

Клиническая инфектология и паразитология

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

1 (01) 2012

Учредители:

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца
УП «Профессиональные издания»

Журнал зарегистрирован

Государственной регистрационной службой Украины
(регистрационное свидетельство
КВ № 18717-7517Р)

Редакция в Беларуси

УП «Профессиональные издания»

Директор Евтушенко Л.А.

Выпускающий редактор Юрасова М.А.

Технический редактор Каулькин С.В.

Корректор Кулижников А.А.

220023 Минск, ул. Чернышевского, 10а/805, 612
Тел.: (017) 280-01-12, 280-88-09, 385-65-08, 385-65-09
www.recipe.by
E-mail: infocto@recipe.by

Редакция в Украине

ООО «Профессиональные издания Восточная Европа»

Директор Костюк С.В.

Руководитель сектора рекламы Волобова И.В.

04205 Киев, ул. Маршала Тимошенко, 29-б
Тел./факс (044) 597-13-54
380-50-937-56-94, 380-44-361-72-04
E-mail: profizd@ukr.net

© «Клиническая инфектология и паразитология»
При перепечатке материалов
ссылка на журнал обязательна.
Периодичность выхода – один раз в три месяца.

Тираж – 1000 экземпляров. Заказ

Цена свободная.

Отпечатано в типографии

Ответственность за точность приведенных фактов,
цитат, собственных имен и прочих сведений,
а также за разглашение закрытой информации несут авторы.
Редакция может публиковать статьи
в порядке обсуждения,
не разделяя точки зрения автора.

Рецензируемое издание

Главный редактор Голубовская О.А., д.м.н., Киев
Заместитель главного редактора Шкурба А.В., д.м.н., Киев
Ответственный секретарь Подолок О.А., к.м.н., Киев
E-mail: suinf@mail.ru

Редакционный совет:

Председатель редакционного совета Москаленко В.Ф.,
ректор Национального медицинского университета
имени А.А. Богомольца, академик НАМН Украины,
член-кор. НАПН Украины, профессор, д.м.н., Киев;

Андрейчин М.А., член-кор. НАМН Украины,
проф., д.м.н., Тернополь;
Бабак О.Я., член-кор. НАМН Украины, проф., д.м.н., Харьков;
Бодня Е.И., проф., д.м.н., Харьков;
Глумчер Ф.С., проф., д.м.н., Киев;
Герасун Б.А., проф., д.м.н., Львов;
Дикий Б.Н., проф., д.м.н., Ивано-Франковск;
Дубинская Г.М., проф., д.м.н., Полтава;
Дуда А.К., д.м.н., Киев;
Зайцев И.А., проф., д.м.н., Донецк;
Зинчук А.Н., проф., д.м.н., Львов;
Каримов И.З., проф., д.м.н., Симферополь;
Козько В.Н., проф., д.м.н., Харьков;
Котенко О.Г., д.м.н., Киев;
Майданник В.Г., академик НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев;
Малый В.П., проф., д.м.н., Харьков;
Мороз Л.В., проф., д.м.н., Винница;
Петренко В.И., проф., д.м.н., Киев;
Рябоконе Е.В., проф., д.м.н., Запорожье;
Сервечкий К.Л., проф., д.м.н., Одесса;
Харченко Н.В., член-кор. НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев;
Широбоков В.П., академик НАН Украины,
член-кор. НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев.

Редакционная коллегия:

Антоненко М.Ю., доцент, к.м.н., Киев;
Дорошенко В.А., проф., д.м.н., Киев;
Карпов И.А., проф., д.м.н., Минск;
Крамарев С.А., проф., д.м.н., Киев;
Колесникова И.П., проф., д.м.н., Киев;
Митус Н.В., доцент, к.м.н., Киев;
Нетяженко В.З., член-кор. НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев;
Руденко А.А., проф., д.м.н., Киев;
Свиницкий А.С., проф., д.м.н., Киев;
Федорченко С.В., д.м.н., Киев;
Хобзей Н.К., проф., д.м.н., Киев;
Цыркунов В.М., проф., д.м.н., Гродно;
Шестакова И.В., доцент, к.м.н., Киев;
Яворовский А.П., член-кор. НАМН Украины, проф., д.м.н., Киев.

Эволюция и изменчивость микроорганизмов <i>Голубовская О.А.</i>	6	Медицина путешествий и тропиков Комментарий к рубрике.....	93
Терапия мультирезистентных грамотрицательных инфекций: ренессанс колистина <i>Соловей Н.В., Карпов И.А., Горбич Ю.Л.</i>	12	Проблема бешенства в мире и Украине в современных условиях <i>Печенка А.М., Глей А.И., Новохатний Ю.А., Нестеренко Л.П.</i>	95
Оригинальные исследования Досвід лікування нозокоміальних інфекційних ускладнень, спричинених полірезистентною флорою в трьох відділеннях інтенсивної терапії м. Києва <i>Глумчер Ф.С., Дубров С.О., Солярік С.О.</i>	28	Паразитарные болезни Дирофиляриоз челюстно-лицевой области (клинический случай из практики) <i>Безруков С.Г., Саенко В.Л., Бом К.Г., Сиротюк Н.П., Красников В.А.</i>	109
Клинические особенности <i>Acinetobacter baumannii</i> - ассоциированных инфекций <i>Горбич Ю.Л., Карпов И.А.</i>	34	Практикующему врачу Метод огляду хворого – «наріжний камінь» діагностики в клінічній практиці <i>Митус Н.В.</i>	116
Ориентировочный прогноз заболеваемости корью в Украине в 2012 году <i>Колесникова И.П., Мохорт Г.А.</i>	46	Медицинское образование Особливості підвищення кваліфікації викладачів вищих навчальних медичних закладів в реаліях сучасного навчального процесу <i>Голубовська О.А., Шкурба А.В., Гарницька Л.А., Митус Н.В.</i>	130
Лекции и обзоры Ботулизм (клиническая лекция) <i>Шкурба А.В.</i>	54	Актуально 5-я Парижская конференция по проблемам гепатита	135
Менингококцемия: первый час после диагноза. Тактика ведения пациентов <i>Соловей Н.В., Карпов И.А.</i>	71	О новых показаниях препарата ВИРЕАД.....	139
Естественное течение хронической ВГВ-инфекции <i>Оскирко А.Н., Ключарева А.А., Зинович Я.И., Калюта В.К.</i>	79	Нобелевские лауреаты в области физиологии и медицины 2011 года	141
		Вниманию авторов	143

Глубокоуважаемые коллеги!

Представляем вашему вниманию новый журнал «Клиническая инфектология и паразитология», посвященный актуальным вопросам клиники, диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний.

На сегодняшний день мы все чаще становимся свидетелями того, что инфекционные болезни напоминают о себе самым необычным образом: пандемический грипп 2009 года вызвал настоящую панику в обществе, а вспышка заболеваний 2011 года, вызванных энтерогеморрагической кишечной палочкой, в Европе за короткое время своего существования привела не только к существенным людским жертвам, но и сопровождалась беспрецедентными экономическими потерями. Колоссальное воздействие деятельности человека на экосистемы, рост народонаселения, изменение окружающей среды приводят и к эволюции микроорганизмов. Все чаще опасные инфекционные болезни скрываются за маской других заболеваний, затрудняющих их своевременную диагностику. Так, хронический гепатит С скрывается за маской более 30 внепеченочных проявлений (от кожных проявлений до опухолей), а зачастую протекает и вовсе бессимптомно, за что и получил свое название – «ласковый убийца». У ВИЧ-инфекции множество оппортунистических болезней, диктующих свои клинические проявления.

Именно поэтому символической обложкой журнала была выбрана карнавальная маска – за ее внешней привлекательностью может скрываться опасный, расчетливый враг, усыпляющий нашу бдительность и готовый в любой момент нанести неожиданный удар. Кроме этого, во время эпидемий чумы в средневековье особые клювообразные маски (Medico della Peste) надевали доктора, посещая пациентов.

Наши успехи в борьбе с инфекциями с момента открытия антибиотиков вызвали настоящую эйфорию в обществе, и казалось – с инфекциями покончено навсегда. Однако микроорганизмы ответили не только многочисленными приспособительными реакциями, но и совершили прорыв в эволюции, который привел к доминированию вирусных инфекций в патологии человека, незаметное распространение которых сопровождается крайне опасными последствиями и высокой смертностью. На сегодняшний день можно констатировать тот факт, что борьба с инфекциями потерпела фиаско и мы должны сделать выводы о необходимости находить компромиссы в диалоге с природой и закономерностями инфекционного процесса.

На страницах нашего журнала мы будем говорить о новых инфекциях, освещать современные тенденции распространения инфекционных заболеваний в мире, в рубрике «Медицина путешествий и тропиков» будет дана информация о распространении того или иного инфекционного заболевания в разных регионах земного шара. Учитывая тот факт, что инфекционные болезни «интегрированы» во многие врачебные специальности, надеемся, что наш журнал будет интересен специалистам разных направлений, всем людям, посвятившим себя медицине.

Главный редактор,
доктор медицинских наук
Голубовская Ольга Анатольевна



Поздравляем Возианову Жанну Ивановну!



Коллектив кафедры инфекционных болезней Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, редакционная коллегия и редакционный совет журнала «Клиническая инфектология и паразитология» сердечно и искренне поздравляют академика НАМН Украины, заслуженного врача Украины, заслуженного деятеля науки и техники Украины, лауреата Государственной премии Украины в области науки и техники, профессора, доктора медицинских наук Возианову Жанну Ивановну со славным юбилеем.

Дочь пограничника, Жанна Ивановна с детства познала «прелести» кочевой жизни – от Таджикистана до Камчатки, от Камчатки до Мукачево. Потом – учеба в Киевском мединституте. И везде – отличница.

После института – 8 лет работы врачом-ординатором, которые дали бесценный клинический опыт. В 1968 году Жанна Ивановна поступила в клиническую ординатуру при кафедре инфекционных болезней Киевского медицинского института, а в 1970 году – в аспирантуру. 30 сентября 1971 года – досрочная защита кандидатской диссертации «Носительство кишечных простейших и значение *Entamoeba histolytica* в возникновении хронических заболеваний кишечника», и в том же году Жанна Ивановна становится ассистентом кафедры инфекционных болезней, а в 1983 – доцентом.

1988 год ознаменовался в истории кафедры блестящей защитой докторантом Возиановой Ж.И. диссертации «Поражение поджелудочной железы при вирусных гепатитах А и В». В 1989 году Жанна Ивановна избрана на должность заведующей кафедрой инфекционных болезней НМУ, а в 1990 году ей присвоено звание профессора.

На протяжении 16 лет Жанна Ивановна возглавляла кафедру инфекционных болезней нашего университета, и в это время, благодаря ее настойчивости и организаторскому таланту, возросла значимость проблемы инфекционных болезней как в Украине вообще, так и в учебном процессе медицинских ВУЗов в частности. Кафедра вошла в состав Ученого совета 1-го медицинского факультета, подчеркнув этим тот факт, что это самостоятельная мощная, в первую очередь, клиническая кафедра. В то же время изучение инфекционных болезней было значительно расширено на всех факультетах, на более высокий уровень поднялось преподавание предмета, разработаны и созданы новые методы обучения и контроля знаний. Инфекционные болезни вошли как полноценная составная часть в программу Государственного экзамена по внутренним, инфекционным и профессиональным болезням.

Одним из первых шагов на тернистом пути заведующей кафедрой было создание первого в Украине отделения инфекционной реанимации, необходимость существования которого была продиктована самой жизнью.

Научная и практическая работа кафедры, управляемой Жанной Ивановной, всегда определялась насущными проблемами здравоохранения: много внимания уделялось проблемам диагностики и лечения

дифтерии, эпидемия которой буквально взорвалась в конце 20 века, не остались без внимания эпидемии кори, эпидемического паротита, острых респираторных заболеваний, TORCH-инфекций, менингококковой инфекции, малярии.

Педагогическая работа кафедры под руководством Жанны Ивановны не ограничивалась только обучением студентов. Большое внимание всегда уделялось подготовке врачей-инфекционистов в интернатуре, многие из которых продолжают работать в клинике и на кафедре. Жанна Ивановна всегда заботилась и руководила процессом подготовки медицинских и педагогических кадров, использовала любую возможность поделиться своими знаниями с коллегами. Поэтому и начала нелегкую работу по написанию трехтомного учебника по инфекционным и паразитарным болезням и изданию специализированного журнала «Сучасні інфекції» с полным пониманием того, насколько это необходимо обычному практическому врачу.

Академик Возианова Ж.И. подготовила 6 докторов и 16 кандидатов медицинских наук, а 17-й, внук профессора А.С. Сокол, ранее возглавлявшей кафедру, заканчивает кандидатскую диссертацию. Перу Жанны Ивановны принадлежит более 300 научных работ, в том числе и фундаментальное трехтомное руководство-учебник «Инфекционные и паразитарные болезни», за который Жанна Ивановна награждена в 2005 году Государственной премией Украины в области науки и техники. Этот учебник и сегодня остается базовым, рекомендованным Министерством здравоохранения и Министерством образования и науки для обучения студентов медицинских ВУЗов.

Многочисленные заслуги Жанны Ивановны перед украинской медициной и наукой были отмечены присвоением званий «Заслуженный врач Украины» (2002) и «Заслуженный деятель науки и техники Украины» (2005). Жанна Ивановна избрана академиком НАМН Украины (2002), награждена медалью «Ветеран труда», медалью имени академика М.Д. Стражеско «За заслуги в охороні здоров'я».

Под руководством Жанны Ивановны был сформирован коллектив, который бережет традиции, заложенные еще профессорами А.М. Зюковым, Б.Я. Падалкой, А.С. Сокол.

Жанна Ивановна Возианова продолжает передавать свой огромный опыт своим ученикам, работает в составе экспертного совета ВАК Украины, готовит научные кадры, бесценно руководит журналом «Сучасні інфекції», является членом редколлегии журналов «Інфекційні хвороби», «Лікування та діагностика», «Сучасна гастроентерологія», «Медичний всесвіт». Ее имя часто можно встретить в средствах массовой информации, где она непременно высказывает свое неординарное мнение по самым злободневным вопросам медицины.

Мы от всей души поздравляем Жанну Ивановну и желаем ей здоровья, творческого вдохновения и всего самого наилучшего.

Митус Н.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Метод огляду хворого – «наріжний камінь» діагностики в клінічній практиці*

Надійшла до редакції 15.02.2012 р.

Контакти:

e-mail: klipoa@ukr.net

Резюме

У статті розглянуті принципи огляду хворого, які дають можливість практичному лікарю діагностувати захворювання, спираючись на патогномонічні клінічні симптоми – особливості ходи, екзантем, кольору шкіри та ін.

Ключові слова: клінічний огляд, патогномонічний симптом, хода.

Медицина сьогодні налічує понад тисячу інфекційних хвороб (ІХ), доступних діагностиці, яка, зважаючи на те, що ми живемо в час доказової медицини, вважається необхідною в високо розвинених країнах і частіше бажаною для пересічного українця. Зволікання чи фінансова неспроможність пацієнта, інколи сліпа довіра лікарю, часто некомпетентність останнього й небажання «порухати» мізками в випадку нестандартному, неklasичному, обтяженому ускладненнями чи супутніми недугами і обумовила нагальну потребу ще раз звернутися до диференційно-діагностичних ознак поширених в нашому суспільстві інфекційних хвороб, що так добре давалися свого часу земським (читай, сімейним) лікарям, про яких наші вчителі згадують шанобливо, побожно і з сумом. Арсенал бо ж діагностичних засобів сьогодні надширокий, а бачити очевидне, часом, заважає самовпевненість та «тягар» отриманих у ВУЗі знань. Недарма ж кажуть, що молоді ескулапи сьогодні лікують пігулками, а старі – умінням слухати, співчувати і дарувати спокій в нашому скороплинному житті.

Загальновідомо, що перше враження не можна справити двічі. То ж почнемо з першої зустрічі з пацієнтом. Саме тут має «ввімкнутися» головна риса лікаря як спеціаліста – уважність. Варто запам'ятати все: і яка

* Стаття представлена в авторском варианте.

хода в пацієнта, і вираз обличчя, і манеру викладання скарг, і обізнаність у своїй хворобі, й намагання самотужки подолати недугу (що надто розповсюджене в нашому суспільстві, але це тема окремої розмови)... Щодо інфекційних захворювань, то багато з них «написані на обличчі» в хворого, треба, лишень, уміти ті знаки прочитати.

Загальний огляд. Хода. Те особливе, граційне, неповторне, що робить Вас Вами. Класична література приділяла їй належне значення, як беззаперечній характеристиці особистості. Проте, нажаль, роки, життєвий тягар та хвороби накладають свою печатку, що інколи може мати диференційно-діагностичне значення.

Згадаймо поступовий розвиток симптоматики черевного тифу. З наростанням токсикозу, лихоманки, головного болю хворий знерухомлюється – сильна слабкість приковує його до ліжка, він малорухливий і у ліжку, амімічне обличчя і погляд у нікуди говорять про відстороненість його від зовнішнього світу. Психічна пригніченість, небажання спілкуватися, виснажуюче безсоння та нестерпна сонливість вдень довершують цю картину. Прослідкувати в еру антибіотиків цей стан до кінця неможливо, проте динамічний огляд, прискіпливий збір анамнезу хвороби, спікування з родичами чи молодшим персоналом лікарні настановити на правильний шлях.

Зовсім іншим видається хворий на висипний тиф. Може здатися недоречним нагадування про нього, адже сучасні лікарі в своїй більшості його не бачили, хіба що хворбу Брілла. Проте, завошвленість населення країни залишає бажати кращого (перш за все, в органах пенецитарної системи, інтернатах для дорослих і дітей, також поширеність людей без постійного місця проживання в містах, наявність незначного про шарку в суспільстві з стерильним імунітетом, можливість завезення з-за кордону тощо).

То що ж побачить лікар? Повну протилежність описанову вище – не дивлячись на значні ознаки токсикозу, лихоманку, сильний головний біль, такий хворий говіркий, активний/ейфоричний, більше того, агресивний, не «дослухається» до рекомендацій персоналу (бо з-за розвитку специфічного енцефаліту часто наявні різного роду галюцинації), намагається бігти, не зважаючи на хитку ходу, загальний тремор, дизартрію та дисфагію. Локальні судинні ураження ЦНС за висипного тифу можуть змінювати поведінкові реакції хворого до протилежних (амімії та загальмованості), але оцінка комплексу патологічних ознак не дасть можливості схибити.

А третя пандемія чуми що вимагає від сучасного лікаря? Стабільність з цього приводу в країні сьогодні ще не забезпечує завтра, взяти хоча б азовський спалах холери місяць тому. Можливість увезення з-за кордону є реальною загрозою для кожної країни світу, як показали епідемії SARS кілька років тому, епідемія грипу H1N1 позаторік, розповсюдження Європою хіміорезистентної *E. coli* навесні.

То ж хворого на чуму вирізнять з-поміж інших такі характерні клінічні ознаки: найвагоміші серед інших інфекційних хвороб симптоми токсикозу, що бурхливо наростають, обумовлюючи сплутаність свідомості, марення в першу добу хвороби, доповнюючись невпевненою, хиткою, з ногами, що заплітаються, ходою та невизрадною вимовою. Загальний вигляд немов сп'янілої людини з багровим обличчям, намаганням щось

«белькотати» та зигзагоподібно рухатися не обумовить діагностичної помилки при врахуванні відсутності запаху етанолу у повітрі, що видихається пацієнтом (в протичумному костюмі неможливо відчувати), наявності гарячки та інших патогномонічних ознак чуми.

Перш за все, це наявність чумного бубону (характеристика якого буде подана нижче), що з-за нестерпного больового синдрому не дає можливості хворому звично рухатися: за пахвинного його варіанту хворий волочитиме ногу чи припадатиме на уражену сторону з одночасною появою гримаси болю на обличчі; якщо ж це ділянка верхньої кінцівки, то чітко прослідковується неможливість з-за болю привести руку до тулуба чи зігнути в лікті, розташування в шийній ділянці знерухомих поворотів головою...

Вирізняється з-поміж інших і хворий на ботулізм за зовнішнім виглядом і ходою перш за все. Обумовлене дією ботулотоксину порушення нейро-м'язової передачі робить останню специфічною. Підвищена стомлюваність і м'язова слабкість, так звані «ватні» ноги – тому свідчення. Пацієнт без ознак токсикозу, лихоманки, у повній свідомості, але йти не може (його вводять супроводжуючі) чи сідає щоп'ять хвилин, при цьому звертає увагу і неможливість тримати голову, слабке (чи й зовсім відсутнє) рукостискання, птоз, порушення дихання й випорожнень. Епіданамнез й інші неврологічні стигми убезпечать від діагностичної помилки.

Змінену ходу сучасний лікар часто може спостерігати у пацієнтів з лептоспірозом на тлі універсального капіляротоксикозу, крововиливів у м'язи, шкіру, тканини ока, внутрішні органи. У поєднанні з токсичним і гіпоксичним ураженням м'язів при лептоспірозі також має місце руйнування м'язових волокон безпосередньо лептоспірою – рабдоміолізіс, що й обумовлює сильний больовий синдром під час ходьби не тільки у стегнових та литкових м'язах, але й інших, що постійно рухаються – дишальних, черевної стінки, жувальних. На відміну від грипу, де ознаки капіляротоксикозу помірніші і описаний біль менший за амплітудою і тривалістю, розрізняючим симптомом буде посилення больових відчуттів при стисканні м'язів за умови лептоспірозу і аналгезія під час пальпації м'язів при грипі. Грамотно зібраний епіданамнез з урахуванням сезонних варіацій (купання в стоячих водоймах, риболовля, скошування трави – влітку, приватна садиба в сільській місцевості, наявність домашніх тварин в господарстві, їх хвороби, професії, пов'язані з тваринництвом – в холодну пору року), динаміка та характеристика симптомів, грамотний алгоритм клінічної дифдіагностики обумовлять правильний діагностичний висновок.

Хода, що запам'ятовується назавжди, також характерна для бруцельозу (частіше, хронічного). Україна не є ендемічною для цього захворювання, але з урахуванням відновлення занедбаного тваринництва, можливості ввезення з-за кордону хворої тварини (плідника), почасти неналежне утримання і обстеження тварин (фактично, відсутність одноразового інструментарію під час забору крові у приватному та й промисловому секторах), низький рівень підготовки й неналежне матеріальне забезпечення працівників ветеринарної галузі можуть сприяти поширенню захворювання в Україні. То ж, за гострого бруцельозу хода хворого змінена лише завдяки больовому м'язово-суглобовому синдрому,

що частіше верифікується як артралгія, в подальшому ж за відсутності лікування чи його незавершеності, а також реінфекції вже наявні артрити, бурсити, фіброзити, тендовагініти, спондилоартрити, завдяки токсико-алергійному та запальному (метастатичному) процесам в суглобах та периартикулярних тканинах, в резидуальній стадії неминуче ведуть до формування артрозів. Ці пов'язані між собою зміни й формують типову ходу, схожу на качину (патогномонічним для бруцельозу є розвиток сакроілеїту).

Наостанок, описуючи зміни ходи хворого, не можна не обмовитися про одну з хвороб тропічної кліматичної зони, де зміна ходи обумовила назву захворювання. Це хвороба денге – арбовірусне трансмісивне захворювання, за умови розвитку якого у хворого на тлі значного токсикозу, лихоманки, головного болю виникає настільки сильний біль у кістках, суглобах (дрібних і крупних, що болючі й під час пальпації) та м'язах (особливо спини), що останній змушений максимально обмежити будь-які рухи – спина пряма, малорухома голова, ноги, що «не гнуться» – хода франта, як говорили в 19 столітті, або костоломна гарячка. Симптоми генералізованої лімфаденопатії (ЛАП), геморагічної висипки, двогорба температурна крива доповнюють клінічну симптоматику денге.

Екзантема та енантема не менш цікаві й інформативні ознаки, знання специфіки яких допоможе не схибити лікарю. Огляд шкіряних покривів і видимих слизових оболонок є обов'язковим етапом огляду хворого і часто сповнений патогномонічними симптомами для низки хвороб. Якщо пацієнт без ознак анемії блідий за високої лихоманки, що характерне, наприклад, для червеного тифу, менінгококемії, сказу, бруцельозу, то це свідчення важкості перебігу хвороби, як і бліда з ознаками акроціанозу шкіра при холері чи інших ІХ (сальмонельоз, шигельоз, лептоспіроз тощо) за умови розвитку 2 фази шоку (дегідратаційного чи інфекційно-токсичного відповідно) чи зміна на ціанотичне кольору обличчя при судомному нападі за сказу. Крім блідого чи гіперемійованого забарвлення шкіри, і навіть ціанотичного за критичних станів, що часто супроводжують інфекційні захворювання, лікар може стикатися з жовтяницями, варіанти яких також варто (й візуально в т.ч.) розрізнити.

У більшості ж випадків лихоманковий період при інфекційних хворобах супроводжується типовою гіперемією шкіри обличчя, проте і за цих умов не варто недооцінювати сукупність симптомів. Сьогодні і студент знає, що симптом «обличчя заплаканої дитини» є патогномонічним для грипу (гіперемія і набряк лица, повік, блискучі очі, ін'єкція судин кон'юнктиви) на тлі помірних, частіше значних ознак токсикозу. А у сукупності з яскравою гіперемією слизової оболонки ротоглотки в перші дні хвороби, що з-за циркуляторних порушень змінюється ціанозом з можливою петехіальною енантемою, картина виглядає завершеною. Безумовно, поява геморагій на шкірі чи слизових є свідченням генералізованого капіляриту, що супроводжує важкий перебіг грипу.

Наведеному вище опису відповідає такий при лептоспірозі (така ж гіперемія і набряк шкіри і слизової очей та ротоглотки), що дістав специфічну назву «симптом капюшона». Розширення судин відбувається під дією ендотоксину лептоспіра, а утворення гематом (в місцях ін'єкцій чи під кон'юнктивою) та різноманітні (носові, з ясен, маткові, кишкові тощо) кровотечі, що слідує далі, є наслідком ДВЗ-синдрому та алергійних

реакцій. Можлива плямиста висипка при лептоспірозі, що верифікується у третини хворих, передує типовій геморагійній, що як вона сама, так і строки її появи вказують на ступінь важкості хвороби. Часто геморагічна екзантема в місцях здавлення одягом нагадує удар батоном. Не можна не згадати й таку можливу ознаку змін на шкірі і слизових оболонках при лептоспірозі, як жовтяницю. При порушенні каротинового обміну зрідка можна спостерігати симптом Філіповича – жовте профарбовування шкіри долоней і підшов з-за порушень каротинового обміну (можливе, також, при черевному тифі). Але й типова жовтяниця має місце при лептоспірозі. За цієї хвороби можуть бути задіяні усі три відомі механізми її виникнення: переважає гемолітична складова з-за наявного в лептоспіри розчинного екстрацелюлярного ферменту гемолізіну та клітинного гемолітичного фактору, що активується комплементом при руйнуванні клітини. Це провідна причина. Але наслідком універсального капіляротоксикозу є руйнівні крововиливи в шкіру і внутрішні органи, що можуть обумовити і синдром холестазу, а вірогідні зміни функції печінки в основному обумовлені її набряком та метаболічними порушеннями, хоча за важкого перебігу можливе також утворення некрозів органу.

Гіперемія обличчя (шкіра суха, гаряча, багряно-синюшна з петехіями та екхімозами) і слизових оболонок очей та ротоглотки спостерігається і при чумі, з-за чого, зважаючи на важкість перебігу хвороби, часто неадекватність поведінки, марення та галюцинації, цей стан збудження хворого порівнюють зі станом «розлютованого бика», а червоні очі, ціанотичне обличчя, загострені його риси, вираз жаху і страждання характеризують як «*facies pestica*». Цей обрис довершує первинний афект, характерний для шкірної (частіше шкірно-бубонної) форми чуми, що має певну стадійність: пляма-папула-везикула-пустула-виразка. Розташований на щільній основі, з зоною гіперемії по периферії, різко болючий під час пальпації, цей вид екзантеми на стадії пустули має кров'янисто-гнійний вміст. Після самовільного видалення гною оголюється виразка з темним дном, що в міру дуже повільної регресії завершується утворенням рубця. Не помилитися в діагностиці допоможуть тремор язика, його набряк, поява «крейдяного» нашарування за кілька днів, що у сукупності з сухістю слизових оболонок ротоглотки й створює враження мовлення сп'янілою.

Первинним афектом-двійником до описаного за чуми може бути такий при сибірці, бо стадійність перетворень у них ідентична. Але він відрізняється за: часовим проміжком (від плями до пустули проходить лише кілька годин), серед суб'єктивних відчуттів переважають свербіж чи печіння (а не біль), виразка швидко вкривається темною кіркою, що на тлі схожого до чумного набряку і гіперемії шкіри навколо струпу, нагадує шматочок вуглини, від чого й латиною назва. На довершення диференційованих ознак треба зазначити, що по периферії центрального елемента розташований вінчик з вторинних везикул, далі – пустул, виразок і кірочок, за рахунок чого струп збільшується в розмірах. І, безумовно, чи не головним є значно знижена чи й повністю відсутня чутливість в ділянці виразки. Відомий тест з «невідчутного» поколювання голкою ділянки дна виразки тому є свідченням.

Схожу до зазначеної характеристику обличчя знайдемо при описанні висипного тифу, чуми, лептоспірозу тощо, тобто загальний вигляд, характерний для сп'янілої людини. Проте, висипний тиф має чіткі

строго обмежені в часі відмінності енантеми, верифікації яких ми завдячуємо лікарській спостережливості: ознака Давидовського – так звані «кролячі очі», симптом Кіарі – Авцина – плямиста чи геморагічна кон'юнктивальна енантема на тлі поширеної гіперемії останньої, як і симптом Розенберга – Винокурова – петехіальна енантема слизової оболонки ротоглотки, що на 3–4 дні випереджають екзантему і у сукупності з симптомами здавлення (Діча, Кончаловського – Румпеля – Леєде, щипка) та симптомом Говорова – Годельє дають змогу поставити вірний діагноз в ранньому (доекзантемному) періоді. Однак, і сама екзантема, що з'являється при висипному тифі після характерного візусу (короткотривалого і незначного зниження температури тіла) на температурній кривій, вирізняється з-поміж інших: це рясна дрібноплямиста, а далі геморагічна висипка, що вкриває тіло хворого на 5 день хвороби, і є наслідком генералізованого деструктивного тромбоваскуліту з-за порушень проникності судинної стінки зокрема та мікроциркуляції взагалі.

На обличчя «заплаканої дитини» візуально схоже таке при трихінельозі, що з розвитком свинарства та з урахуванням всеядності цих тварин за недостатніх дератизаційних заходів можливий в Україні. За такої хвороби ця кардинальна ознака (набряк повік та обличчя на тлі геперемії) розвивається на тлі м'язових болей (переважно за фізичного навантаження і відсутніх у спокої), лихоманки, плямисто-папульозної екзантеми. До речі набряки, нажаль, схильні до міграції, захоплюючи навіть тулуб і кінцівки. Можуть приєднуватись алергічні ураження різних органів, що тільки погіршує стан. Діагностика сьогодні є доступною і нескладною, хоча з-за допущених помилок у хворого можуть розвиватися рецидиви хвороби.

На відміну від висипного, при черевному тифі, як зазначалося вище, хворий блідий за постійної тривалої лихоманки, симптоми кон'юнктивіту та фарингіту відсутні, проте збільшений, «брудний/фулігінозний», сірокоричневий язик з відбитками зубів, що наче не вміщується в ротовій порожнині, не можна не помітити. Та ж якщо ці ознаки пройшли повз увагу лікаря, то поява на початку другого тижня поодинокі дрібної плямистої (розеольозної) екзантеми, що підсипає, і локалізується на передній черевній стінці, наче вказує на основне місце патологічного процесу. Висипка зрідка може локалізуватися де-інде (згинальна поверхня передпліч, внутрішня поверхня стегон, поперек), що є свідченням вторинної бактеріємії. Доречно додати, що в астеничної особи чи маленької дитини можна інколи бачити збільшені лімфовузли очеревини в ілеоцекальній ділянці, що в еру надлишкової ваги здається фантастичним.

Не можна оминати увагою ще одне захворювання з блідю шкірою обличчя – менінгококову інфекцію в її клінічному варіанті менінгококемії. Екзантема тут яскрава й з'являється чи не найшвидше (перші години першої доби генералізації процесу). Стрімко піднімаючись знизу догори (стопа, гомілка, задня поверхня стегна та сідниці), ця грізна геморагічна (петехії, що швидко зливаються у великі екхімози з елементами некрозу не лише шкіри, а й вглиб тканин аж до кістки) висипка символізує швидкість наростання патологічних змін в організмі й за блискавичного перебігу може навіть бути в ар'єргарді ІТШ. Глибина запально-тромботичних порушень мікроциркуляції може навіть порушити питання ампутації органів (пальці, кінчик носа, вуха, пролежні) при ускладненнях

хвороби. Геморагічна енантема (крововиливи в слизові оболонки ока, носо- та ротоглотки та ін.) тут не є виключенням.

Також цікавою й не менш інформативною є група так званих «дитячих» інфекційних хвороб з екзантемами, що, нажаль, ще не подолані введенням обов'язкової вакцинації, й тому «важко» характеризуються терміном керовані.

Червоничка (більш відома медичному загалу як краснуха) є чи не найрозповсюдженішою й найлегшою за клінічним перебігом, проте грізною й руйнівною для плода у будь-якому терміні вагітності. Запального характеру енантема (очі, ротоглотка) разом з незначними ознаками токсикозу з'являються часто одночасно з плямистою, дрібною чи крупною, без певної локалізації і послідовності виникнення екзантемою, що протягом доби вкриває всю шкіру, тримається 2–3 дні і так же стрімко й безслідно щезає, лишаючи по собі хіба що незначні й нетривалі ознаки катарального синдрому з боку верхніх дихальних шляхів.

На відміну, кір виглядає важчим. Ознаки токсикозу, лихоманка, запальні симптоми – значніші (катаральні кон'юнктивіт, ринофарингіт, ларингіт), нагадують в перші 3–4 дні банальне ГРВЗ, проте знаходження плям Коплика на слизовій оболонці щік навпроти нижніх корінних зубів допоможе уникнути «типової» помилки – з появою екзантеми на 4–5 день хвороби чомусь на думку лікаря часто спадають якісь «алергійні реакції на тлі ГРВЗ». Ця типова екзантема має ряд специфічних ознак, пам'ятаючи про які можна уникнути глузувань колег: вона плямисто-папульозна, від дрібної до крупної, схильна до злиття (може бути схожа на географічну карту), опускається протягом 3–4 днів з голови до ніг (після чого нормалізується температура), зникає пігментацією і лущенням в тому ж порядку безслідно. До речі, плями Коплика, як дороговказ прийдешньої екзантеми, зникають з її появою.

Чинником хвороби з екзантемою як під час первинного інфікування, так і при розвитку рецидивів, може бути й VZV-вірус, що обумовлює вітряну віспу та herpes zoster відповідно. Захворювання при первинному інфікуванні, як правило, реалізується в дитячому віці й перебігає без ускладнень. Катаральні симптоми у вигляді кон'юнктивіту та ринофарингіту помірні, проте в першу, рідше другу добу хвороби з'являється специфічна везикулярна енантема та екзантема, що в своєму розвитку проходить послідовно ряд стадій: пляма-папула-везикула-ерозія-кірочка-пігментація (так званий несправжній поліморфізм висипки при розгляданні на обмеженій ділянці шкіри). На стадії ерозії хворого турбує пекучий біль в ділянках слизових оболонок, що вимагає чіткого дотримання правил особистої гігієни, в той час як фаза «кірочки» на шкірі може супроводжуватися незначним свербіжем. Неускладнений бактеріальною суперінфекцією процес завершується епітелізацією.

За рецидиву хвороби з-за нестерильного імунітету екзантеми передують помірні симптоми токсикозу зі значним, тривалим больовим синдромом, що може як передувати стрічкоподібній чітко локалізованій вздовж ураженого нерва згрупованій везикулярній висипці, так і турбувати потому кілька місяців поспіль.

Доречно при нагоді згадати вже історичне захворювання – натуральну віспу, якому людство завдячує винаходом вакцинації. За характеристикою екзантеми остання схожа на «вітрянку». Проте чітке знання

відмінностей ще лишається нагальною потребою з-за культивуваці вірусу в лабораторних умовах. Екзантема при натуральній віспі строго зберігає фазність: значний токсикоз, висока лихоманка, з падінням якої на 3–4 добу з'являється везикульозна багатокамерна висипка, перш за все на обличчі і кінцівках (а в подальшому й на тулубі), включаючи долоні й підшви; друга хвиля лихоманки і нагноєння всіх елементів висипки, що обумовлює посилення інтоксикаційного синдрому, відсутність поліморфізму екзантеми, наявність «пупка» у пустули, рубцювання на шкірі як наслідок висипань з утворенням так званої шагреневої шкіри.

Ще одна «дитяча» хвороба вже бактеріальної природи, що останнім часом стрімко «дорослішає», безумовно, скарлатина. Гарно відома педіатрам і чудово описана Боткіним, вона чи не найважча за перебігом і ускладненнями. Енантема у вигляді «палаючих» яскраво-червоних тканин ротоглотки зі значним больовим синдромом та різного варіанту тонзилітами, характерними змінами язика (так званій, «малиновий») доповнюється протягом першого-другого дня хвороби специфічною екзантемою: на тлі гіперемійованої шкіри (крім носо-губного трикутника) швидко розвивається дрібно-плямиста висипка, що тримається кілька днів і швидко зникає, завершуючись дрібним лущенням на шкірі та крупно-лусочковим лущенням на долонях і підшвах на 2 тижні хвороби.

Арсенал стрептококових захворювань з екзантемою не можна не доповнити бешихою, навіть пам'ятаючи, що в нашій країні це швидше «хірургічне» захворювання. З огляду на те, що інфекціоніст чи сімейний лікар частіше матиме справу з еритематозною формою хвороби, варто нагадати її клінічні особливості: на тлі значного токсикозу на обмеженій ділянці шкіри з'являється яскрава червона пляма з чіткими контурами у вигляді «язиків полум'я», набряк, біль. Варіантами процесу можуть бути бульозний, геморагійний, некротичний чи поєднані, що підвищує ступінь важкості. По завершенні патологічного процесу на місці еритеми відбувається лущення шкіри.

Цікаво, але в арсеналі ІХ з екзантемами є ще одна – так звана скарлатиноподібна (за колишньою класифікацією так характеризували далекосхідну гарячку) лихоманка, яка за МКХ-10 сьогодні має назву псевдотуберкульоз. Необхідність згадки про неї обумовлена розповсюдженістю території України, розмаїттям клінічних варіантів та можливістю резидуальних явищ за хронізації процесу завдяки інфекційно-алергійній складовій як чинника патологічного процесу. То ж щодо зовнішнього вигляду, то такий хворий також нагадує людину, що плакала: гіперемія та набряк обличчя, слизових оболонок очей та ротоглотки, що характеризуються як симптом «капюшона», проте носогубний трикутник залишається блідим і зміни язика такі ж, як при скарлатині – перші 3–4 дні він укритий сірим нашаруванням, а до кінця тижня очищається і тоді гарно контурують збільшені його сосочки («малиновий» язик). Специфічна гіперемія та набряк кистей та стоп, що образно названі симптомами «рукавичок» та «шкарпеток» найкраще виражені в періоді скарлатиноподібної висипки, що з'являється в перші дні хвороби, згущується навколо суглобів і в природних складках шкіри й має назву симптома Пастіа. Зникає висипка через лущення, що описане вище при скарлатині, включаючи крупнопластинчасте на долонях і підшвах. Якщо хво-

роба пролонгується до кількох тижнів і алергічна складова її значніше виражена, то можна спостерігати кільцеподібну чи вузлувату (багрову, болючу, щільну) еритему чи еритему Розенберга або Чамера навколо набряклих і гіперемійованих суглобів. Не помилитися в диференційній діагностиці в перші дні хвороби дозволить прискіпливо зібраний епіда-намнез (харчові уподобання, вік, пора року), наявність кишкової симптоматики, гепатолієнальний синдром, затягування патологічного процесу, полісимптоматика ураження органів і систем.

Сьогодні типовим для України став і Лайм-бореліоз, який за темпами розповсюдження Європою, в тому числі й Україною, займає друге місце після ВІЛ-інфекції і перше – серед природньо-осередкових хвороб, що передаються кліщами. Лайм-бореліоз на ранній стадії характеризується специфічною екзантемою – мігруючою еритемою. Як правило, виникає вона на відкритих ділянках шкіри, що доступні укусу кліщами чи їх личинками. Це червона пляма, що росте по периферії, сягаючи до півметра величиною, з блідим центром та набряклим валом, що робить схожим її на кільце, може мати метастатичні (дочірні) еритеми меншого розміру (або поєднуватись з іншими видами екзантем), як правило, не спричинює суб'єктивних відчуттів. Останній чинник часто не веде до лікаря, а неправильна (навіть надана дипломованим спеціалістом) допомога чи лікування самотужки сприяє дисимінації збудника, генералізації процесу з розвитком ураження нервової, опорно-рухової систем, серця, шкіри або ж асоційованих форм. Варто пам'ятати, що борелії проходять через гематоенцефалічний та плацентарний бар'єри, спричинюючи в подальшому важкі стани (енцефаломієліти, вибіркоче ураження черепних нервів, вад розвитку чи й смерть плода). Персистенція збудника обумовлює розвиток аутоімунних реакцій, що посилюють ураження організму. Проте мігруюча еритема не єдиний варіант екзантеми. За Лайм-бореліозу, нажал, можуть розвиватися доброякісна лімфоцитоматоз шкіри (багровий вузол до 5 см в діаметрі на різних ділянках шкіри) чи хронічний атрофічний дерматит (синюшно-червоні бляшки на розгинальних поверхнях виступаючих частин кінцівок, як-то лікті), що доступні візуальній диференціації.

Окремою групою стоять геморагічні гарячки з однойменною висипкою, але, зважаючи на важкість їх специфічного розмежування в нашій країні, вважаємо недоцільним зупинятися на цій групі, що потребує окремого опису.

Враховуючи той факт, що печінка є хімічною лабораторією організму людини, під час порушення функції складових якої (гепатоцитів) можна стикатися з жовтяницею, цей факт у візуальній верифікації причини захворювання не можна оминати, тим паче, що жовтяниця рідко проходить поза увагою лікаря, а розрізнити причини її виникнення є нагальною потребою. То ж жовтяниці, котра видозмінює на шафрановий (жовтий є червонуватим відтінком) колір слизових і шкіри при вірусних гепатитах, який, спираючись на дані анамнезу хвороби та епіданамнезу, треба розрізнити від інших видів жовтяниць, передують різний за тривалістю та амплітудою симптомів переджовтяничний синдром. В цей же час при лептоспірози та малярії, наприклад, провідним в патогенезі хвороби є гемолітичний чинник виникнення іктеричного забарвлення покровних тканин, і колір шкіряних покривів та склер світлий (з урахуванням

анемії), нагадує лимонний, а переджовтяничний синдром відсутній. Натомість треба звернути увагу на колір сечі (світла, на відміну від темної при вірусних гепатитах) та калу (темний у порівнянні з ВГ), спленомегалію за відсутності гепатомегалії, тахікардію як наслідок анемії. Є ще й третій варіант – так звана холестатична жовтяниця, що умовно підрозділяється на внутрішньоклітинний варіант холестази (жовч формується, лише порушена її екскреція в жовчні каналці) та позаклітинний холестаз на різних рівнях жовчовідведення (жовчні протоки різного калібру, жовчний міхур або холедох). За останньої умови колір шкіри темний, землисто-жовтий (зеленкуватий відтінок) і переджовтяничний період поступається місцем частіше больовому синдрому. Грамотно зібраний анамнез з урахуванням усіх особливостей появи жовтяниці допоможе в клінічній й лабораторній верифікації причини останньої.

Лімфаденопатія. Цей синдром має місце при безлічі захворювань, проте нас цікавить питання візуалізації, тобто ті патологічні стани, за яких збільшений вузол чи група таких просто кидаються в очі під час огляду.

Зразу спадають на думку пацієнти з EBV-інфекцією (рідше – CMV-інфекцією). Так звана «хвороба поцілунків», коли у пацієнта переважно підліткового (молодого) віку лікар на тлі інтоксикаційного синдрому, лихоманки, різноманітних варіантів тонзиліту (а в третини – й плямистої екзантеми) помічає збільшені одиничний вузол або групу лімфовузлів шийної ділянки під час поворотів головою (часто для хворого чи його родини ця перша знахідка хвороби є вирішальною сходиною задля консультації спеціалістом). Вузли не спяні, не болять під час пальпації, шкіра над ними не змінена, вони не нагноюються. Цікаво, що збільшуючись у всіх групах (системна лімфаденопатія) першими як симптом хвороби, вони зникають останніми і можуть часто симулювати інші патологічні стани – напад апендициту, кашлю чи задухи.

Синдром лімфаденопатії з переважним збільшенням однієї з груп (частіше, шийної) лімфовузлів може спостерігатися й при аденовірусній інфекції, але, зважаючи на її клінічний поліморфізм, треба прискіпливо вирізняти розмежовуючі симптоми цих хвороб.

Регіонарна лімфаденопатія спостерігається й при фелінозі – хворобі від котячих подряпин, з якою частіше стикаються сімейні лікарі/педіатри, ніж інфекціоністи в нашій країні. Зрозуміло ж, бо діти частіше бавляться з кішками. Первинний афект в разі інфікування часто непомітний, бо відсутні суб'єктивні відчуття: зазвичай це невеличка папула, котра претворюється в везикулу/пустулу, далі – кірочку та завершується епітелізацією. Зрідка процес може бути множинним. За 2–3 тижні у постраждалого з'являється набряк, біль в неспяних лімфовузлах під час пальпації та гіперемія шкіри над ними, і, якщо зустріч з твариною була випадковою (на вулиці, в приватній садибі тощо), то згадка про неї в епіданамнезі може бути відсутньою. Прогресування хвороби у вигляді подальшого збільшення лімфовузла чи їх групи триває близько місяця. За цей період уражені вузли сягають 5–6 (навіть 10) см в діаметрі, може спостерігатись їх склерозування чи гнійне розплавлення (третина хворих) з виділенням густого жовто-зеленого гною та утворенням рубця. Подальший зворотній розвиток є значно довшим (до 3–6 міс.). Усі ці зміни перебігають за мінімального токсикозу (він може мати клінічні прояви у третини хворих, як і

скороминущі різноманітні екзантеми, що свідчать про генералізацію процесу з системною лімфаденопатією). Різні клінічні форми хвороби (очна, око-гландулярна, з ураженням ЦНС та ін.) розвиваються на тлі класичних клінічних симптомів хвороби котячих подряпин (хіба що за очної форми регіонарним буде збільшення лімфовузла чи групи перед мочкою вуха чи в шийній ділянці за око-гландулярної). У ВІЛ-інфікованих, поряд з типовою формою, можна спостерігати на шкірі різноманітні варіанти ураження судин при хворобі котячих подряпин, що візуально імітують саркому Капоші, але це тема окремого обговорення.

Чумний бубон (збільшений і сильно болючий лімфовузол чи, як правило, спаяна в конгломерат група лімфовузлів та підшкірної клітковини) має діаметр до 10 см і обумовлює перебування хворого в вимушеній позі з-за болю. Щільне пухлиноподібне утворення без чітких контурів, надто болюче, щоб рухатися, з гарячою на дотик багрово-синюшною шкірою над ним з часом розм'якшується, завдяки геморагічному чи гнійному вмісту, утворюючи нориці, що повільно гоються рубцюванням. Поряд з первинним одночасно виникають вторинні бубони чи везикули з геморагічним вмістом, але меншого розміру. Усе це триває на тлі токсикозу, що по годинно нарастає, сягаючи ознак ІТШ, та ДВЗ-синдрому.

Бубонний варіант хвороби може розвинути і при туляремії (або око-бубонний, виразково-бубонний, ангінозно-бубонний), що також потребує клінічної візуальної диференціації. Перебіг фаз первинного афекту за туляремії нагадує такий при чумі та сибірці, і навіть при непоміченому його перебігу пацієнтом рубець є тому нагадуванням. На 2–3 тижні хвороби починає розвиватися збільшення регіонарних лімфовузлів (до 3–5–7 см), що не спаяні, чутливі при пальпації і нагноюються ще через 2–3 тижні. Гнійні маси описують як густі, схожі на вершки. Склерозуються останні дуже повільно, лишаячись доступними пальпації тривалий час. Можливе формування вторинних бубонів. Частіше описаний варіант перебігає на тлі нормального самопочуття чи з незначними ознаками токсикозу.

Не менш визначальним для лікаря є вигляд випорожнень як сечового міхура, так і кишечника, що також мають диференційне значення. Описання хворим чи його родичами їх особливостей інколи зразу наводить на вірогідний діагноз. То ж, не дивлячись на чудернацькі гастрономічні порівняння останніх, варто згадати їх типові ознаки.

Стосовно змін сечі цей список незначний. Хіба що за гепатиту колір сечі стає коричнюватим, нагадуючи запарений чай чи пиво. То ж враховуючи, що симптом цей передуює появі жовтяниці, ця типова ознака допоможе як початківцю, так і лікарю з тривалою практикою. А термін появи іктеричності склер і шкіри у сукупності з іншими симптомами допоможе відмежувати вірусний гепатит від підпечінкових жовтяниць.

Темною за описом хворого, але червонуватою, а не коричневою, може бути сеча при лептоспірозі, бо ураження нирок з різними ступенями гематурії є провідним симптомом цього грізного захворювання.

Гострий внутрішньосудинний гемоліз незалежно від його етіології (паразитарний чи медикаментозний/імунний) може обумовити характерні зміни сечі у хворого на малярію (так звана гемоглобінурійна гарячка), коли на тлі високої лихоманки, жовтяниці і анемії прогресивно падає артеріальний тиск, обумовлюючи олігурію, а сеча набуває характерного вигляду – чорного, що в разі відстоювання сечі змінить її колір на такий

червоного вина (прозорий верхній прошарок) та темно-коричневий/чорний каламутний детрит знизу. Детальний епіданамнез, зміни алгоритму надання медичної допомоги доповнять клінічну характеристику й допоможуть швидко підтвердити припущення.

А от зміни характеристик випорожнень при низці захворювань кишечника інфекційної природи є значно більшими. І якщо побачити випорожнення у вигляді «горохового супу» при черевному тифі може й не вдасться кожному практикуючому лікареві з-за нерозповсюдженості хвороби в нашій країні, то для практикуючого в ендемічних територіях (Африка, Азія) це не є рідкістю. Хоча нерозпізнаний черевний тиф в перші тижні хвороби може нагадати про себе на 3–4 тижні кишковою кровотечею (домішки крові до калових мас чи й типова мелена). Знаючи ці особливості, помилка може бути виправлена.

Іншими є характерні особливості випорожнень при сальмонельозі: за умови розвитку ентериту випорожнення рясні, зеленкуваті, пінисті, смердючі. Нападopodobна колька супроводжує весь гострий період хвороби, поєднуючись з симптомами токсикозу та диспепсії. З плином часу кількість випорожнень зростає, а калових мас в них – зменшується, що потребує диференціації з більш грізним ентеритом – холерою. За умови втягнення в патологічний процес товстого кишечника у випорожненнях з'являються домішки крові та слизу.

«Рисовий відвар» – ще одне порівняння в характеристиці випорожнень і візитна картка холери. Діарея як перший і провідний симптом холери, розпочинається на тлі повного благополуччя: лихоманка, болі в животі, будь-які передвісники хвороби відсутні. Випорожнення надмірні, швидко втрачають каловий характер, набуваючи вигляду злегка каламутної водички без запаху, з часом зростають кількісно, знесилюючи хворого. Самостійне припинення діареї без нормалізації стану хворого – грізна ознака: парез кишечника, дегідратаційний шок, холерний алгід, що потребують строкового лікарського патогенетичного втручання.

«Малинове желе» з цієї ж «комори». Такою характеристикою удостоєно вигляд випорожнень хворих на кишковий амебіаз. Треба запам'ятати, що з початком синтезу амебою протеолітичних ферментів вона за умови ерозування в виразці крупної судини обумовлює розвиток кровотечі, і надмірна кількість прозорого раніше слизу профарбовується у червоний колір, маючи схожість з желе. Це саме та ознака, що приведе хворого до лікаря, бо задовільний стан в попередні терміни хвороби (інколи, роками), не зважаючи на збільшену частоту випорожнень і наявність скловидного слизу в значній кількості часто не обумовлюють візит до спеціаліста. Тут варто й згадати про відвідинах країн з тропічного кліматичного поясу. До речі, за позакишкового амебіазу також є цікаві порівняння – характеристика вмісту абсцесів чи харкотиння за умов дренажу бронхом як-то «шоколадний гній» або «анчоусний соус». Уявно візуалізується і запам'ятовується добре.

Нарешті, «ректальний плювок». Якісна й кількісна характеристика одночасно. Для знайомих з патологічною фізіологією зрозуміло, що мова йде про коліт, а на нашій території він частіше є симптомом шигельозу. Вже зрозуміло, що кількість випорожнень з часом зменшується, стає мізерною, як і вміст калових мас в них. Натомість з'являються домішки слизу й крові в слизу чи й самостійно, вказуючи на ступінь ура-

ження слизової оболонки. Варто нагадати, що тенезми й несправжні поклики на низ супроводжують весь термін хвороби, хіба що поступаючись першим місцем ознакам токсикозу.

Окремою групою стоять гельмінтози, де хворий самотужки або медперсонал можуть бачити в випорожненнях виділених гельмінтів чи їх фрагменти. Чомусь цей розділ медицини вважається дитячим. Так, навички особистої гігієни ще кульгають в дитячому віці, але з тих ненавчених дітей виростають необізнані дорослі, а проблема залишається, тільки вже з «бородою». У педіатричних відділеннях часто можна чути скарги батьків про те, що у банці лаборанти не бачили принесених паразитів і видали негативний результат. Так, тут багато проблем, починаючи з обізнаності персоналу лабораторій з відмінностями онкосфер, їх ставлення до своїх функційних обов'язків, низки економічних складових тощо. Але ми ж про візуалізацію. Дійсно, побачити гострика у випорожненнях проблематично, трихінелу, волосоголовця – неможливо (лише яйця під мікроскопом), а от аскариду – часто й густо. Тільки це скоріше замовчується, бо дорослому йти з такою проблемою до лікаря! Тут часто ближчими є сусіди, родичі, подружки, що і буде намагатися «перервати» сімейний лікар, бо йому, як і духівнику, хворий має навчитися довіряти беззаперечно. Обумовлений волосоголовцем гіпоацидний гастрит може лікуватися роками, а «віз з нині там». Це ж стосується і анемії. Чи завжди блідий хворий з тривалою анемією, що не піддається лікуванню, обстежується на наявність анкілостом чи некторів у жовчі (це стосується і хворих з холециститами та холангітами, яких з різних причин не зондують)? А наявність стьожок гельмінтів у калі чи й самих члеників на постільній білизні чи приводить інвазованого до лікаря? Дуже рідко. Зараз частіше почувеш про підозру на привезений шистосомоз, ніж на теніїдозу. Це проблема з проблем в медицині і часто персонал лікарень/лабораторій сам припускається помилок (наприклад, неправильне зберігання калу), що унеможлиблює діагностику. А цифри інфікованості різними видами гельмінтів на різних континентах, що публікуються ВООЗ, вражають! Ми й тут маємо тільки поодинокі дані з тих інвазій, що ще контролюються при влаштуванні малечі хіба що в дитячий садок... А що вже згадувати про аутоінвазію при гіменолепідозі!?

Недарма ж кажуть, що варто один раз побачити, ніж сто разів почути. Згадуючи курс фізіології, на думку спадає, що вісьмидесяти відсоткам інформації ми завдячуємо зоровому аналізатору, а 20% залишаються на всі інші види сприйняття. Нові принципи викладання у ВНЗач часто не дають можливості «бачити» студентам описані клінічні особливості з-за тестово-теоретичної підготовки, хоча це було і залишається особливістю нашої медичної школи, втрачати яку є неприпустимою помилкою. Та не тільки це. Часто неналежні умови розміщення інфекційних клінік не дають можливості використати належним чином наявний потенціал, покращуючи запам'ятовування, а, отже, поглиблюючи знання. Одним ситуаційним письмовим завданням не «витягти» цієї проблеми. Не варто нехтувати нагодою запам'ятати відмінності таким чином. Вчасна й правильна візуальна диференційна діагностика дасть можливість виграти час, а, отже, якісніше допомогти хворому. Побачивши відмінності сьогодні, завтра їх варто лише згадати.

Resume

Mytus N.V.
Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

Method of patient's examination – «corner stone» of diagnostic in clinical practice

This article is dedicated to the principles of patient's clinical examination, that gives opportunity for practical doctors to diagnose the disease based on pathognomic symptoms – peculiarities of manner of walking, exantem, skin colour etc.

Keywords: clinical examination, pathognomic symptoms, manner of walking.
