

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 позаликарняною 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. Позаликарняна 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 сверблячкою 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 препуціі. 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