

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ ТА
ВІЛ/СНІДУ**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
ЗА МАТЕРІАЛАМИ**
всеукраїнської науково-практичної онлайн конференції
з міжнародною участю

*присвяченої 150-річчю з дня народження
професора І.М. Гімеля*

м.Харків, 21-22 листопада 2024 р

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків
2024

ББК 55.83

УДК:616.5 + 616.97 + 687.55 + 614.2

А 46

Редакційна колегія: проф. В.А.Капустник, чл.-кор. НАМН України, проф. В.М.Лісовий, проф. Ю.В.Андрашко, доц. О.Д.Александрук, проф. С.А. Бондар, проф. А.М.Дашук (відп. редактор), проф. О.І.Денисенко, доц. Є.І.Добржанська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжна, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. М.М.Лебедюк, проф. О.І.Літус, проф. Г.І.Макуріна, проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рощенко, чл.-кор НАМН України, проф. В.І.Степаненко, проф. Т.В.Святенко, проф. О.О.Сизон

Адреса редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, узвз Куликівський, 15, кафедра дерматології, венерології та СНІДу,
тел. (057) 700-41-33, e-mail: kaf.2med.dermatolohii@knu.edu.ua

У збірнику наукових праць за матеріалами наукової конференції з міжнародною участю кафедри дерматовенерології та СНІДу Харківського національного медичного університету висвітлено життєвий шлях професора І.М. Гіммеля. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірних та венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців та здобувачів вищої освіти.

ISBN

*Редакційна колегія не завжди поділяє думки і погляди авторів.
Відповідальність за зміст, підбір і викладення фактів у статтях несуть автори.*

Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права» під час використання наукових ідей і матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим.

ISBN

ББК 55.83

© Харківський
національний
медичний університет,
2024

I. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

УДК:616.5:616.97:378.4:61(477.54-25) ХНМУ (091) ДО 150-РІЧЧЯ ПРОФЕСОРА ГІММЕЛЯ ІВАНА МИХАЙЛОВИЧА

Капустник В.А., Дашук А.М.

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Ключові слова: кафедра дерматології, венерології та СНІДу, завідувач кафедри, професор Гіммель І.М.

У квітні 1883 р. ректору Харківського університету було надано рішення Ради медичного факультету щодо створення кафедри шкірних та венеричних хвороб. Обов'язковою умовою при цьому висувалося і відкриття відповідної клініки. У цьому ж році кафедра дерматології та венерології була заснована. Одночасно було розроблено та передано на розгляд командувача Харківського військового округу проект положення про клінічні відділення при Харківському військовому госпіталі. Але лише в листопаді 1885 р. командувач військ дозволив професорам медичного факультету займатися у військовому госпіталі зі студентами. Нарешті кафедра шкірних та венеричних хвороб отримала самостійну клінічну базу [1,2].

У циркулярній пропозиції від 21 липня 1899 р. Міністерство народної освіти виклало керівні вказівки щодо встановлення бажаного спілкування між студентами, професорами та навчальним начальством, рекомендуючи при цьому наступні три заходи: посилення контактів між студентами та професорами «на ґрунті навчальних потреб» (зокрема, було рекомендовано ширше застосовувати практичні заняття); установа, «під безпосереднім керівництвом професорів», наукових та літературних студентських гуртків, студентських хорів та оркестрів; правильний устрій студентських гуртожитків, які «позбавляють молодих людей [...] турбот про квартиру і стіл та захищають їх від шкідливих зовнішніх впливів і спокус чужого міста [...]», дають широкий простір для взаємного зближення навчального начальства, викладачів та учнів. Що ж до курсових чи інших студентських організацій, з виборними представниками, депутатами чи старостами, то міністерство визнавало їх «не тільки як зайвими, а й шкідливими для спокійного перебігу академічного життя».

Безумовно, зближенню викладачів та учнів сприяла благодійна діяльність професури. Професори та викладачі часом жертвували кошти на організацію студентських стипендій. Пожертви були особистими (приватними) та колективними. До останніх ми відносимо насамперед пожертвовані суми, зібрані професорською колегією за

підпискою. Що стосується першого типу, тобто індивідуальних пожертв, то їх, на наш погляд, можна, у свою чергу, розділити на три категорії: 1) капітали, пожертвовані за життя, 2) передані за духовним заповітом, 3) передані родичами покійного професора в пам'ять про нього.

За час із 1885 по 1916 роки. кафедрою керували приват-доцент В.І. Порай-Кошиць, проф. А.Н.Бруєв, проф. І.Ф.Зеленєв.

У зв'язку з обранням 1911 р. І.Ф. Зеленева завідувачем кафедри дерматології та венерології Московського університету з 1912 р. по 1916 р. кафедрою дерматовенерології Харківського університету почав керувати професор І.М. Гіммель. У цей час відбувся розкол Харківського товариства дерматовенерологів та утворилася венерологічна секція, засідання якої до 1914 р. проходили окремо від засідань товариства дерматовенерологів.

Іван Михайлович Гіммель народився 1871 р. у Самарі у дворянській родині. І.М.Гіммель є вихованцем казанської дерматологічної школи. Її очолював широко відомий і один із найвизначніших дерматовенерологів О.Г. Ге.

На початку ХХ ст. І.М.Гіммель працював у Пастерівському інституті, де разом з іншими молодими лікарями Володимировим, Нікольським, Вишневським провели оригінальні дослідження під керівництвом І.І.Мечникова.

У 1900 р. були видані експериментальні дослідження Гіммеля І.М. «До питання про ставлення вовчаку до туберкульозу»

І.М.Гіммель займався питаннями псоріазу. Незабаром після повідомлення Brocq L., який етіологію та патогенез парапсоріазів наближав до етіології та патогенезу псоріазу, а сутність їх розглядав як «просту індивідуальну реакцію шкіри на різноманітні випадкові причини» І.М.Гіммель (1902) на підставі власних спостережень та описів, що були на той час *Dermatitis psoriasisiformis nodularis Jadassohn* стверджував про його самостійність і заперечував проти його включення до групи парапсоріазів. Він цілком справедливо звертав увагу, що Brocq L, описуючи цей дерматоз як «psoriasis en gouttes» не наводить деяких суттєвих деталей його клінічної картини, зокрема вузликового характеру первинного елемента висипу, дуже характерного лущення його у формі «облатки». І.М.Гіммель вважав неправомірним прагненням Fox T. і McLeod, Torok L. і Brocq об'єднати P.V., D.p.n., і E.p.e.p.d., оскільки вони різні за клінічними та гістологічними змінами, перебігом і чутливістю до терапії. У 1903 році Jadassohn J. повністю поділяючи всі положення І.М.Гіммеля, висловив ряд критичних зауважень, що стосуються самої ідеї Brocq L. про

формування групи парасоріазів і підстав на яких вона була сформована.

На рубежі XIX-XX ст. було зафіксовано численні студентські виступи у вищій школі. Це ж було і після заворушень 1905 року. Саме тоді І.М. Гіммель очолює кафедру дерматовенерології Харківського університету. В 1912 року студенти бойкотували лекції професора І.М. Гіммеля. Втім, студентські виступи були спрямовані не проти безпосередньо професора Гіммеля І.М. Як йдеться у донесенні піклувальника Харківського навчального округу міністру народної освіти І.Д. Делянову: «...на лекції студентів з'явилося дуже мало: так до професора Володимирова з'явилося 4 студенти, до професора Грубі – 5 слухачів, але коли професор заявив, що для такої кількості слухачів він операції робити не буде, то аудиторія клініки незабаром наповнилася студентами». Більше того, документи вказують на співчуття ряду професорів до студентського руху. Наприклад, у секретній записці «Про сучасне становище вищих навчальних закладів», складеної для Міністерства народної освіти імовірно наприкінці 1906 р. пишеться: «а рідкісні, поодинокі винятки... ставлення [професури до студентського руху] характеризується якоюсь незрозумілою поступливістю, прагненням до компромісів і якимось боязким протестом, які нагадують, швидше, вимушені вибачення перед натиском студентських вимог готового поступитися ним професорського персоналу, ніж гучний протест поважних себе наставників перед настирливими домаганнями молоді, що зарвалася»

Є листування Міністерства народної освіти з піклувальником навчальних округів, за яким можна судити про механізми управління вищою школою, реакцію з місць на ті чи інші міністерські рішення. Зберігся великий архів Департаменту поліції Міністерства внутрішніх справ, де зосереджені відомості про політичну орієнтацію професорів та викладачів, матеріали агентурного характеру тощо.

1916 року, перед путчем 1917 року, професор І.М.Гіммель залишив завідування кафедрою дерматовенерології Харківського університету. Про подальшу його долю та дату смерті нічого невідомо.

Список літератури:

1. До 100-річчя кафедри шкірних та венеричних хвороб Харківського медичного інституту // Патогенез, лікування та профілактика найважливіших дерматозів та венеричних хвороб. 36. наукових праць.-Харків.-1983.-С. 3-7.

2. Кафедра шкірних та венеричних хвороб // Медичний факультет Харківського університету за перші сто років його існування (1805–1905). Ч.1.-Харків.-1906.-С. 390-402.

ДО 150-РІЧЧЯ ПРОФЕСОРА ГІММЕЛЯ ІВАНА МИХАЙЛОВИЧА

В.А.Капустник, А.М.Дашук,

У статті описано життєвий і трудовий шлях професора Гіммеля Івана Михайловича.

ON THE 150th ANNIVERSARY OF PROFESSOR GIMMEL IVAN MIKHAILOVICH

V.A. Kapustnik, A.M. Dashchuk

The article describes the life and work path of Professor Gimmel Ivan Mikhailovich

II. ШКІРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

УДК: 616.5-003.871-02:616.53-008.811.1]-072.1-078

КОРЕЛЯТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ДЕРМАТОСКОПІЄЮ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЄЮ ПРИ СЕБОРЕЙНОМУ КЕРАТОЗІ

Дашук А.А.¹, Добржанська Є.І.¹, Рощенко Л.В.², Белова Я.В.

¹*Харківський національний медичний університет*

²*Шкірно-венерологічне відділення КНП ХОР «ОКЛ»*

м. Харків, Україна

Ключові слова: себорейний кератоз, меланоцитарний невус, меланома, базальноклітинний рак шкіри, плоскоклітинний рак шкіри.

Себорейний кератоз (СК) є одним з найбільш поширених новоутворень шкіри. Діагноз встановлюється легко, коли присутні типові клінічні ознаки: коричневий вузлик з папіломатозною та/або лускатою поверхнею. Однак СК може відрізнитися за кольором (від кольору шкіри до темно-коричневого, чорного) і формою (від плоскої макули до папули або навіть шкірного рога). Іноді СК піддається подразненню або запаленню, що може імітувати вигляд інших новоутворень, таких як меланоцитарний невус, меланома, плоскоклітинний клітинний рак шкіри (ПКР) і базальноклітинний рак шкіри (БКР). У більшості сумнівних випадків допомагає дерматоскопія.

Мета. Вивчити існуючі дерматоскопічні ознаки СК та інших новоутворень шкіри.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз доступних джерел літератури в друкованих та електронних форматах з дерматоскопії новоутворень шкіри.

Результати та обговорення. Відрізнити СК від інших новоутворень шкіри допомагає дерматоскопія. До основних дерматоскопічних ознак СК відносяться: звивини, борозни, тріщини – це розгалужені лінії, кольори яких варіюють від гіпопігментованих до коричневих, чорних і синіх. При поширенні по всьому ураженню ця ознака дає церебриформний або мозковидний вигляд. Патогістологічна кореляція звивин і борозн – це папіломатозна поверхня епідермісу. У деяких випадках їх вигляд може бути схожий на пігментну мережу меланоцитарних утворень, лінії яких зазвичай тонше, а отвори рівномірно розподілені та менші за розміром. Тест на чорнила є корисним для ідентифікації 3D структур СК і може допомогти відрізнити його від меланоцитарних уражень.

Шпилькоподібні судини. Також відомі, як лінійні або петлеподібні судини, що визначаються як дві паралельні лінійні судини, вони утворюють напівпетлю або шпилькоподібну структуру.

Судини часто оточені білим ореолом при таких кератиноцитарних утвореннях, як СК та вірусні бородавки. Множинні мономорфні шпилькоподібні судини з білим ореолом свідчать на користь СК. Однак подібні шпилькові судини можна спостерігати при меланомі, ПКР, БКР та інших новоутвореннях. Остаточний діагноз слід ставити на основі додаткових дерматоскопічних знахідок, а не лише шпилькоподібних судин. Патогістологічно шпилькоподібні судини відповідають розширеним капілярам дермальних сосочків. Збільшені капіляри через зміну орієнтації дермального сосочка виглядають як шпилькоподібні судини.

Комедоноподібні отвори. Вони являють собою щілини від круглих до овальних, що містять кератинову пробку, яка зазвичай темно-коричневого, сірого або чорного кольору. Комедоноподібні отвори патогістологічно відповідають псевдороговим кістам в епідермісі, що відкриваються на поверхню.

Міліумподібні кісти. Це округлі, обмежені, опалесцентні структури від білого до жовтуватого кольору, які патогістологічно відповідають інтраепідермальним кістам. Вони більш помітні при дослідженні за допомогою неполяризаційної дерматоскопії. Характерними є множинні міліумподібні кісти по всьому ураженню. Однак ці кісти не завжди свідчать про СК. А невелика кількість міліумподібних кіст можна виявити в меланоцитарному невусі, меланомі та БКР. Велика кількість (>3) і малий розмір ($<1/3$ мм) кіст особливо важливі для диференціації СК від меланому.

До патогістологічних підтипів СК відносять: акантотичний тип. При цьому типі епідерміс помітно потовщений і містить ряд псевдорогових кіст. Цей найбільш поширений підтип СК демонструє такі типові дерматоскопічні ознаки як: комедоноподібні отвори, міліумподібні кісти і шпилькоподібні судини. Однак цей підтип може бути складним для діагностики через гіперпігментованість, яка виникає завдяки відкладенню меланіну. Подразнення або травматизація також може зробити дерматоскопічні результати нетиповими.

Гіперкератотичний тип. При цьому типі виражений гіперкератоз і папіломатоз. Клінічна диференційна діагностика гіперкератотичного типу СК включає вірусні бородавки, актинічний кератоз, ПКР.

Сітчастий тип. Цей тип рідкісний, при ньому спостерігаються ділянки базалоїдних клітин, які простягаються від епідермісу до дерми утворюючи ретикулярну архітектуру. Сітчастий тип вважається таким, що має тісний клінічний та патогістологічний зв'язок із сонячним лентіго.

Клональний тип. При клональному типі присутні гнізда базалоїдних клітин, які добре обмежені та часто містять відкладення меланіну та проліферують у епідерміс. При дерматоскопічному огляді пігментовані інтраепідермальні гнізда виглядають як глобулоподібні структури і майже не відрізняються від синьо-сірих глобул при БКР і точок/глобул при меланоцитарних утвореннях. Наявність комедоноподібних отворів і міліумподібних кіст разом з чіткою демаркацією ураження характерне для клонального типу СК. У безпігментних різновидах виявлено наявність поліморфних судин, які є клубочковими, лінійно-нерегулярними та пунктирними разом із «білою мережею». В багатьох сумнівних випадках для підтвердження діагнозу клонального типу СК потрібне патогістологічне дослідження.

Подразнений тип. Численні лусочки та низхідна проліферація епідермісу є двома патогістологічними характеристиками цього типу. Подразнений тип СК, як правило, не демонструє типових дерматоскопічних ознак: комедоноподібних отворів, міліумподібних кіст та монормфних шпилькових судин. Натомість круглі рожеві структури на білому фоні характерні для цього підтипу, вони відповідають розширеним судинам у дермальних сосочках, оточених акантотичними клітинами.

Регресуючий СК. Цей тип зазвичай розглядається як ліхеноїдний кератоз (ЛК) або кератоз подібний до плоского лишая ліхеноїдною реакцією, а саме смугоподібною інфільтрацією запальних клітин у верхній частині дерми, нетриманням пігменту та окремими дегенерованими кератиноцитами в епідермісі. Дерматоскопічно регресуючий тип демонструє регулярний зернистий малюнок розподілений на сіруваті або коричнево-сірі точки. Зернистий паттерн патогістологічно відповідає гранулам меланіну в дермі внаслідок нетримання пігменту. Типові дерматоскопічні ознаки, такі як: комедоноподібні отвори, міліумподібні кісти, тріщини та шпилькові судини зменшувалися та поступово зникали при регресії СК. Це доводить, що деякі форми ЛК можуть представляти СК в процесі регреса. Слід зазначити, що наявності зернистого малюнка недостатньо для діагностики регресуючої форми. ЛК також вказує на інші утворення шкіри, що регресують: сонячне лентіго, хворобу Боуена та меланому.

Меланоакантома. Вона є гіперпігментованим варіантом СК. Патогістологічно характеризується збільшеними дендритними, багатими на меланін меланоцитами по всій площині новоутворення. Пігментація меланоакантом маскує дерматоскопічні знахідки, що робить майже неможливим диференціювання цього стану від меланоми та інших пігментних новоутворень шкіри. Хоча наявність

типових дерматоскопічних ознак СК є корисною для діагностики, але патогістологічне дослідження вважається необхідним для виключення меланому.

Дерматоскопічні мімікрії СК. Меланома – є однією з головних дерматоскопічних пасток при діагностиці СК. На сьогоднішній день є достатня кількість випадків СК-подібних меланом. В сумнівних випадках, коли присутні нетипові дерматоскопічні ознаки або зміни кольору, розміру або інших характеристик завжди повинно виконуватися патогістологічне дослідження.

Невус Шпїц/Шпїц меланома. Регулярно розподілені смуги у вигляді зірочок по периферії зазвичай вважаються характерною дерматоскопічною знахідкою пігментного невуса Шпїца. Однак є випадки пігментного акантотичного типу СК, при якому спостерігається подібний патерн «зорепада». Патогістологічна кореляція цього феномену полягає в виступах епідермісу по периферії ураження. При його виявленні під час дерматоскопії у дорослих патогістологічне дослідження є необхідним для виключення Шпїц меланому.

Інвазивний ПКР/Кератоакантома. Подразнення або травмування можуть змінити типові дерматоскопічні ознаки СК до утворення поліморфного судинного малюнка, виразки та лусочок. На додаток до цих дерматоскопічних знахідок, що вказують на злоякісність, коли з'являється виражена аномальна кератинізація можна запідозрити ПКР або кератоакантому.

БКР. Звивисті, пунктирні або глобулоподібні судини, як правило не спостерігаються при СК під час дерматоскопії. Винятком є глобулоподібні структури при клональному типі СК і глобулярний патерн при регресуючому СК, який може викликати підозру на БКР, тому що вони нагадують синьо-сірі глобули та синьо-сірі оvoidні гнізда.

Висновки. Знання цих специфічних особливостей дерматоскопічної картини себорейного кератозу дозволить підвищити якість своєчасної діагностики та необхідного втручання в кожному окремому клінічному випадку.

Список літератури:

1. Chung E, Marghoob AA, Carrera C, Marchetti MA. Clinical and dermoscopic features of cutaneous melanoacanthoma. *JAMA Dermatol* 2015; 151: 1129–1130.
2. Kitamura S, Hata H, Imafuku K, Fujita Y, Shimizu H. Dermoscopic findings of irritated seborrheic keratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30: e94–e96.

3. Kittler H, Marghoob AA, Argenziano G et al. Standardization of terminology in dermoscopy/dermatoscopy: results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74: 1093–1106.
4. Rameyad S, Diaz-Cano SJ, Pozo-Garcia L. Dermoscopy of clonal seborrheic keratosis. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73: e47–e49.
5. Shiota S, Minagawa A, Koga H, Momose M, Uhara H, Okuyama R. Brown nodule on the lower eyelid: a quiz – lichenoid keratosis. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 1037–1039.
6. Squillace L, Cappello M, Longo C, Moscarella E, Alfano R, Argenziano G. Unusual dermoscopic patterns of seborrheic keratosis. *Dermatology* 2016; 232: 198–202.

КОРЕЛЯТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ДЕРМАТОСКОПІЄЮ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЄЮ ПРИ СЕБОРЕЙНОМУ КЕРАТОЗІ.

Дашук А.А., Добржанська Є.І., Рощенюк Л.В., Белова Я.В.

Ключові слова: себорейний кератоз, меланоцитарний невус, меланома, базальноклітинний рак шкіри, плоскоклітинний рак шкіри.

В цій статті представлений ретроспективний аналіз доступних джерел літератури в друкованих та електронних форматах з дерматоскопії новоутворень шкіри та диференційна діагностика з рядом новоутворень: меланоцитарний невус, меланома, базальноклітинний рак шкіри, плоскоклітинний рак шкіри. Знання особливостей дерматоскопічної картини себорейного кератозу дозволить підвищити якість своєчасної діагностики та необхідного втручання в кожному окремому клінічному випадку.

CORRELATIVE RELATIONSHIPS BETWEEN DERMOSCOPY AND HISTOPATHOLOGY IN SEBORRHEIC KERATOSIS.

Dashchuk A.A., Dobrzanska Y.I., Roschenyuk L.V., Belova Y.V.

Keywords: seborrheic keratosis, melanocytic nevus, melanoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma.

This article presents a retrospective analysis of available sources of literature in printed and electronic formats on dermatoscopy of skin neoplasms and differential diagnosis with a number of neoplasms: melanocytic nevus, melanoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma. Knowing the features of the dermatoscopic picture of seborrheic keratosis will improve the quality of timely diagnosis and necessary intervention in each individual clinical case.

УДК 616.521-031.57-057-02-092-036-084

ПРОФЕСІЙНА ЕКЗЕМА ДОЛОНЬ: ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ПРОФІЛАКТИКА

Дашук А.А., Мішина М.М., Дашук А.М., Добржанська Є.І.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Ключові слова: професійна екзема долонь, алергічний контактний дерматит, атопічний дерматит, епікутанне тестування, прик-тестування, філагрин.

Екзема долонь — це одне з найпоширеніших запальних захворювань шкіри, що локалізується на долонях та зап'ястках. В багатьох випадках вона пов'язана з професійними факторами. Співпраця між лікарями загальної практики, дерматовенерологами та лікарями з професійної патології часто необхідна, щоб визначити чи є професійні фактори причиною екземи рук, а також визначити алерген чи подразник, що викликає її.

Профілактика, рання діагностика та комплексна терапія важливі, щоб уникнути хронізації, втрати працездатності та зниження якості життя. Екзему долонь пов'язану з роботою слід запідозрити коли пацієнт повідомляє про початок або загострення захворювання на роботі та покращення під час вихідних або відпусток. Екзему долонь можна класифікувати на основі етіології, морфології та локалізації. Розрізняють гостру та хронічну екзему.

Гостра екзема зазвичай проявляється у вигляді еритеми, набряку, везикул і папул. Висипання зазвичай починаються у вигляді везикул, що сверблять, які розташовані на долонях і пальцях.

Хронічна екзема характеризується еритемою, набряком, ліхеніфікацією, лущенням, тріщинами та ерозіями. Ендогенні фактори ризику включають зміни шкірного бар'єру. Мутація гена філагрину, бар'єрного білка шкіри, є фактором розвитку атопічного дерматиту та екземи долонь.

Екзогенні фактори ризику можна розділити на дві основні групи: подразнюючі та алергічні. Перший є результатом запальної реакції після впливу хімічних, фізичних та/або механічних подразників. Найпоширенішою причиною є волога робота. До професійних груп, які особливо піддаються впливу вологої роботи належать перукарі, медичний персонал, прибиральники, працівники харчової промисловості, механіки, будівельники та фермери. Жінки та молоді люди, як правило, піддаються найбільшому впливу. Це робота під час

якої руки знаходяться в контакт з водою протягом двох годин і більше на день, миються більше 20 разів на день або закриті щільними рукавичками на дві години і більше на день.

Алергічний варіант виникає в результаті контакту шкіри долонь з речовиною, яка викликає імунологічну відповідь, найчастіше клітинно-опосередковану імунологічну відповідь IV типу. Частими професійними алергенами є фарби для волосся, консерванти, метали, гума, формальдегід, епоксидна смола, акрилати та ізоціанати. До найбільш уразливих професійних груп належать перукарі, візажисти, механіки, зварювальники та стоматологи.

Контактний дерматит викликається впливом на шкіру білків, які ініціюють IgE-опосередковану імунологічну відповідь I типу з подальшим розвитком екземи. Точний патофізіологічний механізм розвитку цього стану невідомий. Пацієнт може скаржитись на поколювання, свербіж і печіння від кількох секунд до хвилини після впливу відповідного білка. Контактний дерматит, викликаний протейнами виникає у працівників, у яких робота пов'язана з вологою та частим контактом шкіри з білками їжі, тварин та рослин. До вразливих професійних груп належать кухарі, рибалки, пекарі, ветеринари та медсестри.

Діагностика. При підозрі на екзему долонь пов'язану з роботою, мета полягає в тому, щоб визначити алерген або подразник, що викликає цей стан. Діагноз ставиться шляхом ретельного, цілеспрямованого збору історії хвороби, клінічного огляду та додаткового тестування. Це трудомісткий процес, який потребує співпраці між лікарями загальної практики, дерматовенерологами, службою охорони праці та лікарями професійної патології.

Професійний анамнез відображає зв'язок між експозицією та початком/загостренням захворювання та будь-яким покращенням під час вихідних та відпусток.

Допомога спеціалістів з медицини праці може бути корисною для інтерпретації результатів пошуку причинних алергенів. Спеціалісти по гігієні праці можуть надати інформацію про умови впливу при відвідуванні робочих місць.

Анамнез навколишнього середовища зосереджується на факторах ризику, пов'язаних з домом і дозвіллям. Косметика та засоби особистої гігієни можуть містити алергенні речовини. Догляд за маленькими дітьми, садівництво та технічне обслуговування транспортних засобів і механізмів можуть спричинити контакт з алергенами. Хобі може включати роботу з клеєм, фарбою, рослинами та деревиною. У різних видах спорту, таких як гандбол, важка атлетика, гольф і теніс, гравці можуть контактувати з алергенами на основі гуми або смолами.

Кліматичні умови, такі як вологість, спека, холод і ультрафіолетове опромінення також можуть сприяти розвитку патологічного процесу.

Матеріали і методи. Долоні необхідно оглядати на наявність ознак гострої або хронічної екземи. Пацієнта можна обстежити за допомогою таких процедур, як епікутанне тестування, шкірний прик-тест та аналіз крові на IgE. У рідкісних випадках може знадобитися біопсія шкіри, щоб виключити інші запальні захворювання шкіри, такі як псоріаз. Асиметричний сверблячий висип може викликати клінічну підозру на дерматофітію. Інші поширені диференційні діагнози включають атопічний дерматит, коросту та долонно-підшовний пустульоз. Епікутанне тестування (патч-тестування) використовується для діагностики у випадках хронічної або рецидивуючої екземи долонь. Тестування проводиться шляхом накладення на спину пацієнта пластирів з низькою концентрацією вибраних алергенів. Пластирі повинні залишатися на місці протягом 48 годин. Тестовий матеріал вибирається на основі професійного анамнезу та анамнезу середовища, щоб включити відповідні контактні алергени як з домашнього середовища, так і з робочого місця. Існують також серії тестів для різних професійних впливів: перукарська серія, серія масел і охолоджуючих рідин, стоматологічна серія та інші. Тестування з власними матеріалами пацієнта виконується, якщо є показання до цього.

У випадках підозри на контактний дерматит викликаний білками використовуються шкірні прик-тести та специфічний аналіз IgE. Шкірний прик-тест можна проводити з використанням стандартизованих екстрактів або за допомогою методу «укол за уколом» зі свіжими матеріалами, такими як риба, фрукти чи овочі. Якщо збудник не може бути визначений може знадобитися відпустка, щоб перевірити чи пов'язана екзема з роботою.

Профілактика. Основна мета первинної профілактики полягає в тому, щоб шкіра залишалася не ураженою під час роботи. Екзему долонь пов'язану з роботою найкраще запобігати зменшивши вплив подразників на шкіру та алергенних речовин замінивши речовини, які викликають подразнення. Інформація про фактори ризику та догляд за шкірою може допомогти в профілактиці у групах ризику.

Правильне використання рукавичок допомагає захистити руки, коли неможливо уникнути контакту або замінити шкідливі речовини. Тип відповідних рукавичок може бути різним. Важливо знати, що використання рукавичок саме по собі може спричинити екзему долонь внаслідок сенсibiliзації до матеріалу рукавичок (наприклад, тіурами, карбамати, латекс) або через вологе середовище, яке створюють рукавички (оклюзійний дерматит). Використання бавовняних або

бамбукових рукавичок під вініловими чи нітриловими рукавичками може зберегти руки сухими.

Основною метою вторинної профілактики є рання діагностика та лікування для уникнення хронізації перебігу захворювання.

Метою третинної профілактики є медична, трудова та соціальна реабілітація. Хронічна екзема долонь може призвести до тривалої персистенції захворювання та втрати працездатності. Особи, які страждають на екзему долонь пов'язану з роботою, повинні звернутися до лікарів з професійної патології.

Висновки. Таким чином комплекс заходів з діагностики, лікування та профілактики професійної екземи долонь вимагає спільного введення пацієнтів дерматовенерологами та лікарями суміжних спеціальностей.

Список літератури:

1. Alfonso JH, Bauer A, Bensefa-Colas L et al. Minimum standards on prevention, diagnosis and treatment of occupational and work-related skin diseases in Europe - position paper of the COST Action StanDerm (TD 1206). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;
2. Ruff SMD, Engebretsen KA, Zachariae C et al. The association between atopic dermatitis and hand eczema: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2018; 178: 879–88.
3. Heede NG, Thuesen BH, Thyssen JP et al. Hand eczema, atopic dermatitis and filaggrin mutations in adult Danes: a registry-based study assessing risk of disability pension. *Contact Dermat* 2017; 77: 95–105.
4. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema—short version. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015; 13: 77–85.
5. Alfonso JH. Preventive measures for occupationally induced immediate contact reactions. I: Giménez-Arnau A, Maibach H, red. *Contact urticaria syndrome – diagnosis and management*. Cham: Springer, 2018: 149–60.

ПРОФЕСІЙНА ЕКЗЕМА ДОЛОНЬ: ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ПРОФІЛАКТИКА.

Дашук А.А., Мішина М.М., Дашук А.М., Добржанська Є.І.

Ключові слова: професійна екзема долонь, алергічний контактний дерматит, атопічний дерматит, епікутанне тестування, прик-тестування, філагрин.

Екзема долонь — це одне з найпоширеніших запальних захворювань шкіри, що локалізується на долонях та зап'ястках. В багатьох випадках вона пов'язана з професійними факторами. Хронічна екзема долонь характеризується еритемою, набряком, ліхеніфікацією, лущенням, тріщинами та ерозіями. Ендогенні фактори ризику включають зміни шкірного бар'єру. Мутація гена філагрину, бар'єрного білка шкіри, є фактором розвитку атопічного дерматиту та екземи долонь. Таким чином комплекс заходів з діагностики, лікування та профілактики професійної екземи долонь вимагає спільного введення пацієнтів дерматовенерологами та лікарями суміжних спеціальностей.

OCCUPATIONAL ECZEMA OF THE PALMS: ETIOPATHOGENESIS, CLINIC, PREVENTION.

Dashchuk A.A., Mishina M.M., Dashchuk A.M., Dobrzhanska Y.I.

Key words: occupational palm eczema, allergic contact dermatitis, atopic dermatitis, epicutaneous testing, prick testing, filaggrin.

Eczema of the palms is one of the most common inflammatory skin diseases localized on the palms and wrists. In many cases, it is related to professional factors. Chronic palmar eczema is characterized by erythema, swelling, lichenification, scaling, cracks, and erosions. Endogenous risk factors include changes in the skin barrier. A mutation in the filaggrin gene, a skin barrier protein, is a factor in the development of atopic dermatitis and palm eczema. Thus, a complex of measures for the diagnosis, treatment and prevention of professional eczema of the palms requires the joint introduction of patients by dermatovenerologists and doctors of related specialties.

ПСОРИАТИЧНА ХВОРОБА НІГТЬОВИХ ПЛАСТИНОК

Дюдюк А.Д., Поліон Н.М.

*Європейський медичний університет
Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна
лікарня №16» Дніпровської міської ради
м. Дніпро, Україна*

Ключові слова: псоріаз, ураження нігтьових пластинок, гістологічні ознаки, діагностика, лікування, профілактика.

Псоріаз - це хронічне поширене запальне захворювання, що тісно пов'язане з імунітетом. Щороку діагностується близько 150000–260000 нових випадків псоріазу. Загальновідомим фактом є те, що існує певна сімейна схильність до розвитку псоріазу, яка реалізується в певних умовах.

Псоріатичне ураження нігтьових пластинок є поширеним клінічним проявом псоріазу, але дуже часто недооцінюється лікарями. Специфічне ураження нігтьових пластинок констатується в 50% пацієнтів хворих на псоріаз різних типів, включаючи псоріатичний артрит, ексфолюативний псоріаз, пустульозний та вульгарний псоріаз. Частота ураження нігтьових пластинок у хворих на псоріаз протягом життя становить 80–90% [1, 2, 3].

Псоріатична хвороба нігтьових пластинок має мозаїчність клінічних ознак. Найчастіше псоріатична хвороба нігтьових пластинок виникає у пацієнтів із клінічно вираженим псоріазом. Менше ніж 5% хворих на псоріатичну хворобу нігтьових пластинок мають лише ураження нігтьових пластинок без інших проявів захворювання, що має особливо важливе діагностичне значення. У деяких хворих розвиток псоріазу починається з ураження нігтьових пластинок, на поверхні яких з'являються точкові заглиблення (симптом наперстка), нігтьові пластинки мутнішають, на них видно поздовжні або поперечні борозенки, іноді нігтьові пластинки стоншуються або атрофуються, проте частіше вони потовщуються і кришаться, як при грибовому ураженні, що вимагає виключення мікозу [1, 3, 8].

Клінічні прояви псоріатичного ураження нігтьових пластинок залежать від того, яка анатомічна частина нігтьових пластинок залучена до процесу. В основному враження поділяються на два типи: ураження нігтьового матриксу (точкові виразки, лейкоїхія, червоні плями в луночці, та кришення нігтя), ураження нігтьового ложа (включаючи оніхолізіс, піднігтьовий гіперкератоз, зміну кольору масляних плям та осколкові крововиливи) [8, 11].

Чоловіки та жінки однаково часто страждають на псоріатичну хворобу нігтьових пластинок, а поширеність псоріатичної хвороби нігтьових пластинок зростає з віком досліджуваного населення. Важка псоріатична хвороба нігтьових пластинок може призвести до функціональних порушень та соціальної дезадаптації пацієнтів. Крім того, пацієнти з псоріатичним ураженням нігтьових пластинок більше страждають від тягаря захворювання та мають вищий рівень погіршення якості життя (ЯЖ), що пов'язане зі станом здоров'ям. Псоріатичне ураження нігтьових пластинок було чітко визначено як фактор, що негативно впливає на ЯЖ пацієнтів на псоріаз, викликаючи естетичні проблеми та функціональні порушення у пацієнтів [4, 9].

Патогенез псоріатичного ураження нігтьових пластинок повністю невідомий. Псоріатична хвороба нігтьових пластинок може бути наслідком поєднання генетичних, імунних та інших факторів. Крім того, в патогенезі псоріатичного ураження нігтьових пластинок суттєву роль відіграє нейроваскулярний патогенетичний механізм, пов'язаний із експресією прозапальних нейропептидів. Крім того, деякі дослідження виявили, що псоріатичне ураження нігтьових пластинок тісно пов'язане з ПсА. У цілому ураження нігтьових пластинок спостерігається у 80% хворих на ПсА і лише у 20% хворих на псоріаз без артрита, тому ураження нігтьових пластинок є негативним прогностичним фактором для псоріазу [4, 5, 6].

Проведені дослідження пов'язують псоріаз з певними підтипами людського лейкоцитарного антигену - Cw6, B13, Bw57, Cw2, Cw11, B27. Т-клітино-опосередкований запальний процес є складовою частиною патогенезу псоріазу. Розвитку псоріатичного ураження суглобів при центральному артриті сприяють HLA-B27 і HLA-B39, периферійному – HLA-B38. Певні алелі антигенів гістосумісності відповідають за характер перебігу і ступінь тяжкості ураження суглобів. Так, тяжкий перебіг ПсА здебільшого спостерігається у носіїв HLA-B17 і HLA-B38,39 і /або DQw3, більш легкий – у пацієнтів із HLA-DR7. HLA-B22 має протекторну властивість [6, 7].

Гістологічні ознаки псоріатичного ураження нігтьових пластинок включають від легкого до помірного прояву гіперкератозу, гіпергранулозу, сироваткові глобули та крововиливи в роговому шарі, папіломатозну епідермальну гіперплазію, спонгіоз та міжсосочковий акантоз.

Діагностика псоріатичного захворювання нігтьових пластинок без шкірних проявів псоріазу може бути складною через низький індекс підозри та відсутність анамнестичних даних.

Лікування хворих на псоріатичне ураження нігтьових пластинок зосереджено на покращенні функціональних та психосоціальних аспектів пацієнтів.

Варіанти лікування хворих на псоріатичне ураження нігтьових пластинок включають призначення місцево кортикостероїдів, псоралену плюс ультрафіолетове світло А, фторурацилу, кальципотріолу, антраліну, тазаротену, циклоспорину, авульсійна терапія та інтралезійних препаратів у важких випадках перебігу патологічного стану. Лазерна та світлова терапія стали економічно ефективними методами лікування хворих на псоріатичне ураження нігтьових пластинок, однак необхідні широкомасштабні випробування, особливо з огляду на ефекти в поєднанні з іншими сучасними методами лікування [10, 11].

При приєднанні мікотичної інфекції до псоріатичного ураження нігтьових пластинок необхідно призначати протигрибкові препарати.

Для профілактики виникнення та погіршення перебігу псоріатичного ураження нігтьових пластинок необхідно тримати нігтьові пластинки сухими та захищайте їх від травм, щоб уникнути ефекту Кебнера та можливої вторинної інфекційної колонізації.

Таким чином, виявлення потенційного ураження нігтьових пластинок у пацієнтів на псоріаз на основі клінічних ознак дасть можливість дерматологам, як можна раніше розпізнавати патологію та лікувати пацієнтів на ранніх стадіях захворювання.

Список літератури:

1. Asili, P.; Tootoonchi, N.; Nasimi, M.; Daneshpajooh, M.; Sedaghatzadeh, M.; Mirahmad, M. Demographic aspects, clinical characteristics, and therapeutic approaches in geriatric psoriasis: A study from a tertiary center. *Dermatol. Ther.* 2022, 35, e15628. <https://doi.org/10.1111/dth.15628>.
2. Kaeley, G.S.; Eder, L.; Aydin, S.Z.; Rich, P.; Bakewell, C.J. Nail Psoriasis: Diagnosis, Assessment, Treatment Options, and Unmet Clinical Needs. *J. Rheumatol.* 2021, 48, 1208–1220. <https://doi.org/10.3899/jrheum.201471>.
3. Kim, M.; Yang, S.; Kim, B.R.; Youn, S.W. Nail involvement features in palmoplantar pustulosis. *J. Dermatol.* 2021, 48, 360–365. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15716>
4. Liu, P.; Kuang, Y.; Ye, L.; Peng, C.; Chen, W.; Shen, M.; Zhang, M.; Zhu, W.; Lv, C.; Chen, X. Predicting the Risk of Psoriatic Arthritis in Plaque Psoriasis Patients: Development and Assessment of a New Predictive Nomogram. *Front. Immunol.* 2021, 12, 740968. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.740968>.

5. Lee, E.Y.; Jakubovic, B.D. Interleukin-6 and cytokine release syndrome: A new understanding in drug hypersensitivity reactions. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 2022, 130, 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2022.10.025>.
6. Mease, P.J.; Liu, M.; Rebello, S.; McLean, R.R.; Dube, B.; Glynn, M.; Hur, P.; Ogdie, A. Association of Nail Psoriasis with Disease Activity Measures and Impact in Psoriatic Arthritis: Data from the Corrona Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis Registry. *J. Rheumatol.* 2021, 48, 520–526. <https://doi.org/10.3899/jrheum.190923>
7. Michalak-Stoma, A.; Bartosińska, J.; Racziewicz, D.; Kowal, M.; Kozak, J.; Gujski, M.; Krasowska, D.; Chodorowska, G. Multiple Cytokine Analysis of Th1/Th2/Th9/Th17/Th22/Treg Cytokine Pathway for Individual Immune Profile Assessment in Patients with Psoriasis. *Med. Sci. Monit.* 2022, 28, e938277. <https://doi.org/10.12659/msm.938277>.
8. Ricardo, J.W.; Qiu, Y.; Lipner, S.R. Racial, Ethnic, and Sex Disparities in Nail Psoriasis Clinical Trials: A Systematic Review. *Skin Appendage Disord.* 2022, 8, 171–178. <https://doi.org/10.1159/000520469>
9. Richer, V.; Roubille, C.; Fleming, P.; Starnino, T.; McCourt, C.; McFarlane, A.; Siu, S.; Kraft, J.; Lynde, C.; Pope, J.E.; et al. Psoriasis and Smoking: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis with Qualitative Analysis of Effect of Smoking on Psoriasis Severity. *J. Cutan. Med. Surg.* 2016, 20, 221–227. <https://doi.org/10.1177/1203475415616073>. *Diagnostics* 2023, 13, 633 14 of 14
10. Thomas, L.; Azad, J.; Takwale, A. Management of nail psoriasis. *Clin. Exp. Dermatol.* 2020, 46, 3–8. <https://doi.org/10.1111/ced.14314>
11. Yesudian, P.D.; de Berker, D.A.R. Inflammatory nail conditions. Part 1: Nail changes in psoriasis. *Clin. Exp. Dermatol.* 2021, 46, 9–15. <https://doi.org/10.1111/ced.14351>.

УДК 616.34-002.1-022.7[Rotavirus]-053.2-036.22

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ І КЛІНІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

О.М. Карабан,¹ В.П. Малий,¹ С.В. Куцевляк, А.О. Гандера².

Харківський національний медичний університет¹

м. Очаків, Миколаївської обл. ЦКПХ²

Ключові слова: ротавірусна інфекція, епідеміологічні та клінічні особливості, діагностика, профілактика.

В сучасний період реєструється значна кількість гостро кишкових інфекційних хвороб (ГКІ), серед них група гастроентеритів, які мають вірусну етіологію і складають понад 80% із них. За даними ВООЗ кожен рік реєструється більше 111 млн. випадків в зв'язку з ротавірусною інфекцією (РВІ), більш ніж 2 млн. людей госпіталізовано в лікувальні установи. Зафіксовано понад 500 тис. померлих від РВІ. Відомо, що РВІ викликає захворюваність у дітей впродовж перших років життя, вона сприяє тяжкій діарей, від якої кожен рік помирає близько 1 млн. дітей в віці до 5 років. В 2013р. ротавірусна інфекція викликала в світі більше 215 тисяч смертельних випадків.

У 1973 р. у Мельбурні (Австралія) R. Bishop, J. Vames, R. Townby відкрили новий біопатоген, вірус, що викликав розвиток гастроентеритів у дітей. Ротавіруси належать до сімейства реовірусів, це об'єднує велику кількість за морфологією та антигенною структурою вірусів, які викликають важку діарею у дітей та дорослих. За антигенними особливостями ротавіруси розподіляються на дев'ять серологічних типів: у людини зустрічаються серотипи 1-4 і 8-9, у тварин-серотипи 5-7.

Описані сім груп ротавірусів (А, В, С, D, Е, F, G). Присутність фрагментованої РНК- геному та широка циркуляція ротавірусів серед людей і різних тварин, забезпечує існування феномену генетичної рекомбінації (пересортування) генів і необмежене створення нових патогенних штамів для людини. Частка ротавірусів володіє двома групами антигенів. Він є загальним (груповим) для ротавірусів людини і тварин. Видова антигенна специфічність ротавірусів визначається антигеном зовнішнього капсиду. Вірус має частку діаметром 60-80 н.м.

За даними ВООЗ, у розвиваючих країнах реєструється більше 1 мільярду випадків гострих кишкових інфекцій за рік, в тому числі більше 114 млн. випадків ротавірусу. Ротавірусна інфекція в маленьких дітей складає більше 30%.

Ротавірус А, на долю якого приходиться близько 90% випадків цієї хвороби, щорічно реєструється до 25 мільйонів випадків захворювань. Із них 900 тис. з летальним кінцем (2%-3,5%), 40% випадків - це діти до 5 років.

Ротавірус В, так званий рота вірус для дорослих, став причиною епідемії тяжкого гастроентериту. Епідемія ротавірусу В виникла в Індії у 1995 р. В 1997 році спалах був зареєстрований в Бразилії. Ротавіруси групи В були виділені в 1982 році в Китаї, під час водяних спалахів рота вірусного гастроентериту серед дітей молодшого віку та студентів. У 2005 році, спалах, викликаний РВІ вірусом В у Нікарагуа. Віруси групи С вперше були виділені в 1989 році в культурі тканини інфікованих. Віруси групи С викликають захворювання в осіб, пов'язаних з тваринництвом.

Якщо торкнутись характеристики ротавірусної інфекції в Європейських країнах з 2019-2023 рік, то в Німеччині за цей період щорічно фіксувалось від 40 тис. до 60 тис. людей, при цьому 40%-60% хворих, це діти до п'ятирічного віку. У Франції РВІ була причиною 430 тис. гострих випадків РВІ, включаючи 140 тис. госпіталізацій і 181 тис. амбулаторних візитів щорічно серед дітей до п'яти років. У Британії щороку в дітей до п'яти років виникає 300 тис. випадків ротавірусного гастроентериту, при цьому до 12 тис. випадків госпіталізацій до лікарні.

Треба відмітити, що точні дані про захворюваність ротавірусної інфекції обмежені, так як не всі країни проводять систематичний моніторинг і публікують дані з цього приводу. Але доступна інформація свідчить про те, що сезонність РВІ характерна для зимового періоду і приходиться з грудня до березня, а також може реєструватися протягом року. Захворюваність припадає на дітей до 2-х років, але хворіють і дорослі. Треба також відмітити, що РВІ залишається значною причиною госпіталізації дітей раннього віку.

В Україні за 2021 рік було зареєстровано 4 158 випадків ротавірусного ентериту, із них 4045 випадків у дітей . В 2023 році було зареєстровано майже 3000 випадків ротавірусної інфекції. Найчастіше, спалахи виникають в дітей дошкільних закладів (86%). Ротавірусна інфекція залишається значною проблемою для громадської охорони здоров'я.

Для ротавірусів характерна висока резистентність до дії факторів зовнішнього середовища, а також різних факторів фізико-хімічної природи і більшості дезінфікуючих засобів. Треба підкреслити, що в останній час виявлені ротавіруси нового типу, так звані параротавіруси, які не мають групоспецифічного антигену. Необхідно зауважити, що сучасна класифікація ротавірусів ґрунтується на

використанні різних лабораторних методів: імунологічних, електрофоретичних і визначенні первинної структури геному методом секвестування. На сьогодні основою класифікації ротавірусів є серологічне типування-виявлення групо специфічних антигенів у реакції нейтралізації. Таким чином, можна зробити висновок, що гетерогенність ротавірусів пояснює повторні захворювання на цю інфекційну хворобу.

Якщо торкнутись клінічних проявів ротавірусної інфекції, треба відмітити, що інкубаційний період складає від одного до трьох днів. Клінічні прояви захворювання виявляються у вигляді гострої діареї, яка часто супроводжується блювотою і лихоманкою, запамороченням та сонливістю. Ранні клінічні ознаки дозволяють швидко поставити діагноз ротавірусного гастроентериту, але етіологічний діагноз захворювання можна встановити тільки після результатів лабораторних досліджень.

В питаннях патогенезу треба підкреслити, що наявність у ротавірусів двох білко-оболонки робить їх стійкими до дії кислого середовища шлунку, жовчі та протеолітичних ферментів. Останні, ще здатні активізувати ротавіруси - це так званий феномен протеолітичної активації. Таким чином, ротавіруси, які надходять в організм людини через ротову порожнину, без перешкод проникають в епітеліальні клітини верхніх ворсинок слизової оболонки дванадцятипалої і верхніх відділів тонкої кишки. Треба відмітити також, що в патогенезі ротавірусної хвороби велике значення має вірусемія, що веде до ураження інших органів і систем розвитку хронічних захворювань кишківника. Дослідники вказують на те, що ротавірусна інфекція може формувати хронічну лактозну недостатність, що веде до накопичення нерозщеплених дисахаридів, що мають високу осмотичну активність. Це може супроводжуватись довготривалою слабо вираженою діареєю з виділеннями ротавірусу.

До ротавірусної інфекції сприятливі всі вікові групи. Треба відмітити, що найбільш сприятливими до РВІ є і діти у віці від 6 міс. до 2 років. Якщо дати коротку характеристику прояву імунітету при ротавірусній хворобі, то захист організму людини знаходиться під впливом, як активного, так і пасивного імунітету. Встановлено, що діти перших трьох місяців життя мають пасивний імунітет, як отриманий в антенатальному періоді, що пов'язано з присутністю в їх крові материнських противірусних IgG які переходять у кров'яну систему плоду через плаценту, а також наявність секреторного IgA, який отримує новонароджений при природньому вигодуванні грудним молоком. Присутність цих антитіл – це рідкість захворювання ротавірусною хворобою дітей у віці до 3 місяців. Привертаючи увагу

на секреторні антитіла, IgA, треба підкреслити, що їм відводиться генерування місцево на поверхні епітеліальних клітин також тонкого кишківника при антигенній стимуляції клітин пейєрових бляшок. Потім вони трансформуються в молочну залозу. Є думка, що клітинна система відповідальна за продукцію IgA антитіл до ротавірусу і не виробляє їх постійно, але володіє імунологічною пам'яттю, що відновлює продукцію секреторних антитіл при кожній наступній реінфекції на ротавірус.

Таким чином, антитіла IgM та IgG нейтралізують вірус у крові, антитіла IgM при попаданні на слизові оболонки. Що стосується факторів неспецифічної резистентності, важливе місце займає система інтерферону.

Основним джерелом і резервуаром ротавірусної інфекції є хворий з гострою формою хвороби, яка може виділяти вірусні частки з фекаліями, в кінці інкубаційного періоду перші п'ять днів хвороби. Настільки масивне виділення вірусу веде до зараження об'єктів зовнішнього середовища і визначає найбільшу небезпеку для оточуючих саме в цей період хвороби. Через 4-5 днів від початку хвороби, кількість вірусу у випорожненні значно знижується. Хворий є небезпекою для контактних осіб 8-10 днів, але у деяких випадках виділення вірусу може тривати до 30-50 днів. Джерелом ротавірусів можуть бути здорові вірусососії.

Основним шляхом передачі інфекції є фекально-оральний, який реалізується: водним шляхом - через інфіковану воду; харчовим - через молочні продукти та молоко і контактно-побутовим шляхом - через забруднені руки, а також предмети побуту. При локальних групових захворюваннях, зараження відбувається контактно побутовим шляхом. Не виключено можливості повітряно-крапельного шляху передачі інфекції. Для зараження людини достатньо 10 вірусних часток. Ротавірусна інфекція, в структурі внутрішньо-лікарняних ГКІ, виникає в 49%, особливо в недоношених дітей раннього віку. Значну роль у передачі РВІ в медичних установах грає медичний персонал. Для зараження достатньо коротко- часового перебування в джерелі інфекції.

Треба відмітити, що характер імунітету в перехворілих на РВІ є нестійким, нерідко реєструють повторні захворювання. Вони обумовлені зниженням придбаного імунітету. Є дані, які свідчать, що імовірність повторного зараження у раніше перехворілих на РВІ, може складати близько 30% до двох років, 70% занедужують двічі, 40%-тричі і 20% - 4 рази. Люди, які хворіли раніше, переносять наступні зараження легше. Усі діти отримують принаймні одну ротавірусну інфекцію на ранньому етапі життя:

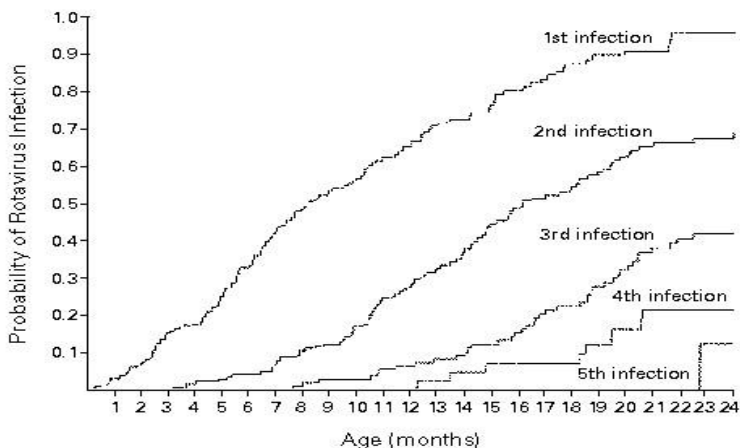


Табл. 1 Сукупна ймовірність перших і наступних природних ротавірусних інфекцій протягом перших двох років життя.

Епідеміологічна характеристика особливостей ротавірусної хвороби.

Нагляд при ротавірусній інфекції включає в себе моніторинг захворюваності на РВІ, вивчає їх динаміку по території, включаючи групи ризику, час і фактори, які можуть спонукати підйом або зниження захворюваності. Треба відмітити також, що епіднадгляд проводиться з метою аналізу виділення збудників РВІ, їх біологічних властивостей, видового, типового складу біопатогенів. В зв'язку з цим, епідеміологічному моніторингу приділяється важливе значення поширеності РВІ і їх аналізу з метою оптимізації профілактичної і протиепідемічної роботи в цьому напрямку.

Треба відмітити, що ротавірусна інфекція може перебігати у вигляді: спорадичних випадків, групових захворювань і епідемічних спалахів. Найбільш поширена інфекція в країнах, що розвиваються, де вона складає більше половини усіх випадків кишкових захворювань у дітей у віці від 6 міс. до 2х років. У цих країнах захворюваність, яка пов'язана з забрудненою питною водою, як ведучого фактору передачі збудника. Можуть бути забрудненими води відкритих водойм, питна вода, підземні стічні води, ґрунти.

Максимум захворюваності припадає на січень-березень, що не характерно для кишкових інфекцій бактеріальної етіології. Виражена зимово-весняна сезонність хвороби. Поодинні випадки ротавірусної інфекції реєструються під час похолодання. В літньо-осінній період

описані спалахи. В країнах з тропічним кліматом, захворюваність реєструється в прохолодний час року. Найчастіше хворіють діти у віці до 2-х років. Максимальна захворюваність припадає на дітей у віці від 6 до 12 міс. Треба відмітити, що серед госпіталізованих хворих з гострими кишковими інфекціями, більшість дорослих хворих на РВІ це лікарі: педіатри, дитячі стоматологи, співробітники дитячих лікарень і дитячих установ. Працівники цих професій тривалий час контактують з дітьми різних вікових груп, відвідуючи дитячі колективи. Перебування хворих у реанімації та інтенсивній терапії може сприяти внутрішньолікарняному інфікуванню, а також може сприяти холодний сезон, тривале перебування дітей у стаціонарі і скупченість людей у палатах. Таким чином, виявлення РВІ у госпіталізованих дітей, а також персоналу у дитячих установах, пологових будинках, має велике значення для боротьби з ротавірусними захворюваннями. При недотриманні санітарно-протиепідемічного режиму, вони можуть стати джерелом поширення вірусів у лікарні. Ротавірусна інфекція має виражену сезонність з підйомом захворюваності в осінній період і її подальше наростання в зимовий час року. Основне число захворюваності в країні реєструється, починаючи з кінця листопада до початку травня, а максимум захворюваності припадає на січень-березень.

Що стосується питання джерела інфекції, зазначено, що діти і дорослі, що переносять хворобу без симптомів, можуть виглядати зовнішньо здоровими. Рівень вірусоносіїв коливається в межах 1,5% - 9%, із них 70% складають немовлята. Серед госпіталізованих дітей у віці від 1 до 2 років, рівень вірусоносійства складає 26%-50%. У 70% випадків серед госпіталізованих дітей, виділення вірусів не супроводжується діареєю. Особи без клінічних проявів захворювання можуть виділяти рота віруси з фекаліями протягом місяців. Наукові дані вказують на можливість передачі ротавірусів повітряно-крапельним шляхом. Дослідження вказують на наявність катаральних проявів у 50%-75% дітей на початку ротавірусного гастроентериту. Існує думка можливості повітряно-крапельного механізму передачі РВІ через виділення методом ПЛР РНК ротавірусу в слині хворих ротавірусним гастроентеритом з першого по десятий день хвороби, а також виділення вірусу з носоглотки змивів і трахеальних аспіратів від хворих пневмонією та осіб з катаральними проявами. Ротавірусна інфекція є високо контагіозним захворюванням. При контакті з хворим, інфікування відбувається в 50%-60% випадків. Треба підкреслити, що особливо небезпечною ротавірусна інфекція є для новонароджених недоношених дітей, немовлят, що знаходяться на

штучному вигодовуванні, дітей раннього віку, дітей соматичних відділень і осіб літнього віку.

Ротавірус потрапляє в пологові будинки можливо під час госпіталізації вагітних, у яких ротавіруси виявляються у випорожненнях і в цервікальному секреті. Важлива роль у передачі ротавірусів належить медичному персоналу, у 20% співробітників у сироватці крові виявляють ІgM антитіла до ротавірусу і виявляється ротавірусний антиген у копрофільтраті при відсутності кишкових розладів. Випадки внутрішньо-лікарняного поширення ротавірусної хвороби найчастіше пов'язані з механічним переносом збудника. Основними факторами передачі є руки мед персоналу, шлункові катетери, соски, зонди, а також апаратура для медичних інструментів. Із профілактичних і протиепідемічних заходів ротавірусної хвороби, треба виділити санітарно-гігієнічні заходи. Необхідно дотримуватись санітарно-гігієнічних правил в дитячих установах і установах водопостачання. Велике значення має очистка територій населених міст і охорона водойм від забруднення каналізаційними стоками, особливо стічними водами із лікувальних установ. Треба також дотримуватись особистої гігієни і навчати дітей дотримуватись її в сім'ї, а також у дитячих установах. Важливе місце займає санітарно-роз'яснювальна робота серед населення, щодо попередження вживання води низької якості без термічної обробки і купань в забруднених водоймах. Окрім цього, до особливостей РВІ відноситься:

- 1) Захворюваність усіх вікових груп, в першу чергу дитячого населення, особливо серед дітей від 6 міс. до 1 року; хворіють і дорослі.
- 2) Основним шляхом передачі РВІ є фекально-оральний, з розповсюдженням по територіальному принципу.
- 3) Велика кількість захворілих дітей до 2-х років з максимумом виявлення захворілих серед дітей від 6 місяців до 1 року.
- 4) Ведуча роль водяного шляху передачі інфекції на території, а також відмічена контагіозність інфекції, яка обумовлена низькою дозою збудника, що заражає.
- 5) Висока активність побутового шляху передачі інфекції, що визначає високу осередковність в організованих колективах.
- 6) Можливість внутрішньо-лікарняного поширення інфекції за участю медичного персоналу, батьків хворих дітей. Окрім цього, підкреслюється значний рівень безсимптомного носійства ротавірусу серед дорослих і дітей.
- 7) Нестійкий імунітет в перехворілих, а також можливість повторних заражень, обумовлених іншими серотипами вірусу. Виявлено, що у

перехворілих РВІ, можливість повторних заражень обумовлена іншими серотипами вірусу. А також аналіз показав, що для РВІ характерна зимова і зимово-весняна сезонність захворюваності.

Висновки

Таким чином, з метою удосконалення системи епіднадзора за ротавірусною інфекцією необхідно:

-Удосконалити систему діагностики і профілактики захворюваності на РВІ, щільно розслідувати спалахи хвороби.

-Проводити лабораторний моніторинг з метою контролю санітарно-гігієнічного стану дошкільних закладів; об'єктів зовнішнього середовища.

-Переглянути і втілити в практику охорони здоров'я населення, нормативних актів у відношенні водопостачання. Проводити широку цілеспрямовану санітарно-просвітницьку роботу серед населення з питань профілактики ротавірусної інфекції.

-Дізнатись епідеміологічні особливості ротавірусної інфекції і питання госпіталізації з цього приводу, а також віковий склад захворілих і структури сезонного розподілу госпіталізації з приводу РВІ.

-Документувати результати випадків госпіталізації дітей і дорослих в лікувальні установи. Окрім цього, провести індикацію найбільш розповсюджених штамів рота вірусу.

Список літератури:

1. Dennehy P.H., Acute diarrheal disease in children: epidemiology, prevention and treatment/P. H Dennehy//Infect. Disease, North Am.-2005-V 19-P 585-602
2. Bines J.E., Rotavirus vaccines and intussusception risk/ Current Opinion in Gastroenterology-2006-T 21, № 1-с 20
3. Breads I.M, Broun D.W, The antigenic diversity of rotaviruses significance to epidemiology and vaccine strategies// European Journal of Epidemiology 1988-march, vol. 4 № 1p.1-11
4. Bishop R.F Natural history of human rotavirus infection// Archives of virology-1996-vol.12, p. 119-128
5. Koopmans. M., Brown D., Seasonally and diversity Group A roto viruses in Europe// Acta paediatrica journal. -1999- vol. 88, № 426-p.14
6. Levy K., Habbard A.E., Eisenberg I.N, Seasonality of rotavirus disease in the tropics a systematic review and meta-analysis //International Journal of Epidemiology, journal-2009, December, vol. 38 № 6-p.1487-1496

7. Nelson EAS, Bresee JS, Parashar UD et al. Rotavirus epidemiology: the Asian Rotavirus Surveillance Network. *Vaccine* 2008; 26 (26): 3192–6
8. F. Raúl Velázquez, M.D., David O. Matson, M.D., Ph.D., Juan J. Calva, M.D., M., et.al., Rotavirus Infection in Infants as Protection against Subsequent Infections// *The new England Journal of Medicine*, 1996
9. WHO. Global networks for surveillance of rotavirus gastroenteritis, 2001–2008. *Wkly Epidemiol Rec* 2008; 83 (47): 421–5

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ І КЛІНІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

О.М. Карабан, В.П. Малий, С.В. Куцевляк, А.О. Гандера.

Ключові слова: ротавірусна інфекція, епідеміологічні та клінічні особливості, діагностика, профілактика.

Новизна роботи полягає в тому, що на сучасному рівні проведений епіданаліз і затронуті питання ротавірусної патології і запропоновані сучасні підходи до епіднагляду при ротавірусній інфекції з метою оптимізації профілактичної і протиепідемічної роботи у цьому напрямку.

FEATURES OF EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF ROTAVIRUS INFECTION IN MODERN CONDITIONS

O.M. Karaban, V.P. Maliy, S.V. Kutsevlyak, A.O. Gandera.

Keywords: rotavirus infection, epidemiological and clinical features, diagnostics, prevention.

The novelty of the work lies in the fact that at the modern level an epidemiological analysis was carried out and issues of rotavirus pathology were raised and modern approaches to epidemiological surveillance of rotavirus infection were proposed in order to optimize preventive and anti-epidemic work in this direction.

III. ВЕНЕРИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

УДК 616.98:[616.643:616.65]-002-022.7

АКТУАЛЬНІСТЬ УЧАСТІ ЛІКАРІВ-УРОЛОГІВ У БОРОТЬБІ З ІНФЕКЦІЯМИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (ПСП)

Кравченко В.Г.¹, Дашук А.М.², Кравченко А.В.²
Полтавський державний медичний університет¹
Харківський національний медичний університет²

Ключові слова: інфекції, що передаються статевим шляхом, лікарі-урологи, боротьба.

Стан захворюваності на ПСП в Україні характеризується високим рівнем урогенітальних венеричних інфекцій (хламідіоз, гонорея, трихомоніаз, мікоплазмоз, герпес статевих органів) та епідемічно нестійким зменшенням рівня сифілітичної інфекції [1,5,7]. Це відбувається на тлі перманентного зростання зазначених інфекцій за кордоном, зокрема в високорозвинених країнах [1]. За оцінкою ВООЗ, майже 1 мільйон людей в світі щодня заражаються будь-якою з чотирьох інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСП): сифілісом, хламідіозом, гонореєю і трихомоніазом, а за прогнозом аналітичної кампанії «GlobalData» загальне число вперше виявлених випадків зараження сифілісом в США, Європі і інших країнах азійського і американського континенту буде збільшуватися щорічно із середньорічним темпом приросту (CAGR) 2,32% [1].

Із загального числа пацієнтів, що звертаються до лікарів урологів, є значна частина хворих із запальними процесами геніталій, в тому числі пов'язаних із венеричними урогенітальними інфекціями (УГІ). Підставою для такого судження може бути хоча би те, що певне число пацієнтів з психологічних міркувань запобігають звертатися до лікарів венерологів диспансерів. Між тим, традиції тісної співпраці дерматовенерологічної і урологічної служби мають дещо забуту історію. Осягаючи в часових межах процес формування урологічно-венерологічної галузі, можна простежити хід виникнення термінів «велика» і «мала» урологія. До першої традиційно відносили оперативно-хірургічну урологію як відгалуження від материнської «хірургії». Уже в 20-ті роки минулого сторіччя у колишній радянській хірургії став активно вживатись термін «мала урологія». Очільником клініки гонорології новоствореного Державного венерологічного інституту був призначений професор – уролог Р. М. Фронштейн. Вітчизняний дерматовенеролог І.Ф.Зеленев публікувався в журналі «Monatsberichte fur Urologie» (українською: «щомісячний урологічний огляд») [3]. Лікарі урологи тих часів стали активно долучатися до

діагностики і лікування венеричних захворювань сечо-статевих органів чоловіків, чим практично підтверджувався нерозривний зв'язок венерологічної урології з материнською «малою» урологією. У той період, як відомо, досить часто спостерігалися ускладнені форми УГІ (гонококові і трихомонадні простатити, везикуліти, епідидиміти і ін.) в середньому у 20-30% хворих [8]. Тобто, проглядався тісний зв'язок між обома медичними галузями. На нашу думку, це дає підстави і нині розглядати терапевтичну урологію не тільки як суміжний, а й як споріднений фах з венерологією.

У наш час, вірогідно у зв'язку із успішністю лікування УГІ сучасними препаратами (антибіотики, нітроїмідазоли тощо) і зменшенням їх ускладнень, лікарі урологи, на жаль, практично самоусунулись від участі в загально-державній боротьбі з венеричними інфекціями. Обліку захворюваності на УГІ не ведеться, виявлення джерел і контактів, як і вся інша диспансерна робота не проводиться, що має негативні наслідки (поширення інфекції, можливість ускладнень, оскільки лікування хворих здійснюється не за загально-визначеними вимогами).

Сьогодні існує нагальна потреба в високій професійній компетенції лікарів - урологів у боротьбі з УГІ венеричного походження, спектр яких значно розширився і набуває особливої актуальності на тлі сучасних етико-моральних, екологічних і соціальних чинників. Сучасні дослідження показують, що ускладнені і хронічні форми захворювань сечостатевих органів в значній мірі стають наслідками своєчасно не діагностованих, не лікованих або неадекватно лікованих ІПСШ. Останнє стосується, зокрема, простатитів, везикулітів, епідидимітів, про що свідчать ґрунтовні спостереження як урологів, так і венерологів. При сучасних методах лабораторної діагностики у пацієнтів на захворювання сечо-статевих органів, включаючи хронічний простатит, знаходять хламідії, уреоплазми, трихомонади, гонококи, герпес-вірусну інфекцію, включаючи цитомегаловіруси, *Cand.albicans* [2,4,6]. Підтвердженням цього є результати лабораторних обстежень пацієнтів, що звертаються сьогодні за медичною допомогою з приводу хронічних захворювань сечо-статевих органів [2]. Повідомляється, що у спостережуваних хворих на уrogenітальну мікст-інфекцію в 51,5% виявлено простатит, у 12,9%- хронічний цистит і піелонефрит, у 19%-орхоепідидиміт, а 60,4% пацієнтів не мали бажаних дітей упродовж 2-3 років шлюбного життя [6].

За даними урологів, серед значного числа хворих на простатит їх захворювання було зумовлене існуючою або перенесеною уrogenітальною венеричною інфекцією (гонорея, трихомоніаз,

хламідії, мікоплазми, кандидоз, гарднерельоз). Підкреслюється, що ризик захворіти на хронічний простатит значно зростає при наявності в анамнезі специфічного уретриту, особливо після перенесеного гонорейного уретриту, при якому ризик збільшується у 5 разів, а хламідійного - у 24 рази. Як ми раніше повідомляли [2], в 2016–19 рр. нами спостерігались 24 пацієнти віком від 24 до 48 років, які тривалий час лікувались у лікарів-урологів з приводу хронічного простатиту без стабільного покращення. При лабораторних дослідженнях у 7 із 24 пацієнтів були виявлені збудники ППСШ (у 3 – уrogenітальні трихомонади, у 1 - гонококи, у 1 - диплококи, морфологічно схожі з гонококами Нейссера, у 1-хламідії трахоматіс і у 1-уреаплазма уреалітікум). Наведені дані спонукають до як найтіснішої співпраці лікарів урологів і венерологів в установленні генезу захворювань, їх епідеміологічної сутності, і в цілому- до співпраці в інтересах пацієнтів і суспільства.

Отже, на сучасному етапі реформування охорони здоров'я і, зважаючи на загрозу поширення венеричних інфекцій, слід вважати актуальною активацію участі лікарів урологів в цій загальнодержавній справі.

Список літератури:

1. Короленко В.В. Аналіз епідеміологічної ситуації щодо сифілісу в країнах Європейського союзу та США Укр. журнал дерматології, венерології, косметології, 2016, №2, с.98-104.
2. Кравченко В.Г. Уретрогенні простатити в сучасній клінічній практиці лікарів венерологів. Зб. наукових праць «Актуальні питання дерматології, венерології і ВІЛ/СНІД-інфекції» Харків, 2018, с.134-136
3. Кравченко В.Г., Кравченко А.В. Дерматологія і венерологія, навч. посібник для лікарів-інтернів, Київ, 2020,396 с.
4. Кравченко В.Г., Дащук А.М. Уrogenітальний мікоплазмоз. Зб. наукових праць. Матеріали научної конференції, Харьков,2017, с.279-285
5. Кравченко В.Г., Степаненко В.І. Аналітичний огляд захворюваності на ППСШ у період 1945-2017 рр. Укр. журнал дерматології, венерології, косметології, 2018, №3, с.15-21.
6. Лук'янов І.Є. Комплексне лікування уrogenітальних мікстинфекцій (хламідіоз, трихомоніаз, мікоплазмоз, герпес) у комбінації. Автореферат дис. к.м.н. Харків, 2016, 175 с.
7. Global Health Sector Strategy for Sexually Transmitted Infections 2016–2021 Towards the Elimination of STIs. WHO, Geneva, Switzerland; 2016

АКТУАЛЬНІСТЬ УЧАСТІ ЛІКАРІВ-УРОЛОГІВ У БОРОТЬБІ ІЗ ІНФЕКЦІЯМИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (ІПСШ)

Кравченко В.Г., Дащук А.М., Кравченко А.В.

Ключові слова: інфекції, що передаються статевим шляхом, лікарі-урологи, боротьба.

Високий рівень уrogenітальних інфекцій (УГІ) спостерігається нині, як в Україні, так і за кордоном. Існує загроза їх поширення. Автори вважають актуальною і раціональною активацію участі лікарів урологів в даній загально-державній справі, як спеціалістів спорідненого фаху. Вони також вважають доцільним укладання фінансово-економічних угод між дерматовенерологічною та урологічною службами про надання консультативно-діагностичної та лікувально-методичної допомоги урологам з боку дерматовенерологічних центрів по боротьбі з ІПСШ (урологічні амбулаторії і стаціонари, клініки репродуктивної медицини, приватні клініки тощо).

THE RELEVANCE OF THE PARTICIPATION OF UROLOGISTS IN THE FIGHT AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (STIs)

Kravchenko V.G., Dashchuk A.M., Kravchenko A.V.

Keywords: sexually transmitted infections, urologists, fight.

A high level of urogenital infections (UGIs) is currently observed, both in Ukraine and abroad. There is a threat of their spread. The authors consider it relevant and rational to activate the participation of urologists in this national issue, as specialists in a related specialty. They also consider it advisable to conclude financial and economic agreements between dermatovenereological and urological services on the provision of consultative, diagnostic and therapeutic and methodological assistance to urologists from dermatovenereological centers to combat STIs (urological outpatient clinics and hospitals, reproductive medicine clinics, private clinics, etc.).

IV. ВІЛ/СНІД ІНФЕКЦІЯ

УДК 578.826.6:575.113-853 616.07-078:98+826.6

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ БОРОТЬБИ З ВІЛ/СНІДОМ В УКРАЇНІ: НОВІ ВИКЛИКИ В ПЕРІОД ВІЙНИ

Степаненко В.І., Федоренко О.Є., Іванов С.В., Свирид С.Г.
*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна.*

Ключові слова: ВІЛ/СНІД, епідемія, лікування, профілактика.

Рівно сорок років тому у США вперше було зафіксовано синдром набутого імунodefіциту людини. Відтоді офіційно підтвердженими є лише два випадки повного одужання від СНІДу. На теперішній час 38 мільйонів людей у світі живуть з ВІЛ, а 36 мільйонів померли від СНІДу з початку поширення цього вірусу на планеті.

В Україні на початку 2022 року проживало за оціночними даними 245 тисяч людей з позитивним ВІЛ-статусом. Для частини з них надання лікування опинилося під загрозою. Саме повномасштабне вторгнення створило проблеми у ефективній протидії ВІЛ/СНІДу. Надання усього спектру послуг з профілактики і лікування ускладнилось. Найбільше це відчули пацієнти, насамперед, у південно-східних регіонах. Негативні наслідки, як і відновлення послуг населенню у контексті епідемії ВІЛ-інфекції, є нерівномірними з огляду на оперативні зміни, пов'язані з активністю бойових дій, наслідками руйнувань медичної інфраструктури, міграцією населення, моніторингом внутрішньо переміщених осіб з позитивним ВІЛ-статусом.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається проблемою загальнодержавного масштабу. Суттєві складнощі через кризові соціально-економічні явища, зумовлені епідемією COVID-19 та повномасштабною військовою агресією росії проти України, значно ускладнюють прогнозування подальшого розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу.

Мета роботи — проаналізувати основні способи та шляхи залучення міжнародної співпраці та організаційно-методологічної допомоги під час війни в Україні та сформулювати рекомендації щодо доцільності корегування існуючих або впровадження нових фахових інтервенцій. Оцінити та обґрунтувати інтегровані шляхи реалізації моніторингу, сучасної діагностики та принципів лікування і профілактики ВІЛ-інфекції як основи стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні з міжнародною допомогою.

Матеріали та методи. Проаналізовано документи міжнародної політики в галузі охорони здоров'я та громадського здоров'я; останні зміни документів державної політики в галузі охорони здоров'я

України; міжнародні стратегії і підходи до подолання епідемії ВІЛ; динаміку захворюваності на шкірні та венеричні хвороби в Україні; прогнозування моніторингу національних та глобальних епідемій ВІЛ-інфекції.

Результати та обговорення. На підставі вивчення останньої статистичної інформації представлено ключові напрями подальшого зміцнення системи моніторингу та оцінки для посилення контролю за епідемією ВІЛ-інфекції в Україні, а також оптимізації профілактичних заходів і специфічного лікування в умовах повномасштабного воєнного вторгнення росії в Україну.

Висновки. Вимушене масове переміщення українців частково сприяло збільшенню діагностики ВІЛ-інфекції в країнах ЄС/ЄЕЗ у 2022-2023 роках, підкреслюючи важливість своєчасної профілактики, тестування та догляду.

Подолання ВІЛ-інфекції як реальної загрози суспільному здоров'ю є одним із головних завдань української системи охорони здоров'я. Україна натеper є однією з країн, де продовжує збільшуватись кількість випадків зараження ВІЛ та зростає летальність внаслідок СНІДу. Це потребує нагального перегляду низки нормативних і методологічних документів на принципах доказової медицини та рекомендацій ВООЗ, адаптації їх до нинішньої надзвичайної ситуації, розробки оперативних підходів і клінічних маршрутів, які будуть забезпечувати своєчасне отримання ВІЛ-позитивними пацієнтами, вагітними та дітьми, народженими ВІЛ-позитивними жінками, повноцінних комплексних медичних послуг. Приведення національних стандартів у відповідність до кращих світових практик у сфері протидії ВІЛ-інфекції сприятиме підвищенню ефективності боротьби у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Ключові слова: Захворюваність на ВІЛ/СНІД у світі та в Україні, чинники ризику, медико-профілактичні заходи.

Актуальність. Рівно сорок років тому у США вперше зафіксували синдром набутого імунodefіциту людини. Відтоді було офіційно підтверджено лише два випадки повного одужання від СНІДу. Нині 38 мільйонів людей у світі живуть з ВІЛ, а 36 мільйонів померли від СНІДу з початку поширення цього вірусу на планеті. [30,31,33, 53].

В Україні на початку 2022 року проживало за оціночними даними 245 тисяч людей з позитивним ВІЛ-статусом. Для частини з них надання лікування опинилося під загрозою. Саме повномасштабне вторгнення створило проблеми у ефективній протидії ВІЛ/СНІДу. Надання усього спектру послуг з профілактики і лікування ускладнилось. Найбільше це відчули пацієнти, насамперед, у південно-

східних регіонах. Негативні наслідки, як і відновлення послуг населенню у контексті епідемії ВІЛ-інфекції, є нерівномірними з огляду на оперативні зміни, пов'язані з активністю бойових дій, наслідками руйнувань медичної інфраструктури, міграцією населення, моніторингом внутрішньо переміщених осіб з позитивним ВІЛ-статусом. [4, 11, 13].

Війна стала найбільш масштабним викликом для системи охорони здоров'я. У 2022-2024 роках Україна пережила безпрецедентну міграційну кризу. Понад 8 мільйонів українців були змушені покинути свої домівки, що стало найбільшим переміщенням населення в Європі з часів Другої світової війни.

Наслідки війни відчула кожна галузь в Україні. Система громадського здоров'я також опинилася під ударом. Бойові дії спричинили внутрішні та зовнішні міграційні процеси. Сотні тисяч людей шукали собі прихисток в інших регіонах та за кордоном.

Фахово реагуючи на повномасштабне агресивне вторгнення росії в Україну, вітчизняні медичні державні та неурядові організації, а також професійні спільноти продовжують надавати критично важливі послуги для особливо вразливих верств населення в Україні. Не зважаючи на виклики війни, продовжуються адаптація та різноманітні інновації в програмах охорони здоров'я в Україні під час воєнних дій. Так в 2022 році почалося впровадження трирічного регіонального проекту «Сталість послуг для ключових груп в регіоні Східної Європи та Центральної Азії (скорочено - (SoS_project 2.0), загальний бюджет якого складає \$13 млн. Донором є Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. В результаті реалізації цієї стратегії очікується посилення стабільності систем охорони здоров'я в контексті профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу, його стигмація у 14 країнах регіону, включно з Україною. Попри усі виклики, наша Держава упевнено продовжує рух у напрямку досягнення зазначених цілей [32, 44, 51].

Мета дослідження – проаналізувати основні способи та шляхи залучення міжнародної співпраці та організаційно-методологічної допомоги під час війни в Україні та сформулювати рекомендації щодо доцільності корегування існуючих або впровадження нових фахових інтервенцій. Оцінити та обґрунтувати інтегровані шляхи реалізації моніторингу, сучасної діагностики та принципів лікування і профілактики ВІЛ-інфекції як основи стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні з міжнародною допомогою. Матеріали та методи.

Проаналізовано документи міжнародної політики в галузі охорони здоров'я та громадського здоров'я; останні зміни документів

державної політики в галузі охорони здоров'я України; міжнародні стратегії і підходи до подолання епідемії ВІЛ; динаміку захворюваності на шкірні та венеричні хвороби в Україні; прогнозування моніторингу національних та глобальних епідемій ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Отримані результати

У результаті початку широкомасштабної військової агресії московії, були переміщені мільйони людей, суттєво порушена логістика, значно зруйнована соціальна та медична інфраструктура і, як наслідок, з'явилися нові потреби та мотивації. 14 мільйонів українців були змушені залишити свої домівки – 7 млн як біженці від війни та 7 млн як внутрішньо переміщені особи. За даними Євростату на 31 грудня 2023 року 4,31 мільйона громадян, які не є членами ЄС, та втекли з України внаслідок російського вторгнення 24 лютого 2022 року, отримали статус тимчасового захисту в країнах ЄС. Це близько 1% населення ЄС. На Польщу, Німеччину та Чехію прийшлася найбільша кількість українців.-вимушених переселенців [12, 57].

Порівняно з кінцем 2022 року в грудні 2023 року кількість громадян країн, що не входять до ЄС, але які перебувають під тимчасовим захистом в ЄС, зросла майже на півмільйона (+486 715 тобто на +12,7%). Протягом 2022 р. у світі число людей, які живуть із позитивним ВІЛ статусом (ЛЖВ), досягло 38,4 млн, з них 75 % отримували антиретровірусну терапію (АРТ). Все ще не знають про свій ВІЛ-статус 5,9 млн ЛЖВ. Якщо тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у світі залишиться без змін, то у 2025 р. 1,2 млн людей буде інфіковано ВІЛ, що втричі більше, ніж прогнозований на 2025 р. цільовий показник в 370 000 нових випадків інфікування. Для усунення прогалин у сфері протидії ВІЛ-інфекції /СНІДу до 2030 р. необхідно спрямувати основні зусилля на реалізацію заходів за багатьма напрямками. Важливо зазначити, що майбутнє протидії СНІДу найближчими роками суттєво залежатиме від успішного поповнення Глобального фонду ООН, який потребує залучення близько 18 млрд доларів США для збереження щонайменше 20 млн життів [37, 38, 54].

У країнах ЄС кількість діагнозів ВІЛ-інфекції у 2022 році зросли вперше за десятиліття. Це збільшення частково пов'язане з відновленням обсягу медичних послуг, тестування та епіднадзора після COVID-19. У цілому, 48,9% (n =11103) осіб, діагностованих у 2022 році в країнах ЄС/ЄЗ, були мігрантами, визначеними як такі, що походять з-за меж країни, в якій вони були діагностовані як ЛЖВ. Українські біженці склали 10,2% (n = 2338) від усіх діагнозів ВІЛ у 2022 році, що в 10 разів більше, ніж у 2021 році (n = 223). У 2022 році (n = 2338) серед них 9,3% (n = 217) були з вперше встановленими

діагнозами, 58,5% (n = 1368) були повторно ідентифіковані; 32,2% мали невідомий статус.

За результатами 2023 року обсяг обстежень на ВІЛ в медзакладах України зріс на майже 40% та склав 2 250 940 обстежень проти 1 612 841 за підсумками 2022 року. За даними Центру громадського здоров'я України, у 2023 році було виявлено 12 925 випадків ВІЛ, призначено АРТ 10 836 особам [6, 39,50].

Наразі Україна тримає епідемію ВІЛ/СНІДу під контролем, посідаючи одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ЛЖВ. За експертними оцінками, це більше ніж 244,8 тис. людей і майже 30 % з них ще не знають про свій ВІЛ-статус. Прогнозовані тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні збігаються із загальносвітовими, зокрема щодо подовження життя хворих, які отримують АРТ, очікуваної стабілізації кількості ЛЖВ, зниження показників захворюваності та збільшення числа хворих, які потребуватимуть призначення АРТ. За результатами останнього моделювання визначено, що оціночна чисельність ЛЖВ в Україні на початку 2022 р. становила в середньому 245 000 (215 000—281 000), зокрема 200 000 осіб на підконтрольних Україні територіях. На квітень 2023 р. 152992 ЛЖВ знаходилися під медичним наглядом. У прогнозований період до кінця 2025 р. очікується повільне збільшення оціночної кількості ЛЖВ до 252 000 що пов'язане в першу чергу зі збільшенням тривалості їхнього життя [11,16, 24].

Поширеність ВІЛ-інфекції у регіонах України на 100 тисяч населення за даними медичного нагляду станом на 01.04.2023 року. Упродовж перших трьох місяців цього року (2023) виявлено та офіційно зареєстровано 2 931 випадок ВІЛ-інфекції (7,1 на 100 10 тисяч населення), найвищі показники захворюваності відзначено у Дніпропетровській (23,8), Одеській (20,7), Миколаївській (11,9), Київській (9,7) та Кіровоградській (9,1) областях.

Найбільшу кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, як і раніше, було зареєстровано серед людей вікової групи 30–49 років, а у статевій структурі переважають чоловіки (66%). В середньому щодня в Україні реєстрували 33 випадки ВІЛ-інфекції, 9 випадків захворювання на СНІД і 5 смертельних випадків від захворювань, зумовлених СНІДом. Серед шляхів інфікування ВІЛ переважна частка випадків припадає на статевий шлях (73,9%), проте зберігається актуальність парентерального шляху інфікування внаслідок вживання наркотичних засобів ін'єкційним шляхом (25,4%); порівняно з першим кварталом 2022 року, відзначено помітну тенденцію до збільшення випадків статевого шляху передачі. [2, 26]

Щорічне збільшення кількості випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом свідчить про поширення ризикової статевої поведінки серед загального населення. Отже, виявлення ВІЛ-інфекції серед хворих з інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), які піддаються найвищому ризику інфікування ВІЛ, є важливим компонентом програм з профілактики, спрямованих на раннє виявлення ВІЛ-інфекції. Показник інфікованості ВІЛ серед осіб із симптомами або хворими на ІПСШ в Україні впродовж останніх 5 років залишається майже незмінним і перебуває на рівні 1,0 %. У 2021 р. в рамках сероепідмоніторингу (СЕМ) загалом було обстежено 16 тис. осіб з ІПСШ, з них 76 % — із використанням швидких тестів. Серед обстежених у 151 (1,0 %) результат тестування був позитивним. Серед шляхів інфікування ВІЛ у 2023 р. переважна частка випадків припадає на статевий шлях (73,9%), проте зберігається актуальність парентерального шляху інфікування внаслідок вживання наркотичних засобів ін'єкційним шляхом (25,4%); порівняно з першим кварталом 2022 року, відзначено помітну тенденцію до збільшення випадків статевого шляху передачі [5, 12,14,23].

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.07.2024

Станом на 01.07.2024 року в закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 156 529 людей, які живуть з ВІЛ, що становить 381,8 на 100 000 населення. За даними офіційної реєстрації найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції на 100 000 населення зареєстрований, як і в попередній період, в Одеській (1104,9), Дніпропетровській (941,4), Миколаївській (750,9) областях та у м. Київ (651,7). У порівнянні з 6 місяцями 2023 року диспансерна група по Україні практично не змінилася, спостерігається збереження попередньої тенденції щодо зниження кількості людей на обліку, що спостерігається у 12 областях.

Загальна результативність тестування населення на ВІЛ-інфекцію по країні становила 0,50% (6 місяців 2023 р. – 0,72%). На рівні областей показник коливається від низьких цифр у Луганській (0,03%), Тернопільській (по 0,16%) та Рівненській (по 0,21%), до найвищих показників у Одеській (1,06%), Донецькій (0,9%) та Кіровоградській (0,78%) областях. В 84 % областей результативність тестування знизилась у порівнянні з 6 місяцями 2023 року. Впродовж поточного періоду 2024 року виявлено та офіційно зареєстровано 5513 випадків ВІЛ-інфекції (13,4 на 100 000 населення) з найвищими показниками захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Дніпропетровській (37,8), Одеській (30,7), Кіровоградській (21,0), Чернігівській (19,4), Миколаївській (18,4) та Київській (18,3) областях.

Показник захворюваності за шість місяців 2024 року на 6% менше показника за аналогічний період 2023 року (для розрахунку інтенсивних показників були використані останні доступні офіційні дані про чисельність населення).

Як і раніше, найбільше випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано серед осіб вікової групи 30-49 років (69,2%). У статевій структурі вперше діагностованих випадків переважають чоловіки (65,5%). У середньому щодня в Україні реєструвалось 30 випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію, 9 випадків захворювання на СНІД та 3 смерті від хвороб, зумовлених СНІДом.

У структурі шляхів інфікування ВІЛ-інфекції переважна частка випадків припадає на статевий шлях (80,0%), проте зберігається актуальність парентерального шляху інфікування внаслідок вживання наркотичних препаратів в ін'єкційний спосіб (19,2%). У порівнянні з 6 місяцями 2023 року (73,1%) зберігається тенденція до росту статевого шляху передачі.

Станом на 01.07.2024 року зареєстровано 1587 випадків захворювання на СНІД (3,9 на 100 000 населення), що на 5,1% менше захворюваності на СНІД за шість місяців 2023 року.

За 6 місяців 2024 року зареєстровано 608 смертей від СНІДу. Показник смертності становить 1,5 на 100 000 населення, що на 21,4% менше показника аналогічного періоду 2023 року (1,9 на 100 000). Найвищий рівень смертності зареєстровано у Одеській (5,8), Дніпропетровській (4,5), Чернігівській (2,6) Київській (2,1) та Полтавській (1,9) областях та м. Києві (1,8).

Антиретровірусна терапія (далі – АРТ) яка є одним з вирішальних факторів впливу на зменшення ризику передачі вірусу та зниження захворюваності і смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією серед людей, які живуть з ВІЛ (далі – ЛЖВ). Не дивлячись на існуючі виклики, реалізуються заходи з подальшого розширення АРТ та утримання на лікування тих, хто вже його отримує. Кількість людей, які живуть з ВІЛ, та отримують АРТ станом на 01.07.2024 року, за даними звітної форми №56 становить 117 679 осіб [2,12, 26].

Схему терапії з фіксованим дозуванням використовують 88,7% всіх людей, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ, тобто прийом 1 таблетки на добу, що підвищує зручність прийому та покращує прихильність до лікування. Серед всіх пацієнтів, які отримують АРТ, 87% отримують схему з ефективним і безпечним препаратом Долутеґравір (DTG), який має високий генетичний бар'єр, вкрай низьку токсичність та мінімальну взаємодію з іншими лікарськими засобами. Також для уникнення потенційних переривань терапії та покращення прихильності пріоритетом є видача препаратів на

тривалий термін. Так, станом на 01.04.2023 року, 38% пацієнтів отримали запас препаратів на термін понад 6 місяців, 51% — на термін від 3-х до 6-ти місяців включно та лише 11% — на термін менше 3-х місяців [28].

На 99% виконано планові показники охоплення послугами з догляду та підтримки ЛЖВ (31 419 осіб). Міграція, спричинена війною, зумовила незапланований приріст клієнтів профілактичних програм від 40 до 176% з усіх ключових груп у західних областях України: Закарпатській, Тернопільській, Львівській, Івано-Франківській. Водночас східні області втратили значну кількість клієнтів (від 10 до 100%): Харківська, Сумська, Черкаська, Донецька, Херсонська, Луганська, Чернігівська. Станом на квітень 2023 року у Луганській області не відновлено роботу. На сьогодні профілактичні ВІЛ-послуги надають 47 НУО у 24 областях України та м. Києві.

Глобальне поширення ВІЛ-інфекції відіграло значну роль у виникненні вторинної епідемії туберкульозу (ТБ) навіть у тих країнах, де впродовж десятиліть відзначалося значне зниження захворюваності на цю недугу. Останнім часом ВІЛ-інфекція є найвагомим чинником ризику розвитку ТБ в осіб, інфікованих мікобактерією туберкульозу (МБТ). Туберкульоз і ВІЛ-інфекція/СНІД є глобальною проблемою системи громадської охорони здоров'я. Туберкульоз є головною причиною смерті людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, а ВІЛ — найважливішим чинником, що зумовлює розвиток епідемії ТБ в країнах з високою поширеністю ВІЛ-інфекції. Наразі відбулася «ротація» двох основних захворювань інфекційної етіології як причин утрат років потенційного життя внаслідок смертності до досягнення віку 65 років. У всіх великих містах України за досліджуваний період зросла значущість ВІЛ/СНІДу у формуванні втрат унаслідок передчасної смертності, відповідно, структурний внесок цієї патології в обсяг утрат від усіх інфекційних та паразитарних хвороб зріс [9, 20, 21,29].

Тимчасова втрата адміністративного контролю над частиною території України унеможливило отримання повної інформації про рівень ураження всього населення, тому, як і в минулому році, показники України не повністю охоплюють дані Донецької, Луганської, Запорізької та Херсонської областей, АР Крим та м. Севастополь.

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ НА ПОЧАТКУ ВІЙНИ

Міграція населення як всередині України, так і поза її межами сягнула мільйонів осіб. Щомісячно понад три тисячі ВПО, які живуть з ВІЛ, потребують послуг у новому місці проживання. Більшість ВПО переїхали до західних регіонів України — двоє з п'яти внутрішньо

перемішених осіб переїхали до Закарпатської, Івано-Франківської, Львівської, Тернопільської, Хмельницької або Чернівецької областей, а кожна десята людина з ВІЛ, яка змінила місце перебування, обрала столицю. За прогнозами ВООЗ, кількість дорослих людей, які живуть з ВІЛ, котрі опиняться за кордоном, може сягати понад 30 тисяч осіб. Нині найбільше навантаження взяли на себе Польща, Чехія, Німеччина, Молдова, Словаччина, Румунія. За даними інформаційної системи моніторингу соціально значущих хвороб (ІС СЗХ), станом на 01.04.2023 року кількість українців, які після 24 лютого виїхали за кордон і отримують АРТ, становить 5728 осіб [2,12,24,47].

ПИТАННЯ ФІНАНСУВАННЯ

В умовах війни відбулися ще дві зміни у сфері ВІЛ-послуг щодо фінансування. По-перше, у державний бюджет України повернули кошти, виділені на 2022 та 2023 роки для закупівлі АРВ-препаратів та медичних виробів для діагностики ВІЛ/СНІДу за бюджетною програмою КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» у зв'язку із закриттям критичних потреб в умовах війни.

По-друге, фінансування послуг з профілактики ВІЛ-інфекції і догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, під час воєнного стану з державного бюджету було призупинено у зв'язку з особливими вимогами Постанови Кабінету Міністрів України. Згодом, кошти за бюджетною програмою КПКВК 2301040 «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» було перепрофільовано на закриття інших критичних потреб держави, пов'язаних із війною. Відтак, з січня по травень 2022 року близько 45 неурядових організацій опинилися в умовах ризику неотримання коштів з державного бюджету та призупинення надання послуг.

Навіть в умовах військової агресії не припинялася робота над врегулюванням діючої нормативної бази: було внесено зміни до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», оновлено стандарти медичної допомоги з профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції.

ОТРИМАННЯ УКРАЇНЦЯМИ ВІЛ-ПОСЛУГ ЗА КОРДОНОМ

Для людей, які живуть з ВІЛ, що виїхали за кордон та потребують безперервного лікування, було розроблено протокол клінічного менеджменту щодо обміну даними між лікарями як в Україні, так і поза її межами у партнерстві з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), WHO Collaborating Centre on HIV and Viral Hepatitis Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections (CHIP), European AIDS Clinical Society (EACS), Euroguidelines in Central and

Eastern Europe Network Group (ECEE). Докладно: Стандартизований протокол клінічного ведення та обміну медичними даними для людей, які живуть з ВІЛ, серед біженців з України. На підставі цього було розроблено алгоритм обміну медичними даними між лікарями, що надають медичну допомогу людям, які живуть з ВІЛ та опинилися за кордоном через війну. Також у пацієнтів з'явилася можливість подати до свого лікуючого лікаря форму запиту, якщо вони опинились у ситуації, коли немає підтвердженої інформації про лікування, яке вони отримували в Україні.

У довоєнний період (2018–2021 рр.) розроблено пакет важливих документів, що мають забезпечити ефективніше використання стратегічної інформації та посилити систему епідеміологічного нагляду за ВІЛ в Україні. До роботи над ними було залучено фахівців Центру громадського здоров'я, експертів національного та регіонального рівнів, а також міжнародних спеціалістів [13,15,18,19 ,27].

Національна стратегія тестування на ВІЛ в Україні на 2019—2030 рр., спрямована на досягнення цілей Політичної декларації Генасамблеї ООН 2016 р. «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року», ґрунтується на загальноприйнятих світових рекомендаціях і чітко враховує напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні [8,10,13].

Наказом МОЗ України № 2092 від 16 листопада 2022 р. затверджено Стандарти медичної допомоги «ВІЛ-інфекція», які створені відповідно до Методики розробки та впровадження стандартів медичної допомоги на основі доказової медицини, затвердженої Наказом МОЗ України № 751. Документ включає п'ять основних стандартів: профілактика поширення ВІЛ-інфекції; послуги з тестування на ВІЛ; надання підтримки на користь АРТ та обслуговування в системі лікування; медичний нагляд за людьми, що живуть з ВІЛ; лікування ВІЛ-інфікованих [1 ,18,19].

Завдяки державним закупівлям та за підтримки міжнародних партнерів офісу Центрів з контролю та профілактики захворювань США (CDC), Глобального Фонду із протидії ВІЛ, туберкульозу та малярії (GFATM) через міжнародні організації Україна повністю забезпечує лікування всіх ЛЖВ в умовах воєнного стану [42,48].

Протягом останніх двох десятиліть Глобальний фонд співпрацює з партнерами в Україні з метою підвищення доступності тестування, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу. Значний прогрес, досягнутий у боротьбі з хворобами, був серйозно підірваний війною. Нищівні наслідки вторгнення включають руйнування або

пошкодження закладів охорони здоров'я, а також загибель медичних працівників і пацієнтів. Оперативно відреагувавши на цю ситуацію, Глобальний фонд розширив свою підтримку, надавши додатково 27,75 млн. доларів США в рамках надзвичайного фінансування для надання допомоги відважним партнерам на місцях. Це додатково до 186,7 млн. доларів США, виділених на програми протидії ВІЛ, туберкульозу та опіоїдної замісної терапії на період реалізації 2021-2023 років, включаючи підтримку Механізму Глобального фонду з реагування на COVID-19. Наразі Глобальний фонд виділив Україні 157,16 млн. доларів США на боротьбу з ВІЛ, туберкульозом та побудову життєздатних і стійких систем охорони здоров'я на період реалізації програми 2024-2026 рр. [12,35,36].

У рамках проекту SILab «Підтримка системи епіднадзора за ВІЛ і системи управління/поліпшення якості лабораторій МОЗ України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу громадської охорони здоров'я», котрий впроваджує ЦГЗ за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), підготовлені документи на виконання Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у глобальній боротьбі з ВІЛ/СНІДом у світі (PEPFAR).

Мета програми PEPFAR полягає у наданні технічної допомоги та певного обсягу безпосередніх послуг, що мають забезпечити максимальну якість, масштаби охоплення та результативність національних заходів з відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД, передусім для ключових та найбільш вразливих груп населення. У співпраці з Урядом і громадянським суспільством України, а також з іншими партнерами, що працюють у сфері розвитку, у т.ч. з Глобальним фондом боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією та Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС), PEPFAR підтримує заходи, спрямовані на зміцнення національного та регіонального потенціалу до протидії ВІЛ/СНІД, вдосконалення нормативно-правової бази бюджетного та фінансового забезпечення цих заходів, реалізацію та оцінку результативності програм профілактики, догляду та лікування на всіх рівнях, а також на формування прозорих процесів і систем постачання ліків та медичних товарів. До конкретних першочергових завдань програми належать:

- Підвищення якості послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІД, передусім ключовим та найбільш вразливим групам населення, з використанням новітніх підходів, у т.ч. підвищення якості послуг, які надаються Центрами профілактики та боротьби зі СНІД, аби сприяти утриманню пацієнтів на програмах догляду та лікування

- Розширення надання послуг у сферах профілактики, тестування та консультування на основі заходів впливу за принципом «рівний-рівному», а також обстеження та визначення випадків захворювання на туберкульоз серед ВІЛ-позитивних осіб і представників груп найвищого ризику
- Досягнення вищого рівня інтеграції послуг у сферах протидії ВІЛ/СНІД та туберкульозу на основі побудови зв'язків та поєднання послуг
- Підвищення здатності українських установ до реалізації програм протидії ВІЛ/СНІД за рахунок вкладення ресурсів у зміцнення лабораторних систем, розбудову кадрового потенціалу, розвиток інформаційних систем охорони здоров'я та систем постачання ліків і медичних товарів
- Зміцнення потенціалу громадських організацій (ГО) у сферах фінансового управління, надання послуг, розподілу ресурсів та участі у розробці державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІД, аби у перспективі забезпечити сталу самостійну діяльність ГО за цими напрямками.

Завдяки системній роботі та конструктивній співпраці Міністерства охорони здоров'я з командою програми PEPFAR Україна отримала не лише допомогу з забезпечення безперервної АРТ-терапії з початку повномасштабного вторгнення та підтримку діючих програм з діагностики і забезпечення медпрепаратами людей, які живуть із ВІЛ, а і стала першою країною у Центральній та Східній Європі та Центральній Азії, яка отримала унікальну можливість впровадити пілотну програму нового ін'єкційного методу доконтактної профілактики ВІЛ. Йдеться про каботегравір пролонгованої дії (CAB-LA). Відтак, Україна внесена до списку країн, де можна використовувати ці препарати. Наразі PEPFAR підтвердив виділення Україні 118,5 млн доларів на фінансування послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції в Україні на 2024-2025 роки.[32,46,49].

Важливо, що ВООЗ продовжуватиме задовольняти мінливі потреби України у сфері охорони здоров'я в цей кризовий час, працюючи пліч-о-пліч з нашими партнерами та стабільно надавати науково обґрунтовані рекомендації щодо тестування та лікування ВІЛ-інфекції. Попри війну, програми профілактики ВІЛ, включаючи доконтактну профілактику (ДКП), та ЗПТ розширилися, а українська програма ДКП стала однією з найбільших в Європейському регіоні. Також всебічно підтримуються постачальники послуг у сфері ВІЛ на місцях, гарантуючи безперервність лікування ВІЛ.[40,44,45].

Зусилля держави виходять за межі національних кордонів. Продовжується вплив на впровадження сталих послуг у сфері ВІЛ, очолюючи найбільше регіональне партнерство SoS 2.0 у Східній та Південно-Східній Європі та Центральній Азії. Так в 2022 році почалося впровадження трирічного регіонального проекту «Сталість послуг для ключових груп в регіоні Східної Європи та Центральної Азії (ВЕЦА, скорочено - SoS_project 2.0), загальний бюджет якого складає \$13 млн. Донором є Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. В результаті реалізації стратегії трирічного проекту очікується значне підвищення резистентності та адаптації вітчизняної системи протидії ВІЛ/СНІДу в умовах зовнішньої агресії. Також Спільна міжурядова реалізація проекту SoS 2.0 дозволила досягти значних успіхів у впровадженні інноваційних підходів для задоволення потреб ключових груп і профілактики ВІЛ[41]

Також знаходимося в авангарді новаторських профілактичних заходів з використанням штучного інтелекту (ШІ/AI), телемедицини та наданням мобільних медичних послуг на звільнених територіях. Використання AI продемонструвало кращий результат у виявленні випадків ВІЛ – більш високий відсоток ВІЛ-позитивних випадків серед усіх протестованих пацієнтів. Так, за підсумками 2022-2023 років моделювання штучного інтелекту виявило 5,2% позитивних результатів, що більш ніж на третину (37%) краще порівняно з базовою стратегією (3,8%).[40]

19-20 вересня 2024 р. в Самарканді відбулася регіональна робоча нарада з питань готовності до пандемії, міграції та охорони здоров'я: Інновації та адаптація грантів Глобального фонду до міграційних реалій у Східній Європі та Центральній Азії (СЕЦА). Використання даних потребує більш розвинених аналітичних та комунікаційних навичок. Новітні технології збору даних із застосуванням штучного інтелекту, соціальних мереж, а також інтеграція даних з різних джерел можуть суттєво покращити як безпосередньо аналітику та управління рішеннями, так і комунікацію цих рішень — як у вигляді пропозиції послуг для специфічних груп населення, так і для розробки стратегій реагування на епідемії та виклики у сфері громадського здоров'я. Представлено досвід виконання регіонального проекту #SoS 2.0 (2022-2024) та висвітлено аспекти підходів щодо формування безперервності послуг для мігрантів на транскордонному рівні. Як найкращий релевантний досвід регіону модератори поділилися засвоєними уроками платформи #HelpNOW HUB – <https://helpnow.aph.org.ua> у 2022-2023 рр., яка за цей період надала допомогу 37,5 тис. українців із 50 країн світу. Ця платформа дала змогу з'єднати мігрантів, які

отримують лікування ВІЛ, ТБ, наркозалежності, із сервісами в місцях прибуття в Україні та за її межами. Зауважено, що Цифрові рішення для допомоги мігрантам є вкрай важливими та діють без кордонів: Цифрові платформи, такі як #HelpNOW HUB і телемедицина Help24, зіграли ключову роль у наданні допомоги мігрантам. Наприклад, Telegram став одним із найпопулярніших месенджерів для спілкування з сервісом #HelpNow. Важливим є розширення послуг телемедицини: Платформа Help24 – <https://help24.org.ua> була значно покращена в контексті надання послуг телемедицини на базі державних клінік – було розширено регіони роботи, додано доставку ліків та послуги психологічної допомоги. Водночас інноваційні технології, як-от цифровий консультант TWIIN, що використовує штучний інтелект www.twiin.aph.org.ua, як онлайн-помічник 24/7, може значно полегшити та посилити можливості в роботі.

Було представлено інноваційну систему збору, зберігання та аналізу даних на базі платформи DHIS2. DHIS2 є однією з найпоширеніших платформ для управління даними у сфері охорони здоров'я, що використовується у понад 70 країнах. Ця система значно полегшує моніторинг послуг у сфері профілактики ВІЛ, планування та оцінки заходів у галузі охорони здоров'я.

Ключові можливості та переваги DHIS2:

- Покращений збір та аналіз даних: Система значно спрощує процес збору даних для виконавців грантів Глобального фонду, включаючи організації громадського здоров'я та державні установи. Це сприяє покращенню якості інформації та полегшує доступ до неї.
- Контроль якості інформації: DHIS2 стандартизує підхід до збору даних, що дозволяє уникнути помилок та неточностей. Це важливо для точного моніторингу та оцінки ефективності заходів.
- Мобільний додаток: Важливою особливістю системи є мобільний додаток для Android, який працює в офлайн-режимі. Це дозволяє користувачам отримувати доступ до даних навіть у віддалених районах і фіксувати надані послуги.
- Інтеграція з іншими системами: DHIS2 підтримує інтеграцію з різними джерелами даних, включаючи вендингові машини для профілактики ВІЛ, та регіональні дашборди, що дозволяє автоматизувати збір та обробку інформації.

Шляхи вдосконалення системи: Одним із перспективних напрямків розвитку DHIS2 є інтеграція штучного інтелекту (AI) для прогнозування нових випадків ВІЛ, аналізу ризиків інфікування та оцінки прихильності до профілактичних заходів. Це дасть можливість більш ефективно планувати профілактичні заходи та адаптувати їх до потреб на національному та регіональному рівнях.[7]

З 13 по 15 жовтня в Maison de la Mutualité, Париж, проходила глобальна конференція Fast-Track Cities 2024, присвячена 10-й річниці запуску ініціативи Fast-Track Cities, яка стартувала у 2014 році у Всесвітній день боротьби зі СНІДом. Тема конференції цього року сфокусована на питаннях забезпечення справедливості у доступі до медичних послуг та покращенні результатів боротьби з ВІЛ для всіх верств населення. Регіональне партнерство міст стало надійною підтримкою під час військової агресії Росії проти України. Завдяки нашим партнерам ми оперативно створили консультативний сервіс HelpNOW для пацієнтів-мігрантів, щоб допомогти їм отримати лікування на нових місцях проживання [3].

Останніми роками поступово суттєво зменшилася донорська допомога неурядових організацій, відмічає Організація Спонсорів, зацікавлених у боротьбі зі СПІДом (FCAA). Так, глобальна підтримка ініціатив з ВІЛ/СНІДу у 2016 р. склала 680 млн. доларів, з яких 87% надано зі сторони ViiV Healthcare (Великобританія), Aidsfonds (Нідерланди) и Фонду Елтона Джона з боротьби зі СПІДом (США и Великобританія), а також щорічна прибавка у 41 млн. доларів від Фонду Білла и Мелінди Гейтс. Але у 2023 р. зокрема Благодійний фонд британського рок-музиканта Елтона Джона Elton John AIDS Foundation виділяє 125 тисяч доларів через платформу United24 для України. [48,55,56].

Міграція населення, зміна маршрутів пацієнта, втрата зв'язку із лікувальним закладом, тимчасова окупація і зміна схем лікування — все це фактори, які негативно впливають на ефективність лікування. Найближчим часом знадобиться як удосконалення нормативної бази, забезпечення розширення програми лікування ВІЛ, так і проведення ретельного моніторингу ефективності АРТ, впровадження методу надання послуг із ВІЛ з використанням телемедицини та штучного інтелекту, наближення послуг до пацієнта шляхом видачі АРТ через аптеки.

Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу 27 липня 2022 р. представила свій щорічний звіт про стан глобальної протидії ВІЛ. Уперше глобальний звіт ЮНЕЙДС про СНІД має тривожну назву — «У небезпеці». У ньому містяться нові важливі дані, які свідчать про те, що заходи у відповідь на СНІД перебувають під загрозою, прогрес у профілактиці ВІЛ уповільнився, ресурси для протидії ВІЛ виснажуються, а глобальні потрясіння посилюють майбутні ризики [25,34,35]. Попри збільшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, фінансування програм з ВІЛ/СНІДу скорочується [43,52]. Важливо зазначити, що майбутнє протидії СНІДу найближчими роками залежатиме від успішного поповнення

Глобального фонду, який потребує залучення близько 18 млрд доларів США для збереження щонайменше 20 млн життів [36, 48, 53].

Зміст проаналізованих в нашій статті фахових публікацій беззаперечно свідчить про те, що проблема ВІЛ/СНІДу вийшла далеко за межі суто медичної галузі та на жаль вже однозначно набула статусу загальнонаціональної. Сучасний європейський підхід до покращення загального стану здоров'я та якості життя населення вимагає системної координації зусиль різних людей, які поєднують в собі широкий спектр професійних навичок у багатьох різних дисциплінах, а також здатність плідно співпрацювати з іншими у спільній мультипрофесійній команді для досягнення спільної мети якщо і не остаточного подолання цієї вірусної епідемії то принаймі хоча б виразного і статистично достовірного зменшення випадків свіжого інфікування серед населення.

Аналіз наявних у нашому розпорядженні наукових публікацій останніх років з проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу вказує на нагальну і однозначну необхідність розгляду цього захворювання в державній системі охорони здоров'я як виразно соціально значущого інфекційного захворювання цілісного організму, при якому раннє візуальне визначення дільничним терапевтом наявності на шкірі клінічних проявів ряду маркерних дерматозів дозволяє своєчасно запідозрити, а потім і оперативно лабораторно підтвердити як сам факт інфікування ВІЛ, так і оперативно розпочати курс АРТ. Це безумовно вимагає міждисциплінарного підходу та системної методичної взаємодії лікарів первинної ланки, дерматовенерологів, інфекціоністів, патологоанатомів в аспекті своєчасної, а по можливості, і максимально ранньої діагностики та повноцінного лікування.

Висновки

Вимушене масове переміщення українців частково сприяло збільшенню діагностики ВІЛ-інфекції в країнах ЄС/ЄЕЗ у 2022-2023 роках, підкреслюючи важливість своєчасної профілактики, тестування та догляду.

Подолання ВІЛ-інфекції як реальної загрози суспільному здоров'ю є одним із головних завдань української системи охорони здоров'я. Україна натеper є однією з країн, де продовжує збільшуватись кількість випадків зараження ВІЛ та зростає летальність внаслідок СНІДу. Це потребує нагального перегляду низки нормативних і методологічних документів на принципах доказової медицини та рекомендацій ВООЗ, адаптації їх до нинішньої надзвичайної ситуації, розробки оперативних підходів і клінічних маршрутів, які будуть забезпечувати своєчасне отримання ВІЛ-

позитивними пацієнтами, вагітними та дітьми, народженими ВІЛ-позитивними жінками, повноцінних комплексних медичних послуг. Приведення національних стандартів у відповідність до кращих світових практик у сфері протидії ВІЛ-інфекції сприятиме підвищенню ефективності боротьби у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Наведені дані є результатами виконання науково-дослідної роботи кафедри дерматології та венерології з курсом косметології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця (номер державної реєстрації: 0121U108877).

Резюме English

CURRENT ASPECTS OF HIV/AIDS PROGRAM IMPLEMENTATION IN UKRAINE: NEW CHALLENGES DURING THE WAR

Stepanenko V.I., Fedorenko O.E., Ivanov S.V., Svyryd S.H.

O.O.Bogomolets National Medical University, Kyiv (Ukraine)

Exactly forty years ago, acquired human immunodeficiency syndrome was first recorded in the United States. Since then, only two cases of complete recovery from AIDS have been officially confirmed. Currently, 38 million people in the world are living with HIV, 36 million have died from AIDS since the beginning of the spread of the virus on the planet. At the beginning of 2022, the number of people living with HIV (PLHIV) in the world reached 38.4 million, of which 75% were receiving antiretroviral therapy (ART). 36 million have died of AIDS since the beginning of the spread of the virus on the planet. 5.9 million PLHIV do not know about their HIV status.

At the beginning of 2022, an estimated 245 thousand people with HIV-positive status lived in Ukraine. For some of them, the provision of treatment was threatened.

It was the full-scale invasion that created problems in the effective response to HIV/AIDS. The provision of the full range of prevention and treatment services has become more complicated. Most of all, this was felt by patients, first of all, in the southeastern regions. The negative consequences, as well as the resumption of services to the population in the context of the HIV epidemic, are uneven due to operational changes related to the intensity of hostilities, the consequences of the destruction of medical infrastructure, population migration, and monitoring of internally displaced persons with HIV-positive status.

The HIV epidemic in Ukraine remains a nationwide problem. Significant difficulties due to the crisis socio-economic phenomena caused by the COVID19 epidemic and russia's full-scale military aggression

against Ukraine significantly complicate the forecasting of the further development of the HIV/AIDS epidemic.

Objective is to analyze the main ways and means of attracting international cooperation and organizational and methodological assistance during the war in Ukraine and formulate recommendations on the feasibility of adjusting existing or introducing new professional interventions. To evaluate and substantiate integrated ways of implementing monitoring, modern diagnostics and principles of HIV treatment and prevention as the basis of a strategy to overcome the HIV/AIDS epidemic in Ukraine with international assistance.

Materials and methods. The documents of international policy in the field of health care and public health are analyzed; the latest changes in the documents of state policy in the field of health care of Ukraine; international strategies and approaches to overcoming the HIV epidemic; dynamics of the incidence of skin and venereal diseases in Ukraine; forecasting the monitoring of national and global HIV epidemics.

Results and discussion. Based on the study of the latest statistical information, key areas for further strengthening the monitoring and evaluation system to strengthen control over the HIV epidemic in Ukraine, as well as optimizing preventive measures and specific treatment in the context of russia's full-scale military invasion in Ukraine, are presented.

Conclusions. The forced mass displacement of Ukrainians has partly contributed to the increase in HIV diagnoses in EU/EEA countries in 2022-2023, highlighting the importance of timely prevention, testing and care. Overcoming HIV infection as a real threat to public health is one of the main tasks of the Ukrainian health care system. Ukraine is currently one of the countries where the number of HIV infections continues to increase and AIDS mortality is increasing.

This requires an urgent revision of a number of regulatory and methodological documents based on the principles of evidence-based medicine and WHO recommendations, their adaptation to the current emergency, the development of operational approaches and clinical routes that will ensure the timely receipt of HIV-positive patients, pregnant women and children born by HIV-positive women, and full-fledged comprehensive medical services. Bringing national standards in line with the best world practices in the field of combating HIV infection will help increase the effectiveness of the fight against the HIV epidemic in Ukraine.

Key words

HIV/AIDS incidence in the world and in Ukraine, risk factors, preventive measures.

Список літератури:

1. Азарскова М.В., Андрес В.А., Андріанова І.В. та ін. Стандарти медичної допомоги «ВІЛ-інфекція». Методичні рекомендації //Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2022; 4 (51) :52 – 64. <http://tubvil.com.ua/article/view/269210/264695>
2. ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ В УКРАЇНІ. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЮЛЕТЕНЬ №54. ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ. Київ, 2023. 84 с.
https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_54_2023.pdf
УДК 616.98.578.828 (477)
3. Глобальна конференція Fast-Track Cities 2024: 10 років лідерства міст у боротьбі зі СНІДом та внесок країн ССЦА у досягненні цілей 95-95-95 Альянс громадського здоров'я. 14.10.2024 р.
<https://aph.org.ua/uk/novyny/globalna-konferentsiya-fast-track-cities-2024-10-rokiv-liderstva-mist-u-borotbi-zi-snidom-ta-vnesok-krayin-syetsa-u-dosyagnenni-tsilej-95-95-95/>
4. Грабовий С, Марциновська В, Матюшкіна К, Антоненко Ж. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2022 року. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України; 2022. 52 с.
https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna_otsinka_sytuatsiy_z_VIL_SNIDu_v_Ukraini_na_pochatok_2022.pdf
5. Грабовий С, Кузін І, Матюшкіна К, Марциновська В, Антоненко Ж. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2021 року. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»; 2021. 56 с.
https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna_otsinka_sytuatsiy_z_VIL_SNIDu_v_Ukraini_na_pochatok_2021.pdf
6. Дайджест «Впровадження системи моніторингу та реагування на нещодавню ВІЛ-інфекцію в Україні, станом на 1 вересня 2024 р.» ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ, випуск 1:15.
<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid>
7. ІТ-інновації для охорони здоров'я: використання DHIS2 у боротьбі з епідеміями в Східній Європі та Центральній Азії. Альянс громадського здоров'я. 3.10.2024 р.
<https://aph.org.ua/uk/novyny/it-innovatsiyi-dlya-ohoroni-zdorov-ya-vikoristannya-dhis2-u-borotbi-z-epidemiyami-v-shidnij-evropi-ta-tsentralnij-aziyi/>
8. Ковтун О. Узагальнений звіт за результатами досліджень та рутинного моніторингу серед ключових груп і фахівців неурядових організацій щодо потреб, отримання та надання ВІЛ-сервісів під час війни в Україні. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я»; 2022. 39 с.

[https://aph.org.ua/wp-](https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2022/09/Report_War__5.09.2022_Red_Red.pdf)

[content/uploads/2022/09/Report_War__5.09.2022_Red_Red.pdf](https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2022/09/Report_War__5.09.2022_Red_Red.pdf)

9. Ліскіна І.В., Кузовкова С.Д., Загаба Л.М., Ніколаєва О.Д.

Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ у госпіталізованих пацієнтів фтизіопульмонологічного профілю: частота, форми ураження, особливості діагностики (за даними високоспеціалізованої установи)//Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2019;3(38) :5 – 13. DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2019-3-5>

10. Литвинова ЛО, Гречишкіна НВ, Донік ОМ, Артемчук ЛЛ, Тоноковид ОБ. Організація медичної допомоги інфекційним хворим в Україні: нагальні питання сьогодення. Клін. та профілакт. медицина. 2022;(2):81-87. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(20\).2022.10](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(20).2022.10)

11. Моніторинг ВІЛ-інфекції в Україні. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ, 2023.

https://npsi.phc.org.ua/HIV_Monitoring

12. НАЦІОНАЛЬНА ВІДПОВІДЬ програм протидії ВІЛ, ТБ, ВГ та надання ЗПТ в умовах широкомасштабного вторгнення росії. РІЧНИЙ ЗВІТ ЦЕНТРУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ. 2023;78.

13. Національна стратегія тестування на ВІЛ в Україні: 2019-2030 роки. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ; 2018. 45 с.

https://www.phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/Natsionalna_strategi_a_testuvannia_na_VIL_v_Ukraini_2019-2030.pdf

14. Недужко О, Квасневська Ю, Калягіна Н, Марциновська В, Кузін І, Бугаєнко Н, та ін. Звіт про результати оцінки системи епіднадзора за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні: національний та регіональний рівні. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України; 2018. 108 с.

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Zvit_pro_rezultaty_otsinky_systemy_EN_2018.pdf

15. Недужко О, Мариновська В, Андріанова І, Антоненко Ж, Бронова В, Квасневська Ю, та ін. Концепція національної стратегії тестування на ВІЛ в Україні до 2030 року (проект). Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»; 2021. 39 с.

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/The%20concept%20of%20the%20National%20Strategy%20for%20HIV%20Testing_UKR.pdf

16. Недужко О, Большов Є, Новак Ю, Салюк Т. Моделювання розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні у 1987-2030 роках з використанням програми AIDS Epidemic Model: підсумковий звіт. Альянс громадського здоров'я; 2017. 122 с.

https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2018/05/Modelyuvannya-rozvytku-epidemiyi_Pidsumkovyj-zvit_20.11.2017.pdf

17. Петренко В.І., Стополянський О.В., Бондаренко Я.В., Галан І.О., Кравченко В.В., Карташова С.В., Стополянська Л.В. Туберкульоз-асоційований синдром відновлення імунної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів: сучасний стан проблеми //Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2021;1 (44):87 – 94.
http://tubvil.com.ua/article/view/226769/226267 DOI:
http://doi.org/10.30978/TB2021-1-87
18. Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ: наказ МОЗ України № 585 від 10.07.2013 р. [Інтернет]. (цитовано 2023 Квіт 05). Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1254-13#Text>
19. Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ. Н А К А З від 16.11.2022 р. No 2092//Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2022;4 (51):51. <http://tubvil.com.ua/article/view/269210/264695>
20. Процюк Р.Г. Туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2020;3 (42):92 – 103. DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2020-3-92>
21. Рингач Н.О. Утрати потенційних років життя внаслідок передчасної смерті у найбільших містах України: внесок інфекційних хвороб // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.2022;1 :7— 15. doi: 10.30978/TB-2022-1-7.
22. Талалаєв КО. Проблеми соціальних і хронічних хвороб на сучасному етапі (на прикладі інфекцій, що передаються статевим шляхом). Вісн. морс. медицини. 2019;(1):6-13. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2639404>.
23. Талалаєв К.О., Гойдик В.С., Вастьянов Р.С., Тодорова А.В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.)// Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2019;3(38):27-35. DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2019-3-27>
24. Центр громадського здоров'я МОЗ України. ВІЛ: толерантність та надія [Інтернет]. (цитовано 2023 Квіт 05). Доступно: <https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+22+2021/about>
25. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Глобальний моніторинг зі СНІДу – 2021 (GAM – Global AIDS Monitoring 2021) [Інтернет]. (цитовано 2023 Квіт 05). Доступно: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/monitoring-i-osinyuvannya/garmonizovaniy-zvit>
26. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Моніторинг ВІЛ-інфекції в Україні [Інтернет]. (цитовано 2023 Квіт 05). Доступно: https://npsi.phc.org.ua/HIV_Monitoring

27. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Національна стратегія тестування на ВІЛ в Україні: 2019-2030 роки. Київ; 2018. 45 с.
https://www.phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/Natsionalna_strategi_a_testuvannia_na_VIL_v_Ukraini_2019-2030.pdf
28. Шевельова О.В., Шостакович-Корецька Л.Р., Литвин К.Ю., Кушнерова О.А. Вплив віддаленого терміну початку антиретровірусного лікування хворих з ВІЛ-інфекцією // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.2022; 3 :34— 38. doi: 10.30978/TB-2022-3-34.
29. Шевченко О.С., Петренко В.І., Тодоріко Л.Д., Погорелова О.О. Ускладнення ВІЛ-інфекції // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2019;2(37):87-94.
DOI: <http://doi.org/10.30978/TB2019-2-85>
30. Antonenko Z, Martsynovska V. HIV infection in Ukraine: information bulletin N 53. Kyiv: Public Health Center of the MoH of Ukraine; 2022. 115 p.
https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_53_2022_EN.pdf
31. CATIE. The epidemiology of HIV in Canada [Internet]. 2021 (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-07/epi-hiv-02242021-en.pdf>
32. CDC. HIV in the United States and dependent areas [Internet]. (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ataglance.html>
33. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 – 2020 data. Stockholm: ECDC; 2021. 91 p.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2021-2020-data>
34. In danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. 374 p.
<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>
35. International Monetary Fund. World economic outlook: War Sets Back the Global Recovery. Washington, DC; 2022. 178 p.
<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/04/19/world-economic-outlook-april-2022>
36. Mahler DG, Yonzan N, Hill R, Lakner C, Wu H, Yoshida N. Pandemic, prices, and poverty [Internet]. 2022 Apr 13 (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://blogs.worldbank.org/opendata/pandemic-prices-and-poverty>

37. McVeigh K. 'Perfect storm' of crises is widening global inequality, says UN chief [Internet]. 2022 Jul 2 (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://www.theguardian.com/environment/2022/jul/02/perfect-storm-crises-widening-global-inequality-says-un-chief>
38. PHIA Project. Key data to guide the global response to the HIV epidemic [Internet]. (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://phia.icap.columbia.edu/>
39. Public Health Center. National response of HIV, TB, VH and SMT programs to full-scale russian invasion. Kyiv; 2022. 54 p. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Report_eng_final_compressed_1.pdf
40. Responding to war: adaptation and innovation in Ukrainian public health programmes during conflict. Alliance for Public Health/Kyiv,2024:27. <https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2024/02/War-response-report-1.pdf>
- SoS_project 2.0 – новий регіональний проект: стійкість послуг, 14 країн, права людини та диджиталізація. Альянс громадського здоров'я. 11.02.2022 p. https://aph.org.ua/uk/novyny/sos_project-2-0-novyj-regionalnyj-proekt/
- U. S. Embassy in Ukraine. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://ua.usembassy.gov/embassy/kyiv/sections-offices/centers-disease-control-prevention-cdc/>
40. UK Healthy Security Agency. HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report: The annual official statistics data release (data to end of December 2020). 2021 Dec 1. 51 p. <https://www.gov.uk/government/statistics/hiv-annual-data-tables/hiv-testing-prep-new-hiv-diagnoses-and-care-outcomes-for-people-accessing-hiv-services-2022-report>
41. UN Global Crisis Response Group. Global impact of war in Ukraine on food, energy and finance systems: the world is facing a global cost of living crisis: brief No. 2 [Internet]. (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://www.wbcsd.org/download/file/14437>
42. UN Women. The shadow pandemic: violence against women during COVID-19 [Internet]. (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
43. UNAIDS. AIDSinfo [Internet]. (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://aidsinfo.unaids.org/>
44. UNAIDS. Factsheet – Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic [Internet]. 2022 Jul 27 (cited 2023 Apr 05). Available from:

- https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
45. UNAIDS. HIV Financial Dashboard [Internet]. (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>
 46. UNCTAD. International tax reforms and sustainable investment: World Investment Report 2022. Geneva: UN; 2022. 223 p. <https://unctad.org/webflyer/world-investment-report-2022>.
 47. UNICEF. COVID:19 Scale of education loss 'nearly insurmountable', warns UNICEF [Internet]. 2022 Jan 23 (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/covid19-scale-education-loss-nearly-insurmountable-warns-unicef>
 48. Valles X, Kadio J. Etude sur la Problematique des perdus de vue durant la Prise en Charge du VIH/Sida en Guinee. Geneva: Le Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH et la Tuberculose; 2019. 69 p. <https://portail.sante.gov.gn/document/la-problematique-des-perdus-de-vue-durant-la-prise-en-charge-du-vih-sida-etude-sur-les-cas-de-perdus-de-vue-dans-les-sites-pec-adulte-et-enfant-en-guinee-pnsh-fm-2019/>
 49. Ward J, Gilles M, Russel D. HIV infection in Aboriginal and Torres Strait Islander people [Internet]. 2021 Jun (cited 2023 Apr 05). Available from: <https://hivmanagement.ashm.org.au/hiv-infection-in-aboriginal-and-torres-strait-islander-people/>
 50. WHO. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. WHO; 2022. 125 p. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
 51. WHO. Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: Know your epidemic. Geneva: WHO; 2013. 63 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85511>
 52. World Bank Group. Global economic prospects. June 2022. Washington (DC): WorldBank; 2022. 153 p. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/original/Global-Economic-Prospect-2022-June-2022.pdf> doi: 10.1596/978-1-4648-1843-1.
 53. <https://life4me.plus/ru/news/blagotvoriteli-vyidelili-na-borbu-s-vich-rekordnyie-680-millionov/>
 54. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/all_themes

Зміст:

I. Загальні відомості

Капустник В.А., Дацук А.М.

**ДО 150-РІЧЧЯ ПРОФЕСОРА ГІММЕЛЯ ІВАНА
МИХАЙЛОВИЧА** 3

II. Шкірні захворювання

Дацук А.А., Добржанська Є.І., Рощенюк Л.В., Белова Я.В.

**КОРЕЛЯТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ДЕРМАТОСКОПІЮ ТА
ПАТОГІСТОЛОГІЮ ПРИ СЕБОРЕЙНОМУ КЕРАТОЗІ** 7

Дацук А.А., Мішина М.М., Дацук А.М., Добржанська Є.І.

**ПРОФЕСІЙНА ЕКЗЕМА ДОЛОНЬ: ЕТІОПАТОГЕНЕЗ,
КЛІНІКА, ПРОФІЛАКТИКА** 12

Дюдюк А.Д., Поліон Н.М.

ПСОРИАТИЧНА ХВОРОБА НІГТЬОВИХ ПЛАСТИНОК 17

Карабан О.М., Малий В.П., Куцевляк С.В., Гандера А.О.

**ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ І КЛІНІЧНОЇ
ХАРАКТЕРИСТИКИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В
СУЧАСНИХ УМОВАХ** 21

III. Венеричні захворювання

Кравченко В.Г., Дацук А.М., Кравченко А.В.

**АКТУАЛЬНІСТЬ УЧАСТІ ЛІКАРІВ-УРОЛОГІВ У
БОРОТЬБИ З ІНФЕКЦІЯМИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ
СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (ПСП)** 30

IV. ВІЛ/СНІД інфекція

Степаненко В.І., Федоренко О.Є., Іванов С.В., Свирид С.Г.

**АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ
БОРОТЬБИ З ВІЛ/СНІДОМ В УКРАЇНІ: НОВІ
ВИКЛИКИ В ПЕРІОД ВІЙНИ** 34

ЗМІСТ 58

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ ТА ВІЛ/СНІДУ

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
ЗА МАТЕРІАЛАМИ**

всеукраїнської науково-практичної онлайн конференції з
міжнародною участю

**присвяченої 150-річчю з дня народження
професора І.М. Гімеля**
(українською та англійською мовами)

Редактор *Дацюк А. М.*
Комп'ютерна верстка *Почерніна М.Г.*

Формат 60x84 1/16.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк.
Наклад 300 прим. Зам.ЕП-

Видавництво «ЕСТЕТ ПРІНТ»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №6381 від 3.09.18 р.

Віддруковано в друкарні ТОВ «ЕСТЕТ ПРІНТ»
61093, м. Харків, вул. Рилєєва, 60
Тел.: (050) 831-58-36