

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

© Колектив авторів, 2009
УДК 616.995.132.7(477.72)

**А.А. Коваль, С.М. Панкратов, Л.В. Джиганська, К.І. Сосновська, Н.М. Дуднік,
Л.І. Санжаровська**

І ДІ НЄОБАӨ²Р Ç ÒÐÈÕ²Í ÅËÛÎ ÇÓ Ó ÕÅÐŃÎ Í ÑÛÊ²Ë Î ÅËÑÒ²

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

Описаний спалах трихінельозу 2003-2004 рр., що був зареєстрований у 2 районах Херсонської області. Захворювання виникли у результаті вживання свинього шашлику, сирого м'яса, сала, фаршу. Діагноз трихінельозу встановлено через 1-1,5 міс. з моменту захворювання. Хворі одержали курс лікування і виписані у задовільному стані. Членам родин проведено профілактичне лікування. М'ясо було придбане на ринках. Ветеринарно-санітарна експертиза м'яса негативна. У вогнищах трихінельозу проведений комплекс протиепідемічних і протиепізоотичних заходів.

Ключові слова: трихінельоз, спалах, протиепідемічні заходи.

За останнє десятиріччя у Херсонській області відмічається значний ріст захворюваності на трихінельоз. Якщо за період з 1950 по 1986 рр. зареєстрований 1 випадок трихінельозу в 1971 р. (зараження відбулося у Казахстані, звідки й прибув хворий), то з 1986 по 2004 рр. зареєстровано 5 спалахів трихінельозу серед населення у районі пойми р. Дніпро. У 1986 р. захворіло 4 особи, які вживали свинє м'ясо з приватного присадибного господарства.

У 1987 р. зареєстровано другий спалах трихінельозу: захворіло 4 людини, джерелом інфікування було свинє м'ясо з приміського господарства п/о «Дніпро»; третій спалах – 1988 р., захворіло 2 особи, четвертий спалах – 1994 р., захворіло 2 людини. Захворювання пов'язані із вживанням м'яса дикого кабана.

У 2003-2004 рр. у 2 районах зареєстровано 13 випадків трихінельозу серед населення: Білозерському – 10 випадків, Каланчацькому – 3.

У Білозерському районі інвазії сталися в декількох родинах. Так, в одній родині захворіло одночасно 6 осіб – батько, мати, двоє дітей і двоє близьких родичів. У другій родині – 2 особи – мати і донька, а також двоє сусідів. Захворювання виникли внаслідок вживання шашлику, сирого м'яса і фаршу.

У всіх випадках недуга почалася гостро, з підвищення температури, головного болю, набряку повік. Пізніше при-

єднались біль у м'язах, набряк обличчя. У 2 випадках відзначалися висипання на шкірі, рідкі випорожнення.

Спочатку у 3 хворих діагностували ГРВІ, грип, алергічний дерматит, менінгіт, гастроентероколіт, в останніх 7 випадках діагноз «трихінельоз?» на дільниці був поставлений після встановлення діагнозу першим хворим у стаціонарі.

За медичною допомогою захворілі зверталися на фельдшерський пункт, до дільничних лікарів, інфекціоністів районної лікарні. Після безуспішного лікування вдома хворі були госпіталізовані з вищевказаними діагнозами на 7-21-й день в обласну інфекційну лікарню.

Діагноз трихінельозу встановлений у стаціонарі на 10-21-й день з початку захворювання на підставі клінічних симптомів, уточненого епідеміологічного анамнезу і серологічного дослідження крові методом ІФА, у титрі 1:130.

Наводимо описання клінічного випадку.

Хвора М., 31 р., сільська жителька, поступила в обласну інфекційну лікарню 18.03.03 р. за направленням дільничного лікаря районної лікарні з діагнозом гострий гастроентерит.

У хворой відзначалося підвищення температури тіла до 39,8 °С, біль голови, генералізовані м'язові болі (з ліжка хвора вставала зі сторонньою допомогою через інтенсивні болі в м'язах спини і стегнах). Відзначалася слабкість, нудота, рідкі випорожнення 2-3 рази, висипання на шкірі. При об'єктивному дослідженні: стан середньої тяжкості, одутлість обличчя, пастозність кистей, стоп, гомілок. Численні висипання на тулубі й кінцівках макуло-папульозного характеру.

19.03.03 р. був госпіталізований чоловік хворої, 35 років, з аналогічними симптомами хвороби, стан середньої тяжкості, відзначався також кашель. На день пізніше з цієї ж родини в лікарню надійшли двоє дітей – дівчатка 11 і 12 років і двоє близьких родичів (молода пара 23 і 24 років).

З анамнезу встановлено, що усі вони 23 лютого їли шашлик із свинього м'яса, що було недостатньо просмаженим. Причому господиня будинку маринувала м'ясо і куштувала його в сирому вигляді. М'ясо було куплене на ринку.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

У всіх хворих при обстеженні відзначався лейкоцитоз 14,0-26,0 Г/л, еозинофілія 6-19-24 %, ШОЕ – без змін. Рівень білірубину не підвищувався, АлАТ – від 1,95 до 2,9 ммоль/(л · год). Ниркові проби (сечовина, креатинін) без змін.

Серологічні дослідження на трихінельоз проводилися у хворі М. методом ІФА: від 21.03.03 р. – 1:100, 04.04.03 р. – 1:130 (при нормі 1:85).

Для лікування були призначені вермокс, преднізолон, дезінтоксикаційна терапія, норфлуксацин, діазолін, лоратадин, карсил, полівітаміни.

Біль у м'язах регресував через 10-14 днів, висипання на шкірі – через 14-16 днів. Кінцевий діагноз: трихінельоз середньої тяжкості у 4 хворих і легкий – у 2 пацієнтів. Виписані на 20-27-й день стаціонарного лікування без ускладнень.

Усі потерпілі вживали м'ясо, що було придбано 26.02.03 р. у м'ясо-молочному павільйоні торговельного містечка. У цей же день м'ясо купували ще 29 осіб, але ніхто з них не занедужав, тому що вживали м'ясо після достатньої термічної обробки.

Епідеміологічним розслідуванням встановлено, що закупівля свиней проводилася приватним підприємцем в одному з господарств з комерційною метою. Забій свиней здійснювався у дворі реалізатора. Ветеринарно-санітарна експертиза м'яса була проведена, результат дослідження на трихінельоз негативний.

При обстеженні торговельного містечка, м'ясо-молочного павільйону і лабораторії ветсанекспертизи були встановлені порушення санітарно-ветеринарних вимог щодо їх функціонування й устаткування. Лабораторія розміщена в не пристосованому приміщенні, недостатньо обладнана.

У 2004 р. в іншому районі зареєстровано 3 випадки трихінельозу серед населення. Занедужала сільська жителька 28 років. Захворювання виникло в результаті вживання сирого фаршу, приготовленого в домашніх умовах зі свиного м'яса, що було куплене 27 грудня 2003 р. у сусідньому районі. Ветеринарно-санітарна експертиза була проведена, результат дослідження м'яса на трихінельоз негативний.

Хвора Л. занедужала 18.01.04 р., за медичною допомогою звернулася 01.02.04 р. до терапевта лікарської амбулаторії зі скаргами на біль голови, кашель, підвищення температури тіла, біль у кінцівках, набряк очей. Поставлено первинний діагноз – менінгіт, амбулаторно призначене симптоматичне лікування. У зв'язку з погіршенням стану хвора була госпіталізована в терапевтичне відділення районної лікарні, де перебувала з 11.02.04 р. по 04.03.04 р. з діагнозом «недиференційований колагеноз, енцефалопатія».

Неодноразово проводились консультації профільних лікарів, призначалось додаткове обстеження, виносились

найрізноманітніші діагнози, але стан хворі з кожним днем погіршувався, у зв'язку з чим 04.03.04 р. хвора була переведена у ревмокардіологічне відділення обласної клінічної лікарні м. Херсон. 05.03.04 р. проконсультована обласним інфекціоністом. У зв'язку з підозрою на трихінельоз було призначене серологічне дослідження крові і тільки 09.03.04 р. встановлено діагноз трихінельозу. 11.03.04 р. хвора була переведена в обласну інфекційну лікарню.

Тяжкий стан пацієнтки був зумовлений поліморфним ураженням м'язів, внутрішніх органів, нервової системи. При УЗД 04.03.04 р. виявлено збільшення розмірів печінки з порушенням ехоструктури; полісерозит, асцит, двобічний гідроторакс, перикардит. При рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини виявлені лівобічна пневмонія, параневмонічний плеврит. Відзначалися набряки ніг, зниження сухожильних і періостальних рефлексів, порушення свідомості. У біохімічних і клінічних дослідженнях відхилень, характерних для трихінельозу, не знайдено.

Курс лікування складався з нестероїдних протизапальних засобів, гепатопротекторів. Протигельмінтні препарати не призначалися.

08.04.04 р. у задовільному стані хвора виписана для амбулаторного спостереження у кабінет інфекційних захворювань. Кінцевий діагноз: трихінельоз типовий, тяжкий (полісерозит, міокардит, полінейропатія, міозит) ступінь.

16.02.04 р. до терапевта цієї ж амбулаторії звернулися члени іншої родини (мати і її донька) з аналогічними скаргами, що й попередня хвора: підвищення температури тіла, набряки на обличчі, слабкість, біль у м'язах. Двом хворим був встановлений діагноз ГРВІ. 09.03.04 р. у зв'язку з погіршенням стану здоров'я мати була госпіталізована у терапевтичне відділення районної лікарні з вищевказаним діагнозом, а донька залишена вдома для проведення амбулаторного лікування.

23.03.04 р. обидві пацієнтки проконсультовані обласним інфекціоністом. Призначено серологічне дослідження крові на трихінельоз і профілактичне лікування вермоксом. Діагноз трихінельозу встановлено клінічно і лабораторно у матері 29.03.04 р., у доньки – 31.03.04 р. З'ясовано, що хворі вживали сире сало з прожилками м'яса, що було придбане 17.01.04 р. на ринку.

Через те, що лікарі загально-медичної мережі недостатньо знають клініку трихінельозу, діагноз захворювання у всіх 3 випадках був встановлений через 1-1,5 міс. і тільки після консультації обласного інфекціоніста.

У всіх випадках проводилася ветеринарно-санітарна експертиза м'яса, результати дослідження негативні. Але, незважаючи на це, факти захворювання людей на трихінельоз свідчать, що дослідження м'яса було неякісним.

В осередках трихінельозу проведений комплекс протиепідемічних і протиепізоотичних заходів. У гос-

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

подарствах, де закупували свиней, було виловлено, забито і досліджено на трихінельоз 6 котів, 5 собак і 15 пацюків.

Профілактичне лікування було проведене вермосом членам родин захворілих і особам, які купували м'ясо в торговельному містечку, – усього 38 осіб. Проф-дезвідділом райсанепідемстанції здійснена суцільна дератизація у селі, в кількості 705 дворів, загальною площею 92 500 м².

Анотация

1. За 1986-2004 рр. у Херсонській області мали місце 5 спалахів трихінельозу серед населення. У 2 випадках при дослідженні м'яса на трихінельоз результат був негативний, що свідчить про неякісне лабораторне дослідження.

2. Незважаючи на неодноразові випадки трихінельозу в області, у лікарів загальної медичної мережі немає належної настороги до цього захворювання.

3. При типових проявах хвороби діагностика трихінельозу здійснюється з великим запізненням, що призводить до розвитку ускладнень.

ON TRICHINELLOSIS SITUATION IN KHERSON REGION

A.A. Koval, S.M. Pankratov, L.V. Dzhyhanska, K.I. Sosnovska, N.M. Dudnik, L.I. Sanzharovska

SUMMARY. *Trichinellosis outbreak in two districts of Kherson region in 2003-2004 is described. The cases of disease occurred as a result of eating pork shashlick, raw meat, lard, force-meat. Trichinellosis was diagnosed in 1-1,5 months after beginning of disease. The patients were undergone the treatment course and left the hospital in satisfactory condition. The members of the family were undergone to prophylactic treatment. Meat was bought at the markets. Veterinary-sanitary examination of meat was negative. The complex of anti-epidemic and anti-epizootic measures was carried out in foci of trichinellosis.*

Key words: *trichinellosis, outbreak, anti-epidemic measures.*

© Сокол А.М., Москалюк В.Д., Богачик Н.А., 2009
УДК 616:616.398

А.М. Сокол, В.Д. Москалюк, Н.А. Богачик

Анотация

Буковинський державний медичний університет

Вторинна пелагра розвивається частіше, ніж діагностується. Класична тріада пелагри – це дерматит, пронос, недомумство. Хворі з хронічними розладами травного каналу, особливо на фоні зловживання алкоголем, потребують детального клінічного обстеження. І за наявності ознак дистрофічних змін з боку шкіри, слизових оболонок ротової порожнини, з урахуванням наявності змін з боку центральної нервової системи (зниження пам'яті, зміни поведінкових реакцій) необхідно вирішити питання про доцільність застосування коротким курсом нікотинової кислоти з метою запобігання розвитку тяжких форм вторинної пелагри.

Ключові слова: *пелагра, дерматит, діарея, деменція.*

Пелагра (від італ. *pelle agra* – шорстка шкіра) – хвороба, зумовлена недостатнім надходженням в організм або неповним засвоєнням нікотинової кислоти.

Нікотинова кислота (ніацин, вітамін PP, вітамін B₃) – біологічно активна речовина, її амід (нікотинамід) входить до складу нікотинамідних ферментів НАД (нікотинамідаденіндинуклеотид) та НАДФ (нікотинамідаденіндинуклеотидфосфат), що каталізують життєво важливі окисно-відновні реакції енергетичного й пластичного обміну. Встановлено, що нікотинова кислота володіє нейротропною, вазокардіотропною та гепатотропною дією. Добова потреба дорослої людини в нікотинової кислоті становить 15-25 мг (залежно від статі, характеру роботи тощо). Основна маса нікотинової кислоти надходить в організм з їжею. Найбільший вміст її в печінці, нирках, м'яси домашньої птиці, менший – у риби, каві, бобових і найменший – у картоплі, яйцях, молоці. Частково нікотинова кислота може синтезуватися в печінці, нирках з білка, що містить триптофан, а