

судинного малюнку зліва у базальних відділах, поширений спондилоартроз та остеохондроз поперекового відділу хребта. У лабораторії трансмісивних інфекцій Львівського НДІ інституту епідеміології та гігієни методом ІФА знайдено anti-ГЗН IgM у титрі >1:1600.

Встановлений заключний діагноз: ГЗН (anti-ГЗН IgM >1:1600), грипоподібна форма, середньотяжкий перебіг. Спутній: Хронічний бронхіт. Поширений спондилоартроз та остеохондроз поперекового відділу хребта.

Проводили комплексну антибактерійну, дезінтоксикаційну, десенсибілізуючу, протизапальну і симптоматичну терапію. На тлі лікування спостерігали позитивну динаміку клінічних показників, нормалізацію температури тіла, регрес больового синдрому. Пацієнтка виписана у задовільному стані з одужанням.

Таким чином, урахування клініко-анамнестичних та епідеміологічних даних, проведення специфічної діагностики дозволили встановити заключний діагноз та оптимізувати тактику лікування.

*В.М. Козько, Я.І. Копійченко, О.В. Загороднєва, М.А. Колодій,
Г.О. Ісаєва*

СУЧАСНА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ЛЕПТОСПІРОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Національний медичний університет, м. Харків

Харківська область до теперішнього часу залишається ендемічним осередком лептоспірозу. Цьому сприяє теплий клімат, густа мережа штучних і природних водоймищ, тваринництво і рослинництво як найпоширеніші заняття населення. Захворюваність на лептоспіроз на сучасному етапі має спорадичний характер, але в окремі роки спостерігаються групові спалахи інфекції.

Так, у Харківській області значне підвищення захворюваності було відмічено у 2004 р. За 10 міс. цього року, порівняно з таким же періодом 2003 р., вона виросла у 9,8 разу. На сьогодні захворюваність на лептоспіроз в області знизилася, але щорік ця нозологія продовжує реєструватися, відмічаються тяжкі форми хвороби і летальні наслідки.

Під нашим спостереженням знаходилося 111 хворих на лептоспіроз, які лікувалися в Харківській обласній клінічній інфекційній лікарні у 2003–2011 рр. Діагноз лептоспірозу встановлювали на підставі епідеміологічних даних, клінічних проявів хвороби і підтверджували в реакції мікроаглютинації лептоспір (РМАЛ). Антитіла до лептоспір серогрупи *Hebdomadis* виявлено в 49 (44,1%) хворих, *Pomona* – у 35 (31,5%), *Icterohaemorrhagiae* – у 26 (23,4%), *Grippotyphosa* – в 1 (1,0%). Більшість пацієнтів інфікувалась у природних умовах при купанні у відкритих водоймах і на рибалці, а у 52 (46,8%) – є вказівки на наявність гризунів за місцем проживання або роботи.

У 95 (85,6%) хворих лептоспіроз мав жовтяничну, у 16 (14,4%) – безжовтяничну форму. Середньотяжкий перебіг недуги спостерігали в 83 (74,8%) пацієнтів, тяжкий – у 16 (14,4%), легкий – у 12 (10,8%). Найбільша кількість тяжких форм зареєстрована у хворих на лептоспіроз, спричинений *L. hebdomadis*, що відрізняється від статистичних даних по Україні, де перше місце за тяжкістю перебігу посідає *L. icterohaemorrhagiae*.

Більшість хворих (73,9%) поступила у стаціонар на 6-10-ий дні захворювання. Правильний діагноз було встановлено на догоспітальному етапі лише у 53 (47,7%) осіб від усіх госпіталізованих. Захворювання в 94 (84,6%) пацієнтів починалося гостро. Усі хворі з перших днів скаржилися на різкий біль голови, сухість у роті, анорексію, м'язові болі різної локалізації, підвищення температури тіла, озноб. Спостерігали ін'єкцію судин склер і кон'юнктивіт – у 64,9% осіб, гіперемію слизової оболонки порожнини рота і ротоглотки – у 65,8%, жовтяницю шкіри і склер – у 85,6%. На 3-4-ий день хвороби у 20,7% хворих приєднався скарлатино- або короподібний висип. Геморагічний синдром зареєстровано у 23 (20,7%) осіб: у вигляді петехій (14) або значних геморагій (3), крововиливів у склери (11), носових кровотеч (15) і кровоточивості в місцях ін'єкцій (14). В усіх хворих спостерігали збільшення печінки, у 61,3% – ще й селезінки. У 20,7% пацієнтів зареєстровано болі в животі, у 16,2% – діарею. Практично в усіх хворих з тяжким (100%) і середньотяжким (80,2%) перебігом лептоспірозу виявлено ознаки ураження нирок: нудота, інколи блювання, зниження діурезу (86,9%), тупий біль у поперековій ділянці (64,6%), позитивний

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 невіршеними 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 (ГНС). Пацієнт З., 30 років, мешканець Харкова, шпиталізований на 6-ту добу захворювання у зв'язку з підозрою на грип. Серед основних скарг відмічалися 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,