

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

4(62) 2010

ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

- Біотинка
- ГРВІ і грип
- ВІЛ-інфекції/СНІД
- Вірусні гепатити
- Кір
- Опісторхоз
- Туляремія

ISSN 1681-2727
9 771681 272000

Головний редактор М.А. Андрейчин

Н.А. Васильєва,
Ж.І. Воланова,
О.П. Волосовець,
Л.Я. Івахів,
Л.Я. Ковальчук,
В.Г. Колпаденко,
В.С. Кочка (відповідальний секретар),
С.О. Крамарев,
В.Ф. Марєвський,
І.О. Ситник (заступник головного редактора),
А.Ф. Фролов,
В.Г. Шологов,
А.М. Щербинська,
Ю.І. Феценко,
О.О. Ярош.

І.В. Богатеньков (Смферополь),
Л.С. Бондарєв (Донецьк),
Н.О. Виноград (Львів),
Ю.П. Волонський (Харків),
В. Гальота (Бидгощ, Польща),
В.В. Гебеш (Київ),
А.І. Гурань (Київ),
О.В. Демківська (Росток, Німеччина),
Б.М. Дикий (Івано-Франківськ),
І.О. Карпов (Мінськ, Білорусь),
Д.Ф. Кириченко (Вінниця),
С.І. Климчук (Тернопіль),
В.М. Козько (Харків),
А.І. Комарова (Тернопіль),
А. Пашишвілі (Каунас, Литва),
В. Магдак (Варшава, Польща),
В.П. Малій (Харків),
В.І. Матш (Київ),
А.І. Мостко (Львів),
Е.І. Мусабєва (Ташкент, Узбекистан),
І.І. Негаєва (Вінниця),
Б.В. Нікітін (Одеса),
Г.К. Палай (Вінниця),
В.І. Покровський (Москва, Росія),
Ж.О. Ребенко (Мінськ, Білорусь),
А.О. Руєвко (Київ),
Е. Саєва (Собій, Болгарія),
М.С. Суремченко (Дніпропетровськ),
М.Б. Тітов (Львів),
В.М. Фролов (Луганськ),
Л.А. Харків (Харків),
В.П. Шаробок (Київ).

4(62) 2010 Інфекційні хвороби

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Науково-практичний медичний журнал

Заснований у листопаді 1994 року.
Виходить з 1995 року щомісячно.

Свідчення про державне реєстрування друкованого засобу масової інформації КВ № 16795-5367 Р, видає Міністерство юстиції України 10.06.2010 р.

Відповідно до постанови президиума ВАК України від 26.05.2010 р. № 1/05/4 журнал «Інфекційні хвороби» повністю внесений до переліку наукових фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня доктори кандидатів наук у галузі медицини.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал
«Інфекційні хвороби»
Медуніверситет,
Майдан Воли, 1
м. Тернопіль, 46001
УКРАЇНА

Тел.: (0352) 52-47-25.
E-mail: info@iukr.net

Розповсюдження журналу за передплатою.

Одержувач платіжів Тернопільський державний медичний університет; код 02010950; р/р 35224001000151 в УДК в Тернопільській області; МФО 839012.

Видання журналу реєстроване в електронній формі в електронній бібліотеці державного медичного університету м. Тернопіль, І.І. Гербасовського (протокол № 6 від 23.11.2010 р.).

Датум верстки: Ярослава Теслюк

Підписано до друку 15.12.2010 р.

Видання: 1 в електронній

ТДМ імені І.І. Гербасовського

Майдан Воли, 1

м. Тернопіль, 46001, УКРАЇНА

Свідоцтво про внесення до державного реєстру

ДК № 2215 від 16.06.2005 р.

За зміст редакційних матеріалів відповідальність несе редакція.

Немає повноважень на використання журналу.

«ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ»

публікують на вкраїні.com.ua

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

© Чечин М.Д., Захлебнаєва В.В., Ільїна Н.І., Шолохова С.Є., 2010
УДК 616.96.008.89.036.82(477.52)

М.Д. Чечин, В.В. Захлебнаєва, Н.І. Ільїна, С.Є. Шолохова СЬЧАСНА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОПІСТОРХОЗУ НА СУМЩИНІ

Сумський державний університет, Сумська обласна санітарно-епідеміологічна станція

Наведена епідеміологічна ситуація з опісторхозу у Сумській області та в Україні. Зроблено аналіз клінічного перебігу хронічного опісторхозу у природно-опосередку, особливості якого є високим відсотком латентної форми інвазії. Визначено діагностична значущість клініко-лабораторних симптомів хвороби.

Ключові слова: Сумщина, опісторхоз, клініка, епідеміологія, діагностика.

Збудник опісторхозу був відкритий понад 100 років тому, однак проблема цієї інвазії не вирішена і в наш час. За даними ВОЗ, у світі біля 21 млн осіб інвазовані печінковою трематодою. Ця хвороба поширена у багатьох регіонах світу: у Росії, Україні, Австрії, Угорщині, Німеччині, Польщі та інших країнах. Найбільший у світі ендемічний осередок опісторхозу знаходиться у Західному Сибіру та Східному Казахстані, в Об'єктуському басейні з максимальним рівнем захворюваності в приоб'єкту районі, Ханти-Мансійському національному окрузі, Тюменській та Томській (північні райони) областях, де екстенсивність інвазії місцевого населення досягає 85-95 %. Тут же відзначається висока інвазованість коня (100 %), собаки (27-50 %), свині (40 %). Ендемічна з опісторхозу Об'єктуська територія охоплює 15 країн і області Росії та Казахстану [1].

Другим за величиною осередком є басейн Дніпра з його притоками (Псел, Сула, Сейм, Ворскла та ін.), являється у 30х роках минулого століття. Рівень ураженості населення коливається від 10 до 15 % у Полтавській та Чернігівській областях і до 71-82 % - у Сумській. Захараєність опісторхозом м'ясоїдних тварин (переважно коня) у басейні Дніпра і його притоках складає 32 %, Південного Бугу - 28 %, Сіверського Дінця - 25 %, Дністра - 19 %. Захараєність м'ясоїдних цериарів у басейні Дніпра, Ворскли і Десни коливається від 0,3 до 1,5 %, а риба з рідких коропових м'ясоїдних - від 3 до 18 % [2].

Третя за розмірами ендемічна з опісторхозу територія - Волго-Камський басейн. Зони з висо-

ким рівнем ендемії реструються у Пермській області (60 % урбанізованого населення в окремих районах) і Татарстані.

Перший осередок опісторхозу на Сумщині був виявлений в 1953 р. на рчці Ворскла та її притоках з ураженістю населення до 61 %. Згодом зареєстровані інтенсивні осередки на річках Сула, Сейм, в яких інвазованість населення складала від 2 до 18 %, а у деяких селах Кролевецького району до 70-80 % [3]. У 80х роках ХХ ст. опісторхоз уже виявлений у 16 з 18 районів області, у 197 населених пунктах. У зв'язку з цим з 1981 р. розпочалася планова, цілеспрямована робота по боротьбі з опісторхозом. Головним санітарно-епідеміологічним бую розроблений план заходів з виявлення ситуації з опісторхозу і посилення боротьби з ним у Сумській області. Одночасно почали реалізовувати Всесоюзну цільову комплексну наукову програму «Опісторхоз» затверджену МОЗ СРСР від 14.02.1983 р., та Республіканську програму заходів боротьби з опісторхозом в УРСР на період 1985-90 рр., затверджену Наказом МОЗ УРСР № 554 від 19.09.1984 р.

Виявлення епідеміяції з опісторхозу у басейні річок України виявило природні осередки з різних регіонів країни, були визначені основні механізми та параметри епідемічного процесу. Розроблені нові методи діагностики, лікування, диспансеризації хворих на опісторхоз, здійснювалися заходи щодо оздоровлення осередків.

З 1989 р. у Сумській області інфекційні лікарні м. З.І. Кравецького почав працювати обласний центр лікування хворих на опісторхоз. Протягом 20 років проведено лікування більше 4 тис. хворих, обстежено на гельмінтизи більше 2 млн осіб.

Проте проблема опісторхозу не втрачає своєї актуальності. За даними офіційної статистики, на Сумщині виявлено понад 1400 хворих на опісторхоз (показник 34,6 на 100 тис. населення). Хвороба належить до некораривних, суттєво впливає на здоров'я населення своєю наслідками. Спільна функціонування осередку забезпечено особливою гідрологічною режиму, значною часткою риби у харчовому раціоні місцевого населення.

Про ризик зараження населення свідчать дані лабораторних досліджень додаткових і проміжних хазяїв паразита, проведених за останні 3 роки: ураженість личинками опісторхів молоскої становить 1,03 %, коропових риба - 2,4 %. Найбільше уражені лещ (25 %), в'язь (20 %), підуст і густера (7 %), палас, карась (по 1 %) [4].

Патогенна дія печінкової трематод - це не тільки механічна обструкція біліарних протоків. Паразити спричиняють порушення мікроциркуляції, некроз, запалення, фіброз, холангіоекстази жовчовивідних шляхів, створюють умови для вторинної бактерії у жовчовивідній протоці [5]. Доведена роль опісторхозної інвазії у мультіплексній епітеліопротії. Продукти життєдіяльності трематод спричиняють генотоксичні ефекти з порушенням ДНК і розвитком мутацій через активацію онкогенів, дискрегуляцію проліферативних процесів. Збудник міжнародною агенцією з вивчення раку віднесений до групи канцерогенів № 1 [6, 7].

З другої половини ХХ століття глобального поширення набуває проблема хронізації інфекційних і паразитарних хвороб у зв'язку з патоморфозом - зміною клінічного перебігу більшості інфекційних хвороб, зокрема черевного тифу, сальмонельозу, шигеліозу та інших. Збільшилася частота хронізації захворювань вірусної та бактеріальної етіології. Існує думка про вплив на перебіг інфекційного процесу сенситивізуючі речовини зростаючих, а в часті і апергенних інфекційного походження. Дослідженнями з вивчення причин хронізації основних бактерійних і вірусних інфекцій доведена значна роль інвазії гельмінтами. На тлі опісторхозу усуваються перебіг вірусних гепатитів, туберкульозу, черевного тифу, шигеліозу, бруцельозу [8, 9]. Причиною цього ще є дисбаланс у системі імунітету, орієнтований в умовах хронічного опісторхозної інвазії на підтримку тривалої симбіозу в системі «хазяїн-паразит» [10].

Мета дослідження - вивчити сучасну епідеміологічну ситуацію з опісторхозу на Сумщині та особливості клінічного перебігу хвороби у природно-опосередку.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Пацієнти і методи

Прозааналізовані медичні карти стаціонарних хворих та обстежено понад 1400 хворих на опісторхоз у Сумській області клінічними інфекційними лікарями у 2004-2009 рр. Отримані дані занесені в «Електронну карту досліджень» - підхід статистичній обробці з використанням програми Microsoft Excel та наступним загорніть: записали повні огляди для обстежених і заповнення таблиць.

Результати досліджень та їх обговорення
Захараєність на опісторхоз у Сумській області залишається стабільно високою без тенденції до зниження і перевищує середньоросійські показники у 22-25,6 разів (табл. 1).

У 2009 р. на об'єкті знаходилось 1482 хворих на опісторхоз, з них 65 дітей. Показник захворюваності склада 34,6 на 100 тис. населення. Це у 26 разів вище середнього показника в Україні, 95 % хворих зареєстровані у м. Шостка та у 7 районах: Буринському, Б.Писарівському, Кролевецькому, Недригайлівському, Роменьському, С.-Будському, Шосткинському. Випадки опісторхозу зареєстровані у 89 населених пунктах області, з них у 17 ураженість населення перевищує 3 %.

Одним з статистичних вибірок має місце чистину дієсної захворюваності на опісторхоз. Поліморфним клінічним проявам призводить до того, що хворі звертаються не до інфекціоністів, а до лікарів інших спеціальностей, і часто недогадується нерозпізнаною внаслідок недостатнього знання лікарів цієї патології.

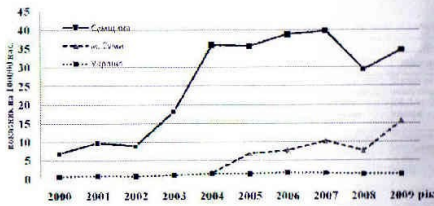
Серед хворих, які лікувались з приводу опісторхозу у Сумській області клінічний інфекційний лікар за період дослідження, переважають жінки (62,5 %). Середній вік інвазованих (37,09±1,44) років. Вікові групи: до 18 років - 11,6 % осіб, 19-26 - 23,2 %, 30-40 - 18,8 %, старше 40 років - 46,4 %.

З географічного аспекту з'ясовано, що основний відсоток хворих склали жителі м. Сум та С.-Будського району - 47,3 та 21,4 % відповідно.

Характерним знаменням є 59,8 % хворих фактором передавання були в'язь або солов'як риба. Заражені епідемічними шляхами злиття людей, що підвищує поглиби водотічній, хвизати в яку шкуру укоричнені культурні і тому важко піддаються змінам. Група ризиків (рибаки та члени їх сімей) склали 22,3 %.

З клінічних форм переважає хронічний опісторхоз. Жодного випадку гострого опісторхозу, який для корінного населення осередку є специфічним, за період дослідження виявлено не було.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Мал. 1. Динаміка захворюваності на хронічний гепатит С в області м. Суми за 2000-2009 рр.

Клініка хронічного опісторхозу зумовлена ураженням біліарного каналу, підшлункової залози та реактивними змінами з боку судинних органів. Аналіз результатів дослідження дозволив виділити ряд синдромів, які зустрічаються з різною частотою: холангіохолестит, дискінезія жовчовивідних шляхів, гастроінтестинальні прояви, алергічний, панкреатопатію, вегето-судинну дистонію.

У більшості пацієнтів захворювання мало латентний перебіг. Про це свідчить випадкове виявлення яєць опісторкісів у випорожненнях при обмеженні декретованої групи населення (58,2%), при зверненні за медичною допомогою з приводу інших захворювань (17,7%) і тільки 24,1% хворих мали ознаки маніфестації хвороби. Основними клінічними проявами недуги були диспепсичні і больовий синдроми. 56,3% хворих скаржилися на важкість у правому підребер'ї, 30,4% – на біль у епігастрії, 26,6% – на пікоти у роті, 24,1% – на нудоту, 17% – на здуття живота, 10,7% – на нестійкі випорожнення, на зниження апетиту – 11,6%, на сухість у роті – 8,9%, на блювання – 3,6%. Не було скарг у 14,3% осіб.

У пацієнтів також діагностували ураження гепатодуоденальної зони (табл. 1). Найчастіше виявляли збільшення печінки, симптоми астеновегетативного синдрому, у кожного метервогено-п'ятого – субітеричність склер, субфебрилітет, болючість при пальпації в епігастрії та тонці Кера. Проявами вегетативних розладів були пітливість, сліноточка, вазомоторні судинні реакції. Астеновегетативний синдром у обмежених хворих визначається головним болям, безсонням, подразливістю.

Таблиця 1
Частота виявлення симптомів хронічного опісторхозу в обмежених хворих

| Симптом | Кількість хворих, осіб | % |
|--|------------------------|------|
| Субітеричність склер | 38 | 24,1 |
| Субфебрилітет | 33 | 21,4 |
| Болючість при пальпації в епігастрійній ділянці | 47 | 29,7 |
| Болючість при пальпації в проекції жовчного міхура | 41 | 26,1 |
| Позитивні симптоми Кера, Мерфі, Стернера | 13 | 8,1 |
| Гепатомегалія | 119 | 75,9 |
| Астеновегетативний синдром | 69 | 44,5 |
| Алергійний синдром | 10 | 6,1 |
| Вегетативні розлади | 21 | 12,7 |

На відміну від даних інших авторів, зміни у гемоглобіні у більшості наших пацієнтів були відсутні (табл. 2). Кількість еритроцитів і тромбоцитів, вміст гемоглобіну, середній розмір еритроцитів (MCV), концентрація гемоглобіну в еритроциті (MCHC), об'єм еритроцитів (MCV) були у нормі. Не було такої зміни у хворих у лейкоформулі, і лише у 14,3% осіб вони були вище середніх показників. Відсоток еозинофілів не перевищував норму, тільки у 3% хворих була виявлена еозинофілія. У біохімічному аналізі крові значних змін не визначали. Гематологічні показники ендокринної інтоксикації були у межах норми: ЛП (0,76±0,06), ГП (0,99±0,07), ІЗЛК (1,810±0,068), Ілімф (0,540±0,002).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 2

Зміни лабораторних показників у хворих на опісторхоз при госпіталізації

| Показник | Мтл |
|--------------------|--------------|
| Еритроцити, Т/л | 4,220±0,046 |
| Гемоглобін, г/л | 128,08±1,65 |
| MCV, мм | 86,38±0,59 |
| MCH, пг | 30,21±0,24 |
| MCHC, г/л | 328,15±2,31 |
| Тромбоцити, Т/л | 208,90±4,73 |
| Лейкоцити, Т/л | 6,24±0,16 |
| Еозинофіли, % | 2,82±0,24 |
| Білірубін, ммоль/л | 13,80±1,02 |
| АлАТ, од./л | 28,20±2,14 |
| АсАТ, од./л | 30,10±1,64 |
| ЛФ, од./л | 150,68±11,82 |
| ГГТП, од./л | 39,62±4,17 |

Діагноз опісторхозу підтверджений копровоскопією та дослідженням дуоденального вмісту. Яєць опісторкісів знайдені у випорожненнях у 100% хворих. У 86,6% осіб виявлена мінімальна інвазія, у 8,0% – помірна, у 5,4% – значна. Визначення антитіл до печінкової трематоди у крові методом ІФА проведено 18,1% хворих, з них позитивний результат отримано у 45,0%.

Досліджений дуоденальний вміст у 64,2% хворих, яєць опісторкісів знайдені у 25,0% осіб. Елементи запалення (лейкоцити, слиз, епітелій) у порції жові А виявлені у 20,8% пацієнтів, у порції В – у 53,1%, у порції С – у 8,1%. У 6,2% хворих визначалася підвищена секреторна функція шлунка, у 16,1% – знижена. Збільшення вмісту і-амілази у сечі було у 8,9% хворих.

При УЗД органів черевної порожнини ознаки гепатиту діагностовано у 17,2% осіб, холангітиту – у 78,6%, холангіту – у 21,3%. Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпокінетичним типом підтверджена у 38,3% пацієнтів. Крім ураження гепатобіліарної системи у 18,8% хворих при ОГДС визначався гастрит, у 11,6% – гастродуоденіт. У 14,3% виявлені дистрофічні зміни міокарду.

Визначаючи діагностичну значущість клініко-лабораторних симптомів у хворих на опісторхоз, встановлено, що найбільше діагностичне значення серед клінічних даних мають ознаки холестититу, гастриту, гепатомегалії, відчуття важкості в епігастрії; із лабораторних – виявлення опісторкісів у калі; з епідеміологічних – належність до групи ризику і вживання термічно необробленої риби (табл. 3).

Таблиця 3

Діагностична значущість клініко-лабораторних симптомів у хворих на опісторхоз

| Симптом | % |
|---|-------|
| Опісторкізи в калі | 100,0 |
| Ознаки холестититу | 78,6 |
| Гепатомегалія | 74,2 |
| Група ризику (рибальні та члени родини) | 72,3 |
| Гастрит | 69,7 |
| Виявлення вмісту печінкової трематоди у крові | 59,8 |
| Важкість у правому підребер'ї | 56,3 |
| ІФА (+) | 45,5 |
| Астеновегетативний синдром | 44,6 |
| Гастродуоденіт | 30,4 |
| Біль в епігастрії | 30,4 |
| Піркота у роті | 26,8 |
| Субітеричність склер | 25,0 |
| Субфебрилітет | 25,0 |
| Нудота | 25,0 |
| Опісторкізи у дуоденальному вмісті | 25,0 |

Порівнюючи основні клініко-лабораторні дані перебігу хронічного опісторхозу, отримані нами, з даними авторів, які досліджували цю недугу у різні періоди (табл. 4), встановлено наступне:

- початок захворювання з 80-х років 20-го століття, переважно реєструється малосимптомний перебіг;
- скуднення для наших хворих не характерне;
- жовтяниця шкіри і склер виявляється усе рідше;
- частота збільшення печінки зростається на значному рівні;
- характерний субфебрилітет і лише у четвертій частині хворих;
- інвазія та еозинофілія реєструються у 14-16% обмежених;
- інтенсивність інвазії переважно низька.

Висновки

1. Опісторхоз треба розглядати як системне захворювання людини, спричинене трематодами, що паразитують у жовчаних протоках, жовчному міхурі та підшлунковій залозі, мають сенсibilізувальну механізму, небезпечну дію.
2. Захворіваність на опісторхоз у Сумській області висока і має тенденцію до зростання.
3. Хвороба переважно має латентний перебіг.
4. З маніфестних форм недуги найчастіше виявляється холестит (78,6%).
5. Вирішальну роль у діагностиці хронічного опісторхозу має копровоскопія (100%).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 4

Основні клініко-лабораторні ознаки перебігу хронічного опісторхозу за даними різних авторів

| Показник | Автори | | | | Наші дані (2010) |
|---------------------------|--|---|---|---|--|
| | М.М. Плотніков (1953) | Р.М. Ахрем-Ахремович (1963) | Д.Д. Яблоков (1979) | А.І. Пальцев (1990) | |
| Біль у правому підребер'ї | Виражений больовий синдром – 30 % Напади жовчної кольки | Часто тупі. Гострі – до нападів жовчної кольки. Больовий шок | Періоди загострення та ремісії. Можливий безсимптомний перебіг | У місцевого населення переважно олігосимптомний перебіг | Важкість у правому підребер'ї – 56,3 %; біль в епігастрії – 30,4 % |
| Зниження маси тіла | 25 % – помітне | Часто | Помірне | 32 % – помірне | У поодиноких випадках |
| Жовтяниця | Рідко | 11 % | 9,5 % | 1 % | 1 % |
| Субіктеричність склер | Дуже часто | 30 % | 46 % | 43 % | 25 % |
| Гепатомегалія | 35 % | 90 % | 62 % | 52 % | 74,1 % |
| Температура | До 37,8 °С – 55 %; до 39 °С – рідше | Субфебрильна – часто; фебрильна – рідко | Субфебрильна – 34 %; до 39 °С – 5 % | Субфебрильна – 31 %; до 38,5 °С – 0,7 % | Субфебрильна – 25 % |
| Анемія | Майже у всіх | У багатьох | Не часто | Рідко | 14 % |
| Еозинофілія | Значна – 80 % | Значна – 65 % | Переважно значна – 85 % | Незначна – 45 % | На рівні 5 % у 5,4 %; 10 % – у 10,7 % |
| Інтенсивність інвазії | Значна | Значна | Переважно значна | 1,2 % – значна; 89,5 % – низька | 5,4 % – значна; 8,0 % – помірна |

6. Групу ризику складають рибалки та члени їх сімей (72,3 %). Основним фактором передавання є солена і в'ялена риба.

Література

1. Пальцев А.И. Клиника, диагностика и лечение хронического описторхоза // *Клин. медицина*. – 2003. – № 4. – С. 62-66.
2. Опісторхоз в Україні / Павліковська Т.М., Бодня К.І., Холтобіна Л.В. та ін. // *Сучасні інфекції*. – 2005. – № 2. – С. 4-6.
3. Ситуація з опісторхозу в Сумській області та в Україні / Шолохова С.Є., Онцарь А.О., Міроненко В.Б. та ін. // *Сучасні інфекції*. – 2004. – № 4. – С. 9-11.
4. Санітарно-паразитологічна характеристика докільця як показник ризику зараження паразитарними хворобами / Псарьов В.М., Шолохова С.Є., Даниленко Л.М., Жук П.І. // *Матеріали наради паразитологів України; тези доповідей*. – Рівне, 2007. – С. 157-160.
5. Carpenter H.A. Bacterial and parasitic cholera gifts // *Mayo Clin. Proc.* – 1998. – N 5. – P. 473-478.
6. Губергриц Н.Б., Ширинская Н.В., Загоренко Ю.А. Поражение поджелудочной железы при описторхозе // *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. – 2008. – № 3. – С. 11-18.
7. Holzinger F., Zgraggen K., Buchler M.W. Mechanisms of biliary carcinogenesis: a pathogenetic multi-stage cascade towards cholangiocarcinoma // *Ann. Oncol.* – 1999. – N 10, Suppl. 4. – P. 122-126.
8. Бодня Е.И. Паразитозы в Украине // *Сучасні інфекції*. – 2004. – № 4. – С. 4-8.
9. Бодня Е.И. Нарушения процессов адаптации и их коррекция при хроническом описторхозе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1999. – 43 с.
10. Епіднадгляд за паразитарними хворобами в Україні та шляхи його поліпшення / Павліковська Т.М., Некрасова Л.С., Світа В.М., Гуца Г.Й. // *Матеріали наради паразитологів України; тези доповідей*. – Іллінієвськ, 2000. – С. 187.

THE MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF OPISTHORCHIOSIS IN SUMY REGION

M.D. Chernych, V.V. Zahlebayeva, N.I. Ilyina, S.Ye. Sholokhova

SUMMARY. The epidemiological situation with opisthorchiosis in Sumy region and in Ukraine are induced. The analyze of clinical course of chronic opisthorchiosis was maded. Peculiarity is a high percentage of latent form. The clinic and laboratory signs of disease were formed.

Key words: Sumy region, opisthorchiasis, clinic, epidemiology, diagnostics.

Отримано 8.06.2010 р.