

Для виконання поставлених завдань було розроблено анкету з 37 запитаннями, які стосувалися різноманітних аспектів життя ВІЛ-інфікованих, кожне з яких вміщувало від 2 до 9 варіантів відповідей. Дослідження проводили анонімно і конфіденційно. Анкета не містила прізвищ, даних про місце проживання чи місце роботи. Дослідження проводили на базі Сумської обласної інфекційної клінічної лікарні ім. З.Й. Красовицького і Сумського обласного наркологічного диспансеру.

Проведено анкетування 40 ВІЛ-інфікованих мешканців Сумської області віком від 19 до 52 років, середній вік склав $(31,6 \pm 9,5)$ року, серед яких було 27 (67,5%) чоловіків і 13 (32,5%) жінок. У 13 (32,5%) осіб причиною проходження тестування на наявність антитіл до ВІЛ 1/2 стало споживання наркотиків ін'єкційним шляхом. 16 осіб (40,0%) вказали як причину тестування погіршення стану здоров'я, що свідчить про високий відсоток виявлення захворювання вже на стадії клінічних проявів ВІЛ/СНІДу.

29 (72,5%) опитаних ВІЛ-інфікованих приймали наркотики, використовуючи шприц хоча б 1 раз. Від першого контакту з наркотичною речовиною до встановлення діагнозу пройшло у середньому (15 ± 4) роки. Про високу вірогідність передачі збудника через речовину-наркотик, а не через шприци, що використовувалися багаторазово, вказує той факт, що 75,0% наркозалежних отримували вже готову до споживання наркотичну речовину, здебільшого опіати, при тому, що 55,0% з них завжди використовували одноразові шприци. 27,0% опитаних продовжували вживати наркотики ін'єкційно, 21 (52,5%) зазначили, що перебували в місцях позбавлення волі.

34 (85,0%) серопозитивних особи мали за своє життя більше 10 статевих партнерів, 33 (82,5%) – випадкові статеві контакти в минулому, 38 (95,0%) – незахищений традиційний секс, 25 (62,5%) – сексуальні стосунки з особами, які споживали наркотики ін'єкційно, 9 (22,5%) – з громадянами інших країн, переважно з країн Азії, Західної Європи і Південної Америки, 12 (30,0%) – мали хвороби, що передаються статевим шляхом. На запитання щодо наявності сексуальних відносин з особами, які мали ВІЛ-позитивний статус, 7 опитаних відповіли стверджувально, три чверті – зазначили, що відповісти складно.

Привертає увагу низький відсоток серопозитивних, які проходили обстеження на наявність антитіл до ВІЛ 1/2 декілька разів. Так, лише 5 (12,5%) осіб мали попередні негативні результати тестування на ВІЛ-інфекцію.

Отже, в умовах Північно-Східного регіону України поведінка високого ризику залишається основним чинником розповсюдження ВІЛ-інфекції. Аналіз соціальних характеристик ВІЛ-інфікованих осіб продемонстрував, що споживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, перебування в місцях позбавлення волі, незахищені статеві контакти, у тому числі з наркозалежними особами, наявність венеричних захворювань є специфічними факторами інфікування ВІЛ, а подальша доля епідемії в регіоні залежить від частоти і характеру зв'язків між інфікованою популяцією і населенням загалом.

О.К. Полукчи, В.В. Кондратюк

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ У НЕІМУННИХ ОСІБ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОФІЛАКТИЧНОГО ПРИЙОМУ АНТИПРОТОЗОЙНИХ ПРЕПАРАТІВ

Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Частка малярії невелика в загальній структурі інфекційної захворюваності, але летальність від неї займає одне з провідних місць. Це обумовлено запізнілою діагностикою, діагностичними помилками, несвоєчасною терапією або тактично неправильним лікуванням, не проведенням індивідуальної хіміопротекції. Лікарі нечасто зустрічаються з цим захворюванням, втратили епідеміологічну пильність, недостатньо знайомі з клінічними проявами. Найбільшу небезпеку для здоров'я має тропічна малярія. Розширення міжнародних контактів, туризм, участь наших військовослужбовців у миротворчих місіях ООН сприяють завозу тропічної малярії в Україну і захворюванням її громадян під час перебування в ендемічних зонах.

Профілактичний прийом протималярійних препаратів рекомендується проводити усім особам, які виїжджають в ендемічні осередки. У даний час для хіміопротекції малярії

Метою дослідження було виявити сучасні клінічні та епідеміологічні особливості перебігу бешихи за матеріалами інфекційної клініки ЛДМУ.

Під спостереженням було 234 пацієнти, у тому числі 134 (57,3%) жінки і 100 (42,7%) чоловіків. Переважали особи передпенсійного (22,2%) і пенсійного (29,9%) віку, що склало 52,1%. Осіб працездатного віку (від 31 до 50 років) було 34,2% (80), молодих (18-30 років) – 13,7% (32). Серед пенсіонерів були 52 (67,5%) жінки і 25 (32,5%) чоловіків. За професійним складом з 234 хворих на бешиху тимчасово не працювали 58 осіб, інвалідів – 8, 5 жінок були в декретній відпустці.

Згідно зі сучасними соціологічними уявленнями, усі пацієнти розподілялися за такими градаціями: представники професій “людина-людина” (вихователі дитячих садків, вчителі шкіл, медичні працівники) – 15 осіб; представники професій “людина-техніка” – 33, це були водії автотранспорту, трактористи, слюсарі, прибиральниці та інші; представники професій “людина-наука” – 26 осіб, це – викладачі ВНЗів, держслужбовці тощо; представники професій “людина-природа” склали підгрупу у 12 осіб, це – працівники сільськогосподарського виробництва, тваринники, фермери.

Найбільша кількість пацієнтів – 145 (62,0%) – мали первинну форму захворювання, на повторну бешиху страждала 31 (13,2%) особа, рецидивну бешиху відмічено у 58 (24,8%). За клінічними формами найбільше було пацієнтів з еритемною – 115 (49,1%) і еритемно-геморагічною – 81 (34,6%) бешихою, що сумарно становило 196 (83,7%) осіб, з еритемно-бульозною бешихою було 25 (10,7%) пацієнтів, бульозно-геморагічною – 13 (5,6%). Більшість пацієнтів – 154 (65,9%) – мали бешиху нижніх кінцівок, на другому місці за локалізацією ураження була бешиха обличчя – 56 (23,9%), бешиху верхніх кінцівок відмічено у 23 (9,8%), а бешиху тулуба – лише в 1 (0,4%) особи.

Основними чинниками, що провокували розвиток бешихи, були мікротравматизація – у 85 (36,3%) пацієнтів, з них 14 (6,0%) виникнення хвороби пов'язували з укусом комахи, 43 (18,4%) – відзначали початок інфекційного процесу після переохолодження, 9 (3,8%) – тривалої інсоляція, 6 (2,6%) – фізичного навантаження, стресові реакції передували розвитку недуги у 8 (3,4%), інфекційні хвороби, у тому числі й ГРВІ, – у 7 (3,0%). У 23 (9,8%) хворих встановлено наявність професійних

чинників, які мали значення як обставини, що провокують розвиток бешихи. Так, мікози стоп були у 45 (19,2%) пацієнтів, псоріаз – у 3 (1,3%), варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 43 (18,4%), посттромбофлебітичний синдром – у 19 (8,1%), екзема чи алергічний дерматит – у 31 (13,2%), трофічні виразки нижніх кінцівок, найчастіше на гомілках, – у 6 (2,6%), ожиріння II-III ст. – у 24 (10,3%), захворювання серцево-судинної системи – 45 (19,2%). У 56 (23,9%) осіб було виявлено одне або поєднання декількох хронічних захворювань органів травлення; проблеми з дихальною системою мали 38 (16,2%), цукровий діабет 2-го типу – 8 (3,4%), у 4 (1,7%) жінок спостерігали постмастектомічний синдром. Вогнища стрептокової інфекції (хронічний тонзиліт, каріозні зуби тощо) виявлено у 7 (3,0%) хворих.

Найбільшу кількість пацієнтів реєстрували з квітня по жовтень, з піком захворюваності в літні місяці – по 28-29 осіб у місяць.

Результати проведеного дослідження дозволяють зробити певні висновки щодо деяких змін клінічної картини бешихи за останні роки: домінування осіб жіночої статі, здебільшого еритемна форма, переважна локалізація процесу на нижніх кінцівках, збільшення частоти первинних форм захворювання, пік захворюваності в літні місяці, основний чинник, що провокує, – мікротравматизація.

А.І. Піддубна, М.Д. Чемич

ПРЕДИКТОРИ ІНФІКУВАННЯ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ В УМОВАХ ПІВНІЧНО-СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

Університет, медичний інститут, м. Суми

В Україні епідемія ВІЛ-інфекції поширюється найшвидшими темпами у Східній Європі. У зв'язку з тим, що переважна більшість ВІЛ-інфікованих є особами працездатного і репродуктивного віку, це негативно впливає на соціально-економічний розвиток країни і створює загрозу національній безпеці.

Мета роботи – проаналізувати соціальні характеристики ВІЛ-інфікованих мешканців Північно-Східного регіону України, вивчити фактори, що сприяють інфікуванню вірусом.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

**Матеріали Всеукраїнської
науково-практичної конференції
з міжнародною участю і пленуму
Асоціації інфекціоністів України**

(19-20 травня 2011 року, м. Суми)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2011