

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

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 електрохемілюмінісцентним 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 $p = 0,16$, $p = 0,51$ — прямий зв'язок: чим менший фіброз печінки, тим більша ймовірність, що вміст вітаміну D буде в межах норми, у II групі $p = -0,012$, $p = 0,90$ — обернений зв'язок: чим більший гепатофіброз, 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.