

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

вати до 6-го дня життя, тому доцільним було б повторити бактеріологічне дослідження в кінці першого тижня, за умови довготривалого перебування у перинатальному центрі.

Висновок

У новонароджених з обтяженим перебігом раннього неонатального періоду має місце транзиторний дисбіоз ротоглотки та кишечника з переважанням умовно-патогенно флори, а саме: грибів роду *Candida*, *S. epidermidis* та *E. coli*. Оскільки всі діти перебували на лікуванні у реанімаційному відділенні обласного перинатального центру м. Тернополя, а не спільно з матерями, можна стверджувати, що це впливає на кількість сапрофітно флори двох даних біотопів і потребує подальшого дослідження в динаміці щодо заселення ротоглотки та кишечника резидентною флорою та вивчення властивостей.

Література

1. Белокрысенко С.С. Здоровье новорожденных как микробиологическая проблема / С.С. Белокрысенко // Педиатрия. – 1990. – № 1. – С. 8-13.
2. Filoche S. Oral Biofilms: Emerging Concepts in Microbial Ecology / S. Filoche, L. Wong, C.H. Sissons // J. Dental Res. – 2010. – Vol. 89. – P. 8-18.

3. Дещекина М.Ф. Изучение формирования микрофлоры кишечника у новорожденных детей при совместном и раздельном пребывании с матерью / М.Ф. Дещекина // Педиатрия. – 1990. – № 1. – С. 13-18.

4. Robinson C.J. From Structure to Function: the Ecology of Host Associated Microbial Communities / C.J. Robinson, B.J.M. Bohannon, V.B. Young // Microbiol. Molecular Biology Rev. – 2010. – Vol. 74. – P. 453-476.

FORMATION OROPHARYNGEAL AND INTESTINE MICROBIOTA IN NEWBORNS WITH PERINATAL PATHOLOGY

S.I. Klymnyuk, L.B. Romanyuk, M.D. Zaritska, O.B. Kuchmak, I.V. Strelbytska, V.P. Borak

SUMMARY. Settling the body newborn baby microorganisms occurs during his birth. The head of the microbial landscape of the oropharynx and intestine are important opportunistic pathogens. According to a study in newborns with complicated course of early neonatal period is a transient oropharyngeal and intestinal dysbiosis dominated by opportunistic pathogens, namely fungi of the genus Candida, S. epidermidis and E. coli.

Key words: babies, pathogenic flora, dysbiosis.

Отримано 30.10.2013 р.

© Гафарова М.Т., Вербенець О.А., 2014
УДК 616.98:579.881:616-036.22:(477.75)+(477.1)

М.Т. Гафарова, О.А. Вербенець

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА МАРСЕЛЬСЬКУ ГАРЯЧКУ СЕРЕД ПРОФЕСІЙНИХ ГРУП РИЗИКУ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського,
міська інфекційна лікарня м. Севастополь

Вивчені клініко-епідеміологічні особливості марсельської гарячки в ендемічному районі Криму – м. Севастополь. Виявлені й визначені вікові та професійні групи ризику зараження, особливості клініки.

Ключові слова: марсельська гарячка, захворюваність, професійні групи ризику, клінічні прояви.

Марсельська гарячка – інфекційна хвороба з групи кліщових плямистих гарячок, рикетсіоз, що харак-

теризується гарячкою, макуло-папульозним висипом, наявністю первинного афекту та регіонарного лімфаденіту [1, 2]. Цей рикетсіоз реєструється на територіях зі спекотливим і вологим кліматом, у тому числі в басейнах Середземного та Чорного морів, де є сприятливі умови для життєдіяльності переносника [3]. Ендемічною територією для даного захворювання в Україні є Кримський регіон [4]. На території Криму марсельська гарячка протягом багатьох десятиліть

проявляла себе спорадичними захворюваннями людей, в останні роки позначилась тенденція до підвищення [5].

На марсельську гарячку хворіють люди різного віку, професій, соціальних верств. В основному епідеміологічні осередки марсельсько гарячки пов'язані з приватними домоволодіннями, де утримуються домашні тварини (собаки) [6]. Епідеміологічні осередки, пов'язані з місцем роботи (професією), зустрічаються рідше та практично не описані в літературі.

Мета дослідження: вивчити епідеміологічні та клінічні особливості марсельсько гарячки у вікових і професійних групах ризику в ендемічному районі Криму.

Пацієнти і методи

У дослідження включені хворі на марсельську гарячку, які перебували на стаціонарному лікуванні в 1-му і 4-му медичних відділеннях міської інфекційно лікарні м. Севастополя в 2000-2009 рр.

Результати досліджень та їх обговорення

Діагноз «марсельська гарячка» ставився на підставі таких критеріїв:

1. Епідеміологічного анамнезу, що включає наявність домашніх тварин у приватному володінні (собак, кішок тощо) у хворого та догляд за ними, відвідування лісів, полів, виявлення і зняття кліщів із себе та з домашніх тварин.

2. Наявності клінічної тріади: первинного афекту, плямисто-папульозного висипу з геморагічним компонентом, регіонарного лімфаденіту.

3. Серологічного дослідження сироваток крові, в основі якого було зростання в 2 і більше разів титру антитіл в реакції зв'язування комплексу (РЗК) з антигеном з *R. sibirica*.

Розподіл захворювань на марсельську гарячку в літньому сезоні відображають нижченаведені числа помісячно реєстрації випадків марсельсько гарячки: 95 % всіх випадків було зареєстровано між червнем і жовтнем, з піком захворюваності в серпні. Оскільки в Середземноморському ареалі, у тому числі і в Криму, резервуаром *R. conorii* є південний собачий кліщ, то до 50-70 % усіх випадків зараження відбувається в осіб, які утримують собак, тому що ці особи значно частіше мають контакт з ними, ніж інші люди. У 25,6 % хвороба виникла після присмокування й видалення кліща або після його роздавлювання.

Крім трансмісивного механізму передачі, *R. conorii* проникають в організм людини контактним шляхом, при механічному занесенні гемолімфи роздавлених заражених кліщів на шкірні покриви,

кон'юнктиву очей або аерогенно через слизову оболонку носа.

Марсельська гарячка трапляється в усіх вікових групах, хоча, за даними М.Ф. Андреева (1941), серед захворілих віком більше 50 років була половина всіх хворих. За нашими даними, захворюваність відзначається у всіх вікових групах, але найчастіше у віці 20-49 років, причому серед осіб різних професій і обох статей. У той же час, не будучи контагіозною, пов'язана з нападом на людей собачих кліщів. Марсельська гарячка не має схильності до широкого поширення серед населення ендемічних районів, зберігаючи, як правило, спорадичний характер. У результаті, навіть при виникненні спалахів, реєструються лише десятки випадків захворювання. Характерно при цьому, що випадки захворювання на марсельську гарячку, як правило, залишаються одиничними, незважаючи на великий відсоток зараженості кліщів *R. conorii* і при дуже великому рівні кліщів у собак у дворах при безпосередньому сусідстві з житловими приміщеннями. Така диспропорція може бути пояснена тільки тим, що собачі кліщі *Rhipicephalus sanguineus* лише як виняток і в особливо сприятливих умовах нападають на людину.

Для вивчення схильності до даного захворювання людей різних професійних груп нами на базі міської інфекційно лікарні було проведено клініко-епідеміологічне обстеження 125 хворих, з них, за даними епідеміологічного анамнезу й даними обстеження осередку інфекції, 8 хворих заразилися на робочому місці. Тобто дані хворі не утримували собак вдома, а контакт із тваринами був на робочому місці.

За професійними групами хворі розподілялися нерівномірно, серед них були охоронці, будівельники, машиністи котельні, робітники на полях, працівники сільськогосподарської праці. У 7 з них на робочому місці (будівництво, котельня, охоронювані об'єкти, гараж) утримувалися сторожові собаки. Обробка протикліщовими засобами не проводилася, деякі хворі здійснювали догляд, знімали кліщів, давали х, про що свідчить наявність кон'юнктивіту і склериту у 2 хворих (діагноз підтверджено клінічно та в РЗК). Інші пацієнти підгодовували собак, але безпосередньо догляд за ними не здійснювали, і, враховуючи, що собаки постійно перебували на робочому місці, ризик трансмісивного механізму передачі збільшувався. У 5 хворих із клінічних проявів спостерігався первинний афект, а 1 з них, що працює машиністом на котельні, знімала безпосередньо з себе нагодованого кліща. Спостерігалися випадки зараження людей не тільки на робочих місцях, де утримувалися собаки, але й на відкритій місцевості

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

(поле, ліс). Так, один хворий заразився на збиранні винограду, кліщів з себе не знімав, але на його тілі відзначався первинний афект, що свідчить про укуса кліща. Хворі в середньому надходили на $(7,62 \pm 0,03)$ -й день від початку захворювання. Початок захворювання у всіх хворих був гострим, з підйому температури до $39-40^\circ\text{C}$, вираженого астеничного синдрому. У 3 хворих спостерігались артралгі, в 1 з них – міалгі. Висип відзначався в усіх хворих, плямисто-папульозний, в 1 – з геморагічним компонентом. У 6 хворих – первинний афект, локалізація якого була на верхніх кінцівках, у решти – на нижніх кінцівках, тобто на ділянках тіла, які найчастіше бувають відкритими в літній період часу і найбільш схильні до нападу кліщів. Периферичні лімфовузли були збільшені до 1 см у діаметрі, розташовані поряд з первинним афектом. Підтвердження діагнозу проводилося за допомогою РЗК з антигеном з *R. sibirica*. У всіх хворих відзначалися титри антитіл від 1:20 до 1:160. Лікування хворі отримували тетрацикліном у дозі $0,4 \text{ г} \times 4$ рази на добу, жарознижуючі препарати при температурі більше 39°C . Захворювання в усіх пацієнтів закінчилося одужанням. Середній ліжко-день перебування в стаціонарі склав $(17,0 \pm 0,1)$ дня. Ускладнення спостерігалися тільки в 1 хворого у вигляді загострення хронічного бронхіту на тлі лікування марсельсько гарячки.

Як приклад клінічного перебігу хвороби у хворого, що заразився на робочому місці, можна навести витяг з історії хвороби № 2739.

Хвора Г., 65 років, працює сторожем на складі, де утримувалися собаки для охорони, за якими вона особисто здійснювала догляд, годувала їх, знімала з них кліщів і давила їх. Проживала в упорядкованій квартирі, домашніх тварин у ній не тримала. Захворювання почалося гостро: з підйому температури тіла до 39°C , ознобу, плямисто-папульозного висипу. У клінічній картині при огляді на шкірі тулуба, рук (долоні), ніг (підшва), обличчя спостерігався плямисто-папульозний висип, двобічний кон'юнктивіт, печінка відзначалася біля краю реберної дуги. Було проведено обстеження в РЗК з *R. sibirica*: I сироватка була негативною, II – негативна, III сироватка – титр 1:20, що підтверджує діагноз. Хвора приймала тетрациклін по $0,4 \text{ г} \times 4$ рази на день, протягом 7 днів. Захворювання закінчилося повним одужанням, ускладнень не спостерігалось.

Висновки

1. Осередки марсельсько гарячки можуть бути пов'язані з місцем роботи захворілих.

2. Осередки можуть бути різноманітними та характеризуються великою ймовірністю контакту з резервуаром інфекції (південним собачим кліщем) *Rhipicephalus sanguineus* на відкритій місцевості (поле, ліс) або на огороженій території (будівництво, гараж, склад, котельня) з наявністю необроблених собак, за якими здійснюється догляд.

3. Професійною групою ризику можуть бути особи, які працюють на об'єктах охоронцями, сторожами будівництв, у складах, котельнях, гаражах.

Література

1. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни / Ж.И. Возианова. – К.: Здоровье, 2001. – Т. 2. – С. 225-369.
2. Лобан К.М. Важнейшие риккетсиозы человека / К.М. Лобан. – Л.: Медицина, 1980. – С. 219-238.
3. Walker D.H. Epidemiology of rickettsial diseases / D.H. Walker // Eur. J. Epidemiol. – 1991. – N 7. – P. 237-245.
4. Тарасевич И.В. Современные представления о риккетсиозах / И.В. Тарасевич // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2005. – № 2. – С. 14-18.
5. Климчук Н.Д. Риккетсиозные инфекции в Украине: эпидемиологический потенциал, актуальные вопросы лабораторного контроля / Н.Д. Климчук // Сучасні інфекції. – 2002. – № 4. – С. 6-10.
6. Пакшин М.Ф. О состоянии природного очага марсельской лихорадки в г. Севастополе / М.Ф. Пакшин, Н.А. Расенчук // Сб. науч. работ специалистов сан. эпид. службы в г. Севастополе. – Севастополь, 1997. – Вып. 5. – С. 33-37.

PECULIARITIES OF MORBIDITY MARSEILLES FEVER AMONG PROFESSIONAL GROUPS OF RISK

M.T. Hafarova, O.A. Verbenets

SUMMARY. *The clinical-epidemiologic peculiarities of Marseilles fever in the endemic region of Crimea – in Sevastopol are studied. Age-dependent and professional groups of risk of infection, peculiarities of clinic are revealed and determined.*

Key words: *Marseilles fever, morbidity, professional and age-dependent groups of risk, clinical manifestations.*

Отримно 24.09.2013 р.