

Діагноз шкірного лейшманіозу в ендемічних районах не представляє труднощів. У районах, вільних від лейшманіозу, лікарі часто не пов'язують шкірні і загальні прояви захворювання з лейшманіозом, і тільки ретельно зібраний епідеміологічний анамнез разом з клініко-лабораторними даними дає можливість запідозрити лейшманіоз і поставити правильний діагноз.

*А.В. Бондаренко, В.В. Гаргін, В.М. Козько*

## **МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ БАЦИЛЯРНОГО АНГІОМАТОЗУ**

Національний медичний університет, м. Харків

Біологічною особливістю *Bartonella henselae* і *B. quintana* є унікальна здатність стимулювати проліферацію клітин ендотелію та розростання капілярів із розвитком у хворих з імунодефіцитами бацилярного ангіоматозу (БА) – псевдонеопластичного інфекційного захворювання. Основна група ризику – ВІЛ-інфіковані особи з рівнем CD4+ клітин нижче 50/мм<sup>3</sup>, в яких захворювання без адекватного лікування є фатальним. Незважаючи на те, що провідним методом діагностики БА є біопсія з наступним гістологічним дослідженням, встановлення діагнозу є дуже складним у зв'язку зі схожістю гістологічної картини з цілою низкою патологічних процесів.

Ціллю роботи була оцінка інформативності гістологічного методу діагностики БА шляхом ретроспективного аналізу біопсій шкіри.

Мікропрепарати (архівний матеріал патологоанатомічного відділення Обласної клінічної лікарні з центром екстреної медичної допомоги і медицини катастроф м. Харкова) досліджували за допомогою мікроскопа "Olympus BX-41" з об'єктивами "Plan". При проведенні імуноморфологічних досліджень використовували експериментальний зразок РНІФ-тест-системи для виявлення бартонельозного антигену в клінічному матеріалі (розробка лабораторії нових та маловивчених інфекційних захворювань Інституту мікробіології й імунології ім. І.І. Мечникова, м. Харків) і мікроскопували за допомогою "Axioskop 40 (Carl Zeiss)" з об'єктивами "Achromplan".

Диференційна діагностика БА базується на порівнянні маніфестної картини захворювання й результатів гістологічного дослідження біоптату та проводиться з саркомою Капоші, лімфомами, гемангіомами, піогенною грануломою та іншими підшкірними пухлинами й інфекціями, при яких також спостерігається судинна проліферація. На першому етапі нами було відібрано 24 мікропрепарати з гістологічною картиною, яка характеризувалася наявністю проліферуючих ендотеліальних клітин і змішаної макрофагально-моноцитарної і поліморфноядерно-нейтрофільної інфільтрації. Після відбору спостережень, підозрілих щодо БА, з відповідних парафінових блоків після депарафінізації готували зрізи товщиною  $5 \times 10^{-6}$  м. Один із однотипних препаратів досліджували в РНІФ для виявлення бартонельозного антигену, другий використовували в якості контролю для підтвердження специфічності флуоресценції мікробних клітин.

Діагностичною особливістю, яка відрізняє БА від іншої патології, є наявність бактерійних організмів. У 3 випадках методом РНІФ було знайдено бартонели у вигляді скупчень у безпосередній близькості до ендотеліальних клітин. У цих препаратах у нижніх відділах дерми виявлено великі вогнища часточкової проліферації дрібних судин з поліморфізмом ендотеліальних клітин. В окремих судинах вони були мало помітними або злегка потовщеними, в інших – великими, округлої і кубоподібної форми, помітно виступаючи в просвіт судин. У центрі окремих судинних часточок були різні за величиною вогнища некрозу, місцями досить великі, густо всіяні скупченнями лейкоцитів з явищами лейкоцитолізу. При постановці РНІФ по периферії вогнищ некрозу і навколо судин виявляли скупчення кокоподібних і овальних бактерій.

У цілому дослідження показує, що фарбування гематоксилін-еозином матеріалу біопсії, узятого при БА з ділянки ураженої шкіри, виявляє характерні зміни, які включають вогнищеву проліферацію невеликих капілярів, відмежованих збільшеними опуклими, кубічними або полігональними широкоцитоплазмовими ендотеліальними клітинами, з наявністю або без цитологічної атипії. Запальна інфільтрація носить змішаний характер (лімфоцитарно-нейтрофільний) з лейкоцитоклазисом й ділянками вогнищевого некрозу.

Таким чином, гістопатологічні особливості при БА є постійними, але не патогномонічними. Етіологія процесу може бути встановлена при використанні РНІФ-тест-системи для детекції бартонельозного антигену в уражених тканинах, що, безумовно, є високоспецифічним методом діагностики.

*Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, В.В. Сверстюк, М.М. Павельєва,  
Н.В. Цяпа*

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ПРАВЦЯ НА ТЕРНОПІЛЛІ**

Медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Головне управління держсанепідслужби в області, м. Тернопіль

Правець залишається значною медичною і соціальною проблемою, оскільки посідає в летальності серед інфекційних хвороб четверте місце після СНІДу, сказу та меліюдозу. Тернопільська область належить до територій з високим ризиком інфікування правцем – показники захворюваності практично завжди перевищували середні по державі.

Офіційна реєстрація правця в Тернопільській області проводиться з 1959 р. До 1971 р. кількість захворювань за рік складала від 12 до 43, інтенсивні показники коливались від 1,02 до 3,8 на 100 тис. населення. У подальшому захворюваність значно знизилась – 1-7 випадків за рік (0,77-0,08 на 100 тис.). За останні 10 років (2003-2012 рр.) на правець захворіло 11 людей (інтенсивні показники – 0,09-0,37 на 100 тис. населення, в Україні за цей час – від 0,03 до 0,07). В 1997, 1999, 2005-2008 і 2011 рр. в області випадків правця не реєстрували. У 2012 р. захворіло 4 особи. На жаль, знову реєструються захворювання у дітей, яких не було 20 років.

При вибіркового серологічному обстеженні населення на наявність імунітету проти правця встановлено, що відсоток серонегативних осіб складав у різні роки від 1,7 до 13,2, з тенденцією до погіршення. У 2011 р. найбільше серонегативних виявили серед дітей віком від 0 до 3 і від 4 до 6 років – відповідно 29,5 і 29,0% від числа обстежених контингентів. Це, мабуть, пов'язано як з антищеплювальним рухом і, відповідно,