

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ПРИРОДНО-ОСЕРЕДКОВІ ІНФЕКЦІЇ

**Матеріали Всеукраїнської
науково-практичної конференції
інфекціоністів**

(17-18 травня 2012 року, м. Ужгород)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2012

Жовтяниця була в усіх хворих, гепатогенну енцефалопатію III ст. спостерігали у хворого з лептоспірозом, спричиненим *L. autumnalis* і в 1 – *L. grippotyphosa*. У них же були найвищі показники білірубіну і активності АлАТ – відповідно 936,0 мкмол/л і 2,4 ммоль/(лхгод). У той же час при захворюваннях, зумовлених *L. bataviae* і *L. australis*, не відзначали настільки тяжкого ураження печінки – рівень білірубіну відповідно 204,8 і 190,0 мкмоль/л. Реактивний панкреатит спостерігався у 76,0% хворих і супроводжувався підвищенням активності α -амілази, діастази сечі, гіперглікемією. Найбільше ускладнень мали хворі на лептоспіроз, спричинений *L. autumnalis* і *L. pomona* – пневмонія, плеврит, кардит, панкреатит, ІТШ, ДВЗ-синдром, анемія.

Таким чином, слід відмітити активізацію осередків лептоспірозу, спричинених *L. pomona*, а також появу спорадичних випадків захворювань, зумовлених *L. autumnalis*, які за тяжкістю перебігу не поступаються недузі, спричиненій “традиційними” *L. grippotyphosa* і *L. icterohaemorrhagiae*. Поодинокі випадки лептоспірозу, зумовленого *L. australis* і *L. bataviae*, мали легший перебіг.

Т.Є. Оніщенко¹, В.Г. Савельєв¹, Л.О. Ушеніна¹,
Б.Г. Тютюнищikov¹, А.Г. Глактіонов¹, В.В. Бондарєва²,
Т.О. Кулік², Є.П. Абакумова²

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ (за даними Запорізької обласної клінічної інфекційної лікарні)

Медичний університет¹,
Обласна інфекційна клінічна лікарня², м. Запоріжжя

Лайм-бореліоз (ЛБ) – це природно-осередкове трансмісивне захворювання борелійної етіології. Актуальність його обумовлена широким розповсюдженням, високим рівнем захворюваності, поліморфізмом клінічних проявів, високою частотою формування хронічного перебігу з наступною інвалідизацією. Наявність типової кільцеподібної еритеми (КЕ), як правило, не викликає особливих труднощів для діагностики, до того ж не потребує лабораторного підтвердження. Проте безеритемні форми і хронічний перебіг цієї

інфекції відрізняються значним поліморфізмом клінічних симптомів та їх діагностика залишається складною.

Запорізька область не належить до ендемічних регіонів щодо ЛБ, але аналіз випадків ЛБ в області свідчить про зростання захворюваності на цю недугу, що можна пояснити погіршенням акарологічної ситуації внаслідок кліматичних змін, посиленням циркуляції борелій у природних осередках і формуванням антропоургічних осередків ЛБ, а також медико-соціальними факторами – активним вивченням екології, епідеміології та клініки захворювання, оптимізацією епідеміологічного нагляду, розробкою і впровадженням у практику сучасних методів діагностики.

Мета роботи – проаналізувати випадки Лайм-бореліозу за матеріалами Запорізької обласної інфекційної клінічної лікарні.

Під спостереженням знаходилося 45 хворих на ЛБ, госпіталізованих у ЗОІКЛ з 2002 по 2011 рр. Діагноз встановлювали з урахуванням епідеміологічного анамнезу, характерних шкірних ознак захворювання. Підтвердження діагнозу проводили з використанням скринінгових методів РНІФ і ІФА – визначення специфічних IgM та IgG у крові та лікворі. Хворі були різних вікових груп.

Захворюваність на ЛБ постійно збільшується, за останні 4 роки госпіталізовано 35 (78%) хворих, їх інфікування відбулося на території області після відвідування присадибних ділянок і міських парків. Інші 22% хворих інфікувались при відвідуванні районів Росії та України, ендемічних щодо ЛБ. Більшість хворих були місцевими мешканцями (91%). Зараження хворих відбувалося в період максимальної активності кліщів із локалізацією укусів і КЕ на відкритих частинах тіла.

У більшості пацієнтів (93%) перебіг захворювання характеризувався ураженням шкіри у вигляді КЕ. В усіх хворих перебіг ЛБ супроводжувався інтоксикаційним синдромом різного ступеня вираження. Стадію ранніх локальних проявів ЛБ у вигляді КЕ діагностували у 41 (91%) хворого, стадію ранньої дисемінованої інфекції – у 4 (9%): у 2 осіб недуга маніфестувала з мігруючих КЕ через 2-4 міс. після інфікування; у 2, які заперечували укуси кліщів, – з проявів серозного менінгіту.

Серологічно підтверджено ЛБ у 18 (40%) хворих. У гемограмі пацієнтів з ЛБ відзначались такі зміни: помірний лейкоцитоз у 16 (36%), лейкопенія у 5 (11%), лімфоцитоз у 24 (53%), анеозинофілія у 31 (69%).

Таким чином, у теперішній час у Запорізькій області зростає захворюваність на ЛБ з інфікуванням у місцевих умовах; переважають еритемні форми ЛБ; у зв'язку з різноманіттям клінічних форм ЛБ лікарям необхідно звернути увагу на діагностику безеритемних форм захворювання.

*О.Л. Панасюк, В.І. Матяш, С.П. Борщев, Т.Л. Токунова,
Л.В. Березіна, О.П. Мостова, В.Д. Хмельнов*

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ

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

Лайм-бореліоз – це інфекційне захворювання зі системним характером уражень, провідну роль в яких на певних етапах відіграють автоімунні порушення.

Метою дослідження було вивчити ефективність терапії нейробореліозу на основі застосування екстракорпоральної фармакотерапії.

У відділенні інтенсивної терапії та детоксикації ІЕІБ з 2004 по 2011 рр. було обстежено і проліковано 15 пацієнтів з хронічним Лайм-бореліозом – 10 жінок і 5 чоловіків; середній вік їх складав (38 ± 5) років. За даними анамнезу, у 8 випадках укусу інфікованого кліща стався у Київській області, у 2 – в АР Крим, по 1 випадку – у Волинській, Рівненській, Закарпатській, Львівській і Чернігівській областях. Діагноз підтверджували на основі виявлення в СМР і/або крові методом ІФА антитіл IgG, IgM до *Borrelia burgdorferi*. У всіх пацієнтів цієї групи спостерігали ураження нервової системи (НС): у 8 – розсіяний енцефаломієліт (РЕМ), у 4 – енцефаліт, у 2 – мієлополірадикулоневрит, в 1 – синдром БАС, захворювання мало хронічний прогредиєнтний характер, у $(60,0 \pm 13,1)\%$ випадків хвороба тривала понад 2 роки, попередні курси антибактерійної терапії були неефективними – у 10 хворих використовували цефалоспорины в стандартних дозах до 14 днів, у 5 – доксицилін по 0,2 г 14 днів.

<i>І.І. Курганова, О.Б. Семенишин, Н.І. Чіпак, М.С. Кіцара, Н.Г. Бек</i> КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МАРСЕЛЬСЬКОЇ ГАРЯЧКИ В УКРАЇНІ У 2011 р.	51
<i>З.Г. Кушнір, Н.Г. Бек, Т.С. Луцик</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ І КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГАРЯЧКИ КУ В УКРАЇНІ НА ПОЧАТКУ ХХІ СТОЛІТТЯ	53
<i>І.М. Лозинський, Г.В. Білецька, О.С. Друль, В.І. Федорук, М.В. Шоломей, Є.Г. Рогочий, І.Б. Іванова, О.М. Фірюліна</i> ГАРЯЧКА ЗАХІДНОГО НІЛУ НА ТЕРИТОРІЇ ПІВДЕННО-СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ	55
<i>В.П. Малий, О.К. Полукчи, А.О. Швайченко, В.В. Кондратюк, В.М. Дмитренко, Н.О. Єкімова, А.А. Гойденко, І.С. Юрченко</i> ВПЛИВ СВОЄЧАСНОСТІ ДІАГНОСТИКИ МАЛЯРІЇ НА ЇЇ ПЕРЕБІГ І НАСЛІДКИ	57
<i>В.П. Малий, Н.В. Шепилєва</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ	59
<i>В.П. Малий, Н.В. Шепилєва, Т.Є. Макскуль, Л.В. Ткаченко</i> ВАРІАНТИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ФОРМ ХВОРОБИ ЛАЙМА	61
<i>Н.Г. Малиш, А.І. Піддубна</i> СУМЩИНА – ВИСОКОАКТИВНИЙ ПРИРОДНИЙ ОСЕРЕДОК ТУЛЯРЕМІЇ	62
<i>Г.Б. Матейко, Б.А. Зубик, С.П. Ігнатовська, М.В. Матвісів, Т.В. Веприк</i> КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В ДІТЕЙ	64
<i>В.Г. Мітковський, М.С. Набатов, Г.Г. Набатова, С.М. Панкратов</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТЯЖКОГО ЛЕПТОСПІРОЗУ НА ХЕРСОНЩИНІ (за даними епідсезону 2011 р.)	66
<i>Т.О. Нікіфорова, О.П. Бойчук, У.Я. Мазурок, Р.С. Остяк</i> КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІКСОДОВОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	68
<i>Т.О. Нікіфорова, О.В. Копчак, Л.І. Будеркевич, А.В. Кучер</i> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕПТОСПІРОЗУ, СПРИЧИНЕ- НОГО РІЗНИМИ СЕРОГРУПАМИ ЛЕПТОСПІР	70
<i>Т.Є. Оніщенко, В.Г. Савельєв, Л.О. Ушеніна, Б.Г. Тютюнников, А.Г. Глактіонов, В.В. Бондарєва, Т.О. Кулік, Є.П. Абакумова</i> КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ЛАЙМ-БОРЕЛІ- ОЗУ (за даними Запорізької обласної клінічної інфекційної лікарні)	72