

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-