пріоритетне значення імунізації дитячого населення, зокрема дітей першого року життя;
- підвищення рівня знань фахівців санітарно-епідеміологічної служби, ЛПЗ, немедичних працівників, які беруть участь у проведенні профілактичних та протиепідемічних заходів;
- удосконалення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів; у т. ч. пологових, інфекційних, протитуберкульозних та інших;
- розширення обсягів фінансування за кошти місцевих бюджетів для проведення дезінфекційних та дератизаційних заходів з профілактичною метою, рекомендованих щеплень та щеплень за епідемічними показниками, у т. ч. проведення імунізації проти гепатиту А дітям і контингентам групи ризику (працівникам громадського харчування, медичним працівникам, персоналу дитячих дошкільних закладів, каналізаційних споруд тощо).

Деякі питання потребують вирішення на загальнодержавному рівні, зокрема:
- поновлення та приведення до сучасних вимог нормативно-правових документів з питань профілактики інфекційних хвороб, в першу чергу наказів МОЗ України;
- законодавче врегулювання проведення діагностичних мікробіологічних досліджень установами санепідслужби в тих районах, де не розвинена мережа лабораторій лікувальних закладів.

В.А. Бутко

ГАРЯЧКИ НЕВСТАНОВЛЕНОГО ГЕНЕЗУ В КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й. Красовицького

У стародавній медицині гарячками називали хвороби, що супроводжувалися підвищенням температури тіла. Надалі гарячку стали розглядати як найбільш загальний симптом при різних захворюваннях. У теперішній час під лихоманкою

розуміють терморегуляторне підвищення температури тіла, що являє собою організовану й координовану відповідь організму на хворобу.

Гарячка характерна для інфекційних хвороб, а також вона може спостерігатися й при інших хворобах (пухлини що розпадаються, гострий гемоліз, захворювання сполучної тканини та ін.). Все це необхідно враховувати при проведенні диференціальної діагностики.

Під терміном "гарячка невстановленого генеза" (ГНГ) FUO (Fever of unknown origin у зарубіжній літературі) розуміють фебрильну, вище 38°С температуру, що триває більше 3 тижнів і супроводжується лише неспецифічними загальними симптомами інтоксикації і запальними змінами в лабораторних тестах за відсутності виражених локальних або специфічних патологічних ознак. При цьому етіологія гарячки залишається не з'ясованою, незважаючи на звичайне стаціонарне обстеження хворого. Важливо тут те, що гарячка є провідним симптомом.

З "гарячкою невстановленого генезу" лікарям доводиться зустрічатися дуже часто, тому знання основ диференціального діагнозу при ній є дуже важливим.

Тим часом точно визначені критерії, що дозволяють розцінювати клінічну ситуацію як ГНГ:

- наявність у хворого температури 38°С і вище;
- тривалість гарячки 3 тижні й більше або періодичні підвищення температури протягом цього терміну;
- неясність діагнозу після проведення обстеження за допомогою загальноприйнятих (рутинних) методів.

Нозологічна структура причин ГНГ останнім часом набуває зміни. Так, серед "гарячкових" захворювань стали фігурувати імунодефіцити, різні види нозокоміальних інфекцій, бореліоз, мононуклеозоподібний синдром та ін.

Аналіз даних літератури свідчить про те, що найбільш часто в основі ГНГ лежать захворювання, які умовно можна розділити на кілька груп. Питома вага кожної із цих груп коливається, що може визначатися різноманітними факторами (специфіка

стаціонарів, у яких обстежуються хворі, рівень обстеження й т.д.). Отже, причиною ГНГ можуть бути:

- генералізовані або локальні інфекційно-запальні процеси - 30-50% всіх випадків ГНГ;
- пухлинні захворювання – 20-30 %;
- системні захворювання сполучної тканини (системні васкуліти) – 10-20 %;
- інші захворювання, різноманітні за етіологією, патогенезом, методами діагностики, лікуванням й прогнозом – 10-20 %;
- приблизно в 10 % хворих причину гарячки розшифрувати не вдається, незважаючи на ретельне обстеження з використанням сучасних інформативних методів.

Нами було проаналізовано за 9 місяців 2005 року історії хвороб 28 хворих, які були прийняті в Сумську обласну клінічну інфекційну лікарню (СОКІЛ) з діагнозом ГНГ.

Вік хворих коливався від 17 до 84 років (у середньому 40,6 років). Чоловіки склали 64,3 % (18), жінки – 35,7 % (10). Міських жителів було 78,6 %, сільських – 21,4 %. Тривалість захворювання до госпіталізації склала (8,3±1,28) днів.

Направлялися хворі в стаціонар станцією швидкої медичної допомоги – 12, поліклініками міста – 10, ЦРЛ – 2 й іншими ЛПЗ (ОДРЗН, СОКІЛ) – 4.

На догоспітальному етапі було обстежено 12 осіб, причому тільки 5 з них у достатньому обсязі (клінічні аналізи крові й сечі, рентгенографія органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини, консультації інших лікарів).

При огляді хворого в прийомному відділенні СОКІЛ діагноз ГНГ був знятий у 24 хворих (85,7 %), а після проведених додаткових лабораторних й інструментальних досліджень – у всіх пацієнтів.

Частка інфекційних хворих за результатами стаціонарного обстеження склала 46,4 %, неінфекційних – 53,6 %. Серед інфекційних захворювань, виявлених у госпіталізованих з діагнозом ГНГ, найчастіше були зареєстровані ГРВІ (9 – 32,2 %), лептоспіроз (3 – 10,2 %), бешиха (1 – 3,6 %). Серед

неінфекційних захворювань, діагностованих у процесі обстеження хворих, неясними лихоманками найбільш часто реєструвалися захворювання нирок (4 – 14,4 %), пневмонія (4 – 14,3 %), гепатохолецистит (4 – 14,3 %), у поодиноких випадках діагностувалися сакроілеіт, бактеріальний ендокардит і гнійний лімфаденіт (по 1 – 3,6 %).

Слід зазначити, що схожість патогенезу інфекційної й неінфекційної гарячок призводить до значних труднощів при проведенні диференціальної діагностики. Остання повинна проводитися на підставі даних анамнезу, клінічної картини захворювання з урахуванням епідеміологічного анамнезу. Лабораторне обстеження надає вагому допомогу в підтвердженні діагнозу.

Отже, на підставі вищенаведеного можна зробити висновки:
- діагноз ГНГ найчастіше встановлюється передчасно й необґрунтовано;
- хворі направляються в стаціонар без проведення належного обстеження;
- після обстеження в умовах стаціонару СОКІЛ тільки в 46,4 % хворих були виявлені інфекційні захворювання.

І.Е. Гайворонська

СІМЕЙНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В

Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня ім. З.Й.Красовицького

З листопада 2004 року на диспансерному обліку пербуває 21 хворий на хронічний вірусний гепатит В (ХВГ В) з одного сімейного осередка, у т. ч. 14 % - у стадії інтеграції, 86 % - у реплікативній. Всього обстежено 24 особи віком від 2 до 39 років; 54 % склали діти. Троє (12,5 %) дорослих при неодноразовому обстеженні мали негативні результати ІФА (HBs Ag негативний) та ПЛР (ДНК-HBV негативний), але