

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-HBсog (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 до-рівнювала 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 епід-анамнезу, 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 тяжчий 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/КУО/г), біфідобактерій ($4,52 \pm 0,33$ lg/КУО/г), ентерококів ($5,98 \pm 0,29$ lg/КУО/г) та загальної кількості кишкової палички ($5,38 \pm 0,25$ lg/КУО/г) порівняно з контрольною групою та з моноінвазією. Водночас підвищувався вміст ешерихій із слабоферментативними властивостями ($1,38 \pm 0,26$ lg/КУО/г); гемолітичної кишкової палички ($2,44 \pm 0,28$ lg/КУО/г), бактероїдів ($9,78 \pm 0,33$ lg/КОЕ/г), пептококів ($8,84 \pm 0,21$ lg/КУО/г), умовно-патогенних бактерій ($6,97 \pm 0,41$ lg/КУО/г) та грибової флори ($4,91 \pm 0,42$ lg/КУО/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 — $0,49 \pm 0,03$.