

Об'єктами дослідження були 27 штамів: 16 штамів, виділених з клінічного матеріалу (ліквору, крові) від 16 хворих на нейропатологію після оперативного втручання, з них до виду *E. faecalis* відносились 8 штамів, до *E. faecium* — 8 штамів; 11 штамів ентерококів, виділених з кишечника практично здорових людей (група порівняння), з них 4 штами відносились до виду *E. faecalis*, 7 — до *E. faecium*.

Для визначення генів патогенності мікроорганізмів роду *Enterococcus* проводили ПЛР-ампліфікацію фрагментів генів за методикою Van-kerckhoven V., 2004. Бактеріальну ДНК для проведення ПЛР-аналізу виділяли з добової культури ентерококів, для цього використовувалася комерційний набір “ДНК-сорбАМ” (“Амплі Сенс”, Росія). ПЛР проводили в об'ємі 50 мкл на ампліфікаторі, що програмується, “Терцік” (“ДНК-технологія”, Росія). Продукти ампліфікації розділяли в 1,5% агарозному гелі, забарвленому розчином бромистого етідію, візуалізували в ультрафіолетовому світлі і фотографували.

Встановлено, що найчастіше в клінічних штамів як *E. Faecalis*, так і *E. faecium*, незалежно від екоотопу виділення, виявлявся ген патогенності *gelE*, що кодує желатиназу — білок, який спричиняє цитотоксичну дію.

У штамів ентерококів *E. faecalis*, ізолюваних від хворих на нейрохірургічну патологію, визначено гени *gelE*, *asa1*, *esp* та *cylA*, частка яких складала 87,5%, 50,0%, 75,0%, та 37,5% відповідно. Серед ентерококів *E. faecalis*, ізолюваних від здорових осіб, лише в одному штамі було визначено ген *gelE*, що може свідчити про потенційну небезпеку цього штаму.

В ентерококів *E. faecium*, ізолюваних від хворих на нейрохірургічну патологію, визначено гени *gelE*, *esp*, *cylA*, і *hyl*, питома вага яких дорівнювала 75,0%, 37,5%, 25,0% та 25,0%. У двох штамів (25,0%), що ізолювано з крові та ліквору хворих на нейрохірургічну патологію, генів патогенності не виявлено. У *E. faecium* з групи порівняння виявлено гени *esp* (71,4%), *hyl* (42,8%), що узгоджується з даними інших дослідників.

Кількість генів патогенності в геномі одного штаму коливалась від чотирьох до одного. Найбільшу кількість генів патогенності містили штами *E. faecalis*, виділені з ліквору.

Проведені нами дослідження показали доцільність використання мультиплексної полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) для визначення генів патогенності мікроорганізмів роду *Enterococcus*.

І.С. Миронюк

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПОСЛУГ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТРУДОВИМ МІГРАНТАМ ТА ЇХ НАЙБЛИЖЧОМУ ОТОЧЕННЮ ЧЕРЕЗ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород

Трудові мігранти та їх найближче оточення (постійні статеві партнери) є групою підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ в Закарпатській області України. Так, серед 322 дорослих ВІЛ-інфікованих осіб, поставлених на диспансерний облік в Закарпатській області протягом 2007–2013 років, трудовими мігрантами, що виїждять з метою працевлаштування за межі області, або постійними

статевими партнерами трудових мігрантів є 166 осіб (51,6%). Відомо, що одним з найбільш дієвих засобів попередження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу серед окремих груп населення є максимальне охоплення представників даної групи консультуванням та тестуванням на ВІЛ (КІТ на ВІЛ). З метою наближення послуги КІТ на ВІЛ до представників групи трудових мігрантів та їх найближчого ото-

чення в Тячівському районі у вересні 2013 року було в пілотному режимі впроваджено модель надання послуг КІТ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника представникам групи трудових мігрантів та їх найближчого оточення лікарями амбулаторій загальної практики-сімейної медицини (АЗПСМ). Послуга КІТ на ВІЛ, що надавалася представникам цільової групи, включала дотестове консультування, тестування на наявність АТ до ВІЛ швидкими тестами (ШТ) двох видів з наступним проведенням післятестового консультування.

Мета дослідження — оцінити ефективність функціонування моделі надання послуг КІТ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника представникам групи трудових мігрантів та їх найближчого оточення сімейними лікарями за результатами пілотного відпрацювання на базі 5 АЗПСМ Тячівського району Закарпатської області України.

Методи дослідження. Ефективність функціонування моделі оцінювали шляхом опрацювання та аналізу щомісячних звітів сімейних лікарів, задіяних в реалізації моделі, по показнику охоплення КІТ на ВІЛ представників цільової групи від оціночної чисельності на території обслуговування АЗПСМ (цільовий показник — 5%) та показнику постановки на диспансерний облік виявлених ВІЛ-інфікованих осіб (цільовий показник — 100%).

Результати дослідження та їх обговорення. За період реалізації моделі (вересень 2013 року — серпень 2014 року) лікарями 5 пілотних АЗПСМ було надано послуг КІТ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника 422 представникам групи трудових мігрантів та їх найближчого оточення.

За результатами проведеної попередньої оцінки методом опитування сімейних лікарів та сільських (селищних) голів населених пунктів, жителі яких обслуговуються пілотними АЗПСМ, було визначено, що оціночна чисельність трудових мігрантів та їх найближчого оточення на території обслуговування даних АЗПСМ складає від 7800 до 9000 осіб. Отже, охоплення представників цільової групи моделі послугами КІТ на ВІЛ через лікарів АЗПСМ за 12 місяців реалізації моделі склало 4,7–5,4% від оціночної, що відповідає цільовому показнику. За результатами тестування на АТ до ВІЛ за допомогою ШТ виявлено 5 ВІЛ-позитивних осіб, що склало 1,2% від числа протестованих. Поставлено на диспансерний облік в регіональному кабінеті “Довіра” 4 ВІЛ-позитивні особи (80% від виявлених). Один виявлений ВІЛ-інфікований трудовий мігрант не поставлений на диспансерний облік з причини відсутності за місцем постійного проживання (перебуває на заробітках). Звертає на себе увагу той факт, що із 16 вперше виявлених дорослих ВІЛ-інфікованих осіб, поставлених на облік в Тячівському районі за період вересень 2013 року — серпень 2014 року, 25% було виявлено та поставлено на облік саме завдяки функціонуванню даної моделі на базі пілотних АЗПСМ.

Висновок. Впроваджена модель надання послуг КІТ на ВІЛ трудовим мігрантам та їх найближчому оточенню сімейними лікарями забезпечує достатній рівень охоплення КІТ на ВІЛ представників цільової групи і є ефективним механізмом виявлення ВІЛ-позитивних осіб з даної групи населення та залучення їх до активного медичного нагляду.

О.В. Мурашко, В.В. Алексеєнко

ВОДА — ПРОВІДНИЙ ФАКТОР ПЕРЕДАЧІ ХОЛЕРИ

ДУ “Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України”, м. Київ

Те, що холера відноситься до водних інфекцій доказали ще Громашевський, Сталібрас та ін. по матеріалам спалахів, які виникали 100–150 років тому. В той же час в кожному конкретному випадку водний фактор при холері має свої особливості.

Мета роботи — ретроспективний аналіз спалахів холери в Україні та визначення фактору передачі збудника.

В Україні в 1991 році розповсюдження інфекції виникло внаслідок використання води, контамінованої збудниками холери в Одеській області. Слід зазначити, що цей рік був за даними Хотько Н.І. (2002) майже самим неблагополучним за період спостереження, коли в світі було зареєстровано 594 тис. хворих на холеру.