

# **ІНФЕКЦІЙНІ ТА ПАРАЗИТАРНІ ХВОРОБИ СУЧАСНОСТІ: ЗАГРОЗИ, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ, НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ**

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції  
і пленуму ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»

4–5 травня 2023 р.  
м. Ужгород

Київ  
ДЕЛЬТА  
2023

УДК 616.9/99-07-88  
I-74

Видання збірника матеріалів  
рекомендовано президією  
ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»  
(протокол № 3 від 20 квітня 2023 р.)

**Редакційна колегія:**

д-р мед. н., професор *О.А. Голубовська*, д-р мед. н., професор  
*С.О. Крамарьов*, д-р мед. н., професор *Л.В. Мороз*, д-р мед. н., про-  
фесор *О.Я. Пришляк*, д-р мед. н., професор *О.В. Рябоконт*, д-р мед. н.,  
професор *Т.В. Чабан*.

I-74

**Інфекційні та паразитарні хвороби сучасності: загрози, актуальні питання діагностики та терапії, невідкладні стани: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів» (4–5 травня 2023 р., м. Ужгород). — К.: ДЕЛЬТА, 2023. — 85 с.**

ISBN 978-617-95294-0-5

УДК 616.9/99-07-88

ISBN 978-617-95294-0-5

© ДЕЛЬТА, 2023  
© Колектив авторів ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів», 2023

*Н.В. Митус*  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

### ПРО ВИПАДОК СІМЕЙНОГО ФЕЛІНОЗУ

Бартофельоз належить до зоонозів, які можуть дошкуляти як імунокомпетентній, так і імуносупресивній людині, обумовлюючи низку різноманітних станів від хвороби котячих подряпин (фелінозу), бацилярних ангіоматозу чи пурпурного гепатиту, волінської гарячки, бактеріємії до системного бартофельозу (хвороби Карріона, гарячки Оройя/перуанської бородавки) тощо. Залежно від виду бартофель, резервуаром інфекції може бути людина чи тварини сімейства котячих або гризуни. Відомо, що 5 патогенних для людини видів бартофель належать до а-2 підгрупи протеобактерій сімейства Bartonellaceae, які філогенетично близькі до бруцел, чим пояснюється як поліморфізм клінічної картини спричинюваних ними хвороб, так і інтерес до вивчення цих збудників. Примітним є факт утримання цих домашніх тварин на всіх континентах, обмін різноманітними бартофельами між свійськими тваринами і дикими (пуми, різні види гризунів тощо), але статистики щодо достовірної кількості імунокомпетентних хворюючих/носіїв немає. Частіше випадки фіксуються у пацієнтів імунокомпроментованих, або таких, де продовжується тривалий диференційний пошук (синдром тривалої гарячки невідомого генезу (СТГНГ)).

Збудники хвороби котячих подряпин — аеробні грамнегативні бактерії *Bartonella henselae* і *Bartonella clarridgeiae*, факультативні внутрішньоклітинні паразити, котрі погано ростуть на штучних середовищах (потребують додавання крові людини чи тварини), також розмножуються в організмі котячих бліх чи платяних вошей). Ці мікроорганізми мають тришарову оболонку, вони рухливі за рахунок пілі, розмножуються простим поперечним діленням. Ростуть на поверхні або всередині ендотеліальних клітин судин і ендокарду, стимулюючи їх проліферацію і ріст судин капілярної сітки, та обумовлюючи розвиток ангіоматозу. Також вони здатні пригнічувати імунну відповідь. Кращим щодо їх виявлення в біоптатах тканин вважається метод імпрегнації сріблом чи ІХА (акридин-оранжевий барвник) або виділенням з центрифугованої крові з одночасним руйнуванням еритроцитів. Застосовують також серологічні методи (ІФА, РНІФ).

То ж, нами спостерігався сімейний випадок хвороби котячих подряпин, де з інтервалом у кілька днів захворіли онук (7 років) та дідусь

(71 року). Варто наголосити, що за 2–3 міс до початку захворювання в родині з'явилось кошеня, і пацієнти не заперечували факти численних подряпин, нанесених твариною членам родини. Місця подряпин зазвичай в родині обробляли смарагдовим зеленим.

Хвороба у обох членів родини розпочалася гостро в кінці серпня, з'явилась загальна слабкість, знизився апетит, підвищилась до субфебрильних значень температура. В онука на передпліччі в ділянці численних подряпин з'явилась безболісна червона папула до 5 мм, яку він розчухував. За кілька днів на передпліччі був помічений лімфангоїт, збільшення пахвового лімфовузла до 1–1,5 см, чутливого при доторкуванні. Це змусило звернутися до сімейного лікаря на 3 тижні хвороби. У онука лікарем додатково виявлено збільшення кубітального лімфовузла тієї ж кінцівки. Збільшені лімфовузли були рухомі, відмічався незначний біль під час пальпації, шкіра над ними була звичайного кольору. Патології щодо інших органів чи систем не було виявлено.

У дідуса спостерігався тільки пахвовий лімфаденіт до 2,0 см в діаметрі. Звертали увагу численні лінійні подряпини на кистях та передпліччях. Під час об'єктивного огляду інших змін не виявлено.

Сімейним лікарем встановлено діагноз «Регіонарний лімфаденіт», призначені загальний аналіз крові, сечі, серологічні дослідження щодо EBV-інфекції, консультація інфекціоніста, детоксикаційна терапія, сухе тепло на уражені лімфовузли. Антибактерійна терапія сімейним лікарем не призначалась.

За кілька днів хворі звернулися за консультацією до інфекціоніста, надавши результати дослідження крові і сечі онука (лейкоцити  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , без зсуву в формулі крові, ШОЕ 17 мм/год., інші показники — в нормі, як і результат дослідження сечі). Після вивчення епіданамнезу і динаміки симптомів хвороби був запідозрений феліноз (хвороба котячих подряпин) і пацієнтам рекомендоване серологічне дослідження крові щодо виявлення антитіл до бартофель, біохімічне дослідження крові, ЕКГ. Враховуючи тривалість і особливості росту цих бактерій, про виділення чистої культури не йшлося. Щодо біопсії лімфовузла, — була отримана відмова пацієнта. Також було призначене етіотропне лікування азитроміцином (таблетована форма дорослому і суспензія дитині) у вікових дозах строком на 5 днів.

Пацієнти повторно були оглянуті через 9 днів, де констатоване покращення загального стану — нормалізувалась температура тіла, зникла слабкість, зменшились до 0,5 см регіонарні лімфовузли. Не було виявлено змін в біохімічному та загальному дослідженні крові чи результатах ЕКГ. Щодо дослідження титру антитів до бартофель,

то, на жаль, наразі жодна з лабораторій в місті не виконує цих досліджень, а від запропонованого дослідження крові в Німеччині пацієнти відмовились, посилаючись на фінансову неспроможність.

Таким чином, діагноз фелінозу (хвороби котячих подряпин) базувався на епідеміологічних і клінічних даних, а саме — наявність кошеняти, факт багатократного нанесення дрібних травм, за яких реалізується рановий механізм передачі, неналежна їх обробка, наявність первинного афекту в місці подряпин, розвиток незначного інтоксикаційного синдрому і характерного регіонарного щодо місця інфікування лімфаденіту, сімейний випадок. Захворювання в обох пацієнтів перебігало в легкій, локалізованій формі.

Спираючись на літературні дані щодо тривалого зберігання в крові реконвалесцентів фелінозу антитіл, пацієнтам рекомендовано, за можливості, і в подальшому дослідити кров на антитіла щодо бартонел. Для покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам з бартонельозною інфекцією необхідно ширше впроваджувати методи лабораторної діагностики в клінічну практику, що підвищить рівень доказовості діагнозу.

*В.Д. Москалюк, Ю.І. Бойко*  
*Буковинський державний медичний університет,*  
*м. Чернівці, Україна*

## **ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ**

**Актуальність.** Відомо, що при будь-якій соматичній хворобі можливі психопатологічні прояви пограничного рівня. Це обґрунтовує необхідність «зближення» сучасної психіатрії та загальної медицини. У медичній літературі є дані про виявлення пограничних психічних розладів (невротичних, афектних і органічних) на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції. Невротичні розлади у таких осіб описані у вигляді окремих синдромів: тривожного, астеничного, депресивного та їх поєднань, без спроби систематизації й адаптації уявлень, що склалися, до МКХ-10. Це створює певні методологічні складнощі. Афектні розлади в основному розглядаються з позиції їх частоти при ВІЛ-інфекції, без достатнього висвітлення клінічних особливостей, характеру зниження афекту, тяжкості соматичного компонента депресії. В аспекті органічних психічних розладів найкраще вивчений прогресуючий когнітивний дефіцит. У той же час астенич-

Наукове видання

# **ІНФЕКЦІЙНІ ТА ПАРАЗИТАРНІ ХВОРОБИ СУЧАСНОСТІ: ЗАГРОЗИ, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ, НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ**

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції  
і пленуму ГО «Всеукраїнська асоціація інфекціоністів»

4–5 травня 2023 р.  
м. Ужгород

Матеріали подані в авторській редакції.

Формат 60x84/16.  
Ум. друк. арк. 4,9.  
Наклад 60 прим. Замовлення № 25/04

*Видавець і виготовлювач ФОП «Терещенко Є.Д.»  
04213, м. Київ, вул. Прирічна, 37, к. 145  
Свідоцтво про реєстрацію № 7682 від 06.10.2022 р.  
тел./факс: (067) 656-21-56  
e-mail: dtereschenko1@gmail.com*