдяки сучасним видам транспорту, інтенсифікація туризму, зовнішня та внутрішня міграція населення сприяють зараженню збудниками

екзотичних інфекцій у подорожуючих та зростанню ризиків їх занесення на територію держави, а також можливості інтродукції патогенних біологічних агентів на нові території. Подорожуючі мають високий ризик зараження із причини відсутності у них специфічного імунітету, сформованого за рахунок проепідемічвання, імунопрофілактики, а також відсутності хіміопрфілактики тощо. Серед таких захворювань велика частка належить інфекціям із трансмісивним механізмом передачі збудників, які реєструються на ендемічних територіях в межах відомих і модифікованих під впливом біотичних та абіотичних чинників природних осередків. Клінічна маніфестація екзотичних трансмісивних інфекцій поліморфна, часто із вираженим гарячковим синдромом та ураженням нервової системи (енцефаліт, менінгоенцефаліт, менінгеальний синдром, синдром Гійєна — Барре, інсульт тощо). Однією із таких нозологій є гарячка чикунгуня. За рахунок міграційних потоків від моменту виявлення збудника на початку 50-х років минулого сторіччя в Танзанії і до сьогодні сталося розширення ареалу хвороби, включаючи країни Європейського континенту.

Метою дослідження було вивчити та спрогнозувати спектр потенційних збудників, які могли спричинити ураження подорожуючих із врахуванням території їх перебування.

Матеріали та методи. Зібрано та проаналізовано клінічні та епідеміологічні дані від п'яти пацієнтів, які перебували на територіях із циркуляцією збудників трансмісивних інфекційних захворювань. Для верифікації діагнозу використовували серологічний метод дослідження (імуноферментний аналіз). Збір і аналіз бази даних проводився з використанням спеціальних анкет, аналітичного і статистичного прийомів. Проведено літературний пошук та оцінено ймовірність виникнення у них захворювань із врахуванням епідеміологічного анамнезу. Для вирішення поставлених завдань використано описово-оцінювальний, аналітичний прийоми комплексно епідеміологічного методу.

Результати та обговорення. Під клінічним наглядом перебували п'ятеро осіб із ураженням центральної нервової системи, що проявлялося синдромом комплексом менінгоенцефаліту на фоні вираженого гарячкового стану. При збиранні епідеміологічного анамнезу встановлено, що двоє із них незадовго до захворювання перебували на території Хорватії, по одному — в Греції, Македонії, Іспанії. У двох із групи дослідження, що відпочивали у Хорватії, лабораторно верифіковано діагноз «гарячка Західного Нілу», в інших пацієнтів встановити етіологію захворювання не вдалося, із яких двоє померли. Зважаючи на дані епідеміологічного анамнезу, епідемічної ситуації на території перебування хворих, часу подорожей, початку захворювання, що вкладався в межі максимального інкубаційного періоду від моменту вибуття із ендемічної території, клінічного перебігу хвороби (ознаки ураження центральної нервової системи на фоні гарячкового стану),

можна говорити про можливе ураження пацієнтів з неверифікованим діагнозом збудником гарячки чикунгуня.

Висновки. Необхідно вдосконалити систему епідеміологічного нагляду за групою екзотичних інфекцій із трансмісивним механізмом передачі, в тому числі гарячкою чикунгуня, упровадити лабораторний моніторинг цієї групи збудників. Важливим елементом системи епідеміологічного нагляду має бути санітарно-просвітницька робота із повідомленням подорожуючих про можливі ризики на територіях їх перебування та шляхи захисту від інфікування.

К.С. Гриценко

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

Поширення аденовірусів у водних об'єктах Одеської області

Актуальність. Аденовірусна інфекція (АдВІ) — гостра інфекційна патологія, спричинена аденовірусами (АдВ). АдВ людини є дволанцюговими ДНК-утримуючими вірусами, що не мають оболонки, які належать до 5 родів родини *Adenoviridae*. АдВ, здатні викликати захворювання у людини, відносять до роду *Mastadenovirus*, вперше виділені в 1953 р. з тканин мигдаликів та аденоїдів у хворих дітей. Відомо сім видів (А—Г) і близько 100 серотипів АдВ, більше 60 з них виділено у людей, що призводить до можливості багаторазового зараження цими вірусами, що займають значну частку у структурі ГРВІ, вірусних діарей, уражень кон'юнктиви, лімфоїдної тканини, до можливості виникнення епідемічних спалахів захворювання. Найпоширеніші серотипи — 3, 4, 7, 14, 21, які спричиняють ГРВІ, 14-й серотип зумовлює найтяжчі випадки АдВІ, з типами 40, 41, 52 асоціюють гастроентерити, типи 1, 2, 5, 6 належать до «латентних» АдВ, їх виявляють у здорових людей, за онкогенною здатністю найбільшу активність виявили серотипи 12, 18 і 31.

Мета: вивчити окремі прояви епідемічного процесу аденовірусної інфекції за поширеністю у стічних господарсько-побутових та водах інфекційних стачіонарів Одеської області.

Матеріали та методи. Описово-аналітичний метод даних періодичної наукової літератури з інформаційних ресурсів PubMed. Звіти про результати санітарно-вірусологічних досліджень об'єктів довкілля (форма 11.6) ДУ «Лабораторний центр МОЗ України у Одеській області» за період 2014—2018 рр.

Результати. Як відомо, забруднення водних та інших об'єктів довкілля патогенними вірусами відбувається переважно через неочищені чи недостатньо очищені та незаражені господарсько-побутові стічні води. Водний характер спалахів багатьох гострих кишкових інфекцій не втратив своєї актуальності і в сучасний період. Через воду поширюється понад

100 вірусних агентів, у тому числі АдВ. Їх вилучення зі стічних вод є дуже складним завданням з урахуванням стійких властивостей та нечутливості до більшості дезінфектантів. Моніторинг циркуляції АдВ дозволяє судити про окремі прояви епідемічного процесу АдВІ, реєстрація захворюваності на яку не проводиться. Господарсько-побутові стічні води каналізаційної мережі забирали на очисних спорудах, станціях біоочищення інфекційних лікарень області. Протягом періоду спостереження досліджено 899 проб на наявність кишкових вірусів, позитивних з них було 99 (11 %), у 23 з яких (23,23 %) виявили АдВ. Також було досліджено 676 проб стічних вод інфекційного стаціонару, 22 з яких (3,3 %) були позитивними, у 14 (63,63 %) виявлені АдВ.

Висновки. Отже, можна зробити висновок щодо наявності прихованого перебігу епідемічного процесу аденовірусної інфекції серед населення Одеської області, зважаючи на досить часте (майже чверта частина всіх виявлених вірусних агентів) забруднення аденовірусами водних об'єктів. А що стосується інфекційних стоків, то за частотою виявлення АдВ були домінуючими (63,63 %).

О.А. Дралова, О.В. Усачова

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Динаміка клінічних проявів вісцерального токсокарозу у дітей на фоні протипаразитарної терапії

Актуальність. Токсокароз — паразитарна інвазія, яка частіше вражає дитяче населення, не має специфічної клінічної картини та часто перебігає у вигляді вісцеральної форми.

Метою нашої роботи було виявити динамічні зміни проявів вісцерального токсокарозу у дітей Запорізької області на фоні проведення антипаразитарної терапії альбендазолом.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходились 60 дітей віком 1–18 років, які були розподілені на 2 групи за результатами обстеження крові на IgG до токсокар: I група — 35 дітей із токсокарозою інвазією (IgG до токсокар ($> 0,9$ МО)); II група — 25 дітей без токсокарозою інвазії (IgG до токсокар ($< 0,9$ МО)). Специфічне протипаразитарне лікування отримували всі діти I групи препаратами альбендазолу у дозі 10 мг/кг протягом 10 діб.

Результати та обговорення. Екзантема була відмічена у 18 дітей (51,4 %) з токсокарозою інвазією і лише у 2 (8 %) — без цієї інвазії ($p < 0,01$). В 11 (31,4 %) хворих I групи висип був у вигляді кропив'янки та у 7 (20 %) мав дрібнопапульозний характер на відміну від II групи, у якій у 2 (8 %) пацієнтів екзантема була дрібнопапульозною. На свербіж шкіри скаржилися 10 (28,6 %) дітей основної групи та 1 (4 %) — групи порівняння ($p < 0,05$). Абдомінальний синдром відмічався частіше у хворих I групи (у 6 (17,1 %) проти

2 (8 %) — II; $p < 0,05$). При цьому нудота супроводжувала абдомінальні болі тільки у пацієнтів I групи (у 8,6 % — 3). Біль у животі у дітей з'являлась після вживання їжі та локалізувалася в епігастральній і навколупупкової ділянках. При обстеженні відмічалось обкладання язика білуватим нашаруванням. Симптоми подразнення очеревини були негативні в усіх хворих. Пальпаторно гепатомегалія реєструвалась у 8 (22,8 %) пацієнтів з токсокарозою інвазією, спленомегалія — у 2 (5,7 %) хворих тієї ж групи. Відповідні симптоми не відмічені у жодної дитини II групи. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) органів черевної порожнини збільшення розмірів печінки було зафіксовано у 9 (25,7 %) пацієнтів I групи та у 4 (16 %) — II. Цим дослідженням збільшення селезінки було підтверджено тільки у 2 (5,7 %) хворих I групи. На 10-й день специфічного лікування поодинокі елементи дрібнопапульозного висипу залишились лише в одній дитині; біль у животі та збільшення селезінки були відсутні в усіх дітей. Отже, симптоми, відмічені при токсокарозі, регресували на фоні антипаразитарної терапії.

Висновки. У дітей, які мають токсокарозою інвазію, відмічені: часта екзантема у вигляді кропив'янки та дрібнопапульозного висипу, яка перебігає з вираженим свербіжем шкіри; абдомінальний синдром зі збільшенням печінки та селезінки, що підтверджено даними УЗД. Використання альбендазолу як специфічного протипаразитарного препарату призводить до швидкого нівелювання проявів екзантеми, абдомінального синдрому із зменшенням розміру печінки.

В.І. Задорожна¹, О.І. Процап¹,
І.А. Маричев¹, С.І. Брижата¹, І.І. Кисляк²

¹ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»,
м. Київ, Україна

² Центр громадського здоров'я МОЗ України,
м. Київ, Україна

Захворюваність на епідемічний паротит в Україні і світі за 2010–2019 роки

Актуальність. Останніми роками в Україні спостерігається тенденція до тривало низького рівня показників охоплення щепленнями за віком з усіх інфекцій, що включені до Національного календаря щеплень. Зниження уваги до питань вакцинації може обумовлювати локальні підйоми захворюваності і спалахи інфекцій. Наслідком поступового накопичення невакцинованого населення є втрата контролю за епідемічним процесом усіх інфекцій та переходу їх із керованих у некеровані. В Україні на тлі багаторічного низького рівня імунізації вакциною проти кору, паротиту і краснухи (КПК) зростає ризик ускладнення епідемічної ситуації і з епідемічного паротиту (ЕП). Також захворюваність на

цю інфекцію до цього часу залишається актуальною і світовою проблемою. За даними Європейського центру з контролю захворюваності (ECDC), в Європі протягом 2012–2016 рр. реєструвалося 11 632–20 936 випадків ЕП. У 2016 р. найбільша кількість випадків мала місце в Чехії (5734 випадки, 61,3 на 100 тис. населення), Іспанії (2616), Польщі (1978), Великій Британії (999). Внесок цих країн у захворюваність на ЕП в Європі становив 77 %. Найбільш уразливими віковими групами були діти 10–14 і 15–19 років, серед яких захворюваність становила відповідно 12,4 і 13,2 на 100 тис. населення.

Мета: аналіз захворюваності на ЕП в Україні та Європі за період 2010–2019 рр.

Матеріали та методи. Матеріалами для аналізу були річні статистичні форми щодо інфекційної захворюваності МОЗ України, ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України» та Центру громадського здоров'я МОЗ України.

Результати та обговорення. Аналізуючи показники захворюваності на ЕП в Україні за 2010–2019 рр., можна відмітити продовження тенденції до зниження і стабілізації захворюваності серед усього населення — від 2,06 до 0,67 на 100 тис. відповідно. Захворюваність на ЕП реєструється в усіх вікових групах, але переважна більшість серед дітей до 17 років, і ця ситуація залишається незмінною. При аналізі рівнів захворюваності в окремих вікових групах населення за 2010–2018 рр. встановлено, що найбільш високі рівні захворюваності серед дітей були зареєстровані протягом 2010–2013 рр. і становили 8,24–5,72 на 100 тис. відповідно. Починаючи з 2014 року і по 2018 рік ці показники знижувались, але не суттєво. Захворюваність серед дорослих коливалась в межах 0,23–0,76 на 100 тис. населення. Аналізуючи динаміку захворюваності на епіпаротит за 2010–2018 рр. серед дітей різних вікових груп, слід відмітити невисокий рівень захворюваності (0,21–0,85 на 100 тис.) у дітей до 1 року, що, можливо, свідчить як про певний пасивний імунітет за рахунок захисних материнських антитіл до збудника, так і про обмежений контакт із іншими групами населення. У 2010 та 2013 р. найвищі рівні захворюваності реєструвались у групах дітей віком 1–4, 5–9 та 10–14 років (відповідно 9,22–7,09, 10,63–9,01 та 9,01–4,26 на 100 тис. населення). Починаючи з 2014 року в усіх вікових групах відмічається зниження показників захворюваності. В Україні серед дітей 10–14 років у 2014–2018 рр. захворюваність на ЕП була значно нижчою, ніж в Європі, і становила 4,04–3,19 на 100 тис. населення. Порівняти показники захворюваності в найбільш уразливій віковій групі щодо ЕП в Європі (15–19 років) з аналогічними показниками в Україні не є можливим у зв'язку з різним офіційним розподілом віку захворілих (в Україні — 15–17 років). Однак той факт, що в Україні захворюваність серед дітей 15–17 років за 2014–2018 рр. була на рівні 2,04–2,31 на 100 тис. населення, свідчить про дещо інший порівняно з Європою характер епідемічного процесу при захворюваності на ЕП. За 4 місяці 2019 р. в

Україні порівняно з тим же періодом 2018 р. на тлі широкомасштабної епідемії кору захворюваність на ЕП зросла в 4,3 раза — з 0,06 до 0,26 на 100 тис. населення. За 9 міс. 2019 р. рівень захворюваності по Україні становив 0,67 на 100 тис.

Висновки. Аналіз багаторічної захворюваності на ЕП свідчить про тенденцію до поступового зниження рівня захворюваності населення в Україні. Епіпаротит і на сьогодні залишається дитячим захворюванням. За роки спостереження (2010–2018 рр. та початок 2019 року) захворюваність на ЕП реєструється в усіх категоріях населення, з найбільш високим рівнем захворюваності дітей у вікових групах 1–4 роки, 5–9 та 10–14 років. Характерними рисами епіпроцесу є осінньо-весняна сезонність, циклічні підйоми захворюваності тривалістю 3–5 років та міжепідемічні інтервали. Таким чином, сучасний епідемічний процес ЕП в Україні характеризується стабільною інтенсивністю з найбільш високим рівнем захворюваності дітей молодших вікових груп, що поряд з іншими характерними рисами властиво для захворюваності на ЕП в довакцинальному періоді і є наслідком критичного стану вакцинопрофілактики ЕП у попередні роки. З огляду на те, що для профілактики ЕП застосовується вакцина КПК і рівні охоплення вакцинацією в Україні однакові для ЕП, краснухи і кору, епідемія якого мала місце в Україні, існує ризик ускладнення епідемічної ситуації з ЕП саме за рахунок більш старших вікових груп, де відбулося значне накопичення неімунних осіб у зв'язку із низьким рівнем охоплення щепленнями в попередні роки.

О. Зубач¹, В. Красільников², І. Лозинський¹,
О. Семенишин³, О. Зінчук¹

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

²КНП «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня», м. Львів, Україна

³ДУ «Львівський обласний лабораторний центр МОЗ України», м. Львів, Україна

Геморагічна гарячка з нирковим синдромом на Львівщині. Опис клінічного випадку

Актуальність. Геморагічна гарячка з нирковим синдромом відома з початку минулого сторіччя. В Україні випадки цієї хвороби фіксуються спорадично, проте реальний рівень захворюваності невідомий у зв'язку з проблемами специфічної лабораторної діагностики цієї хвороби у нашій країні.

Мета: продемонструвати симптоматику, етапи діагностики та ефективність проведеного лікування пацієнта з хантавірусною інфекцією. Було проаналізовано клінічний перебіг хантавірусної інфекції у хворого, який проходив стаціонарне лікування у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні (ЛОІКЛ) у 2019 р.

Клінічний випадок. Хворий К., 1997 р.н., надійшов до ЛОІКЛ у вересні 2019 року зі скаргами на гарячку до 38 °С, загальну слабкість, біль голови, нудоту, блювання, кашель. Захворювання розпочалося за шість днів до надходження до стаціонара. З епідеміологічного анамнезу відомо, що за десять днів до початку хвороби пацієнт купляв продукти на стихійному ринку. Вищезазначений факт спонукає нас припускати можливість аліментарного шляху зараження пацієнта, коли збудник міг потрапити на продукти із інфікованими виділеннями заражених гризунів. При надходженні до лікарні стан пацієнта був розцінений як середньотяжкий. Під час об'єктивного обстеження виявлено блідість шкірних покривів, незначну гіперемію задньої стінки глотки, позитивні менінгеальні симптоми (сумнівна ригідність м'язів потилиці, слабопозитивний симптом Керніга та нижній Брудзинського з обох сторін) та відзначено зниження добового діурезу. У загальному аналізі крові при надходженні отримано такі показники: Нb — 16,2 g/dL, еритроцити — $5,66 \times 10^6$ /uL, Ht — 38,6 %, лейкоцити — $9,7 \times 10^3$ /uL, нейтрофіли — 73,8 %, лімфоцити — 19,4 %, мікс — 6,8 %, тромбоцити — 158×10^3 /uL; швидкість осідання еритроцитів — 20 мм/год. У загальному аналізі сечі: свіжі еритроцити — у невеликій кількості, ацетон (+), лейкоцити — 0–1 у полі зору, у біохімічному аналізі: креатинін — 382,5 μ mol/l, сечовина — 11,42 mmol/l, інші показники (білірубін, аланінамінотрансфераза, амілаза) — в межах норми. На УЗД внутрішніх органів відмічалось потовщення паренхіми нирок до 2,2–2,4 см, чашково-мискова система не розширена. Кров на реакцію мікропреципітації з лептоспірами — результат негативний. З огляду на зміни у загальноклінічних та біохімічних показниках у хворого запідозрено геморагічну гарячку з нирковим синдромом. На 16-ту добу хвороби методом непрямої імуофлуоресцентної мікроскопії в крові пацієнта виявлено антитіла до хантавірусу Пуумала 1 : 128. При надходженні пацієнту був призначений цефтріаксон по 1 г двічі на день внутрішньовенно до встановлення кінцевого діагнозу. Також були застосовані глюкозо-сольові розчини внутрішньовенно краплинно, пентоксифілін, аскорбінова кислота. На фоні призначеної терапії стан хворого поступово покращився. Хворий виписаний із лікарні у задовільному стані на 18-й день перебування із діагнозом «геморагічна гарячка з нирковим синдромом (антитіла до хантавірусу Пуумала виявлено у титрі 1 : 128)».

Висновки. Даний випадок дає змогу зосередити увагу клініцистів на хантавірусній інфекції як хворобі, що часто маскується під іншими діагнозами. На Львівщині щорічно близько 15 % пацієнтів виписуються з інфекційної лікарні з діагнозом лептоспірозу, встановленим на підставі клінічних змін, типових для цієї хвороби, оскільки за допомогою специфічних методів лабораторної діагностики діагноз лептоспірозу підтвердити не вдається. Можна припустити, що у цих випадках саме хантавірусна інфекція є справжньою причиною виникнення хвороби.

Н.О. Іванченко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Опис випадку госпіталізації пацієнта з метапневмовірусною інфекцією, що прибув із Китаю, у межах інкубаційного періоду

Актуальність. Метапневмовірусна інфекція є гострим інфекційним захворюванням, що передається переважно повітряно-краплинним шляхом, характеризується ураженням верхніх і нижніх дихальних шляхів, а також шлунково-кишкового тракту, проявляється катаральними симптомами та диспептичним синдромом. У 2001 р. вірус був вперше виявлений у Нідерландах та названий метапневмовірусом (hMPV). Згідно з літературними даними, вірус переважно вражає дітей до 5 років. У дорослих зустрічається у спорадичних випадках. Описаний летальний випадок у жінки віком 51 рік (DOI: 10.17116/ratol201678353-56) з генералізованою метапневмовірусною інфекцією. Серед клінічних форм захворювання найбільш поширені ринофарингіт і бронхіт. Вірусологічною лабораторією Львівського обласного лабораторного центру метапневмовірус виділяється в поодиноких випадках методом полімеразної ланцюгової реакції від хворих на тяжке грипоподібне захворювання у рамках дозорного епіднагляду за грипом. Згідно з даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, в епідсезоні 2018–2019 років метапневмовірус був виявлений від 1 хворого з грипоподібним захворюванням та 2 хворих на тяжке грипоподібне захворювання. Згідно з алгоритмом, зазначеним у наказі МОЗ України від 24.01.2020 № 185 «Про заходи щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань, спричинених новим коронавірусом, виявленим у місті Ухань (провінція Хубей, Китай)», при госпіталізації хворих з ознаками гострого респіраторного захворювання, які у межах інкубаційного періоду повертаються з епідемічно небезпечних територій, проводиться обстеження методом полімеразної ланцюгової реакції на грип та респіраторну групу вірусів.

Мета: проаналізувати випадок госпіталізації пацієнта з метапневмовірусною інфекцією, який у межах інкубаційного періоду перебував у Китаї.

Матеріали та методи. Детально зібраний епідеміологічний анамнез у хворого, проведений огляд пацієнта, здійснено аналіз медичної карти стаціонарного хворого, огляд літератури щодо метапневмовірусу.

Клінічний випадок. Пацієнт Г., 1999 р.н., мешканець міста Львова, був госпіталізований у Львівську обласну інфекційну клінічну лікарню з діагнозом «гостре респіраторне захворювання». З епідеміологічного анамнезу стало відомо, що зранку у день госпіталізації повернувся з м. Кюньшань провінції Цзянсу, Китай, де перебував упродовж 20 днів. Вилітав з аеропорту Шанхай. Контактнував з великою кількістю людей. Під

час перебування у Китаї, за 5 днів до госпіталізації, відмічав нежить, сухий кашель, біль у животі в мезогастральній ділянці. При надходженні до стаціонара наявні нежить, сухий кашель, слизова носоглотки та ротоглотки злегка гіперемійовані. Голос гугнявий. У легенях дихання везикулярне. Сатурація задовільна. Відмічалась значна емоційна лабільність хворого та занепокоєння щодо стану здоров'я. Артеріальний тиск 100/60 мм рт.ст., пульс 106 уд/хв. Температура 36,8 °С. У легенях дихання везикулярне, тони серця звучні, тахіаритмія. Печінка по краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Провінція Цзянсу знаходиться на відстані 800 кілометрів від міста Ухань, у хворого в анамнезі були відсутні відомості про контакт з хворим на підтверджену нову коронавірусну інфекцію. На момент надходження хворого був відсутній стандарт визначення випадку підозри на нову коронавірусну інфекцію. Медичні працівники працювали у костюмах біологічного захисту, хворого госпіталізовано у бокс приймально-діагностичного відділення відповідно до плану реагування при надходженні особи з підозрою на особливо небезпечну інфекцію. Було проведено швидкий тест на грип («Фармаско», серія Z-081), який був негативним. Відібрані мазки з рото- та носоглотки для дослідження на грип та респіраторну групу вірусів методом полімеразної ланцюгової реакції. Додатково відібрані зразки крові з ліктьової вени та харкотиння відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я. Матеріал був скерований у вірусологічну лабораторію Львівського обласного лабораторного центру. Методом полімеразної ланцюгової реакції було виділено РНК метапневмовірусу. У результатах загального аналізу крові та сечі відхилень не виявлено. На третю добу пацієнта виписано з одужанням.

Висновки. Використання методу полімеразної ланцюгової реакції для діагностики респіраторної групи вірусів дозволяє верифікувати збудників захворювань та поглиблювати клінічний досвід особливостей перебігу респіраторних захворювань.

М.М. Лебедюк¹, В.А. Бочаров¹,
В.В. Бочарова¹, Л.В. Куц²,
Сарайрех Анас Аталла Салем²

¹ Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

² Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Особливості клінічних проявів, перебігу, лікування та профілактики акнеформних дерматозів і демодекозу у мешканців різних кліматичних зон України

Актуальність. Проблема ролі кліщів роду *Demodex* в розвитку акнеформних захворювань шкіри є актуальною на сьогодні в усьому світі у зв'язку із численними її аспектами. Дискусійними залиша-

ються питання їх класифікаційних ознак (нормобіота, патогени, симбіоти — ?), вплив екзо- та ендогенних факторів на життєдіяльність, самостійність власне захворювання («демодекоз») чи його асоціація з іншими дерматозами, підходи до лікування та профілактики. Актуальною ця проблема є і у зв'язку із частими офтальмологічними проявами при ушкодженні цими кліщами (до 70 % демодекоз супроводжує хронічні блефарити, блефарокон'юнктивіти, періорбітальний дерматит).

Мета дослідження: вивчити наявність/відсутність кліщів *Demodex* при акнеформних дерматозах у мешканців різних кліматичних зон України, розробити рекомендації з профілактики обтяжливого перебігу цих захворювань шкіри.

Матеріали та методи. Обстежено клінічно та лабораторно 105 пацієнтів з проявами ушкодження шкіри в ділянці обличчя, мешканців південної (Одеської) області — 59 та північної (Сумської) — 46, при цьому встановлено діагнози: розацеа — у 28 (відповідно у 16 та 12), вугрова хвороба — у 37 (відповідно у 21 та 16), періоральний дерматит — у 18 (відповідно у 9 та 9), себорейний дерматит — у 22 (відповідно у 13 та 9).

Результати. При клінічному обстеженні прояви еритематозно-папульозної стадії дерматозу виявлялися у 16 (57,1 %) хворих на розацеа, папуло-пустульозної — у 12 (42,9 %); у всіх хворих на вугрову хворобу виявлена папуло-пустульозна форма захворювання, при періоральному дерматиті — численні дрібні папули червоного кольору, при себорейному дерматиті — також у всіх відповідних хворих, окрім поодиноких еритематозно-сквамозних плям на обличчі, відзначалися жирнуваті лусочки на волосистій частині голови. При мікроскопічному дослідженні на наявність кліщів *Demodex* патологічного матеріалу, взятого з різних ділянок шкіри шляхом поверхневого зішкрібання лусочок чи отримання вмісту пустул або сальної залози, достеменною різниці у мешканців Одеської та Сумської областей не відзначалося ($p > 0,05$) і у середньому при розацеа вони виявлялися, відповідно, у 14 (87,5 %) та у 10 (83,3 %), при періоральному дерматиті — у 5 (55,6 %) та 4 (44,4 %), вугровій хворобі — у 7 (33,3 %) та 5 (31,3 %), себорейному дерматиті — у 3 (23,1 %) та 2 (22,2 %). Отримані дані підтверджують думку більшості дослідників про те, що, незважаючи на проблемність питання щодо ролі кліщів *Demodex* як одного з етіологічних чинників акнеформних дерматозів, у разі їх виявлення слід призначати акарицидну терапію. Слід звернути увагу на те, що у мешканців південного і північного регіонів України не виявлено достеменною різниці в результатах клінічного та лабораторного досліджень і, таким чином, вплив такого фактора, як підвишене сонячне опромінення (в південній області), потребує поглибленого вивчення, і поняття «актинічний еластоз» потребує більш глибокого вивчення в плані можливості негативного впливу ультрафіолетового опромінення не тільки на еластичні структури власне

дерми, але й на сполучнотканинні компоненти судин, нервів та сально-волосяного комплексу шкіри. Те, що найчастіше кліщі *Demodex* виявляються у хворих на розацеа, свідчить про високий ступінь поєднаності основних ланок патогенезу цих захворювань, але й виявлення їх при інших акнеформних дерматозах вказує на можливість певної топічної та, можливо, й тропічної специфічності ушкоджень сально-волосяного фолікулу. Це диктує необхідність комплексного підходу не тільки до лікування цих хворих, але й до профілактики загострень чи рецидивів у них відповідних дерматозів, зокрема ретельного дотримання дієти (виключення страв з екстрактивними домішками, надмірно гарячої їжі та напоїв, алкоголю) та режиму (запобігання негативному впливу обвітрювання, різких перепадів температури навколишнього середовища тощо). З урахуванням того, що активність кліщів *Demodex* зазвичай підвищується у весняно-літній період, для об'єктивізації ефективності лікувально-профілактичних заходів необхідно проводити контрольні дослідження щодо виявлення кількості цих кліщів у певних «анатомічних патернах» шкіри і в зимовий період.

Висновки. Акариформні кліщі родини Demodicidae можуть ускладнювати перебіг акнеформних дерматозів (розацеа, вугрова хвороба, періоральний та себорейний дерматити), і виявлення їх підвищеної кількості у відповідних хворих потребує використання акарицидних засобів у системі патогенетично обґрунтованого комплексного лікування, а також контрольного дослідження не тільки у весняно-літній, але й у зимовий період.

Т.Є. Оніщенко¹, О.В. Рябоконт¹,
О.О. Фурик¹, В.Г. Савельєв¹, О.В. Зарудна²

¹ Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

² ДУ «Запорізький обласний лабораторний
центр МОЗ», м. Запоріжжя, Україна

Епідеміологічна характеристика завізних випадків малярії в Запорізькій області за період 2001–2019 рр.

Актуальність. Малярія є найпоширенішою у світі трансмісивною протозойною хворобою. Щорічно реєструється понад 220 млн випадків. Малярія є ендемічною інфекцією та регулярно реєструється в 91 країні світу (Африка, Центральна та Південна Америка, Азія). В деяких регіонах захворюваність залишається на тому ж рівні, що й 150 років тому. Щорічно гинуть від малярії до 500 тисяч людей, що в 15 разів більше, ніж від СНІДу. З числа летальних випадків від малярії 98 % припадає на тропічну малярію. Особливістю сучасної маляріології є резистентність малярійних паразитів до основних протималярійних препаратів. В умовах нерегульованої

міграції населення великого значення набуває проблема завізної малярії в неендемічні регіони та занесення полірезистентних штамів малярійних збудників на територію, що раніше були вільні від них.

Мета дослідження: з'ясувати епідеміологічні особливості завізних випадків малярії в Запорізькій області за 2001–2019 рр.

Матеріали та методи. Проаналізовано статистичні дані щодо етіологічної структури 27 завізних випадків малярії в Запорізькій області за період 2001–2019 рр. за даними паразитологічного відділу Запорізького обласного лабораторного центру Державної санітарно-епідеміологічної служби (завідувач — Зарудна О.В.). Діагноз малярії встановлювався хворим на підставі епідеміологічних і клінічних даних і підтверджувався мікроскопією товстої краплі і мазка крові.

Результати та обговорення. Встановлено, що в Запорізькій області майже щорічно фіксуються завізні випадки малярії з максимальною їх кількістю в 2001, 2013, 2017 роках. В етіологічній структурі завізних випадків малярії суттєво переважає тропічна малярія, яка викликана *Plasmodium falciparum*, частка якої в загальній структурі становила 74 %. Рідше реєструвалася малярія, викликана *Pl. vivax* (14,8 %) та *Pl. ovale* (11 %). Аналіз географічних регіонів, з яких була завезена малярія, показав, що всі випадки тропічної малярії були завезені з країн Африки, частіше з Нігерії (30 %) та Конго (35 %). Випадки малярії, збудниками яких були *Pl. vivax* і *Pl. ovale*, були завезені не лише з різних країн Африки, а й з країн Азії та навіть Латинської Америки. За епідеміологічними даними, завізні випадки малярії частіше були пов'язані зі службовими відрядженнями: в 90 % при малярії *falciparum* і в 57,1 % при малярії *vivax* та *ovale*. Інфікування малярією *vivax* відбулось також у туристки, яка перебувала на відпочинку в Домініканській Республіці. На особливу увагу заслуговують випадки малярії в іноземних студентів, які після 5–6-річного перебування в Україні відвідали свою країну, а саме Нігерію, та внаслідок інфікування мали маніфестацію тропічної малярії. Особи, які проживають в неендемічних регіонах, перед подорожжю в ендемічні з малярії регіони повинні розпочати хіміопротифілактику. Проте серед хворих на малярію більшість не отримували хіміопротифілактику при перебуванні в ендемічному регіоні: 65 % пацієнтів із тропічною малярією та 71,4 % пацієнтів із малярією *vivax* та *ovale*. Серед хворих на тропічну малярію 15 % приймали препарати нерегулярно. Звертає на себе увагу те, що кожен п'ятий хворий отримував хіміопротифілактику, яка виявилася малоефективною. Причиною неефективності в таких випадках була резистентність збудника малярії до профілактичних засобів. Експерти ВООЗ вважають, що інформування осіб при виїзді в ендемічні регіони про ризик захворювання на малярію й розпізнавання симптомів захворювання є пріоритетними цілями консультації мандрівників перед подорожжю в ендемічні регіони. У 22 % хворих малярія була виявлена активно,

після повернення з ендемічних регіонів в Україну. У решти хворих (78 %) діагноз встановлювався на 5–6-й день від початку захворювання після розвитку типової клінічної картини захворювання. Третина хворих на тропічну малярію (35 %) направлялась на госпіталізацію з діагнозами «гостра респіраторна вірусна інфекція», «пневмонія», «лихоманка неясного генезу». Клінічні прояви захворювання характеризувалися розвитком типових для малярії нападів лихоманки у межах інкубаційного періоду після повернення з ендемічного регіону. У більшості хворих на *P. falciparum* (75 %) переважав тяжкий перебіг з розвитком поліорганної недостатності (ниркової та печінкової недостатності, енцефалопатії, ДВЗ-синдрому). Церебральна форма малярії розвинулася у 40 % хворих із тяжким перебігом *P. falciparum*. Легкий перебіг малярії *P. falciparum* реєструвався у 25 % хворих з неодноразовими відвідуваннями країн Африки та захворюванням на малярію в анамнезі. У 57 % хворих на 3-денну малярію, іноземних студентів, переважав легкий перебіг захворювання. Розвиток рецидиву *P. vivax* через 5–7 місяців після повернення з Індії зареєстровано у третини (28,6 %) іноземних студентів.

Висновки. В Запорізькій області щорічно фіксуються завісні випадки малярії. В етіологічній структурі завісних випадків малярії суттєво переважає тропічна малярія (74 %), що була завезена з країн Африки, частіше з Нігерії (30 %) та Конго (35 %). Завісні випадки малярії були частіше пов'язані із службовими відрядженнями: в 90 % при малярії *falciparum* і в 57,1 % при малярії *vivax* та *ovale*. Серед хворих на малярію більшість не отримували хіміо-профілактику при перебуванні в ендемічному регіоні: 65 % пацієнтів із тропічною малярією та 71,4 % пацієнтів із малярією *vivax* та *ovale*. Тяжкі та ускладнені форми малярії розвивалися у громадян України, хворих на тропічну малярію, у зв'язку з відсутністю ефективної хіміо-профілактики, пізньою діагностикою і відсутністю вчасного лікування.

Н.О. Прийменко, Т.І. Коваль,
Т.М. Котелевська, В.А. Боднар,
О.М. Ізюмська

Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава, Україна

Клініко-епідеміологічні особливості спалаху гепатиту А в Полтавській області

Актуальність. За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється близько 1,4 млн випадків захворювання на гепатит А (ГА). У країнах Європи і США частка ГА в сумарній захворюваності на вірусні гепатити становить від 10 до 30 %, а в таких країнах, як Азія, Африка, Латинська Америка, ендемічних за цією патологією, — 70–80 %. Відповідно до класифікації ВООЗ, Україна належить до регіонів із середньою

ендемічністю щодо ГА. Останніми роками в Україні спостерігається тенденція до зниження захворюваності на ГА, та, незважаючи на це, епідемічна ситуація в країні продовжує залишатися напруженою. У 2019 році в Полтавській області реєструвалося зростання захворюваності у 6,5 раза (19,03 на 100 тис. населення) порівняно з 2018 роком (2,92 на 100 тис. населення) та перевищення загальноукраїнського показника у 4,2 раза (4,56 на 100 тис. населення). Дослідження останніх років доводять, що ГА перестав бути дитячою інфекцією, оскільки найбільше число випадків реєструється серед дорослого населення.

Мета дослідження: вивчення клініко-епідеміологічних особливостей спалаху гепатиту А в Полтавській області.

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороби 96 хворих на гепатит А, які перебували на лікуванні у відділеннях комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня Полтавської обласної ради» протягом 2019 року, серед них жінок було 53 (55,2 %), чоловіків — 43 (44,8 %), вік пацієнтів становив від 18 до 71 року (середній — $39,9 \pm 1,5$ року). Діагноз гепатиту А встановлювали на основі клініко-епідеміологічних даних та підтверджували за наявності IgM та IgG до HAV («Вектогеп» А-IgM, АТ «Вектор Бест», Росія) і відсутності маркерів інших вірусних гепатитів (анти-HBcог (сумарні), HBsAg, анти-HCV (сумарні), які визначали методом ІФА. У частини хворих визначали ДНК HBV, РНК HCV методом полімеразної ланцюгової реакції (набір реагентів «Амплісенс», Росія). Тяжкість ГА визначали з урахуванням вираженості симптомів інтоксикації, рівня гіпербілірубінемії, гепатомегалії та за наявності ускладнень. Ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на ГА проводили за даними статистичних звітів МОЗ України «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання» (форма звітності № 2) за 2010–2019 рр. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням комп'ютерної програми «SPSS Statistics 17.0». Статистичну значимість відмінностей для кількісних ознак оцінювали з використанням t-критерію Стьюдента, для якісних — точного тесту Фішера, для опису розподілу, який відрізнявся від нормального, застосовували медіану та інтерквартильний розмах (Q1–Q3).

Результати та обговорення. Встановлено, що протягом 2010–2018 рр. як в Україні, так і в Полтавській області ГА характеризувався епідемічним спадом, із рівнем захворюваності в межах 6,10 і 3,22 на 100 тис. населення відповідно у 2010 р. та 6,52 і 2,92 на 100 тис. населення відповідно у 2018 р. У 2019 році показники захворюваності по Полтавській області та м. Полтава у 6,5 та 11,2 раза (19,03 і 51,19 на 100 тис. населення відповідно) перевищили показник по Україні (4,56 на 100 тис. населення). Більшість випадків (144 із 265), зареєстрованих у Полтавській області, припадають на м. Полтава, де показник захворюваності зріс у 7,2 раза (51,19 у 2019 р. проти 7,08 на 100 тис. населення у 2018 р.).

Встановлено, що в різні роки за період спостереження в Україні близько третини серед хворих на ГА становили діти віком до 17 років і їх частка дорівнювала в середньому 31,7 %. У Полтавській області спостерігалась інша закономірність: частка дитячого населення серед захворілих зростала з 14,6 % у 2010 р. до 78,6 % у 2014 р. з подальшим зниженням до 18,1 % у 2019 р. Серед госпіталізованих хворих на ГА у 2018–2019 рр. переважали особи молодого та середнього віку (75,0 %). Частка осіб похилого віку (від 60 до 75 років) становила 9,4 %. За даними епіданамнезу, на контакт із хворим на ГА вказували 28 (29,2 %), на купання у відкритих водоймах в межах Полтавської області — 12 (12,5 %), відпочинок за кордоном — 5 (5,2 %), споживання некип'яченої води — 61 (63,5 %) пацієнт. У 83 (86,5 %) пацієнтів мала місце хронічна супутня патологія з переважанням (89,1 %) захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), яка достовірно частіше реєструвалася в осіб віком старше 40 років (87,2 %, до 40 років — 67,3 %, $p = 0,02$). У цієї вікової категорії пацієнтів частіше діагностували панкреатит — у 61,7 %, холецистит і неалкогольний стеатогепатит — по 34,0 % (до 40 років — у 28,6 % ($p = 0,02$), 14,3 % ($p = 0,03$) та 10,2 % ($p < 0,001$) відповідно). Жовтяничну форму хвороби зареєстровано в 95 (99,0 %), безжовтяничну — лише в 1 (1,0 %) пацієнта. За тяжкістю перебігу ГА обстежені розподілилися так: легкий мав місце у 45 (46,9 %), середньої тяжкості — у 39 (40,6 %), тяжкий — у 12 (12,5 %) пацієнтів. Встановлено, що легкий перебіг ГА достовірно частіше реєструвався в осіб віком до 40 років (65,3 %, $p = 0,02$), ніж після 40 років (42,6 %). Хворі госпіталізувалися з 2-го по 17-й день від початку хвороби, в середньому на $7,93 \pm 3,72$ дня, практично всі — вже після появи жовтяниці. Переджовтяничний період тривав від 1-ї до 15-ти діб і становив при тяжкому перебігу ГА — $7,33 \pm 1,03$ доби, середньотяжкому — $5,87 \pm 0,47$ доби, легкому — $5,93 \pm 0,45$ доби. Першими проявами хвороби частіше були загальна слабкість (100,0 %), зниження апетиту (88,5 %), біль у правому підребер'ї та нудота (по 37,5 %). Переважав (95,8 %) змішаний варіант перебігу переджовтяничного періоду з ознаками диспептичного (91,7 %), грипоподібного (77,1 %) та астено-вегетативного (92,7 %) синдромів. Тривалість жовтяничного періоду була довшою при тяжкому перебігу ($24,58 \pm 3,36$) порівняно з середньотяжким ($17,74 \pm 1,29$, $p < 0,01$) і легким ($12,09 \pm 0,75$, $p < 0,01$). Медіана рівня білірубіну при легкому перебігу хвороби становила 71,3 (48,25; 89,0), середньотяжкому — 126,5 (111,6; 156,4, $p < 0,01$), тяжкому — 257,05 (209,17; 282,17, $p < 0,01$) мкмоль/л. Стаціонарне лікування при тяжкому перебігу ГА тривало $27,75 \pm 3,07$ ліжко-дня ($p < 0,01$), середньотяжкому — $21,82 \pm 1,18$ ліжко-дня ($p < 0,01$), легкому — $15,66 \pm 0,61$ ліжко-дня.

Висновки. Протягом 2010–2018 рр. як в Україні, так і в Полтавській області ГА характеризувався епідемічним спадом. У 2019 р. в Полтавській області спостерігалось підвищення захворюваності на

ГА, яке характеризувалося активним залученням в епідеміологічний процес осіб працездатного віку та зростанням серед хворих частки міського населення. Перебіг ГА у госпіталізованих пацієнтів був типовим і циклічним з переважанням змішаного варіанта переджовтяничного періоду та жовтяничної форми. У пацієнтів старше 40 років достовірно частіше мала місце супутня хронічна патологія органів шлунково-кишкового тракту, а ГА мав тяжкий перебіг.

А.Л. Процик

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Ураження мікрофлори кишечника у хворих на лямбліоз, аскаридоз та з поєднаною інвазією

Актуальність. Захворюваність на паразитарні хвороби у світі останніми роками зростає. В Україні та Івано-Франківській області все частіше реєструються випадки поєднаної інвазії лямбліями та аскаридами. Ураження мікрофлори кишечника, що виникає при цьому, ускладнює перебіг хвороби та одужання.

Мета дослідження: дослідити стан мікрофлори кишечника та ступінь дисбіозу у хворих на лямбліоз, аскаридоз та з поєднаною інвазією.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 75 пацієнтів, розподілених на 3 групи: 1-шу групу ($n = 25$) становили хворі на лямбліоз, 2-гу ($n = 25$) — хворі на аскаридоз, 3-тю ($n = 25$) — хворі з поєднаною інвазією лямбліями та аскаридами. Для визначення ступеня дисбіозу використовували класичну методику та показник індексу дисбіозу (ІД).

Результати та обговорення. У групі пацієнтів з поєднаною інвазією відзначались найістотніші зміни — зниження вмісту представників автохтонної флори: лактобактерій ($4,41 \pm 0,31$ lg/КЮО/г), біфідобактерій ($4,52 \pm 0,33$ lg/КЮО/г), ентерококів ($5,98 \pm 0,29$ lg/КЮО/г) та загальної кількості кишкової палички ($5,38 \pm 0,25$ lg/КЮО/г) порівняно з контрольною групою та з моноінвазією. Водночас підвищувався вміст ешерихій із слабоферментативними властивостями ($1,38 \pm 0,26$ lg/КЮО/г); гемолітичної кишкової палички ($2,44 \pm 0,28$ lg/КЮО/г), бактероїдів ($9,78 \pm 0,33$ lg/КЮО/г), пептококів ($8,84 \pm 0,21$ lg/КЮО/г), умовно-патогенних бактерій ($6,97 \pm 0,41$ lg/КЮО/г) та грибової флори ($4,91 \pm 0,42$ lg/КЮО/г). В групах з моноінвазіями лямбліозу та аскаридозу найчастіше визначали дисбіоз 1-го ступеня. В групі з поєднаною інвазією у більшості пацієнтів реєстрували дисбіоз 3-го ст., а у 5 % — дисбіоз 4-го ст., який не реєструвався при моноінвазіях. Для об'єктивізації даної методики було використано показник ІД. У здорових осіб він становив $1,35 \pm 0,04$, а найнижче значення було в пацієнтів з поєднаною інвазією — $0,49 \pm 0,03$.

Висновки. Інвазія лямбліями й аскаридами характеризується порушенням стану мікрофлори кишечника. При поєднаній інвазії ці порушення були найбільш суттєвими, що підтверджувалось найнижчим значенням індексу дисбіозу.

О.В. Рябоконт, Ю.Ю. Рябоконт,
Т.Є. Оніщенко, Н.С. Ушеніна, О.О. Фурик
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Випадок тяжкого рецидивуючого перебігу лямбліозу у дорослого хворого

Актуальність. Лямбліоз є найчастішою протозойною кишковою інфекцією. Понад 200 млн осіб щорічно мають гострий або хронічний лямбліоз, причому рівень інфікування наближається до 90 % в ендемічних районах (Barash N., 2017). Поширеність лямбліозу серед дитячого населення в 4–8 разів перевищує таку у дорослих (Balduresson S. et al., 2011). Тому на особливу увагу заслуговують випадки тяжкого перебігу лямбліозу в дорослих.

Мета роботи: навести власне клінічне спостереження тяжкого рецидивуючого перебігу лямбліозу в дорослого імунокомпетентного пацієнта.

Матеріали та методи. Проаналізовано історію хвороби (№ 3291) та амбулаторну картку пацієнта Я., 1991 р.н., який перебував на лікуванні в Університетській клініці Запорізького державного медичного університету.

Результати та обговорення. Хворий Я., 1991 р.н., був госпіталізований у терапевтичне відділення 17.10.2016 р. зі скаргами протягом останнього року на випорожнення до трьох разів на добу без патологічних домішок, зниження апетиту, дискомфорт в епігастрії, слабкість, зниження маси тіла на 20 кг, протягом останніх двох тижнів сухий кашель, субфебрилітет. З анамнезу відомо, що в квітні 2016 р. отримувал лікування альбендазолом з приводу лямбліозу, який проявлявся послабленням випорожнення, незначним зниженням маси тіла і дискомфортом в епігастрії, що турбували пацієнта протягом попереднього року. На тлі лікування був регрес клінічних проявів захворювання, однак на контрольне дослідження пацієнт не з'явився. При госпіталізації 17.10.2016 р.: пацієнт зниженого харчування (ІМТ — 16,5 кг/м²), блідий, є субфебрилітет, аускультативно в легенях сухі розсіяні хрипи, при пальпації болючість по ходу кишечника, печінка і селезінка не збільшені. В гемограмі — анемія (ер. — $2,6 \times 10^{12}/л$, Нб — 107 г/л), тромбоцитопенія — $165 \times 10^9/л$, лейкоцитоз — $11,8 \times 10^9/л$, еоз. — 3 %, пал. — 10 %, ШОЕ — 18 мм/г. Залізодофіцитний генез анемії був виключений. Вміст вітаміну В₁₂ в крові було значно знижено до 53,2 пмоль/л (за нормою 142,0–725,0 пмоль/л), а рівень фолатів був ближче до нижньої межі норми. Гіпопротеї-

немія — 53 г/л, гіпоальбумінемія — 32 г/л, функціональні печінкові та ниркові показники в нормі. Дослідження крові на ВІЛ-інфекцію показало негативний результат. Маркери вірусних гепатитів В і С негативні. У калі 21.10.2016 р. виявлені цисти *Lambliа intestinalis*, яйця гельмінтів відсутні. Серологічні дослідження крові не виявили антитіл до *Echinococcus granulosus*, *Toxocara canis* (19.10.2016 р). Езофагогастродуоденоскопія встановила вогнищеву гіперплазію слизової дванадцятипалої кишки, взята біопсія: морфологічна картина хронічного активного дуоденіту з великою кількістю еозинофілів у запальному інфільтраті та наявністю лямблій між ворсинками. При проведенні колоноскопії виявлено явища термінального ілеїту, взята біопсія: патогістологічно спостерігається хронічний активний ілеїт з великою кількістю еозинофілів у запальному інфільтраті. При проведенні комп'ютерної томографії від 26.10.2016 р. в нижніх частках обох легень на тлі посиленого легеневого рисунку, кальцинатів і лінійного фіброзу були множинні вогнищеві тіні, які місцями зливалися в інфільтрати. КТ органів черевної порожнини заочеревинного простору показала збільшення печінки в розмірах на 2,5 см, наявність кіст правої частки печінки, виражену лімфаденопатію черевної порожнини і заочеревинного простору. Пацієнт був проконсультований суміжними спеціалістами, специфічний процес був виключений. Зміни в легенях були трактовані як еозинофільна пневмонія. Пацієнту був встановлений діагноз «лямбліоз, хронічний рецидивуючий перебіг з вираженим токсико-алергічним синдромом з ураженням шлунково-кишкового тракту (гастрит, дуоденіт, термінальний ілеїт), розвитком вторинної ферментопатії з синдромом порушеного всмоктування (ІМТ — 16,5 кг/м²), ураженням легень (двостороння нижньочасткова еозинофільна пневмонія) і розвитком В₁₂-дефіцитної анемії». Пацієнт отримувал метронідазол по 500 мг 3 рази на день протягом 10 днів, комбіновану терапію цефтріаксоном і азитроміцином, метипред в дозі 8 мг щодня, вітамін В₁₂, альбумін в/в, гепатопротектори, ферменти, пробіотики. На тлі терапії нормотермія була через три дні, випорожнення нормалізувалося протягом тижня, покращилося самопочуття, зменшилася вираженість анемії (ер. — $3,4 \times 10^{12}/л$, Нб — 188 г/л), нормалізувалися лейкоформула і протеїнограма, відзначена значна позитивна динаміка рентгенологічної картини легень. Контрольне дослідження калу не виявило цист лямблій при триразовому дослідженні. Пацієнт був виписаний зі стаціонару. Після виписки протягом декількох місяців у пацієнта збільшилася маса тіла, і протягом року скарг не було. Погіршення стану настало в жовтні 2017 р.: болі в епігастрії після їжі, нудота, періодично гіркота в роті, здуття живота. При зверненні в університетську клініку був госпіталізований з 17.10.2017 р.: стан середньої тяжкості, не лихоманив, ІМТ — 18,5 кг/м², відзначалася болючість в пілородуоденальній зоні. У біохімічних показниках без відхилення від норми. Езофагога-

стродуоденоскопія і колоноскопія в жовтні 2017 р.: патологічні зміни зберігалися, проте були істотно менш виражені, ніж у 2016 році. У калі при паразитоскопічному дослідженні виявлені цисти лямблій. З урахуванням рецидивуючого перебігу лямбліозу з токсико-алергічними проявами з ураженням шлунково-кишкового тракту було рекомендоване суворе дотримання етапності призначеного лікування, етіотропна терапія проведена орнідазолом по 500 мг 2 рази на день протягом 5 днів. Контрольне триразове дослідження калу не виявило цист лямблій. У подальшому протягом 2018 року цисти в калі не виявлялися, клінічної симптоматики не було.

Висновки. Наведене клінічне спостереження демонструє тяжкий рецидивуючий перебіг лямбліозу у дорослого пацієнта з розвитком вираженої еозинофільної інфільтрації слизової оболонки кишечника, двосторонньої еозинофільної пневмонії. При цьому для досягнення санації від збудника потребувалося три курси протипаразитарної терапії.

В.Г. Савельєв¹, О.В. Зарудна², О.В. Анікіна³,
О.В. Рябоконт¹, Ю.Ю. Рябоконт¹,
О.О. Фурик¹, Т.Є. Оніщенко¹

¹ Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

² ДУ «Запорізький обласний лабораторний центр
МОЗ», м. Запоріжжя, Україна

³ Багатопрофільна лікарня «VITACENTER»,
м. Запоріжжя, Україна

Випадок фасціольозу з тяжким ураженням печінки в Запорізькій області

Актуальність. Фасціольоз — зоонозний біогельмінтоз із групи трематозодів з фекально-оральним механізмом передачі збудника, що характеризується ураженням гепатобіліарної системи. В світі нараховується від 2,4 до 17 млн хворих на фасціольоз. Клінічні прояви фасціольозу не мають специфічних ознак, тому рання діагностика цієї інвазії становить значні труднощі. На підставі лише клінічних даних запідозрити цю інвазію дуже складно, оскільки схожа клінічна картина може бути при різних захворюваннях, а саме при опісторхозі, вірусних гепатитах, цирозах печінки, холангіті тощо. Частіше за все хвороба вражає домашню худобу (вівці та велика рогата худоба). Людина заражується при вживанні сирій води з забруднених водойм, які використовуються для водопоя сільськогосподарських тварин, а також при вживанні в їжу сирих овочів та зелені з огорожу, що поливаються водою з таких водойм, або вживаючи сирі дикорослі рослини. При заковтуванні личинок фасціол вони з кишечника в печінку потрапляють двома шляхами: гематогенно або за допомогою їх активного просування через перетоніальну порожнину та фіброзну оболонку печінки. Гострий період хвороби збігається з міграцією личи-

нок через паренхіму печінки, що триває 4–6 тижнів, а клінічні прояви міграційної фази характеризуються токсико-алергічною реакцією різного ступеня вираженості. Характерними ознаками міграційної фази є лихоманка, лейкоцитоз з еозинофілією у загальному аналізі крові, можливий розвиток міокардиту. Хронічна стадія, що виникає через 3–4 місяці хвороби, призводить до розвитку проліферативного холангіту з аденоматозними змінами епітелію, гепатомегалії та спленомегалії, біліарного цирозу з появою асцитів. Вираженість клініко-лабораторних змін відповідає ступеню вираженості деструктивно-некротичних змін печінки.

Мета роботи: навести власне клінічне спостереження завізного випадку фасціольозу, який мав тяжкий перебіг.

Матеріали та методи. Проаналізовано історію хвороби пацієнтки, яка перебувала на стаціонарному лікуванні у багатопрофільній лікарні «VITACENTER» м. Запоріжжя.

Клінічний випадок. Хвора К., 1965 р.н., надійшла 08.08.2019 р. у терапевтичне відділення багатопрофільної лікарні «VITACENTER» м. Запоріжжя зі скаргами на жовтяницю, холурію, субфебрилітет, нудоту. При огляді у хворої була виражена жовтяниця шкіри, живіт болісний у правому підребер'ї, збільшення печінки на 5 см. В анамнезі: протягом останніх трьох місяців вживала алкоголь. За даними епідеміологічного анамнезу встановлено, що в квітні 2019 р. була в Уганді, харчувалася місцевою їжею, відвідувала природні водойми. В липні 2019 р. з'явився епізод гіпертермії та шкірного висипу, що супроводжувався свербіжем. З кінця липня у хворої відзначалися болі в правому підребер'ї, свербіж шкіри, слабкість. В серпні зник апетит, з'явилася жовтяниця. Під час лабораторного обстеження виявлено анемію (ер. — $2,5 \times 10^{12}/л$, Нb — 100 г/л), ШОЕ — 46 мм/год, еозинофіли — 0 %. Загальний білірубін — 351,1 мкмоль/л, активність АЛТ — 77 ОД/л, загальний білок — 55 г/л, протромбіновий індекс — 68 %. При ультразвуковому дослідженні виявлено виражені дифузні зміни печінки, портальну гіпертензію, еластографія зафіксувала стадію фіброзу печінки F4; за даними стеатометрії ступінь вираженості стеатозу — S2. При паразитоскопічному дослідженні кала яйця гельмінтів та найпростіші не були виявлені (10.08.2019 р.). На цей час був встановлений клінічний діагноз «хронічний токсичний гепатит, стадія фіброзу F4, некрозо-запальна активність A2, печінкова енцефалопатія 0–I ст». Хворій була проведена базисна терапія (ентеросорбенти, препарати лактулози, інфузійна дезінтоксикаційна терапія, гепатопротектори), проте протягом місяця такого лікування не було досягнуто значущої клініко-біохімічної динаміки. З урахуванням неефективності терапії, що проводилася, хвору повторно обстежили на яйця гельмінтів, за результатами повторного дослідження були виявлені яйця *Fasciola hepatica* (25.09.2019 р.) та, відповідно, діагностовано фасціольоз. Проведено протипаразитарне лі-

кування: празиквантел *per os* в добовій дозі 1800 мг протягом двох діб. Після протигельмінтної терапії зменшилися болі в животі, з'явився апетит, вміст загального білірубину знизився до 32,3 мкмоль/л, активність АЛТ — до 65 ОД/л, загальний білок підвищився до 68 г/л, протромбіновий індекс зріс до 91 %. Однак контрольні паразитологічні дослідження зафіксували повторне виділення яєць *Fasciola hepatica*. Повторний курс антипаразитарної терапії був проведений вже в амбулаторних умовах триклабендазолом *per os* в дозі 10 мг/кг на добу. Після зазначеного протипаразитарного лікування проведені контрольні паразитологічні дослідження не виявили яєць паразита в калі, що дозволило стверджувати про елімінацію збудника. На цей час триває диспансерне спостереження, хвора продовжує лікування гепатопротекторами.

Висновки. Наведене клінічне спостереження демонструє значні труднощі в запідозренні фасціолюзу лише при оцінці клініко-біохімічних проявів та одноразового паразитологічного обстеження. Для підтвердження цього діагнозу при врахуванні даних епідеміологічного анамнезу необхідним є неодноразове дослідження калу на яйця гельмінтів. Доцільним є покращення підготовки лікарів з питань діагностики паразитарних інвазій.

Л.М. Скрипник, Е.В. Павленко,
А.А. Роганкова

Одесский национальный медицинский
университет, г. Одесса, Украина

Клинический случай микст-инфекции лихорадки денге и вирусного гепатита E

Актуальность. Интенсивность миграции населения в последние десятилетия неуклонно возрастает, одна из причин — активное развитие туризма. Число случаев заболевания лихорадкой денге за последние десятилетия во всем мире резко возросло. Согласно оценке ВОЗ, ежегодно лихорадкой денге заражаются 390 миллионов человек, из которых более чем у 90 миллионов имеются клинические проявления (при любой тяжести болезни). В последние годы описаны крупные вспышки лихорадки денге в эндемичных странах, которые являются чрезвычайно популярными туристическими направлениями. В 2019 году многие страны Юго-Восточной Азии, островные государства Тихоокеанского региона представили данные о вспышках этой инфекции (Индия — более 67 000 случаев, Таиланд — более 136 000 случаев, Филиппины — более 271 000 заболевших). Лихорадка денге — арбовирусное трансмиссивное заболевание с широким спектром клинических проявлений, варьирующих от асимптомных форм до тяжелого шока с высоким уровнем летальности. Помимо повышения температуры, выраженного интоксикационного,

артралгического, миалгического синдромов, типичных для лихорадки денге, у ряда больных могут появляться признаки поражения печени. У больных с легким и средней степени тяжести заболеванием может развиваться умеренная гипертрансфераземия, чаще без желтухи, что не является частым и обязательным признаком этого заболевания.

Цель: проанализировать случай микст-инфекции лихорадки денге и вирусного гепатита E (ВГЕ).

Клинический случай. Пациентка Э., 27 лет, обратилась за медицинской помощью в ноябре 2019 года в связи с повышением активности аминотрансфераз. В течение последнего года проживает на Мальдивских островах. Заболела в начале ноября 2019 г., когда ухудшился аппетит, появились слабость, тошнота, умеренная боль в правом подреберье. Периодически отмечала субфебрилитет, в связи с чем принимала парацетамол. 12.11.2019 г. состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 39 °С, присоединилась головная боль, повторная рвота, сильная боль в суставах и мышцах. 13.11.2019 г. была госпитализирована в региональный госпиталь (ADK Hospital Н. Sosun Magu, К. Male'). Учитывая то, что заболевание началось в период текущей вспышки лихорадки денге на Мальдивах, при поступлении назначено серологическое исследование, диагноз был подтвержден обнаружением Dengue Ns1 IgM. При обследовании в общем анализе крови выявлена лейкопения (до $2,1 \times 10^9$) с лимфо-, моноцитозом, тромбоцитопения (до 24×10^9). В биохимическом анализе крови определялась высокая активность АЛТ и АсАТ (1047 и 1113 U/l соответственно) на фоне нормального уровня билирубина. Серологическая расшифровка маркеров вирусных гепатитов не проводилась. На 5-й день после поступления, 17.11.2019 г., больная выписана с улучшением после нормализации температуры и уменьшения болевого синдрома с диагнозом «лихорадка денге, средней тяжести». В лабораторных показателях сохранялась тромбоцитопения и выраженная гипертрансфераземия. После возвращения в Одессу, 22.11.2019 г., обратилась за консультацией на кафедре инфекционных болезней ОНМедУ с жалобами на слабость, недомогание, снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье. При осмотре: пациентка астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сыпи нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотно-эластической консистенции, край заострен. Селезенка у края реберной дуги. Учитывая постепенное начало заболевания с диспептическими проявлениями, высокие показатели АЛТ и АсАТ, что не характерно для среднетяжелого течения лихорадки денге, увеличение печени, пациентка была обследована на маркеры вирусных гепатитов, проводилась инфузионная терапия с включением гептрала, тиотриазолина, аскорбиновой кислоты. При повторном осмотре, 30.11.2019 г., самочувствие

больной удовлетворительное. Желтухи нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Показатели АлАТ и АсАТ — 100 и 29 U/l соответственно, уровень тромбоцитов нормализовался. Маркеры вирусных гепатитов А, В, С, D были отрицательными, при обследовании на ВГЕ выявлены антитела класса IgM и IgG, что позволило поставить диагноз «лихорадка денге, средней тяжести. Острый вирусный гепатит Е, безжелтушная форма, средней тяжести».

Выводы. Одной из особенностей тропических болезней является частая возможность инфицирования более чем одним инфекционным агентом. Развитие полиморфной клинической картины, сочетающей в себе симптомы двух или более инфекционных заболеваний, значительно затрудняет диагностику, а при отсутствии настороженности у медработников возможны диагностические ошибки. В случае развития выраженного цитолитического синдрома необходимо тщательно анализировать клиническую картину, не исключая возможности присутствия в организме больного и других гепатотропных возбудителей, и своевременно проводить дифференциальную диагностику гепатитов.

В.І. Трихліб¹, С.М. Ніколаєнко², О.С. Сагач²

¹ Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна

² ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»,
м. Київ, Україна

Деякі питання стосовно малярії

Актуальність. Останніми роками значно збільшилась кількість осіб, які з різних причин направляються до країн, ендемічних з різних інфекційних захворювань, де можуть перебувати упродовж певного часу і знаходитись в умовах підвищеного ризику інфікування. Подорож у країни з тропічним та субтропічним кліматом пов'язана з підвищеним ризиком для здоров'я — зараженням низкою інфекційних захворювань, зокрема і екзотичними інфекціями. Моряки, льотчики, робітники, мандрівники можуть захворіти вже в країні перебування, але часто і після повернення. У хворих можуть розвинути мікст-інфекції, що ускладнюють своєчасну діагностику та створюють проблеми при лікуванні. На жаль, і лікарі можуть не мати досвіду з лікування низки екзотичних інфекцій (застосування препаратів).

Метою нашої роботи є нагадати лікарям про деякі актуальні питання при малярії.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз карт епідеміологічного розслідування хворих на малярію в Україні та огляд літератури.

Результати та обговорення. За нашими даними, у період із 2009 по 2018 р. в Україні після перебування за кордоном були зареєстровані випадки малярії: 2009 р. — 38 хворих, 2010 р. — 57, 2011 р. — 73, 2012 р. — 67, 2013 р. — 78, 2014 р. — 47, 2015 р. — 55,

2016 р. — 42, 2017 р. — 44, 2018 р. — 47, 2019 р. — 41. Переважно завозилась тропічна малярія, більшість випадків із таких країн: Екваторіальна Гвінея, Нігерія, Конго, Камерун, Ліберія, Конго, С'єрра-Леоне, Чад, Кот-д'Івуар, Гана, Чад, а також триденна, переважно з Індії. За даними літератури та нашими спостереженнями, реєструються і різноманітні мікст-інфекції, що ускладнюють своєчасну діагностику. **Провідні критерії за підозри на малярію:** перебування в ендемічному регіоні протягом останніх двох років (у разі розвитку захворювання в 1-й місяць після прибуття з ендемічної країни — підозра щодо тропічної малярії); громадянство хворих з країн, ендемічних щодо малярії; інтермітентний характер температурної кривої при невідомому захворюванні тривалістю понад 5 днів, а в ендемічних регіонах — понад 2 днів; періодичне підвищення температури тіла (понад 37,5 °С) попри проведену антибактеріальну, противірусну, протигрибкову терапію відповідно до встановленого діагнозу, особливо у хворих із групи ризику (моряки, члени екіпажу літака, особи, які мешкають біля аеропорту чи морського порту, працівники підприємства, куди надходять товари, матеріали з ендемічних країн); розвиток захворювання з гарячкою нез'ясованої етіології через 2 місяці після переливання крові; будь-яке підвищення температури тіла протягом останніх 3 років після перенесеної малярії; прогресивне збільшення селезінки та печінки, наростання анемії при гарячці нез'ясованого походження; захворювання нез'ясованої етіології з гарячкою, анемією та жовтяницею; поява на тлі підвищеної температури тіла (понад 37 °С) ознобу, жару, потіння, ломоти в м'язах, суглобах; наявність класичної тріади малярії: гарячка, анемія, спленомегалія; наявність у хворого з гарячкою, що виникла протягом першого місяця після прибуття з ендемічної країни, де поширена тропічна малярія, нормоцитозу або лейкоцитозу, тромбоцитопенії, спленомегалії. У разі виявлення одного із зазначених вище комплексів ознак необхідно провести дослідження на малярію за допомогою паразитологічного методу («товста крапля») з підрахунком рівня паразитемії. Для лікування дорослих із неускладненою тропічною малярією призначають різноманітні препарати: мефлохін; сульфадоксин-піриметамін, хініну гідрохлорид у поєднанні з доксицикліном, тетрацикліном, кліндаміцином, галофантрином, похідні артемізиніну (артезунат, артезунат + мефлохін, артезунат + сульфадоксин-піриметамін, артеметер та ін.). Є комбіновані препарати (атоваквон + прогуаніл (Malagone®); артеметер + люмефантрин (коартем), артезунат + амодіахін). За відсутності ефекту протягом 14 днів рекомендують препарати другої лінії: артезунат + тетрациклін, або доксициклін, або кліндаміцин. Останнім часом були розроблені та випускаються нові препарати: артезунат 100 мг ректальна форма (Artesunate 100 mg suppositories, Articap), Pyramax® (Pyronaridine tetraphosphate/artesunate (піронаридин-артезунат)), Eurartesim®

(дигідроартемізинін-піпераквін), Winthrop® (арте-сунат-амодіахін), Artesun 60 мг (ін'єкційна форма), Krintafel, Kozenis (тафенохін). З метою профілактики малярії використовують хлорохін, мефлохін, фансидар, а також тафенохін (дорослі: 300 мг основи (500 мг солі), один раз на тиждень; діти: 5 мг/кг основи (8,3 мг/кг солі) (максимальна доза для дорослих), один раз на тиждень). Починають за 1–2 тижні до поїздки, один раз на тиждень під час подорожі та протягом 4 тижнів після від'їзду. Нині є комбінований препарат сульфадоксин-піриметамін + амодіахін для хіміопрфілактики сезонної малярії. У березні 2012 року ВООЗ рекомендувала використовувати сульфадоксин-піриметамін + амодіахін (SPAQ) один раз на місяць протягом 4 місяців упродовж сезону передачі малярії для дітей віком від 3 до 59 місяців. Атоваквон/прогуаніл (маларон) з метою профілактики приймається так: дорослі — по 1 таблетці на день; діти масою тіла 5–8 кг: 1/2 педіатричної таблетки на день; 8–10 кг: 1/2 педіатричної таблетки на день; 10–20 кг: 1 таблетка для дітей на день; 20–30 кг: 2 педіатричних таблетки на день; 30–40 кг: 3 педіатричних таблетки на день; 40 кг і більше: як для дорослих — по 1 таблетці на день. Починати прийом варто за 1–2 дні до поїздки, щодня під час поїздки і протягом 7 днів після від'їзду. MMV, Pfizer і LSHTM спільно розробляють новий комбінований препарат азитроміцину і хлорохін-фосфату для переривчастої профілактики для вагітних жінок.

Висновки. 1. З урахуванням збільшення кількості мігрантів, мандрівників можливе зростання кількості завізних випадків екзотичних інфекцій до України. 2. Існує можливість ввезення завізних мікст-інфекцій, наявності атипичних проявів захворювань, що буде ускладнювати діагностику, лікування. 3. При середньотяжкому стані хворих на тропічну малярію, але при пізньому зверненні, діагностиці, наявності супутніх захворювань, при лікуванні слід підходити як до тяжкохворого.

*Е.В. Усачева¹, Е.В. Рябоконт¹,
О.М. Фирюліна²*

¹ Запорозький державний медичний університет, г. Запорозьке, Україна

² КУ «Областная инфекционная клиническая больница» Запорозькой областной администрации, г. Запорозьке, Україна

Энтеровирусные инфекции: современные клинико-эпидемиологические особенности

Актуальность. Энтеровирусы (ЭВ) — распространенные возбудители разнообразных клинических форм заболеваний: менингитов, экзантем, стоматитов, заболеваний с диарейным и респираторным синдромами. Остаются нерешенными вопросы от-

носительно распространенности этих заболеваний на разных территориях и их других эпидемиологических особенностей.

Цель работы: улучшить диагностику энтеровирусных инфекций у детей и взрослых на основании анализа эпидемиологических особенностей определенных клинических форм в эпидемическом сезоне.

Материалы и методы. Работа проведена в рамках реализации Грантового договора между ЗГМУ и «Региональным учебным центром по научным исследованиям в системе здравоохранения» (Казахстан). Была проанализирована медицинская документация 185 стационарных пациентов, имевших клинические симптомы, характерные для разных форм энтеровирусной инфекции (ЭВИ). По результатам ПЦР (лаборатория ЗГМУ) кала или ликвора выделены группы пациентов с энтеровирусной и неэнтеровирусной инфекцией.

Результаты и обсуждение. У 36,7 % (68 больных) были выделены ЭВ. Среди них преобладали пациенты с менингитом (n = 35). По 9 больных имели следующие клинические формы ЭВИ: экзантема, гастроэнтерит и герпангина. Отмечен подъем заболеваемости ЭВИ в августе — ноябре с преобладанием ЭВ-менингитов в августе-сентябре, а ЭВ-экзантем — в ноябре. Чаше ЭВИ регистрируется у детей 7–12 лет и у детей раннего возраста, с доминированием у детей школьного возраста менингитов, раннего возраста — экзантем.

Выводы. Энтеровирусные инфекции являются распространенными возбудителями серозных менингитов, экзантем и везикулезного поражения ротовой полости у детей раннего и младшего школьного возраста. Имеют место четкая сезонность и возрастные особенности определенных клинических форм энтеровирусных инфекций.

*Е.Н. Усыченко¹, Е.М. Усыченко¹,
В.А. Мозговая²*

¹ Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

² КНП «Одесская городская клиническая инфекционная больница», г. Одесса, Украина

Особенности генетического профиля, биохимического и иммунного ответа у больных хроническим гепатитом В + С

Актуальность. Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи являются одной из ведущих причин хронического воспалительного процесса печени. Количество больных, инфицированных не одним вирусом, а несколькими (микст-гепатит) ежегодно увеличивается. В случае сочетанной инфекции (НСV + НВV) определяется репликация только вируса гепатита С. Только в начале заболевания, возможно, наблюдается репликация двух вирусов, в дальнейшем происходит подавление репликации

одного из вирусов, чаще вируса гепатита В. Данные, полученные при изучении иммунного статуса и цитокинового профиля, нередко противоречивы, что объясняют различным возрастом и длительностью заболевания у обследованных пациентов. Результаты изучения генетического профиля таких пациентов также неоднозначны, что обусловлено малым количеством исследований и неоднородностью этнических групп. Таким образом, проблема сочетанных вирусных гепатитов требует дальнейшего исследования с целью разработки эффективных методов диагностики и прогнозирования исходов болезни.

Целью исследования является изучение иммунного статуса, цитокинового профиля и полиморфизма генов цитокинов IL-4 (C589T), IL-10 (G1082A), TNF- α (G308A) у больных хроническим гепатитом смешанной этиологии (B + C) для более точной оценки степени тяжести течения патологического процесса.

Материалы и методы. Был обследован 31 пациент с хроническим гепатитом B + C, их возраст варьировал от 29 до 66 лет. Для создания контрольной группы были обследованы 30 практически здоровых лиц среднего возраста. Для подтверждения диагноза у всех пациентов определялись HCV RNA и HBV DNA и маркеры гепатитов. Субпопуляции В- и Т-лимфоцитов (CD19+, CD16+, CD8+, CD4+, CD3+) определялись иммунофлюоресцентным методом с использованием набора поликлональных и моноклональных антител. Степень морфологических изменений в печеночной ткани (выраженность фиброза и активность воспалительного процесса) определяли по шкале METAVIR с применением неинвазивного метода Fibrotest. Молекулярно-генетические исследования включали определение полиморфизма генов IL-10 (G1082A), IL-4 (C589T), TNF- α (G308A), исследования проводились на базе Немецкого диагностического центра им. Св. Павла (г. Одесса). Для выявления корреляционных связей между отдельными показателями был применен коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки у пациентов с ХГВ + С не указывали на циклическое течение болезни, выраженность отдельных синдромов была неодинаковой. При анализе основных клинических синдромов в динамике установлено, что у пациентов с ХГВ + С с меньшей степенью фиброза (F0–F1) наблюдались менее выраженные изменения общего состояния, чем у пациентов с выраженным фиброзом (F2–F3). Взаимосвязь фиброза печени, показателей клеточного звена иммунитета и генетического профиля оценивали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Выявлена взаимосвязь таких показателей: обратная умеренная корреляционная связь между степенью фиброза и содержанием CD3+, $p < 0,01$ (у пациентов с ХГВ + С с меньшей степенью фиброза отмечается большее количество CD3+-лимфоцитов); обратная сильная корреляционная связь между степенью фиброза и содержи-

ем CD4+ и CD16+, $p < 0,01$ (у пациентов с ХГВ + С с меньшей степенью фиброза отмечается большее количество CD4+-лимфоцитов); прямая средняя корреляционная связь между степенью фиброза и содержанием CD19+, $p < 0,01$ (у пациентов с ХГВ + С с меньшей степенью фиброза отмечается меньшее количество CD19+-лимфоцитов); прямая сильная корреляционная связь между степенью фиброза и генотипом IL-4 (C589T) (меньшая степень фиброза отмечается у носителей генотипа CC, большая степень фиброза — у носителей генотипа TT); прямая умеренная корреляционная связь между степенью фиброза и генотипом IL-10 (G-1082A) (меньшая степень фиброза отмечается у носителей генотипа AA, большая степень фиброза — у носителей генотипа GG); обратная слабая корреляционная связь между генотипом IL-4 (C589T) и генотипом IL-10 (G-1082A) (у носителей генотипа CC IL-4 отмечается генотип GG IL-10); обратная умеренная корреляционная связь между генотипом IL-4 (C589T) и генотипом TNF (G308A) (у носителей генотипа CC IL-4 отмечается генотип GG TNF- α). Полученные данные о взаимосвязи степени фиброза печени и иммунологических показателей у больных хроническим вирусным микст-гепатитом могут быть использованы в клинической практике для оценки особенностей течения и исхода заболевания для создания индивидуального плана ведения больного.

Выводы. Наличие взаимосвязи степени фиброза и иммунологических показателей у пациентов с ХГВ + С позволяет использовать полученную информацию как один из дополнительных критериев тяжести патологического процесса. Выявленные в пилотном проекте межгенные связи требуют дальнейшего изучения. Возможно использование этой информации в качестве прогностического критерия скорости прогрессирования фиброза печени.

О.О. Фурик¹, К.А. Пак¹, О.В. Рябоконе¹,
Т.Є. Оніщенко¹, В.Г. Савельєв¹,
В.В. Бондарєва², О.М. Фірюліна²

¹ Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

² КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР,
м. Запоріжжя, Україна

Особливості клінічного перебігу Лайм-бореліозу у Запорізькій області

Актуальність. Лайм-бореліоз — одне із найчастіших трансмісивних природно-вогнищевих захворювань, збудником якого є спірохета *Borrelia burgdorferi*, при тривалій персистенції якої індукуються автоімунні та інші імунопатологічні процеси, що сприяє прогресуванню захворювання з розвитком затяжного перебігу та хронізації (Андрейчин М.А. та ін., 2019; Голубовська О.А. та ін., 2018; Малий В.П. та ін., 2018; Попович О.О., 2016).

Мета дослідження: провести ретроспективний аналіз клініко-серологічних даних у хворих на Лайм-бореліоз, які були госпіталізовані у Запорізькій області за період 2015–2019 рр.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 62 медичних карт стаціонарних хворих, які проходили обстеження та лікування у відділеннях КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР» за період 2015–2019 роки. Серед обстежених пацієнтів було 38 (59,7 %) чоловіків і 24 (40,3 %) жінки. Вік хворих коливався від 18 до 79 років, середній вік становив $46,00 \pm 2,17$ року. Діагноз Лайм-бореліозу встановлено за результатами клініко-епідеміологічних даних та підтверджено виділенням у крові відповідних антитіл до збудника методом імуноферментного аналізу. Статистичну обробку даних здійснювали з використанням сформованої бази даних пацієнтів у програмі «Statistica for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Результати та обговорення. Аналіз епідеміологічного анамнезу показав, що найчастіше пацієнти були госпіталізовані у літній період — 35 (56,5 %), рідше навесні — 16 (25,8 %) та восени — 10 (16,1 %) хворих, у зимовий період — 1 (1,6 %) випадок. Також брали до уваги наявність укусу кліща в анамнезі, при цьому серед усіх хворих на Лайм-бореліоз лише у 50 (80,6 %) пацієнтів чітко на це вказували. З урахуванням вираженості ознак інтоксикації у пацієнтів було діагностовано легкий перебіг захворювання у 9 (14,5 %), середньотяжкий — у 53 (85,5 %) хворих, тяжкий — не виявлено. Залежно від тривалості захворювання у більшості пацієнтів зареєстровано гострий перебіг — 56 (90,3 %), також мали місце поодинокі випадки затяжного — 2 (3,2 %) та хронічного перебігу — 4 (6,5 %). При аналізі клінічних даних виявлено, що у пацієнтів із гострим перебігом Лайм-бореліозу форма перебігу захворювання була еритемною — 50 (89,28 %), значно рідше шкірно-суглобовою — 3 (5,36 %) і безеритемною — 2 (3,57 %), також зареєстровано 1 (1,79 %) випадок з безеритемною формою з ураженням суглобів та нервової системи. За аналізом еритемних форм захворювання виявлено, що найчастішою локалізацією місцевих проявів (мігруюча еритема) були нижні кінцівки (26 (52 %) пацієнтів), рідше — верхні кінцівки (9 (18 %)) й інші поодинокі випадки спостерігались на передній поверхні грудної клітки та передній стінці черевної порожнини, молочної залози, ділянці попереку, мошонки, вуха. Під час аналізу зареєстровано розміри діаметра мігруючої еритеми від 0,5 см із збільшенням в динаміці до 40 см, з наявністю свербіжних шкіри лише у 9 (18 %) пацієнтів. При оцінці результатів серологічного дослідження встановлено, що обстежено на наявність антитіл (IgM, IgG) до збудника захворювання лише 54 (87,1 %) пацієнти з 62 хворих. Аналіз результатів у пацієнтів із гострим перебігом Лайм-бореліозу серед обстежених 48 осіб встановив, що у 6 (12,5 %) пацієнтів специфічні антитіла не були виявлені, тобто вони мали негативний результат, а відповідно, і рівень анти-

тіл був позитивним лише у 48 (87,5 %). У 14 (25 %) хворих із гострим перебігом Лайм-бореліозу діагноз був встановлений клініко-епідеміологічно. Всі пацієнти як із затяжним, так і з хронічним перебігом захворювання мали позитивні результати антитіл до *Borrelia burgdorferi*.

Висновки. В Запорізькій області Лайм-бореліоз реєструється переважно навесні (25,8 %) та влітку (56,5 %), в епідеміологічному анамнезі укусу кліща має місце у 80,6 % пацієнтів. У переважній більшості хворих формується гострий перебіг (90,3 %) у вигляді еритемних форм (89,28 %) з найчастішою (52,0 %) локалізацією еритеми на нижніх кінцівках. Серед пацієнтів із гострим перебігом захворювання зареєстровано наявність антитіл (IgM, IgG) до збудника захворювання у 87,5 % хворих серед обстежених осіб. У кожного четвертого пацієнта Лайм-бореліоз було діагностовано за клініко-епідеміологічними даними.

Т.В. Чабан

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Профілактика — запорука вдалої подорожі

З метою усунення або зниження потенційного ризику виникнення хвороб під час подорожі або повернення додому мандрівники мають бути обізнаними щодо можливих інфекційних захворювань, властивих не лише країні, яка буде відвідана, але й характерних під час поїздки взагалі. Згідно з чинним законодавством турагенти і туроператори зобов'язані надати інформацію про небезпеки під час подорожі, а мандрівникам слід відвідати лікаря з метою отримання профілактичних призначень. Однак, з одного боку, представники туристичних компаній не завжди попереджують майбутніх мандрівників про інфекційні захворювання, ендемічні для різних країн. А з іншого боку, самі мандрівники порою відносяться до цього аспекту подорожі не з належною відповідальністю. Головна проблема для лікаря під час розмови з туристами — переконати їх у необхідності дотримання засобів особистої профілактики, пояснити, що безпека під час подорожі та збереження здоров'я залежать насамперед від самої людини. Слід роз'яснити, що застосування лікарських препаратів із профілактичною метою не забезпечує 100% захист від хвороб. Під час планування подорожі слід врахувати потенційний ризик і з'ясувати, як уникнути або зменшити ризик зараження інфекційними захворюваннями. Мандрівники та спеціалісти з медичної допомоги мають бути поінформовані про будь-які спалахи захворювань у регіоні, що їх цікавить. Важливою особливістю інфекційних хвороб мандрівників є й те, що збудники ендемічних інфекцій можуть бути завезеними до епідеміологічно благополучних країн і спричинити значну шкоду здоров'ю, викликати надзвичайну си-

туацію. Слід урахувати також можливість повернення інфекцій, які тривалий час на території розвинутих країн вважалися ліквідованими. На жаль, на сучасному етапі привертає до себе увагу низький рівень знань лікарів нашої країни стосовно інфекційних хвороб мандрівників, профілактики цих захворювань, особливо з урахуванням різних регіонів світу. Наслідком цього порою є діагностичні помилки, що сприяють пізньому призначенню ефективного лікування, тяжкому перебігу захворювання, особливо якщо таке захворювання належить до категорії так званих «екзотичних» хвороб.

Т.В. Чабан, В.М. Бочаров, С.Я. Лаврюкова,
Н.С. Пастерначенко, В.Є. Мацюк

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Випадок генералізованої форми лептоспірозу

Актуальність. За даними ВООЗ, щорічно реєструється близько 500 тисяч випадків лептоспірозу в усьому світі, при цьому летальність становить 5–30 %. За 2019 рік було зареєстровано кілька спалахів лептоспірозу в Індії, де захворіли 1520 осіб, 28 — померли, в Австралії — захворіли 62 особи, 2 — померли, у Нігерії — захворіли 183 особи, 33 — померли. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, за 12 місяців 2019 року в нашій країні зареєстровано 295 випадків лептоспірозу порівняно зі звітним періодом 2018 року — 273 випадки, що на 8,0 % перевищує показники 2018 року. Лептоспіроз на півдні України є одним із найбільш поширених і небезпечних природно-вогнищевих зоонозів. Показник захворюваності осіб із лептоспірозом в Одеській області — 3,6–4,8 на 100 тис. населення, Миколаївській — 4,2–4,6 на 100 тис. населення, особливо в їх північних районах — 6,1–7,3 на 100 тис. населення, що завжди перевищував середньоукраїнські показники — 3,8 на 100 тис. населення. В Одеській області відзначені дві зони з найбільшою поширеністю лептоспірозу. У північній частині це території Савранського, Любашівського, Балтського і Миколаївського районів із максимумом у Савранському районі — 16,79 на 100 тис. населення. На півдні області — Ізмаїльський, Кілійський та Ренійський райони із максимумом в останньому — 2,22 на 100 тис. населення. Інтенсивність епідемічного процесу у 2015–2019 рр. підтримувалася як за рахунок сільського (55,0 %), так і міського населення (45,0 %). В Одеській області сезонний підйом спостерігається із серпня до листопаду, з піком у вересні.

Клінічний випадок. Наводимо випадок тяжкого перебігу лептоспірозу, ускладненого гострою печінково-нирковою недостатністю, криптоковим менінгітом та позалікарняною полісегментарною пневмонією. Хворий П., 17 років, захворів гостро у вересні 2019 р.: підвищення температури

тіла до 39,0 °С, головний біль і виражений біль у литкових м'язах. З анамнезу відомо, що за 14 днів до початку хвороби був на риболовлі на річці Кодима. Звернувся до лікаря на третю добу хвороби, але діагноз «лептоспіроз» був установлений лише через три доби після появи у хворого жовтяниці та затримки сечі. Об'єктивно: стан дуже тяжкий, свідомість ясна, контактний, але швидко виснажується. Іктеричність шкіри, слизових оболонок і склер, геморагічний висип у місці ін'єкцій, ротоглотка слабо гіперемована, язик обкладений білим нальотом. Серцева діяльність ритмічна, тони приглушені, пульс задовільних властивостей, ритмічний. Над легеньми дихання ослаблене, дрібнокаліберні хрипи. Живіт м'який, безболісний, доступний глибокій пальпації, печінка +3,0 см, м'якої консистенції, край закруглений. Селезінка +2,0 см. На рентгенограмах грудної клітки: упродовж легеневої тканини зниження пневмотизації легень, множинні дрібновогнищеві тіні. Корні малоструктурні. Хворому призначали антибактеріальну терапію у вигляді меронему, офлоксацину, канаміцину. Хворому встановлений клініко-епідеміологічний діагноз «лептоспіроз, тяжкий перебіг. Позалікарняна полісегментарна пневмонія. ДН І. Гостра печінково-ниркова недостатність». Хворому проводилася інфузійна терапія розчинами: глюкози, Рингера, альбуміну, реополіглокіну. Під час лікування і діагностики постійно виникали суперечливі думки з приводу диференціальної діагностики генералізованого лептоспірозу та туберкульозного процесу за клініко-інструментальними даними. В Україні лептоспіроз залишається одним із небезпечних зоонозних інфекційних захворювань для населення. Даний випадок описаний нами через особливості перебігу та характеру хвороби: привертають увагу поліморфізм клінічних проявів, спірні моменти в диференціальній діагностиці клініко-лабораторних та інструментальних даних. Слід відмітити знижену настороженість сімейних лікарів щодо клініки, діагностики й епідеміології лептоспірозу.

Т.В. Чабан, О.А. Герасименко,
В.М. Бочаров, Н.С. Постарначенко,
В.Є. Мацюк, Н.М. Соколан

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Шкірний лейшманіоз: сучасний стан проблеми

Лейшманіози посідають перше місце за поширеністю в тропічній медицині: реєструються в 98 країнах світу, де піддаються ризику зараження більше ніж 350 млн осіб. За оцінками експертів ВООЗ, щорічно виникають від 0,7 до 1,2 млн нових випадків лейшманіозів. Захворювання, на жаль, погано діагностується, тому багато випадків залишаються нерозпізнаними. У зв'язку з цим можна

припустити, що в ендемічних районах захворюваність вища, ніж реєструється. Протягом 2018–2019 років під наглядом в КМП МКІЛ ОМР перебували на лікуванні троє хворих зі шкірною формою лейшманіозу: 1 — мешканець Тунісу, 2 — громадяни України, які виїжджали на відпочинок до Перу та Афганістану. Аналіз випадків лейшманіозу показує, що після повернення з ендемічної території клінічні прояви спостерігалися протягом одного місяця до звернення хворих по допомогу. Сімейні лікарі пізно встановили попередній діагноз. Мешканець Тунісу звернувся по медичну допомогу зі скаргами на наявність виразки округлої форми, із нерівними краями, із дрібнозернистим дном із гнійним нальотом на стопі розміром 1 см, навколо якої спостерігався інфільтрат. Також інфільтрати були виявлені на боковій половині тулуба та в нижній третині лівої гомілки, що сверблячою не супроводжувались. У хворого, який повернувся з Перу, виразки розташовувались на носі. Шкірний дефект із виразкою розмірами 3 × 8 см, 1 × 2 см та в препуції. Обидва дефекти вкриті шаруватим струпом бурого забарвлення з вираженою інфільтрацією. Діагноз шкірної форми лейшманіозу був підтверджений виявленням *L. tropica* при мікроскопічному дослідженні матеріалу з виразок. Однак слід підкреслити, що етіотропне лікування хворих почалося із затримкою у зв'язку з відсутністю специфічних зареєстрованих засобів лікування в Україні. На наш погляд, слід звернути увагу лікарів сімейної медицини на ретельне з'ясування даних епіданамнезу, які є вкрай важливими для діагностики. З огляду на величезну міграцію населення останніми роками можна очікувати появу «незвичайних» хвороб не лише в іноземців, але й у мешканців нашої країни. Також викликає особливу тривогу відсутність в Україні зареєстрованих препаратів для лікування тропічних хвороб, зокрема лейшманіозу, у мандрівників. Така ситуація, на жаль, може призвести до важкого ускладненого перебігу захворювання. Важливим є й те, що при виникненні сприятливих умов можна очікувати поширення інфекції серед населення південних регіонів України.

Т.В. Чабан, О.В. Кузьміна

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Етіологічні чинники діареї мандрівників

Актуальність. Діарея мандрівників — інфекційна хвороба, пов'язана з подорожами. Рівень захворюваності коливається від 30 до 70 % і залежить від пункту призначення та сезонності. В Україні особливу групу становлять іноземці, які тимчасово або постійно проживають на території, здійснюють періодичні поїздки в країну походження та імунітет яких проти ендемічних захворювань на їх батьківщині перебільшується.

Мета — вивчення етіологічного спектра можливих патогенів, що викликають діарею мандрівників.

Матеріали та методи. Нами були досліджені іноземні інтернет-ресурси.

Результати. Епідеміологія та клінічні особливості діареї мандрівників вперше були описані в 1963 році. Серед етіологічної різноманітності збудників бактерії виходять на перший план. Значна частина припадає на ентеротоксигенні штами *E. coli*, менша — *Campylobacter jejuni*, *Shigella* spp. і *Salmonella* spp. Усе частіше обговорюються види *Aeromonas*, нещодавно виявлені *Acrobacter*, *Larobacter*, *Bacteroides fragilis* як потенційні причини діареї мандрівників. Невиправдане використання антибіотиків при гострій кишковій інфекції, а також хіміопрофілактика малярії можуть послужити фактором розвитку діареї, асоційованої з *Clostridium difficile*. Це особливо важливо враховувати в пацієнтів із діареєю, несприйнятливою до кількох курсів емпіричної антибіотикотерапії. *Giardia intestinalis* — найбільш частий патоген, що викликає діарею мандрівника. Без лікування симптоми зберігаються місяцями навіть в імунокомпетентних осіб і призводять до ускладнень. Іншими рідкісними причинами можуть бути *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica*, *Microsporidia* і *Cystoisospora*. Паразитарна інвазія найчастіше діагностується в мандрівників, які повертаються, що обумовлене більш тривалим інкубаційним періодом, а також призначенням антибіотиків. Рота- та норовіруси виступають рідкісним фактором, однак останні були причиною спалаху на круїзних судах. Оскільки *E. coli*-штам O157:H7 рідко виявляють у пацієнтів, ризик розвитку гемолітикоуремічного синдрому невисокий. Інші ускладнення включають синдром Гієна — Барре, після ентериту, викликаного *Campylobacter*, — псевдомембранозний коліт, синдром подразливого кишечника та інші.

Висновки. Таким чином, терапія діареї мандрівників повинна враховувати етіологічний спектр для запобігання розвитку персистуючої діареї та постінфекційних ускладнень у пацієнтів. Сімейні лікарі повинні мати більшу настороженість щодо таких пацієнтів, в усіх пацієнтів із діареєю має бути ретельно зібраний анамнез і проведена відповідна діагностика.

Т.В. Чабан, О.М. Майстренко,
О.С. Совірда, О.О. Герасименко

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Сучасні аспекти поширення малярії в Європейському регіоні

Малярія — поширене небезпечне для життя захворювання, що зустрічається в багатьох тропічних і субтропічних районах. Географічний ареал малярії обмежений зоною поширення переносників — комарів роду *Anopheles* і температурою зовнішнього

середовища, що забезпечує завершення спорогонії в організмі комара. Мінімальна температура для спорогонії *P. vivax* — +16 °С, а для *P. falciparum* — +19–20 °С. Завдяки проведенню широкого комплексу протиепідемічних заходів на території України після 1951 року місцеві випадки малярії не реєструвалися. Однак слід пам'ятати, що на території нашої країни комари роду *Anopheles* досі поширені, а через глобальні зміни клімату їх активність буде дедалі зростати. Збільшення інфікованих малярійними паразитами осіб завдяки глобалізації та урбанізації може призвести до формування місцевих вогнищ малярії. Подібна ситуація вже спостерігається у Європейському регіоні. Так, у зв'язку з підвищенням середньорічної температури навколишнього середовища Середземноморська Європа зараз є тропічною областю, де комахи, що несуть мікробні агенти, вже закріпилися. Але зміна клімату не є єдиним чинником, що сприяє збільшенню трансмісійних захворювань у Європі. Велика кількість біженців з ендемічних з малярії країн, які мешкають у європейських країнах, створює велику епідеміологічну небезпеку. Особливо великий ризик становлять мігранти з країн, ендемічних із малярії, які тривалий час проживають у регіонах, в яких малярія відсутня, оскільки, відвідуючи друзів і родичів на Батьківщині, вони піддаються підвищеному ризику зараження через ослаблення або втрату імунітету проти малярії. Повернення інфікованих мігрантів до Європи сприяє ввезенню малярії з ендемічних регіонів із загрозою відновлення місцевої передачі хвороби. Крім того, останнім часом у Європі реєструються випадки завезення малярії з невстановленою причиною зараження — аеропортна, багажна, випадкова, трансфузійна тощо. Малярія, спричинена *Plasmodium falciparum*, є важливою причиною захворюваності та смертності в усьому світі, але вона не є ендемічною для Європи. Але нещодавно в Нідерландах двом пацієнтам африканського походження був поставлений діагноз «тропічна малярія» без анамнезу поїздок в ендемічні країни протягом останніх 5 років. Але обидва хворі повідомляли, що під час подорожей у Іспанію, Італію, Францію та Бельгію вони залишалися з іммігрантами, які нещодавно повернулися з Африки. Деякі з них хворіли та мали лихоманку. Також умови життя там були поганими, із великою кількістю кімнатних комарів, у тому числі комарів. У вересні 2017 року в північному регіоні Італії, який вважається вільним від церебральної форми тропічної малярії, померла від неї чотирирічна дівчинка. З країни дівчинка не виїжджала. Є припущення, що вона інфікувалася *Plasmodium falciparum* від однієї дитини з двох дітей, які заразилися малярією в Африці та лікувалися в місцевій лікарні в кінці серпня. Ці спостереження підкреслюють важливість настороженості медичних працівників щодо малярії в пацієнтів із лихоманкою навіть без епідеміологічного анамнезу поїздки в традиційно ендемічні з малярії країни. Загроза завезення в Україну малярії, а також можливість формування місцевих

вогнищ через зміну клімату, глобалізацію й урбанізацію вимагають від лікарів будь-якої спеціальності знань із своєчасної діагностики та профілактики цього грізного захворювання.

Т.В. Чабан, О.С. Совірда,
О.М. Майстренко

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Епідеміологічна ситуація з коронавірусної інфекції

Перші випадки SARS-CoV (тяжкий гострий респіраторний синдром) були зареєстровані в південній частині Китаю (провінція Гуандун) у формі незвичної епідемії тяжкої пневмонії в листопаді 2002 року. У 2003 році виник міжнародний спалах захворювання, під час якого було зареєстровано 8098 випадків патології, а також 774 (9,6 %) випадки смертей. SARS-CoV, що з'явився у 2002–2003 рр. і вразив 29 країн менше ніж за 5 місяців, показав, наскільки стрімко в сучасному суспільстві може поширюватися епідемія, спричинена новим патогеном, завдяки повітряним сполученням. 31 грудня 2019 року ВООЗ була сповіщена про декілька випадків вірусної пневмонії, зареєстрованих у місті Ухань, провінції Хубей, Китай, викликаній невідомим патогеном. А 7 січня 2020 року інформація про новий вірус була підтверджена, збудник був віднесений до коронавірусів (2019-nCoV). Коронавіруси (CoV) становлять собою велике сімейство вірусів, які викликають захворювання, починаючи від звичайної застуди і закінчуючи більш тяжкими захворюваннями, такими як близькосхідний респіраторний синдром (MERS-CoV) і тяжкий гострий респіраторний синдром (SARS-CoV). Новий коронавірус (nCoV) є новим штамом, який раніше не був ідентифікований у людей. Загальні ознаки інфекції включають респіраторні симптоми, гарячку, кашель, задишку й утруднене дихання. У більш тяжких випадках інфекція може викликати пневмонію, тяжкий гострий респіраторний синдром, ниркову недостатність і навіть смерть. Згідно з наявною інформацією на ранок 05.02.2020 р., зареєстровані 24 505 підтверджених випадків 2019-nCoV-інфекції і 493 випадки смерті; тяжких випадків близько 20,0 %. Летальність від 2019-nCoV-інфекції — близько 2 %, що значно нижче від летальності від грипу (5 %) та SARS-CoV (близько 10 %). За межами Китаю діагностовано 213 випадків (1 смерть) — в Гонконгу, Японії, Таїланді, Сінгапурі, Південній Кореї, Малайзії, В'єтнамі, США, Канаді, Австралії, Франції, Німеччині, на Філіппінах, загалом — у 26 країнах. Крім того, у Таїланді та Гонконгу зареєстровано декілька випадків інфекції в осіб, які ніколи не подорожували і не були в Китаї. Це означає, що вони могли інфікуватись від інших осіб, які виїжджали за межі країни. Міжнародна асоціація мандрівників (ISTV) рекомен-

дує уникати поїздок до Китаю. Якщо неможливо відкласти поїздки, вона надає поради щодо заходів профілактики коронавірусної інфекції: необхідно дотримуватись мір самозахисту, не збиратись гуртом, уникати черг та малопровітрюваних приміщень; якщо виник кашель, гарячка чи утруднене дихання, звертатись у медичні заклади, а за потреби звертатись до Міжнародного центру мандрівників у даній місцевості. ВООЗ визнала поширення нового коронавірусу надзвичайною ситуацією міжнародного масштабу, але підстав говорити про пандемію поки що немає. Незважаючи на те, що за версією ВООЗ, йдеться про боротьбу з окремими вогнищами хвороби, лікарі повинні особливу увагу приділяти збору епідеміологічного анамнезу в осіб, які відвідували Китай та інші країни, в яких зареєстровано 2019-нCoV-інфекцію, ретельно аналізувати всі нетипові тенденції захворювань, що супроводжуються тяжким гострим респіраторним синдромом або пневмонією, та проводити діагностику коронавірусної інфекції в підозрілих випадках.

Т.В. Чабан, М.І. Чубач, Н.С. Пастерначенко,
В.Є. Мацюк, В.М. Бочаров

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Аналіз завезених випадків малярії за даними КНП «Міська клінічна інфекційна лікарня» ОМР

Актуальність. Малярія залишається однією з найнебезпечніших хвороб людини. За останнє десятиліття малярія посіла перше місце серед інфекційних захворювань за числом смертних випадків. За оцінками ВООЗ, у 2018 р. у всьому світі на малярію захворіли 228 мільйонів осіб. Більшість випадків захворювання була зареєстрована у Африканському регіоні (213 мільйонів випадків), Південно-Східній Азії, Південній і Північній Америці і Східному Середземномор'ї. В Україні передача малярії комарами не відбувається і наразі усі зареєстровані випадки захворювань завезені. Переважно останнім часом спостерігаються випадки захворювань, завезених із країн Західної та Центральної Африки. Актуальність малярії для жителів України обумовлена зростаючою кількістю осіб, які відвідують ендемічні регіони. У 2018 р. у країні діагностовано 43 завісні випадки малярії, у 2017 р. — 47 випадків, у 2016 р. — 43 випадки малярії, один із постраждалих помер.

Мета: проаналізувати історію хворих на малярію, які лікувались у КНП «Міська клінічна інфекційна лікарня» ОМР.

Матеріали та методи. За період 2017–2019 рр. у КНП «Міська клінічна інфекційна лікарня» отримали лікування 23 хворі на малярію (2017 р. — 8, 2018 р. — 7 і 2019 р. — 8 хворих). Середній вік хворих становив $34,09 \pm 0,01$ року (наймолодшому — 19 років, старшому — 72). Серед хворих були 20 чоло-

віків і 3 жінки. Хворі перебували в країнах Африки (Демократична Республіка Конго, Камерун, Марокко, Бенін, Танзанія, Мозамбик, Намібія, Гвінея, Гана, Судан, Ліберія, Сьєрра-Леоне, Нігерія, Ангола) — 20 осіб (86,96 %) та Азії (Індія, Китай, Пакистан). Слід зазначити, що індивідуальну хіміопрофілактику отримували лише 1 хворий (4,35 %). Хворі зверталися по медичну допомогу в середньому на $5,52 \pm 0,01$ день (мінімальний проміжок до звернення за лікуванням — 1 день і максимальний — 21 день). Найчастіше виявлялися такі збудники малярії: *Pl. falciparum* + *Pl. ovale* — 8 випадків, *Pl. falciparum* + *Pl. vivax* — 1, *Pl. falciparum* + *Pl. malariae* — 1, *Pl. falciparum* — 8, *Pl. ovale* — 2, *Pl. vivax* — 1, *Pl. malariae* — 1, неуточнена малярія — 1. Мікст-малярія зареєстрована в 10 (43,48 %) випадках. Рецидиви малярії спостерігалися в 6 (26,09 %) хворих: *Pl. falciparum* — у 2 (8,70 %), *Pl. falciparum* + *Pl. vivax* — в 1 (4,35 %), *Pl. falciparum* + *Pl. malariae* — в 1 (4,35 %), *Pl. falciparum* + *Pl. ovale* — в 1 (4,35 %), *Pl. ovale* — в 1 (4,35 %). При зверненні по медичну допомогу попередній діагноз був такий: малярія — у 19 випадках (83 %), пневмонія — в 1 випадку (4,35 %), гепатит — в 1 (4,35 %), харчове отруєння — в 1 (4,35 %), тривала гарячка — в 1 (4,35 %). У середньому температура тіла у хворих підвищувалась до $38,7 \pm 0,1$ °С. Слід відзначити, що в 17,39 % хворих цифри гарячки перевищували 40 °С. Тривалість гарячки від початку лікування в середньому становила $4,9 \pm 0,1$ дня (від 1 до 21 дня). Збільшення розмірів печінки відмічали у всіх 23 хворих, селезінки — у 22. У загальноклінічних аналізах крові хворих показники кількості еритроцитів становили в середньому $3,83 \pm 0,01$ Т/л, гемоглобін — $121,4 \pm 0,5$ г/л (в одного хворого — 51 г/л), загального білірубін — $40,0 \pm 0,5$ мкмоль/л. Загальний аналіз сечі в більшості хворих був без відхилень від норми, у 2 (8,69 %) випадках спостерігали протеїнурію, лейкоцитурію й еритроцитурію. У 4 (17,39 %) хворих на малярію розвинулися ускладнення: анемія — у 3 випадках, малярійна кома — в 1 випадку, гостра ниркова недостатність — в 1 випадку, гостра печінково-ниркова недостатність — у 2 випадках, пневмонія — в 1 випадку. Усі хворі отримали етіотропну терапію (протималярійні препарати: артезунат, люмефантрин, ларіам, хінін, примахін, доксициклін, плаквеніл, далагін, далацин, маларон) залежно від виду збудника, патогенетичне і симптоматичне лікування. У середньому негативний результат паразитоскопії відмічався на $5,4 \pm 0,1$ дня лікування протималярійними засобами. Тривав до 12 днів, виявлялися плазмодії в крові у хворої на мікст-малярію (*Pl. falciparum* + *Pl. ovale*), яка захворіла на 10-й день після прибуття з Нігерії. У хворої розвинулися ускладнення — малярійна кома, поліорганна недостатність (гостра печінково-ниркова недостатність, пневмонія, гостра ниркова недостатність).

Висновки. В Україні зростає кількість осіб, які відвідують ендемічні регіони з малярії й не отримують хіміопрофілактики. Частіше спостерігаються випадки мікст-малярії. У сімейних лікарів відсутня

настороженість щодо малярії, що призводить до пізньої діагностики захворювання та можливого розвитку тяжкого перебігу захворювання.

Л.Р. Шостакович-Корецька,
М.А. Николайчук, І.В. Будаєва,
В.Д. Ткаченко, О.А. Турчина, М.О. Турчин
ДЗ «Дніпропетровська медична академія»,
м. Дніпро, Україна

Зрівняльний аналіз аланінамінотрансферази у хворих із хронічним гепатитом С залежно від рівня вітаміну D та ступеня фіброзу печінки

Актуальність. Останніми десятиріччями все більше клінічних досліджень свідчить про наявність та негативний вплив дефіциту вітаміну D у хворих із хронічним вірусним гепатитом С. Дефіцит вітаміну D залежить від перебігу захворювання і може визначати його характер. Дефіцит або недостатність вітаміну D спроможні спричинити резистентність до противірусної терапії.

Мета дослідження: провести зрівняльний аналіз аланінамінотрансферази у хворих із хронічним гепатитом С залежно від рівня вітаміну D та ступеня фіброзу печінки.

Матеріали та методи. Були обстежені 100 пацієнтів, хворих на хронічний гепатит С (ХГС), у м. Дніпро (Україна), які не отримували противірусної терапії раніше. Усі хворі були розподілені на 2 групи залежно від рівня вітаміну D: I група — хворі на ХГС із нормальним рівнем вітаміну D ($n = 18$), II група — хворі з ХГС із зниженням вітаміну D (недостатність та дефіцит, $n = 82$). Ці групи розподілені на підгрупи залежно від стадії фіброзу у дві когорти: хворі з F1–F2 (помірний або незначний фіброз) і хворі з F3–F4 (відбитий фіброз). Вірус гепатиту С був підтверджений виявленням РНК-НСV (ПЛР тест-системами CFX96 (BioRad, США); у режимі реального часу (Roche Molecular Systems, California)). Визначення 25(OH)D проведене електрохемілюмінесцентним методом на апараті Eclia (Roche Diagnostics, Швейцарія). Усі хворі були досліджені на рівень аланінамінотрансферази (АЛТ) кінетичним методом. Статистика обчислена методами варіаційної статистики (програма STATISTICA 6.1).

Результати та обговорення. Стадія фіброзу визначає ступінь порушення метаболізму вітаміну D при ХГС. У I групі з нормальним вмістом вітаміну D стадії F1–F2 (помірний або незначний фіброз) реєструвалися в 2,5 рази частіше, ніж стадії тяжкого фіброзу печінки F3–F4 (F1–F2: $n = 13$ (72,2 %); F3–F4: $n = 5$ (27,8); $p < 0,05$), тоді як у II групі на фоні дефіциту та недостатності вітаміну D це співвідношення становило практично 1,15 : 1 (F1–F2: $n = 45$ (54,9 %); F3–F4: $n = 37$ (45,1 %), $p > 0,05$). Як у I групі, так і в II групі є взаємозв'язок між стадією фіброзу та рівнем

вітаміну D: коефіцієнт кореляції Спірмена в I групі $r = 0,16$, $p = 0,51$ — прямий зв'язок: чим менший фіброз печінки, тим більша ймовірність, що вміст вітаміну D буде в межах норми, у II групі $r = -0,012$, $p = 0,90$ — обернений зв'язок: чим більший гепатифіброз, тим більша ймовірність недостатності та дефіциту вітаміну D. Показники АЛТ підвищені в більшості хворих I групи (із нормальним рівнем вітаміну D, стадія фіброзу F1–2: $n = 15$ (83,3 %)) і в половині хворих II групи (із порушенням вітамін-D-статусу — $n = 44$ (53,7 %)); співвідношення між I та II групами — 1,55 : 1 ($p < 0,05$). Рівень підвищення був незначним і становив 1,7–1,9 від максимального показника норми (54–60 Од/л — для хронічного вірусного гепатиту С характерні мінімальна активність цитолітичних процесів у печінці).

Висновки. Стадія фіброзу має певний вплив на особливості метаболізму вітаміну D при ХГС: у I групі з нормальним вмістом вітаміну D стадії F1–2 (помірний або незначний фіброз) реєструвалися у 2,5 рази частіше, ніж стадії тяжкого фіброзу печінки ($p < 0,05$), тоді як у II групі на фоні дефіциту та недостатності вітаміну D це співвідношення становило практично 1 : 1 ($p > 0,05$). Реєстрації цитолітичного синдрому спостерігалися у хворих із нормальним рівнем вітаміну D на фоні F1–2 в 1,5 рази частіше, ніж у хворих II групи з дефіцитом.

L.R. Shostakovich-Koretskaya,
I.V. Budayeva, N.K. Kosheleva
State Establishment "Dnipropetrovsk Medical
Academy of Ministry of Health of Ukraine",
Dnipro, Ukraine

Case of mixed infection of salmonellosis and infestation with the larvae of mosquito *Culex* in a 9-year-old child

Introduction. Infestation (from the Latin *Infestare* — attack) — infection of the human or animal body with parasites (insects, mites and other arthropods). Infestations belong together with hirudinosis and helminth infections to the group of invasive parasitic diseases.

Clinical presentation. The clinical observation presented by us in a 9-year-old child is a mixed infection of gastrointestinal form of salmonellosis (*S. enteritidis* D) in combination with gastrointestinal infestation by the larvae of the present mosquito (*Culex*), which is widespread in Ukraine. A person can become infected with eggs or larvae of mosquitoes by using poor quality water, liquid food, swimming in reservoirs with stagnant water. Child V. was admitted on the first day of the disease in a moderately severe condition with complaints of weakness, anorexia, shortness of breath of mixed character, rare dry cough, presence of puffiness in the face and elements of the urticaria exanthema on the face, trunk and extremities, small inspiratory dyspnea, sneezing, obstruction of nasal breathing, moderate serous discharge from the nose.

Epidemiological history: possible infection with eggs or larvae of mosquitoes occurred as a result of unboiled water or liquid products, on the surface of which female mosquitoes lay their eggs. According to the mother, the family uses water, which is stored in a jar without a lid. Water is replaced as used, but not every day. The child did not swim in the waters. The child fell ill in early May, at that time of year when there was an active mosquito breeding.

Anamnesis of the disease. The child became seriously ill when the above mentioned complaints appeared, the temperature did not rise. On the 2nd day of disease, the child's body temperature rose to 38.7 °C, multiple vomiting appeared (up to 20 times a day), anorexia, cramping abdominal pain, nausea, watery diarrhea started up to 20 times a day on the 3rd day of the disease, thirst, dry skin, decreased diuresis. At the background of exicosis of 2nd degrees, metabolic ketoacidosis joined (intense smell of acetone in exhaled air, urine, feces, a sharply positive test with sodium nitroprusside in the urine.).

Objective status. The condition of the child is of moderate severity. The skin is pale, dry, turgor is reduced. On the skin of the trunk and extremities there are separate urticarial rash elements ranging in size from 1.5 to 5 cm in diameter, itchy. Puffy face, there are isolated urticaria. The mucosa of the lips is bright red, dry, the mucous membrane of the mouth is dry, the oropharynx is not hyperemic, there are no covers. Peripheral lymph nodes are not enlarged. Breathing through the nose is difficult due to edema of the mucous membrane, scanty serous discharge, the use of topical decondensants has a positive effect. Vesicular breathing, no wheezing. Slight inspiratory dyspnea: RR-28 per minute. Muffled heart sounds, rhythmic, functional systolic murmur with maximum auscultatory conduction at the apex of the heart. The abdomen is soft, moderately swollen, moderately painful in the epigastrium and mesogaster. There are no symptoms of peritoneal irritation, sigma is not spasmed, mesenteric lymph nodes are not detected. The liver is palpable 2 cm below the costal arch, elastic, the edge is sharp and smooth. The spleen is not enlarged. The feces are abundant, watery, without pathological impurities, with a strong smell of acetone. Emetic masses in the form of a clear liquid with a small admixture of bile. In each portion of vomit there are multiple (10–15 in sight) moving larvae of mosquitoes in

black and black and red — pupae (bloodworm). There is a decrease in diuresis to 5 ml/kg/hour. In the hemogram on admission: hemoglobin — 121 G/l, erythrocytes — 4.39 T/l, leukocytes — 27.5 G/l, stab neutrophils — 2 %, segmented neutrophils — 44 %, eosinophilic granulocytes — 4 %, lymphocytes — 40 %, monocytes — 10 %, ESR-3 mm/h. Blood glucose — 3.0 mmol/l, ALAT — 35 U, alpha-amylase — 64 mmo/l/h. Urinalysis: specific gravity — 1030, protein — 0,33 g/l, Leukocytes — single in the field of view, red blood cells — absent; test with sodium nitroprusside +++++. Bacteriological examination of feces: culture of *S. enteritidis D* is isolated. Anterior rhinoscopy of the nose: bilateral, non-symmetrical edema of the mucous membrane, on which there are watery discharges, the mucous membrane is pale. ECG: sinus rhythm, arrhythmia from 76 to 106 beats, the electrical axis is rejected to the right. (in the history there is septal defect). Coprocytogram: mucus-no, white blood cells 10–30 in the field of view, red blood cells are absent. Identification of insect larvae in the stool and vomit was carried out by light microscopy. The larvae were harvested from vomit samples and stools, washed in saline and fixed in 10 % buffered formalin. Based on the morphological study with light microscopy, the larvae were identified as the third or fourth molt *Culex* genus.

Final diagnosis: Salmonellosis (*S. enteritidis D*), gastrointestinal form, moderate severity, exicosis of 1–2 degrees, metabolic ketoacidosis. Concomitant diagnosis: Gastrointestinal infestation by larvae of the genus *Culex*. Angioedema of the face. Acute urticaria. Allergic rhinitis.

Treatment: the treatment plan included a regulated list of drugs for the treatment of invasive intestinal infection: Pevzner's diet No. 4, infusion of glucose-saline solutions, rehydron, ceftriaxone for 7 days. Due to the presence of angioedema in the face and urticaria, dexamethasone intravenously was included in the treatment within the first 3 days from the moment of admission and loratadine with a course of up to 7 days until the complete disappearance of the urticaria. For the treatment of infestation with mosquitoes, we prescribed albendazole (Wormil) for 5 days, in the dosage of 15 mg/kg/day. When prescribing this drug, we proceeded from its mechanism of action: the ability to paralyze the muscles and disrupt glucose utilization in parasite larvae. ■