

симптом Пастернацького (47,5%). Серед ускладнень захворювання зареєстровані менінгіт (7,2%), гостра ниркова недостатність (9,9%), серцево-судинна недостатність (8,1%), ДВЗ-синдром (6,3%), міокардит (3,6%).

Таким чином, етіологічним чинником лептоспірозу, що превалює в даний час у Харківській області, є лептоспіри серогрупи *Hebdomadis*. Провідною клінічною формою хвороби є жовтянична, за перебігом – середньотяжкий. Найбільшу кількість тяжких форм спостерігали у хворих на лептоспіроз, спричинений *L. hebdomadis*. Серед ускладнень хвороби в обстежених хворих зареєстровані менінгіт, гостра ниркова, серцево-судинна недостатність, ДВЗ-синдром, міокардит. Летальність при лептоспірозі, за даними нашої клініки, склала 6,3%.

*В.М. Козько¹, Н.Ф. Меркулова¹, Г.І. Граділь¹, В.Г. Ткаченко¹,
К. Дорогинська¹, С.О. Собко²*

ГЕМОРАГІЧНА ГАРЯЧКА З НИРКОВИМ СИНДРОМОМ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Національний медичний університет¹,
Обласна клінічна інфекційна лікарня², м. Харків

Геморагічні вірусні гарячки є важливою медико-соціальною проблемою, адже невирішеними залишаються питання їх своєчасного розпізнавання, диференційної діагностики, ефективного лікування. Особливістю природно-осередкових інфекцій є те, що вони “нікуди не діваються”, існують завжди або повертаються.

У сферу нашого клінічного спостереження потрапили 2 випадки геморагічної гарячки з нирковим синдромом (ГГНС). Пацієнт З., 30 років, мешканець Харкова, шпиталізований на 6-ту добу захворювання у зв'язку з підозрою на грип. Серед основних скарг відмічались виражений біль голови, переважно у скронево-лобних ділянках, запаморочення, ломота у тілі, нудота, біль у попереку, підвищення температури тіла до 40°C з ознобом, першіння у горлі та сухий кашель, висипка на шкірі. Об'єктивно: адинамія, укорочення перкуторного звуку та аускультативно ослаблення дихання в задньо-нижній ділянці правої легені,

яскрава гіперемія слизових ротоглотки, зернистість м'якого піднебіння, гепатоспленомегалія, позитивний симптом Пастернацького, зменшення добового діурезу, рідкі випорожнення до 2 разів за добу.

На етапі встановлення причини захворювання проводили диференційну діагностику з лептоспірозом, ерсиніозом, інфекційним мононуклеозом, грипом, гострим гломерулонефритом, пневмонією. За місцем проведення пацієнтом зварювальних робіт відмічалася значна кількість мишей та щурів. За результатами основних лабораторних досліджень відмічали значну азотемію – креатинін 0,37 ммоль/л, сечовина 29,3 ммоль/л, протеїнурію до 16 г/л, поліурію, зниження густини сечі до 1,003-1,007, збільшення ШОЕ до 52 мм/год, анемію в динаміці, збільшення паличкоядерних лейкоцитів і відносний лімфоцитоз, появу плазмочитів і плазматизацію лімфо- і моноцитів. Рентгенологічно виявлено пневмонію, імуофлюоресцентно – віруси грипу В і парагрипу. ГГНС було підтверджено серологічно в РНІФ. Отже, складність діагностики зазначеного випадку полягала у тому, що у пацієнта відмічався тяжкий перебіг змішаної інфекції – ГГНС, грипу, парагрипу, ускладнених пневмонією, гострою нирковою недостатністю I-II ст.

Пацієнт К., 40 років, мешканець сільської місцевості Харківської області, звернувся за медичною допомогою на 4-ту добу захворювання. Діагноз при шпиталізації – гострий гастроентероколіт; ботулізм? При первинному огляді скаржився на зниження гостроти зору (нечіткість контурів предметів, туман перед очима), ломоту в тілі та суглобах, рідкі випорожнення. З початком захворювання відмічалися озноб з підвищенням температури тіла до 40°C, ломота в тілі, біль у м'язах і суглобах, з 3-ї доби – діарея, дворазове блювання, з 4-ї – порушення зору. Сімейний лікар припустив, що у хворого гострий бронхіт. Об'єктивно: гіперемія шкіри обличчя і шиї, ін'єкція судин склер, яскрава гіперемія слизових оболонок ротоглотки, гепатомегалія, позитивний симптом Пастернацького. Невропатолог і окуліст патології не виявили. До занедужання пацієнт К. займався різноманітними сільськогосподарськими роботами, полюванням, розведенням диких тварин і відмічав наявність на власному приватному подвір'ї великої кількості мишеподібних гризунів. У гемограмі – помірний лейкоцитоз, зсув формули вліво за рахунок

паличкоядерних і юних форм, помірний лімфоцитоз, збільшення ШОЕ. Протеїнурія 5,8 г/л, зниження густини сечі до 1,003-1,006, олігурія з переходом в поліурію, азотемія – креатинін 0,45 ммоль/л, сечовина 25,0 ммоль/л, тимолова проба 12 од., АлАТ – 5 ммоль/(лжгод). ГГНС підтверджено в РНІФ.

У Харківському регіоні зберігається циркуляція збудника ГГНС. Незважаючи на незначну кількість хворих, яких виявляють, необхідно зберігати клінічну настороженість і проводити моніторинг цієї небезпечної інфекції.

*В.М. Козько, Н.Ф. Меркулова, О.В. Загороднева, Н.О. Єкімова,
А.Г. Дроздова*

ТРУДНОЩІ ЛІКУВАННЯ МАЛЯРІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Національний медичний університет,
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків

Малярія залишається однією з важливих проблем охорони здоров'я багатьох країн світу, у тому числі й України. У нашій країні це пов'язано з тим, що зростає число завізних випадків цього захворювання як серед студентів – вихідців з Африки, Азії, так і серед вітчизняних туристів, які відвідують ендемічні щодо малярії регіони.

У Харківській області за останні 5 років (2007–2011 рр.) спостерігається тенденція збільшення кількості таких випадків: якщо у 2007–2008 рр. зареєстровано по 2 хворих на малярію, то у 2009 р. – 3, у 2010 р. – 4, у 2011р – 9 хворих; усього 20 випадків малярії, 1 з них закінчився смертю хворого (нашого співвітчизника).

У 2011 р. в обласну клінічну інфекційну лікарню (ОКІЛ) госпіталізовано 9 пацієнтів: 8 – іноземців, які прибули з Афганістану (2), Нігерії (2), Камеруну (2), Кот-д'Івуару (1), Малі (1) і 1 – громадянина України, який перебував у Ліберії. Вік хворих – від 18 до 62 років. У стаціонарі пацієнти провели не більше тижня (5-7 днів). За допомогою паразитоскопії були виявлені *P. falciparum* – у 5, *P. vivax* – у 2, *P. ovale* + *P. falciparum* – в 1, *P. vivax* + *P. falciparum* – в 1 випадку.