

АКТУАЛЬНІСТЬ ЛЕЙШМАНІОЗУ ДЛЯ МІСТА СУМ

Сулім А.Г.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології

Лейшманіоз – ендемічна трансмісивна хвороба, що зустрічається в країнах із спекотним або теплим кліматом. Географічна поширеність лейшманіозу пов'язана з ареалами, де зустрічаються переносники хвороби – москіти. Найбільш активні вогнища лейшманіозу розташовані в Марокко, Алжирі, Тунісі, Лівії, Єгипті, Ефіопії, Судані, Сирії, Іраку, Ізраїлі, Йорданії, Туреччині, Ірані, Саудівській Аравії, Пакистані, Індії, Афганістані. Не є виключенням і республіки колишнього СРСР – Туркменія, Узбекистан, Таджикистан.

В Україні відсутні природні вогнища лейшманіозу, не дивлячись на те, що в Криму також водяться москіти. Отже, можливість заразитися на лейшманіоз у наших громадян виникає тоді, коли вони виїжджають за межі країни.

До початку вісімдесятих років минулого сторіччя лікарі-дерматовенерологи міста Сум з лейшманіозом практично не стикалися, оскільки міграційні процеси серед нашого населення виражені не були. Одними з перших випадки лейшманіозу стали з'являтися тоді, коли сумчани-військовослужбовці почали повертатися додому після перебування на території Афганістану. Причому недостатня обізнаність лікарів на цій патології, відсутність власного досвіду у виявленні хвороби ставали причиною діагностичних помилок. По закінченні афганської кампанії хворі на лейшманіоз на прийомах у лікарів-дерматовенерологів у місті Сумах перестали зустрічатися. Знову виник період певного «затишшя», що тривав біля двох десятиліть. За цей строк відбулося омолодження особового складу лікарів дерматовенерологічної служби, почали працювати молоді спеціалісти, що також не мали нагоди зіткнутися із хворими на лейшманіоз у власній практиці. Розпад СРСР, здобуття Україною незалежності змінили умови життя наших людей, відкрили можливості для встановлення тісних торгівельних, економічних зв'язків України з іншими країнами світу, у тому числі із тими, де існують вогнища лейшманіозу. Пожвавленню міграційних процесів сприяв також розвиток туризму, можливість відпочинку наших громадян за кордоном (Південно-Східна Азія, Близький Схід, країни Північної Африки). З початком нового століття пацієнти, хворі на лейшманіоз, знову почали з'являтися на прийомах лікарів. Особливо прикметними були групові випадки, зокрема, декілька із працівників одного з промислових підприємств, що одночасно перебували у відрядженні в Туркменії. За декілька років аналогічні випадки реєструвалися після повернення групи робітників із Ірану. Останні десять років також ознаменувалися певною кількістю діагностичних помилок та несвоєчасного розпізнання хвороби з боку як лікарів-дерматовенерологів, так і представників інших спеціальностей (зокрема, хірургів), що свідчить про підвищення актуальності лейшманіозу.

Отже, задля запобігання зараження на лейшманіоз наших громадян лікарям міста Суми слід активізувати санітарно-освітню роботу серед населення, приділяти увагу колективній та індивідуальній профілактиці хвороби у тих, хто має виїжджати на певний строк у країни, ендемічні з лейшманіозу, враховуючи сезонність, наявність імунітету та можливість проведення попередньої імунізації. Слід зазначити, що щеплення атенуйованою лейшманійною вакциною має труднощі у застосуванні, пов'язані із відсутністю її в Україні. Тому більш реальними уявляються інші способи – користування протимоскітними сітками, репелентами, профілактичний прийом хлоридину. Цей метод показаний для захисту невеликих організованих колективів, що тимчасово перебувають у місцевостях із лейшманіозними вогнищами. Препарат приймають усередину по 0,02 – 0,025 г 1 раз на тиждень за 3 дні до в'їзду та до кінця перебування в небезпечній зоні. Попередні використання цього методу довели його профілактичну ефективність.