

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 завізні 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 хіміопротекцію 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 хіміопротекції. Частіше спостерігаються випадки мікст-малярії. У сімейних лікарів відсутня