Результати проведених досліджень показали, що у дітей набагато раніше, аніж у дорослих відбувається сероконверсія. Встановлено, що у 2/3 дітей протягом 6 місяців від моменту інфікування виявляються антитіла до ВІЛ, а у дітей старшого віку (7-14 років) сероконверсия настає пізніше.

Висновки. Отримані нами дані, свідчать про особливості, які відрізняють клінічну картину ВІЛ-інфекції у дітей та дорослих. Необхідно також акцентувати увагу лікарів різних спеціальностей на особливостях прояви ВІЛ-інфекції у дітей. Лікарі акушери-гінекологи, педіатри, дерматологи повинні знати особливості ураження внутрішніх органів, шкіри і слизових, ЦНС на тлі ВІЛ-інфекції. У випадках атипового перебігу, торпідности до проведеної терапії направляти дітей для обстеження на ВІЛ інфекцію. Рання діагностика та своєчасне розпочате лікування зможуть поліпшити якість життя і продовжити життя таким дітям. Неухильний ріст кількості ВІЛ-інфікованих диктує необхідність розробки спеціальних профілактичних та лікувальних засобів при проведенні дородового та післяродового спостереження за ВІЛ-інфікованими вагітними і народженими дітьми від них.

Дубинська Г.М., Котелевська Т.М., Прийменко Н.О., Ізюмська О.М., Боднар В.А., Руденко С.С., Лимаренко Н.П., Дубина К.В.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПІСТОРХОЗУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Опісторхоз – природно-вогнищевий біогельмінтоз, спричинений двовустецями (Opistorchis felineus та Opistorchis viverrini), який характеризується переважним ураженням печінки, жовчного міхура, підшлункової залози і має системний вплив на стан здоров'я, збільшує сприйнятливість до інших інфекцій, видозмінює перебіг супутніх захворювань,

має канцерогенну дію. В Україні опісторхоз реєструється практично в усіх областях, але рівень ураженості населення опісторхісами, за даними різних авторів, коливається від 0,2% до 60,0% залежно від регіону. Найбільшим ендемічним осередком опісторхозу є Дніпровський річний басейн – Сумська та Полтавська області. На сьогодні доведено, що наявність опісторхозної інвазії маскує та обтяжує перебіг інших патологічних процесів, а в свою чергу інфекції, що перебігають з ураженням печінки (зокрема парентеральні гепатити В і С), незалежно від їх клінічної форми (маніфестна або латентна) впливають на перебіг опісторхозу. Це ускладнює діагностичний пошук, призводить до помилок в диференціальній діагностиці та створює складності у виборі лікувальної тактики хворих з мікст-інфекціями, що визначає актуальність даного дослідження.

Мета дослідження – з'ясувати епідеміологічні та клінічні характеристики опісторхозу в Полтавської області.

Матеріали і методи. Проаналізовано захворюваність на опісторхоз серед населення Полтавської області за даними річних звітних форм МОЗ України за 2006-2015 рр. Клінічний перебігу опісторхозу вивчали при ретроспективному дослідженні 114 історій хвороб пацієнтів, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні за період 2013-2015 рр. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою точного тесту Фішера та критерію хі-квадрат.

Результати дослідження. Проведені дослідження показали, що в Полтавській області знаходиться другий по величині природний осередок інвазії в Україні. Захворюваність на опісторхоз в регіоні за останні 10 років становила від 17,58 (2006 р.) до 4,96 (2015 р.) на 100 тис. населення та перевищувала загальноукраїнські показники в 10,2 та 5,9 рази відповідно (1,73 і 0,84 на 100 тис. населення аналогічно).

Аналіз перебігу опісторхозу в госпіталізованих хворих показав, що переважна більшість (85,8%) мала хронічний перебіг захворювання, а гострі форми інвазії реєструвалися переважно в сімейних осередках. Основним

фактором передачі у більшості випадків (64,9%) була солена чи в‘ялена риба. При маніфестному перебігу інвазії у хворих найчастіше виявляли ураження гепатобіліарного тракту (95,6%), шлунково-кишкового тракту (42,1%), рідше – алергічні прояви (10,5%). Мікст форми опісторхозу та інших інвазій (аскаридоз, ентеробіоз, лямбліоз) мали місце у 14,0%, парентеральних гепатитів В і С – у 8,3% обстежених. Вирішальна роль у діагностиці опісторхозу належала копроовоскопії (93,9%), менше значення мала дуоденоскопія (6,1%). Повторний курс дегельмінтизації потребували 7,9% хворих.

Висновки. Захворюваність на опісторхоз в Полтавській області одна з найвищих в Україні. Опісторхоз у хворих Полтавської області перебігав переважно (85,8%) в хронічний формі з ураженням гепатобіліарного тракту (95,6%). Мікст-форми опісторхозу в поєднанні з іншими інвазіями реєстрували у 14,0%, з парентеральними гепатитами В і С – у 8,3% обстежених. Повторний курс дегельмінтизації потребували 7,9% хворих.

Дубинська Г.М.[1], Котелевська Т.М.[1], Прийменко Н.О.[1], Ізюмська О.М.[1], Коваль Т.І.[1], Крупініна Т.М.[2], Коваль А.В.[1]

ГАРЯЧКА ЗАХІДНОГО НІЛУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

[1] Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

[2] Державна установа «Полтавський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Полтава, Україна

Гарячка Західного Ніла (WNF) є найбільш розповсюдженою арбовірусною інфекцією, викликаною вірусом Західного Нілу (WNV), що має високий епідемічний потенціал та становить загрозу для здоров'я населення в усьому світі, завдяки швидкому глобальному розповсюдженню, формуванню нових природних осередків та здатності спричиняти епідемії в ендемічних регіонах. За останні 20 років зареєстровано численні епідемічні спалахи