

Мета дослідження: провести ретроспективний аналіз клініко-серологічних даних у хворих на Лайм-бореліоз, які були госпіталізовані у Запорізькій області за період 2015–2019 рр.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 62 медичних карт стаціонарних хворих, які проходили обстеження та лікування у відділеннях КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня ЗОР» за період 2015–2019 роки. Серед обстежених пацієнтів було 38 (59,7 %) чоловіків і 24 (40,3 %) жінки. Вік хворих коливався від 18 до 79 років, середній вік становив $46,00 \pm 2,17$ року. Діагноз Лайм-бореліозу встановлено за результатами клініко-епідеміологічних даних та підтверджено виділенням у крові відповідних антитіл до збудника методом імуноферментного аналізу. Статистичну обробку даних здійснювали з використанням сформованої бази даних пацієнтів у програмі «Statistica for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Результати та обговорення. Аналіз епідеміологічного анамнезу показав, що найчастіше пацієнти були госпіталізовані у літній період — 35 (56,5 %), рідше навесні — 16 (25,8 %) та восени — 10 (16,1 %) хворих, у зимовий період — 1 (1,6 %) випадок. Також брали до уваги наявність укусу кліща в анамнезі, при цьому серед усіх хворих на Лайм-бореліоз лише у 50 (80,6 %) пацієнтів чітко на це вказували. З урахуванням вираженості ознак інтоксикації у пацієнтів було діагностовано легкий перебіг захворювання у 9 (14,5 %), середньотяжкий — у 53 (85,5 %) хворих, тяжкий — не виявлено. Залежно від тривалості захворювання у більшості пацієнтів зареєстровано гострий перебіг — 56 (90,3 %), також мали місце поодинокі випадки затяжного — 2 (3,2 %) та хронічного перебігу — 4 (6,5 %). При аналізі клінічних даних виявлено, що у пацієнтів із гострим перебігом Лайм-бореліозу форма перебігу захворювання була еритемною — 50 (89,28 %), значно рідше шкірно-суглобовою — 3 (5,36 %) і безеритемною — 2 (3,57 %), також зареєстровано 1 (1,79 %) випадок з безеритемною формою з ураженням суглобів та нервової системи. За аналізом еритемних форм захворювання виявлено, що найчастішою локалізацією місцевих проявів (мігруюча еритема) були нижні кінцівки (26 (52 %) пацієнтів), рідше — верхні кінцівки (9 (18 %)) й інші поодинокі випадки спостерігались на передній поверхні грудної клітки та передній стінці черевної порожнини, молочної залози, ділянці попереку, мошонки, вуха. Під час аналізу зареєстровано розміри діаметра мігруючої еритеми від 0,5 см із збільшенням в динаміці до 40 см, з наявністю свербіжних шкіри лише у 9 (18 %) пацієнтів. При оцінці результатів серологічного дослідження встановлено, що обстежено на наявність антитіл (IgM, IgG) до збудника захворювання лише 54 (87,1 %) пацієнти з 62 хворих. Аналіз результатів у пацієнтів із гострим перебігом Лайм-бореліозу серед обстежених 48 осіб встановив, що у 6 (12,5 %) пацієнтів специфічні антитіла не були виявлені, тобто вони мали негативний результат, а відповідно, і рівень анти-

тіл був позитивним лише у 48 (87,5 %). У 14 (25 %) хворих із гострим перебігом Лайм-бореліозу діагноз був встановлений клініко-епідеміологічно. Всі пацієнти як із затяжним, так і з хронічним перебігом захворювання мали позитивні результати антитіл до *Borrelia burgdorferi*.

Висновки. В Запорізькій області Лайм-бореліоз реєструється переважно навесні (25,8 %) та влітку (56,5 %), в епідеміологічному анамнезі укусу кліща має місце у 80,6 % пацієнтів. У переважній більшості хворих формується гострий перебіг (90,3 %) у вигляді еритемних форм (89,28 %) з найчастішою (52,0 %) локалізацією еритеми на нижніх кінцівках. Серед пацієнтів із гострим перебігом захворювання зареєстровано наявність антитіл (IgM, IgG) до збудника захворювання у 87,5 % хворих серед обстежених осіб. У кожного четвертого пацієнта Лайм-бореліоз було діагностовано за клініко-епідеміологічними даними.

Т.В. Чабан

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Профілактика — запорука вдалої подорожі

З метою усунення або зниження потенційного ризику виникнення хвороб під час подорожі або повернення додому мандрівники мають бути обізнаними щодо можливих інфекційних захворювань, властивих не лише країні, яка буде відвідана, але й характерних під час поїздки взагалі. Згідно з чинним законодавством турагенти і туроператори зобов'язані надати інформацію про небезпеки під час подорожі, а мандрівникам слід відвідати лікаря з метою отримання профілактичних призначень. Однак, з одного боку, представники туристичних компаній не завжди попереджають майбутніх мандрівників про інфекційні захворювання, ендемічні для різних країн. А з іншого боку, самі мандрівники порою відносяться до цього аспекту подорожі не з належною відповідальністю. Головна проблема для лікаря під час розмови з туристами — переконати їх у необхідності дотримання засобів особистої профілактики, пояснити, що безпека під час подорожі та збереження здоров'я залежать насамперед від самої людини. Слід роз'яснити, що застосування лікарських препаратів із профілактичною метою не забезпечує 100% захист від хвороб. Під час планування подорожі слід врахувати потенційний ризик і з'ясувати, як уникнути або зменшити ризик зараження інфекційними захворюваннями. Мандрівники та спеціалісти з медичної допомоги мають бути поінформовані про будь-які спалахи захворювань у регіоні, що їх цікавить. Важливою особливістю інфекційних хвороб мандрівників є й те, що збудники ендемічних інфекцій можуть бути завезеними до епідеміологічно благополучних країн і спричинити значну шкоду здоров'ю, викликати надзвичайну си-

туацію. Слід урахувати також можливість повернення інфекцій, які тривалий час на території розвинутих країн вважалися ліквідованими. На жаль, на сучасному етапі привертає до себе увагу низький рівень знань лікарів нашої країни стосовно інфекційних хвороб мандрівників, профілактики цих захворювань, особливо з урахуванням різних регіонів світу. Наслідком цього порою є діагностичні помилки, що сприяють пізньому призначенню ефективного лікування, тяжкому перебігу захворювання, особливо якщо таке захворювання належить до категорії так званих «екзотичних» хвороб.

Т.В. Чабан, В.М. Бочаров, С.Я. Лаврюкова,
Н.С. Пастерначенко, В.Є. Мацюк

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Випадок генералізованої форми лептоспірозу

Актуальність. За даними ВООЗ, щорічно реєструється близько 500 тисяч випадків лептоспірозу в усьому світі, при цьому летальність становить 5–30 %. За 2019 рік було зареєстровано кілька спалахів лептоспірозу в Індії, де захворіли 1520 осіб, 28 — померли, в Австралії — захворіли 62 особи, 2 — померли, у Нігерії — захворіли 183 особи, 33 — померли. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, за 12 місяців 2019 року в нашій країні зареєстровано 295 випадків лептоспірозу порівняно зі звітним періодом 2018 року — 273 випадки, що на 8,0 % перевищує показники 2018 року. Лептоспіроз на півдні України є одним із найбільш поширених і небезпечних природно-вогнищевих зоонозів. Показник захворюваності осіб із лептоспірозом в Одеській області — 3,6–4,8 на 100 тис. населення, Миколаївській — 4,2–4,6 на 100 тис. населення, особливо в їх північних районах — 6,1–7,3 на 100 тис. населення, що завжди перевищував середньоукраїнські показники — 3,8 на 100 тис. населення. В Одеській області відзначені дві зони з найбільшою поширеністю лептоспірозу. У північній частині це території Савранського, Любашівського, Балтського і Миколаївського районів із максимумом у Савранському районі — 16,79 на 100 тис. населення. На півдні області — Ізмаїльський, Кілійський та Ренійський райони із максимумом в останньому — 2,22 на 100 тис. населення. Інтенсивність епідемічного процесу у 2015–2019 рр. підтримувалася як за рахунок сільського (55,0 %), так і міського населення (45,0 %). В Одеській області сезонний підйом спостерігається із серпня до листопаду, з піком у вересні.

Клінічний випадок. Наводимо випадок тяжкого перебігу лептоспірозу, ускладненого гострою печінково-нирковою недостатністю, криптоковим менінгітом та позалікарняною полісегментарною пневмонією. Хворий П., 17 років, захворів гостро у вересні 2019 р.: підвищення температури

тіла до 39,0 °С, головний біль і виражений біль у литкових м'язах. З анамнезу відомо, що за 14 днів до початку хвороби був на риболовлі на річці Кодима. Звернувся до лікаря на третю добу хвороби, але діагноз «лептоспіроз» був установлений лише через три доби після появи у хворого жовтяниці та затримки сечі. Об'єктивно: стан дуже тяжкий, свідомість ясна, контактний, але швидко виснажується. Іктеричність шкіри, слизових оболонок і склер, геморагічний висип у місці ін'єкцій, ротоглотка слабо гіперемована, язик обкладений білим нальотом. Серцева діяльність ритмічна, тони приглушені, пульс задовільних властивостей, ритмічний. Над легеньми дихання ослаблене, дрібнокаліберні хрипи. Живіт м'який, безболісний, доступний глибокій пальпації, печінка +3,0 см, м'якої консистенції, край закруглений. Селезінка +2,0 см. На рентгенограмах грудної клітки: упродовж легеневої тканини зниження пневмотизації легень, множинні дрібновогнищеві тіні. Корні малоструктурні. Хворому призначали антибактеріальну терапію у вигляді меронему, офлоксацину, канаміцину. Хворому встановлений клініко-епідеміологічний діагноз «лептоспіроз, тяжкий перебіг. Позалікарняна полісегментарна пневмонія. ДН І. Гостра печінково-ниркова недостатність». Хворому проводилася інфузійна терапія розчинами: глюкози, Рингера, альбуміну, реополіглюкіну. Під час лікування і діагностики постійно виникали суперечливі думки з приводу диференціальної діагностики генералізованого лептоспірозу та туберкульозного процесу за клініко-інструментальними даними. В Україні лептоспіроз залишається одним із небезпечних зоонозних інфекційних захворювань для населення. Даний випадок описаний нами через особливості перебігу та характеру хвороби: привертають увагу поліморфізм клінічних проявів, спірні моменти в диференціальній діагностиці клініко-лабораторних та інструментальних даних. Слід відмітити знижену настороженість сімейних лікарів щодо клініки, діагностики й епідеміології лептоспірозу.

Т.В. Чабан, О.А. Герасименко,
В.М. Бочаров, Н.С. Постарначенко,
В.Є. Мацюк, Н.М. Соколан

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Шкірний лейшманіоз: сучасний стан проблеми

Лейшманіози посідають перше місце за поширеністю в тропічній медицині: реєструються в 98 країнах світу, де піддаються ризику зараження більше ніж 350 млн осіб. За оцінками експертів ВООЗ, щорічно виникають від 0,7 до 1,2 млн нових випадків лейшманіозів. Захворювання, на жаль, погано діагностується, тому багато випадків залишаються нерозпізнаними. У зв'язку з цим можна