

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.

Все почалось з появи холери в містах Вілково та Кілія Одеської області в результаті заносу її водою річки Дунай з Румунії. Це підтвердилось виділенням збудників з води Дунаю вздовж українського берега в районі Кілія — Вілково і відсутністю збудника вище за течією від м. Кілія. Крім того, результати проведених досліджень (встановлення плаваючих фішок-міток) достовірно підтвердили напрямок течії в р. Дунай з боку Румунії і потрапляння частини води у Великий канал м. Вілково з розподіленням її по ерикам. А маючи той факт, що населення Вілкового використовує для пиття та господарських потреб воду з ериків та каналів, спалах холери мав яскраво виражений водний характер тому, що для 80,8% захворювань фактором передачі була вода. Динаміка спалаху мала пік захворюваності на 6 день після виявлення першого хворого. А довгий період затухання спалаху зумовлений тим, що дія водного фактору трималась більше 10 днів.

Інший водний шлях передачі збудника був в Сімферополі в 1994 році. Проведений аналіз показав, що в Сімферополі пусковим механізмом передачі інфекції була питна вода з водопроводу, забруднена фекальними стоками міської каналізації. Розвиток спалаху в Сімферополі відбувалося спочатку за рахунок питної води, а потім у зв'язку з підключенням води річки Салгир, забрудненої збудниками холери.

Розповсюдження холери в Миколаївській області відбувалось за рахунок води річки Південний Буг, а в Херсоні в епідемічний процес була залучена вода Дніпра та його заток.

У 2011 році холера в Маріуполі виникла надзвичайно рано. Вже 29 травня в місті зареєстрували перші три випадки захворювання. На перший погляд, 42,4% захворювань виникли внаслідок дії харчового фактору — риби, але в даному випадку це була риба, щойно виловлена із річки Кальміус (з якої постійно за весь час спалаху висівали збудник холери). Якщо риба була кінцевим фактором заражень холерою, то річкова вода була потужним проміжним фактором передачі збудника інфекції в місті. Було встановлено, що в дельті річки створились сприятливі умови для існування збудника холери. Це сталося внаслідок постійного попадання в річку великої кількості технічної теплої води з заводів міста і змішування її з водою Азовського моря у період нагонних вітрів.

Підтвердженням того, що вода і риба — головні фактори передачі збудника холери в Маріуполі, є виділення у 11 випадках з проб морської і річкової води, та з 3 проб риби *V. cholerae* O1, аналогічних тим, що ізолювані від хворих і носіїв. Крім того, з об'єктів довкілля було ізолювано 35 культур *V. cholerae* O1, з них 31 штам вірулентний і 4 штами — авірулентні.

Незважаючи на великий обсяг проведених досліджень на холеру (було досліджено 4 181 проб з об'єктів довкілля, 35 штамів *V. cholerae* O1), не можливо було виявити всіх джерел інфекції, тому холера у Маріуполі набула затяжного характеру. З 29.05.2011 р. по 24.08.2011 р. зареєстровано 33 випадки захворювання і 24 вібрионосії.

Л.С. Некрасова, І.В. Демчишина, В.І. Задорожна, Є.Ф. Приходько

СТАН ЛАБОРАТОРНОГО МОНІТОРИНГУ ЦИРКУЛЯЦІЇ ПОЛІОВІРУСІВ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГОСТРІ В'ЯЛІ ПАРАЛІЧІ В УКРАЇНІ У 2013 р.

ДЗ “Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України”

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

Актуальність. Відновлення циркуляції “дикого” поліовірусу в ряді країн світу, наявність ендемічних зон (Нігерія, Афганістан, Пакистан) та ізоляція його зі стічних вод в Ізраїлі та Бразилії свідчать про реальну загрозу розповсюдження “дикого” поліовірусу на території інших країн.

Метою дослідження було своєчасне виявлення “дикого” поліовірусу в разі його завозу на територію України шляхом обстеження дітей із гострими в'ялими паралічами (ГПВ).

Методи дослідження. Віруси виділяли зі зразків клінічного матеріалу, використовуючи чутливі