

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАВІЗНОГО ЛЕЙШМАНІОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Калиниченко Д.О., Носенко В.І., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – д.мед.н., проф. М.Д. Чемич

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією і курсом мікробіології, вірусології та імунології

Підвищена міграція населення викликає постійну загрозу виникнення тропічних паразитозів, зокрема лейшманіозу. Лейшманіози – це група паразитарних трансмісивних хвороб людини і тварин, які характеризуються ураженням внутрішніх органів або шкірних і слизових оболонок. Переносниками хвороби є москіти, які поширені у країнах із спекотним кліматом, зокрема у країнах Африки, Середньої Азії та Закавказзя.

Аналіз поширеності лейшманіозу дозволив встановити, що за період з 2001 по 2010 роки в Україні було зареєстровано 31 випадок завезеного лейшманіозу. Серед них на територію Сумської області завезено 17 випадків шкірного і 1 вісцерального лейшманіозу з країн Середньої Азії та Близького Сходу, зокрема з Ірану і Туркменії.

**Мета роботи** - дослідити клініко-епідеміологічні особливості завезеного лейшманіозу в Сумській області у хворих, які були госпіталізовані до Сумської обласної клінічної інфекційної лікарні ім. З.Й. Красовицького у 2001-2010 роки.

У ході дослідження проведено ретроспективний аналіз 10 медичних карт стаціонарних хворих із діагнозом шкірний лейшманіоз. Діагноз було встановлено на підставі клініко-епідеміологічних та лабораторних даних.

Вік хворих коливався від 43 до 53 років. Усі пацієнти були працівниками СНВО ім. Фрунзе, з них у Туркменії працювали 80 % осіб, в Ірані – 20 %. Клінічний діагноз: «лейшманіоз Старого світу, зоонозний підтип, первинна лейшманіома, стадія виразки» був поставлений 80% обстеженим, діагноз «лейшманіоз Старого світу, антропонозний підтип» - 20%. 90% хворих мали середньотяжкий перебіг захворювання, 10% - легкий. Ураження у вигляді виразок у 80% обстежених знаходилися лише на кінцівках, переважно на тильних поверхнях, проте у 20% осіб виразки знаходилися як на кінцівках, так і інших ділянках тіла (губи, нижня поверхня живота). Розміри виразок становили (25,0±15,0) мм на (20,0±10,0) мм.

Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що у осіб, які перебували у Туркменії, показник ШОЕ (12,5±5,33) мм/год був вищий, ніж в осіб, які працювали в Ірані (2,5±0,5) мм/год.,  $p < 0,05$ . Проте, серед осіб, які працювали в Ірані, встановлена тенденція до переваги рівня білірубину (26,0±9,45) мкмоль/л, порівняно із особами, які працювали у Туркменії (9,13±0,98) мкмоль/л,  $p < 0,05$ .

У осіб, які перебували за кордоном більше 3 місяців, розміри печінки при госпіталізації були більшими, ніж у тих, хто перебував за кордоном менше 3 місяців (розміри правої долі (155,5±4,32) мм та (125,75±11,41) мм відповідно),  $p < 0,05$ . Показник ШОЕ в осіб, які перебували за кордоном понад 3 місяці мав тенденцію до переваги (15,16±6,87) мм/год над показником ШОЕ в осіб, які працювали за кордоном менше 3 місяців (5,5±0,86) мм/год,  $p < 0,05$ . Проте, є тенденція до переваги рівня білірубину у біохімічному аналізі крові в осіб, які працювали за кордоном менше 3 місяців, над рівнем білірубину в осіб, які працювали за кордоном понад 3 місяці (18,5±8,53) мкмоль/л і (8,5±1,2) мкмоль/л відповідно,  $p < 0,05$ .

У осіб, які мали супутню патологію гепатобіліарної системи, реєструвалися більші розміри печінки, ніж у хворих без неї (розміри правої долі (150,0±4,63) мм та (137,2±13,05) мм відповідно; розміри лівої долі (85,0±4,66) мм і (65,6±8,58) мм відповідно,  $p < 0,05$ , із збереженням розмірів селезінки. Проте, є тенденція до переваги рівня білірубину в біохімічному аналізі крові у осіб, які мають супутню патологію, над рівнем білірубину у осіб, які її не мають (16,8±6,82) мкмоль/л і (8,2±1,4) мкмоль/л відповідно,  $p < 0,05$ .

Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила (21±15) днів.

Таким чином, тяжкість перебігу захворювання залежить від наявності супутньої патології, терміну перебування і регіону відрядження.