

час перебування у Китаї, за 5 днів до госпіталізації, відмічав нежить, сухий кашель, біль у животі в мезогастральній ділянці. При надходженні до стаціонара наявні нежить, сухий кашель, слизова носоглотки та ротоглотки злегка гіперемійовані. Голос гугнявий. У легенях дихання везикулярне. Сатурація задовільна. Відмічалась значна емоційна лабільність хворого та занепокоєння щодо стану здоров'я. Артеріальний тиск 100/60 мм рт.ст., пульс 106 уд/хв. Температура 36,8 °С. У легенях дихання везикулярне, тони серця звучні, тахіаритмія. Печінка по краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Провінція Цзянсу знаходиться на відстані 800 кілометрів від міста Ухань, у хворого в анамнезі були відсутні відомості про контакт з хворим на підтверджену нову коронавірусну інфекцію. На момент надходження хворого був відсутній стандарт визначення випадку підозри на нову коронавірусну інфекцію. Медичні працівники працювали у костюмах біологічного захисту, хворого госпіталізовано у бокс приймально-діагностичного відділення відповідно до плану реагування при надходженні особи з підозрою на особливо небезпечну інфекцію. Було проведено швидкий тест на грип («Фармаско», серія Z-081), який був негативним. Відібрані мазки з рото- та носоглотки для дослідження на грип та респіраторну групу вірусів методом полімеразної ланцюгової реакції. Додатково відібрані зразки крові з ліктьової вени та харкотиння відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я. Матеріал був скерований у вірусологічну лабораторію Львівського обласного лабораторного центру. Методом полімеразної ланцюгової реакції було виділено РНК метапневмовірусу. У результатах загального аналізу крові та сечі відхилень не виявлено. На третю добу пацієнта виписано з одужанням.

**Висновки.** Використання методу полімеразної ланцюгової реакції для діагностики респіраторної групи вірусів дозволяє верифікувати збудників захворювань та поглиблювати клінічний досвід особливостей перебігу респіраторних захворювань.

М.М. Лебедюк<sup>1</sup>, В.А. Бочаров<sup>1</sup>,  
В.В. Бочарова<sup>1</sup>, Л.В. Куц<sup>2</sup>,  
Сарайрех Анас Аталла Салем<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна

<sup>2</sup> Сумський державний університет, м. Суми, Україна

### Особливості клінічних проявів, перебігу, лікування та профілактики акнеформних дерматозів і демодекозу у мешканців різних кліматичних зон України

**Актуальність.** Проблема ролі кліщів роду *Demodex* в розвитку акнеформних захворювань шкіри є актуальною на сьогодні в усьому світі у зв'язку із численними її аспектами. Дискусійними залиша-

ються питання їх класифікаційних ознак (нормобіота, патогени, симбіоти — ?), вплив екзо- та ендогенних факторів на життєдіяльність, самостійність власне захворювання («демодекоз») чи його асоціація з іншими дерматозами, підходи до лікування та профілактики. Актуальною ця проблема є і у зв'язку із частими офтальмологічними проявами при ушкодженні цими кліщами (до 70 % демодекоз супроводжує хронічні блефарити, блефарокон'юнктивіти, періорбітальний дерматит).

**Мета дослідження:** вивчити наявність/відсутність кліщів *Demodex* при акнеформних дерматозах у мешканців різних кліматичних зон України, розробити рекомендації з профілактики обтяжливого перебігу цих захворювань шкіри.

**Матеріали та методи.** Обстежено клінічно та лабораторно 105 пацієнтів з проявами ушкодження шкіри в ділянці обличчя, мешканців південної (Одеської) області — 59 та північної (Сумської) — 46, при цьому встановлено діагнози: розацеа — у 28 (відповідно у 16 та 12), вугрова хвороба — у 37 (відповідно у 21 та 16), періоральний дерматит — у 18 (відповідно у 9 та 9), себорейний дерматит — у 22 (відповідно у 13 та 9).

**Результати.** При клінічному обстеженні прояви еритематозно-папульозної стадії дерматозу виявлялися у 16 (57,1 %) хворих на розацеа, папуло-пустульозної — у 12 (42,9 %); у всіх хворих на вугрову хворобу виявлена папуло-пустульозна форма захворювання, при періоральному дерматиті — численні дрібні папули червоного кольору, при себорейному дерматиті — також у всіх відповідних хворих, окрім поодиноких еритематозно-сквамозних плям на обличчі, відзначалися жирнуваті лусочки на волосистій частині голови. При мікроскопічному дослідженні на наявність кліщів *Demodex* патологічного матеріалу, взятого з різних ділянок шкіри шляхом поверхневого зішкрібання лусочок чи отримання вмісту пустул або сальної залози, достеменної різниці у мешканців Одеської та Сумської областей не відзначалося ( $p > 0,05$ ) і у середньому при розацеа вони виявлялися, відповідно, у 14 (87,5 %) та у 10 (83,3 %), при періоральному дерматиті — у 5 (55,6 %) та 4 (44,4 %), вугровій хворобі — у 7 (33,3 %) та 5 (31,3 %), себорейному дерматиті — у 3 (23,1 %) та 2 (22,2 %). Отримані дані підтверджують думку більшості дослідників про те, що, незважаючи на проблемність питання щодо ролі кліщів *Demodex* як одного з етіологічних чинників акнеформних дерматозів, у разі їх виявлення слід призначати акарицидну терапію. Слід звернути увагу на те, що у мешканців південного і північного регіонів України не виявлено достеменної різниці в результатах клінічного та лабораторного досліджень і, таким чином, вплив такого фактора, як підвищене сонячне опромінення (в південній області), потребує поглибленого вивчення, і поняття «актинічний еластоз» потребує більш глибокого вивчення в плані можливості негативного впливу ультрафіолетового опромінення не тільки на еластичні структури власне

дерми, але й на сполучнотканинні компоненти судин, нервів та сально-волосяного комплексу шкіри. Те, що найчастіше кліщі *Demodex* виявляються у хворих на розацеа, свідчить про високий ступінь поєднаності основних ланок патогенезу цих захворювань, але й виявлення їх при інших акнеформних дерматозах вказує на можливість певної топічної та, можливо, й тропічної специфічності ушкоджень сально-волосяного фолікулу. Це диктує необхідність комплексного підходу не тільки до лікування цих хворих, але й до профілактики загострень чи рецидивів у них відповідних дерматозів, зокрема ретельного дотримання дієти (виключення страв з екстрактивними домішками, надмірно гарячої їжі та напоїв, алкоголю) та режиму (запобігання негативному впливу обвітрювання, різких перепадів температури навколишнього середовища тощо). З урахуванням того, що активність кліщів *Demodex* зазвичай підвищується у весняно-літній період, для об'єктивізації ефективності лікувально-профілактичних заходів необхідно проводити контрольні дослідження щодо виявлення кількості цих кліщів у певних «анатомічних патернах» шкіри і в зимовий період.

**Висновки.** Акариформні кліщі родини Demodicidae можуть ускладнювати перебіг акнеформних дерматозів (розацеа, вугрова хвороба, періоральний та себорейний дерматити), і виявлення їх підвищеної кількості у відповідних хворих потребує використання акарицидних засобів у системі патогенетично обґрунтованого комплексного лікування, а також контрольного дослідження не тільки у весняно-літній, але й у зимовий період.

Т.Є. Оніщенко<sup>1</sup>, О.В. Рябоконт<sup>1</sup>,  
О.О. Фурик<sup>1</sup>, В.Г. Савельєв<sup>1</sup>, О.В. Зарудна<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Запорізький державний медичний університет,  
м. Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup> ДУ «Запорізький обласний лабораторний  
центр МОЗ», м. Запоріжжя, Україна

### Епідеміологічна характеристика завізних випадків малярії в Запорізькій області за період 2001–2019 рр.

**Актуальність.** Малярія є найпоширенішою у світі трансмісивною протозойною хворобою. Щорічно реєструється понад 220 млн випадків. Малярія є ендемічною інфекцією та регулярно реєструється в 91 країні світу (Африка, Центральна та Південна Америка, Азія). В деяких регіонах захворюваність залишається на тому ж рівні, що й 150 років тому. Щорічно гинуть від малярії до 500 тисяч людей, що в 15 разів більше, ніж від СНІДу. З числа летальних випадків від малярії 98 % припадає на тропічну малярію. Особливістю сучасної маляріології є резистентність малярійних паразитів до основних протималярійних препаратів. В умовах нерегульованої

міграції населення великого значення набуває проблема завізної малярії в неендемічні регіони та занесення полірезистентних штамів малярійних збудників на територію, що раніше були вільні від них.

**Мета дослідження:** з'ясувати епідеміологічні особливості завізних випадків малярії в Запорізькій області за 2001–2019 рр.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано статистичні дані щодо етіологічної структури 27 завізних випадків малярії в Запорізькій області за період 2001–2019 рр. за даними паразитологічного відділу Запорізького обласного лабораторного центру Державної санітарно-епідеміологічної служби (завідувач — Зарудна О.В.). Діагноз малярії встановлювався хворим на підставі епідеміологічних і клінічних даних і підтверджувався мікроскопією товстої краплі і мазка крові.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що в Запорізькій області майже щорічно фіксуються завізні випадки малярії з максимальною їх кількістю в 2001, 2013, 2017 роках. В етіологічній структурі завізних випадків малярії суттєво переважає тропічна малярія, яка викликана *Plasmodium falciparum*, частка якої в загальній структурі становила 74 %. Рідше реєструвалася малярія, викликана *Pl. vivax* (14,8 %) та *Pl. ovale* (11 %). Аналіз географічних регіонів, з яких була завезена малярія, показав, що всі випадки тропічної малярії були завезені з країн Африки, частіше з Нігерії (30 %) та Конго (35 %). Випадки малярії, збудниками яких були *Pl. vivax* і *Pl. ovale*, були завезені не лише з різних країн Африки, а й з країн Азії та навіть Латинської Америки. За епідеміологічними даними, завізні випадки малярії частіше були пов'язані зі службовими відрядженнями: в 90 % при малярії *falciparum* і в 57,1 % при малярії *vivax* та *ovale*. Інфікування малярією *vivax* відбулось також у туристки, яка перебувала на відпочинку в Домініканській Республіці. На особливу увагу заслуговують випадки малярії в іноземних студентів, які після 5–6-річного перебування в Україні відвідали свою країну, а саме Нігерію, та внаслідок інфікування мали маніфестацію тропічної малярії. Особи, які проживають в неендемічних регіонах, перед подорожжю в ендемічні з малярії регіони повинні розпочати хіміопротифілактику. Проте серед хворих на малярію більшість не отримували хіміопротифілактику при перебуванні в ендемічному регіоні: 65 % пацієнтів із тропічною малярією та 71,4 % пацієнтів із малярією *vivax* та *ovale*. Серед хворих на тропічну малярію 15 % приймали препарати нерегулярно. Звертає на себе увагу те, що кожен п'ятий хворий отримував хіміопротифілактику, яка виявилася малоефективною. Причиною неефективності в таких випадках була резистентність збудника малярії до профілактичних засобів. Експерти ВООЗ вважають, що інформування осіб при виїзді в ендемічні регіони про ризик захворювання на малярію й розпізнавання симптомів захворювання є пріоритетними цілями консультації мандрівників перед подорожжю в ендемічні регіони. У 22 % хворих малярія була виявлена активно,