

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

ниях у доношенных новорожденных детей: Автореф. дис. ... канд. мед. – М., 1998. – 20 с.

16. Анохин В.А. Патогенетическое значение эндотоксинемии и изменение активности систем антиэндотоксической защиты при ОРВИ у детей: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Казань, 1994. – 40 с.

17. Яковлев М.Ю., Галанкин В.Н., Ипатов А.И. Острый респираторный дистресс-синдром при эндотоксиновом шоке // Архив патологии. – 1988. – № 11. – С. 81-89.

18. Чемлев А.В., Ахмина Н.И., Уразаев Р.А., Яковлев М.Ю. Состояние антиэндотоксинового иммунитета у доношенных новорожденных с инфекционной и неврологической патологией // Сб. трудов 1-ой сессии РМАПО. – М., 1995. – С. 74.

19. Хасанова Г.Р., Анохин В.А., Уразаев Р.А., Яковлев М.Ю. Эндотоксинемия и синдром бронхиальной обструкции при респираторных вирусных инфекциях у детей // Казан. мед. журн. – 1993. – № 1. – С. 24.

20. Таболин В.А., Бельчик Ю.Ф., Чабайдзе Ж.Л., Яковлев М.Ю. Показатели антиэндотоксинового иммунитета у новорожденных детей в норме и при инфекциях // Intern. J. Immunorehabilitation. – 2000. – V. 2, N 1. – С. 44-49.

21. Шамов В.А., Шамова А.Г. Эндотоксин и состояние эндотоксиновой защиты у детей с atopическим дерматитом // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2002. – № 1. – С. 48-49.

© Колектив авторів, 2005
УДК 616.995.132.5(477.72)

В.О. Стряпачук, А.А. Коваль, К.І. Сосновська, С.М. Панкратов, Г.В. Котик **ВИПАДКИДИРОФІЛЯРІОЗУВХЕРСОНСЬКІЙОБЛАСТІ**

Херсонська обласна санітарно-епідеміологічна станція, обласна інфекційна лікарня
ім. Г.І. Горбачевського

Дирофіляріози – трансмісивні гельмінтози, спричинені нематодою *D. repens*, яка паразитує у підшкірній клітковині собакам. Людина є випадковим хазяїном і зараження її відбувається через укуси комара.

До 1991 р. випадки дирофіляріозу на території Херсонської області не реєструвалися. З 1991 р. по серпень 2004 р. зареєстровано 20 випадків дирофіляріозу.

В останні роки відмічається поступове збільшення випадків дирофіляріозу: у 1991, 1995, 1996, 1998 рр. реєструвалось по 1 випадку, а починаючи з 1999 р. – по 2 і більше. Серед мешканців м. Херсона виявлено 7 випадків, у сільських мешканців – 13.

Дирофіляріоз виявлявся серед осіб різних вікових груп з коливаннями від 15 до 68 років. Максимум пацієнтів припадав на вік 15-20, 40-46, 47-68 років, у тому числі: 15-20 років – 5 випадків; 20-25 років – 2; 25-40 років – 3; 40-46 років – 5; 47-68 років – 5 випадків.

За соціально-професійним складом захворілих: медичні працівники – 3 особи, службовці – 9, пенсіонери – 3, студенти – 3, учні – 2 пацієнти. Інвазія зареєстрована у 12 жінок (60 %) і 8 чоловіків (40 %). Випадки дирофіляріозу виявлялись протягом року, однак у літні місяці частіше (55 %).

Слід відзначити, що усі хворі місцеві, протягом року за межі області не виїжджали, більшість з них утримувала собак. Усі постраждалі потерпали від укусів комарів. Переносниками дирофіляріозу можуть бути як малярійні, так і немалярійні комари. У Херсонській області висока чисельність ма-

лярійних комарів – 23,8 екземпляру на м² (по Україні цей показник – 15,1 екз. на м²).

З метою боротьби з комарами та іншими кровосисними комахами з 1985 р. проводяться обробки анофелогенних площ в оздоровчій зоні Генічеського району, використовується біологічний препарат бактокулід, підприємства Бердського хімзаводу Новосибірської області РФ. На жаль, в інших районах області ці заходи не проводяться.

В епідемії, а саме з квітня по вересень, щорічно проводяться 6-7 турів авіаобробок. У результаті цих заходів різко знижується чисельність кровосисних комах. Так, якщо до обробки показники чисельності личинок склали 217-416 екз. на м², то після обробок чисельність була 7-10 екз. на м².

За даними літератури, інкубаційний період дирофіляріозу становить від 1-2 міс. до 6-12 років. Від моменту звернення хворих за медичною допомогою до встановлення остаточного діагнозу у постраждалих проходило від 3-5 міс. до 1 року.

У зв'язку з поліморфізмом клінічних проявів, за медичною допомогою хворі зверталися до таких спеціалістів: 7 – до хірургів, 2 – до онкологів, 1 – до терапевта, 1 – до уролога, 9 – до окуліста.

Локалізація *D. repens* була такою: органи зору – 9 хворих; молочна залоза – 2, волосиста частина голови – 3, передпліччя – 1, обличчя (щока) – 1; чоловічі статеві органи – 1, передня поверхня грудної клітки – 1, передня поверхня черевної стінки – 1, внутрішні органи (сальник) – 1 хворий.

Дільничними лікарями ця патологія була розцінена як фіброма у 3 випадках, атерома – у 7, кон'юнктивіт – у 3,

КОРОТКИ ПОВІДОМЛЕННЯ

дирофіляриоз – у 2, кіста – у 4, пухлина молочної залози – в 1. Клінічні прояви дирофіляріозу були різноманітні і залежали від локалізації паразита. Одним з головних ознак захворювання був інфільтрат. На місці його локалізації відзначалися гіперемія шкіри, свербіж та пекучий біль різного ступеня, відчуття руху чужорідного тіла.

У жодному випадку не було інтоксикації та гарячки. Рівень еозинофілів не підвищувався за винятком двох випадків, коли він досягав 10 та 12 %.

Місцеві процедури – фізіотерапія, компреси та інше стимулювали рухливість *D. repens* і сприяли його міграції.

Після клінічного та інструментального обстеження у хворих було діагностовано дирофіляриоз і здійснене хірургічне видалення гельмінта, а також паразитологічне дослідження, яке проводилось в обласній санепідемстанції і в Центральній санепідемстанції МОЗ України. Кількість дирофілярій не перевищувала одного. У крові мікрофілярій не було виявлено.

Наводимо короткий опис випадків дирофіляріозу, які зареєстровані у 2004 році.

1. У лютому 2004 р. хворий К., 22 роки, звернувся до урологічного відділення міської лікарні зі скаргами на тупий біль у калитці, збільшення її розмірів, біль у паховій ділянці, що турбував пацієнта протягом 1 міс. При обстеженні патології серцево-судинної, дихальної, нервової систем, органів травлення не виявлено, лімфатичні вузли не збільшені. Калитка збільшена до розмірів 6x8 см, при пальпації біль помірний. Лівий сім'яний мотузок ущільнений, болючий.

При аналізі крові: лейкоцити 8,4 Г/л, ШОЕ 3 мм/год; еоз. 3 %, п. 4 %, с. 71 %, лімф. 19 %, м. 3 %. При УЗД калитки виявлено рухливий гельмінт. Проведена операція за Бергманом. Видалено гельмінт розміром 8 см. Яєчко без патологічних змін, сім'яний мотузок гіперемічний.

2. У березні 2004 р. до хірурга районної лікарні звернувся хворий К., 15 років, з приводу болю в животі, наявності невеличкого вузла в ділянці передньої черевної стінки. Попередній діагноз: фіброма? При оперативному втручанні виявлена та видалена нематода розміром 13 см.

3. У травні 2004 р. в очне відділення міської лікарні звернулася хвора К., 68 років, зі скаргами на біль у правому оці,

відчуття чужорідного тіла, крововилив під склеру. Оперативно видалена жива нематода розміром 10 см.

4. У червні 2004 р. до районного окуліста звернулася хвора М., 36 років, зі скаргами на біль, свербіж у нижній повіці, її почервоніння та набряк. Хвору направлено до обласної лікарні, де їй видалено живий гельмінт довжиною 15 см.

5. Хвора Є., 67 років, до районного окуліста зверталася двічі – у березні та червні 2004 р. Вона скаржилася на біль у скроні, почервоніння ока, набряк нижньої повіки. Первинний діагноз – атерома? При хірургічному втручанні виявлена та видалена нематода довжиною 12 см.

6. Хворий С., 54 років, у червні 2004 р. відчув біль в очному яблуці, відзначав сльозотечу, набряк та почервоніння повік. Звернувся до очного відділення обласної лікарні, де його в той же день було прооперовано. Видалено *D. repens* довжиною 12 см.

7. Хворий Д., 33 роки, захворів у червні 2004 р. У нього був пекучий біль і свербіж у правому оці, відчуття переміщення чужорідного тіла у правій скроні. Оскільки хворий – лікар-анестезіолог, дирофіляриоз діагностував самостійно. В очному відділенні обласної лікарні його прооперовано та видалено нематоду довжиною 13 см.

Висновки

1. Поява та зростання кількості випадків дирофіляріозу на Херсонщині зумовлені: збільшенням кількості бродячих собак; підвищенням середньодобових температур повітря протягом останніх років і зростанням чисельності переносників; частими виїздами міського населення до місць відпочинку, що сприяє більшому контакту їх з комарами-переносниками дирофіляріозу і виникненню місцевої передачі інвазії.

2. У зв'язку з тим, що ураженість собак на *D. repens* ветеринарною службою не вивчається, а кількість бродячих собак збільшується, слід чекати подальшого зростання захворюваності на дирофіляриоз.

3. Для поліпшення якості діагностики дирофіляріозу та поглибленого вивчення цієї проблеми слід ретельно аналізувати кожен випадок хвороби, узагальнювати клінічний досвід і доводити його до лікарів хірургічного та терапевтичного профілю.