

пагія, гелатомегалія, ураження нервової системи, хоріоретиніт). У крові цих хворих був високий вміст анти Тохо IgG (> 67 МО/мл).

Треба зазначити, що особливістю діагностики токсоплазмозу є відсутність так званих діагностичних титрів антитіл для всіх серологічних тестів. Тому дослідження сироваток треба проводити в динаміці, не менше 3-х разів з інтервалом в 3-4 тижні. Сироватки бажано досліджувати паралельно в двох або більше реакціях (наприклад, РЗК і РНІФ). Оцінку результатів серологічного дослідження обов'язково проводити в комплексі з даними обстеження хворого (клінічними, рентгенологічними, лабораторними та іншими).

Н.В. КЛИМЕНКО

ЧИ Є БОРЕЛІОЗ НА СУМЩИНІ?

Державний університет, обласна клінічна інфекційна лікарня,
м. Суми

Все частіше з'являються повідомлення про кліщовий бореліоз або хворобу Лайма в Україні. На нього хворіють в Кіровоградській, Львівській, Донецькій та Вінницькій областях. За даними Львівського НДІ епідеміології та гігієни, більше 500 осіб за рік хворіють на бореліоз.

Природні осередки хвороби на території Сумської області виявлені в Краснопільському, Лебединському та Путивльському районах.

Збудник - *Borrelia burgdorferi*, носіями збудника є різні види диких гризунів, на яких паразитують переносники хвороби - іксодові кліщі.

Захворювання небезпечне тим, що спочатку його не виявляють, дуже схоже з застудою - висока температура, жар, ломота в суглобах. Якщо зразу не розпочати специфічну терапію, то розвиваються різноманітні серцево-судинні, неврологічні, суглобові порушення. Все це ускладнює діагностику.

Більшість хворих звертається не до інфекціоніста, а до дерматолога, невропатолога, кардіолога, ревматолога. Недостатність

знань з етіології та епідеміології захворювання веде до помилкового діагнозу, а це призводить до хронізації процесу.

У 1997 - 1998 р.р. в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні лікувалось 4 пацієнта з хворобою Лайма: 2 чоловіка та 2 жінки, мешканці м.Суми. В одному випадку зараження відбулося в травні в лісі біля с.Битиця Сумського району, хвора зняла з тіла 4 кліща. В інших випадках зараження відбулося в серпні-вересні в лісах Лебединського та Краснопільського районів.

Тривалість інкубаційного періоду становила 7-17 днів. У 2-х хворих першими проявами хвороби була кільцевидна еритема, у 2-лихоманка понад 10 діб з явищами інтоксикації. Всі хворі скаржилися на головний біль, мігруючий біль у кістках і м'язах, артралгії, швидко втомлюваність, зниження апетиту. 3-х хворих госпіталізовано на 5-9 день хвороби (у 2 були зміни на шкірі), один - на 28 день, коли з'явився симптом ураження нервової системи.

В усіх хворих були сліди укусу кліща, у 3 - емоційна лабільність, у 2 - тремор пальців витягнутих рук, біль при пальпації м'язів плечового поясу і незначне їх напруження. У 3 хворих приглушені тони серця, але на ЕКГ признаков гострої патології не виявлено.

Хворим призначався тетрациклін або доксициклін протягом 10 днів, проводилась гіпосенсибілізуюча, дезінтоксикаційна, симптоматична терапія. У зв'язку з відсутністю діагностикума для лабораторного підтвердження, діагноз встановлено з урахуванням клініко-епідеміологічних даних.

На території України єдина лабораторія трансмісивних вірусних інфекцій при НДІ епідеміології та гігієни м.Львова, спеціалісти якої отримали докази існування змішаних осередків Лайма - бореліозу і кліщового енцефаліту (за рахунок одночасного інфікування бореліями і вірусом їх спільного переносника - кліщів *I. Ricinus*). Це нова проблема в сучасній інфекційній патології. В наших умовах можливі інші мікст-інфекції, так як від кліщів у Путивльському районі виділено вірус Західного Ніла.

Таким чином, проблема бореліоза, як природно-осередкового захворювання існує в Сумській області. Необхідно приділити

особливу увагу підготовці лікарів інших спеціальностей стосовно діагностики даної патології.

Н.В.КЛИМЕНКО

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ДИФЛЮКАНА

Державний університет, обласна клінічна інфекційна лікарня,
м. Суми

В останні роки звертає на себе увагу ріст захворюваності на кандидози. Цьому сприяє зниження рівня імунного захисту організму людини на фоні різних інфекційних та соматичних захворювань.

Candida albicans нечутливий (за даними багатьох дослідників) до ністатину і нітрофунгіну, помірно чутливий до декаміну, канестену, нізоралу, додецонію. Найактивніше діють на нього (при локалізованих формах) декаметоксин і антифунгін. Кандидози, що розвинулись внаслідок масивної антибактеріальної терапії, відносно добре піддаються лікуванню. Кандидоз як системне або генералізоване захворювання лікується дуже важко.

Пропонуємо до Вашої уваги наше клінічне спостереження.

Хворий Л., 20 років, госпіталізований в СОКЛІ 9.03.1999 р. з діагнозом генералізований кандидоз, хронічний кандидозний менингоенцефаліт, кандидоз шлунково-кишкового тракту. Скаржився на головний біль, періодичні болі в попереку, стегнах, зниження апетиту, слабкість.

З анамнезу: в дитинстві неодноразово лікувався з приводу тубінфікування. З 1991 року встановлено діагноз орофарингеального кандидозу, в 1996 р. перехворів на сифіліс, з 1997 року приєднався кандидоз шкіри. Під наглядом дерматолога з 1997 року. Лікування ністатином, леворинном неефективне. У листопаді 1998 р. погіршення стану, з діагнозом тубменингіт госпіталізований в обласну тублікарню. Після численних досліджень виключена туберкульозна, а лабораторно підтверджена кандидозна етіологія менингоенцефаліта. Хворому короткими курсами призначали дифлюкан.