

Єрсиніоз. Поліморфізм клінічних проявів єрсиніозів та різноманітність джерел і факторів передачі збудника визначають виключно важливе значення лабораторних методів досліджень, особливо при діагностиці спорадичних випадків.

Матеріалом для дослідження служать кал, сеча, кров, жовч, харкотиння, спинномозкова рідина, слиз носоглотки, при оперативному втручанні - змінені мезентеріальні лімфовузли, запальні або некротичні ділянки кишечника, апендикулярні відростки, гній із абсцесів. Відбір матеріалу залежить від характеру клінічних проявів. Бактеріологічне дослідження доцільно проводити протягом усього періоду захворювання. Достовірну діагностику забезпечує серологічний метод – реакція непрямой гемаглютинації /РНГА/ з псевдотуберкульозним і єрсиніозним діагностикумами. Діагностичний титр 1:200 і більше. Для етіологічного підтвердження діагнозу та з метою виключення анамнестичної реакції серологічна діагностика повинна проводитись у динаміці – 1-ий та 3-ій тиждень захворювання. Підтвердженням діагнозу є зростання титру специфічних антитіл у 4 рази та більше.

Матеріалом для дослідження при єрсиніозах є фекалії - 2-3г протягом усієї хвороби, сеча – 20-30 мл на першому тижні захворювання, змиви з зіву за загальноприйнятою методикою, на початку захворювання – кров 3-5 мл, забрана на висоті лихоманки, та в динаміці парні сироватки, апендикси, лімфовузли, вміст абсцесів тощо.

Туляремія. Найбільш розповсюдженим і разом з тим цілком точним методом діагностики туляремії є серологічні реакції РА та РНГА. Кров беруть в кількості 3-5 мл на 6-7 день захворювання і через тиждень (парні сироватки).

Н.І. ЛЬІНА

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗУ

Державний університет, м. Суми

Токсоплазмоз – інфекційна хвороба, що має певне соціальне значення, пов'язане з можливістю внутрішньоутробного ураження

плода та асоціацією його зі СНІД. Інфікованість населення токсоплазмами, за даними Є.О. Шевкунової, 1980р. та Б.В.Мороза, 1987р. становила у нашій країні 5 – 50% населення. Особливістю токсоплазмозу є те, що у 95-98% інфікованих немає клінічних проявів, з самого початку формується латентна інфекція (первинно-латентний токсоплазмоз). Проте, в організмі відбувається імунна перебудова, з'являється гіперчутливість до токсоплазми, про що свідчать позитивні серологічні реакції та шкірна проба.

Для маніфестних форм характерний клінічний поліморфізм. Майже завжди при маніфестації хвороба з самого початку набуває хронічний перебіг (первинно-хронічний токсоплазмоз). Частота його, за даними літератури, становить близько 98-99%. Гостра форма хвороби, що перебігає по типу септицемії, зустрічається дуже рідко.

І при латентній інфекції, тобто при інфікуванні організму людини токсоплазмами, і при первинно-хронічному токсоплазмозі внутрішньошкірна проба з токсоплазмином позитивна. При обох формах інфекційного процесу імунологічні дослідження на токсоплазмоз також дають позитивні результати. Титри антитіл в сироватці крові майже однакові, в більшості випадків низькі, так звані "флюктууючі" – РЗК 1:5 – 1:10, РНІФ 1:10 – 1:40. Переоцінка діагностичного значення результатів серологічного дослідження часто спричиняє діагностичні помилки, гіпердіагностику токсоплазмозу.

При інтерпретації імунологічних даних треба враховувати, що інфікованість, тобто безсимптомне носійство, дуже поширене, тому і наявність позитивних серологічних реакцій на токсоплазмоз дуже часто являє. Протягом останніх двох років в обласну клінічну інфекційну лікарню та її дистансний відділ на консультацію до лікаря-інфекціоніста звернулося 57 осіб, серед яких були і вагітні жінки. В усіх були позитивні РЗК та РНІФ с токсоплазменними антигенами в титрі РЗК 1:5-1:10, РНІФ- 1:20-1:80. Проте, тільки 2 особам (3,5%) був виставлений діагноз первинно-хронічний токсоплазмоз, враховуючи, крім серологічних даних, наявність і клінічних проявів хвороби (довготривалий субфебрилітет, лімфадено-

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