

З.И.КРАСОВИЦКИЙ

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СОВРЕМЕННОЙ ТУЛЯРЕМИИ**

Государственный университет, областная клиническая
инфекционная больница, г. Сумы

Положение с туляремией, которую образно называют «малой чумой», в последние годы резко обостряется. Связано это с повышенном активизации природных очагов туляремии, что в свою очередь объясняется сокращением медико-биологического обследования территории Украины в последние годы более чем в 3 раза, а в ряде регионов Полесья, лесостепи, в Карпатах с 1996 года оно вообще не проводилось или проводилось очень ограниченно.

В результате этого неблагополучие по туляремии в Одесской и Николаевской областях где в 1998 году были зарегистрированы групповые заболевания у людей. Единичные случаи заболевания людей туляремией в 1998 году выявлены в соседних с нашей Харьковской и Полтавской областях.

Сложившаяся в Украине ситуация связана с экономическими трудностями, недостаточным количеством прививочных и диагностических средств и грозит не только ухудшением эпидемической обстановки, но и резко осложнит проведение быстрой и полноценной диагностики туляремии у людей. По расчетам МОЗ Украины, для проведения комплексных противоэпидемических мероприятий по предупреждению заболеваемости туляремией необходимо приблизительно 1,2 млн. у.е.

Заболеваемость туляремией у людей после начавшейся в конце 40-х начале 50-х годов сплошной иммунизации была в ряде ранее неблагополучных регионов сведена к нулю или к единичным заболеваниям. Так, в Тернопольской области, несмотря на эпизоотологически неблагополучную обстановку, последний случай туляремии был зарегистрирован в 1949 году, в Сумской области последние 2 случая - в 1974 году (Глуховский район), один из них закончился летально (глазо-бубонная форма туляремии). 30-40 лет по туляремии были благополучными.

Однако, начиная с конца 80-х и начала 90-х годов, количество заболеваний туляремией увеличилось, появились групповые вспышки. В литературе последних лет описаны случаи заболевания в 1998 году в Одесской области (70 человек), Николаевской (30); в 1995 году в г. Вязьме Смоленской области (91 человек, «водопроводная» вспышка) и в Москве (21 человек, неординарная «молочная» вспышка). Описан в 1991 году случай заболевания туляремией в г. Киеве у больного, приехавшего из Свердловска.

Анализ изученного материала показывает, что особенностью эпидемиологии современной туляремии (как и других природно-очаговых инфекций) является широкое вовлечение в эпидемиологический процесс жителей городов. Причин для этого много: снижение масштабов и интенсивности дератизационных мероприятий, учащения аварий в системе водоснабжения, сокращение объема работ по эпизоотическому надзору за природными очагами инфекции (в Украине 160 районов в 24 областях, в Сумской области 12 районов); выделение горожанам земельных участков для садоводства, тяга их к отдыху на лоне природы, подальше от города.

Анализ описанных в последние годы случаев как отдельных так и групповых заболеваний туляремией показывает снижение значимости профессионального фактора, за исключением, пожалуй, любителей-охотников, четкую эпидемиолого-клиническую параллель, связанную с проявлением форм заболевания и многоликость клинической картины болезни, диагноз которой, к сожалению, устанавливается самыми различными специалистами неправильно: чаще всего грипп, ОРВИ, лимфаденит, ангина, пневмония, дифтерия и даже «длительная лихорадка». Диагнозы в основном устанавливают на 15-26 дни от начала заболевания и то лабораторно.

Сравнивая описание клиники туляремии нашими классиками Розенбергом (30-е годы), Ивашенцевым (40-е годы), Рудневым (50-е годы) и опубликованными в текущих изданиях последних лет, существенных отличий найти не удалось. В докладе будет представлен анализ клиники групповых заболеваний туляремией,

описаних в літературі з 1990 по 1998 роки, так як власні спостереження за хворими туляремійою стосуються к 40-им - 60-им рокам і в останнє десятиліття мною не спостережувались.

Л.П. КУЛЕСИ

КИШКОВИЙ ЄРСИНІОЗ – КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА
Державний університет, обласна клінічна інфекційна лікарня,
м. Суми

У зв'язку з ростом захворюваності на гострі кишкові інфекції та інші інфекційні захворювання, проблема ерсиніозів все більше привертає увагу дослідників та практичних лікарів. Властивий ерсиніозам поліморфізм клінічних проявів, збільшення числа спорадичних випадків, труднощі ранньої лабораторної діагностики часто призводять до діагностичних помилок.

Кишковий ерсиніоз – гостре інфекційне захворювання людини та тварин, що викликається *Yersinia enterocolitica*. Характеризується різноманіттям клінічних форм, гарячкою, інтоксикацією, ураженням шлунково-кишкового тракту, суглобів, шкіри. Захворювання має схильність до рецидивуючого перебігу.

Інкубаційний період від 1 до 6 днів.

Згідно класифікації виділяють: гастроінтестинальну форму (зустрічається 55 – 75%) – початок гострий з гарячки, симптомів інтоксикації та ураженням шлунково-кишкового тракту (гастроентерит, ентероколіт, гастроентероколіт).

Абдомінальна форма (5-10%) – апендикулярна. Початок гострий, гарячка, інтоксикація, болі в животі, нудота, блювання, почастішення випорожнень. В ряді випадків таким хворим необхідний огляд хірурга.

Генералізована форма (15-20%) характеризується диспептичними проявами, ураженням суглобів, збільшенням лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, вегетативними розладами, появою висипки на шкірі та слизових оболонках (90%).

Змішані форми. Болі переважно в великих суглобах (80%), далі можуть приєднуватися зміни зі сторони серцево-судинної системи.