

*В.М. Козько, О.Є. Бондар, Н.Ф. Меркулова, Г.О. Соломенник,
Н.О. Єкімова, І.М. Лозинський*

ГАРЯЧКА ЗАХІДНОГО НІЛУ. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Національній медичний університет,
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків,
ДУ “Науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни”,
м. Львів

В останні роки з розвитком міжнародного туризму зросла актуальність проблеми інфекційних захворювань, зараження якими пов'язане з перебуванням за кордоном. Особливостями цієї групи інфекцій є їх рідке розповсюдження в Україні, що обумовлює труднощі ранньої клінічної та лабораторної діагностики. У той же час у зв'язку зі змінами кліматичних умов у країнах з помірним кліматом спостерігається зростання кількості “екзотичних” захворювань, у тому числі гарячки Західного Нілу (ГЗН).

ГЗН (енцефаліт Західного Нілу, код за МКХ-10 А.92.3) – гостра вірусна зоонозна природно-осередкова хвороба з трансмісивним механізмом передачі збудника, що характеризується гострим початком, вираженими гарячкою та інтоксикаційним синдромом, ураженням ЦНС.

Наводимо клінічне спостереження ГЗН у клініці інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету.

Хвору К., 55 років (історія хвороби № 4498) госпіталізовано в діагностичне відділення у вересні 2010 р. на 12-ий день хвороби з попереднім діагнозом: “Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів. Негоспітальна пневмонія? Гострий пієлонефрит?”

У клінічній картині захворювання спостерігалися: гострий початок, тривала двоххвильова гарячка, прояви інтоксикації, біль голови, артралгії, біль у попереку, сухий кашель, астеничний синдром.

З епідеміологічного анамнезу з'ясували, що хвора впродовж серпня 2010 р. відпочивала у Греції, де мали місце укуси комах. У цей час у Греції спостерігався підйом захворюваності на ГЗН.

При лабораторному та інструментальному обстеженні визначали помірний нейтрофільний лейкоцитоз, ознаки інфекційно-токсичної нирки, порушення реполяризації в ділянці верхньої та бокової стінок лівого шлуночка серця, посилення легенево-

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), грипopodobна форма, середньотяжкий перебіг. Супутній: 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 болювого 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.