

Н.А. Васильєва, Б.А. Локай

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХВОРОБ З ГОСТРИМ ДІАРЕЙНИМ СИНДРОМОМ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

За даними світової статистики ВООЗ (1998), щорічно гострі отруєння забирають життя більше 250 тис. людей (біля 4,3 на 100 тис. населення) і входять в число 10 провідних причин смерті.

Отрути, які несуть ризик масових отруєнь, поділяються залежно від їх походження на два типи – антропогенні (техногенні) та природні [1, 2]. Розповсюдженість природних отрут, висока токсичність, здатність забруднювати ряд об'єктів довкілля та невідворотність контакту людини з цими токсинами обумовлюють високий ризик масових гострих і хронічних отруєнь. До отрут біологічного походження належать токсини бактерій (Царство бактерій) і гриби (Царство гриби) [2], при отруєннях багатьма з них синдром гострої діареї – основний клінічний прояв.

Діарея може спостерігатися на ранніх стадіях таких кишкових інфекцій, як шигельоз, сальмонельоз, харчова токсикоінфекція, стафілококовий токсикоз, кампілобактеріоз, велика група діарей, спричинених умовно-патогенними бактеріями та отрутами небактерійного походження [3].

Частота шигельозу в структурі розшифрованих діарей коливається від 28 до 75 % [3, 4]. Досі реєструються як поодинокі випадки, так і спалахи з ураженням сотень і навіть декількох тисяч осіб [3-6]. Збудниками шигельозу є бактерії роду *Shigella* 4 видів: *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii* і *S. sonnei*. Шигели є факультативними анаеробами, але можуть рости і в аеробних умовах. Вони здатні утворювати цито-, ентеро- й екзотоксини [7]. За сприятливих умов шигели можуть розмножуватися в харчових продуктах (салатах, вінегретах, фарші, вареному м'ясі й рибі, узварах і киселях). Шигели Зонне інтенсивніше розмножуються в молоці й молочних продуктах. Джерелом збудника є хворий з маніфестною або субклінічною формою недуги. Механізм передачі збудника фекально-оральний, шляхи передачі – харчовий, водний і побутовий (контаміновані збудником руки, посуд, іграшки) [3, 5]. Зараження людини відбувається тільки пероральним шляхом.

Інкубаційний період триває звичайно 2-3 доби з коливаннями від 12 год до 7 діб [3]. Захворювання починається, як правило, із загальнотоксичних симптомів, до яких дещо пізніше приєднуються ознаки ураження травного каналу, у типових випадках – дистального відділу товстої кишки. Виникають біль у животі й поклики на дефекацію. Невдовзі приєднується пронос, випорожнення спочатку рідкі калові, потім з домішками слизу і крові, іноді у вигляді «ректального плевка». Між інтенсивністю загальної інтоксикації і колітного синдрому існує прямий зв'язок: чим тяжчий токсикоз, тим яскравіші явища коліту [3, 8].

Клінічний перебіг шигельозу значною мірою залежить від виду збудника. Для шигельозу Зонне властивий коротший інкубаційний період, ніж при шигельозі Флекснера. Захворювання перебігає частіше в гастроентеритній чи гастроентероколітній формі, на кшталт харчової токсикоінфекції, й у більшості випадків має стертий або легкий перебіг. Шигельоз Флекснера перебігає частіше у колітній формі [3, 9].

У країнах СНД в останні роки, поряд з високим рівнем захворюваності, зросла частота тяжких форм шигельозу Флекснера і зменшилась кількість випадків дизентерії Зонне [10]. В Україні відмічається виражена тенденція до зниження захворюваності, яскравіша при шигельозі Зонне [3].

Сальмонельоз – гостра інфекційна хвороба із групи зоонозів, яка спричиняється бактеріями з роду *Salmonella* кількох сероварів: *S. enteritidis*, *S. typhimurium*, *S. infantis* тощо [11, 12]. Джерелом збудника можуть бути тварини, птахи, люди, хворі на сальмонельоз і здорові бактеріоносії. Зараження відбувається аліментарним та контактним-побутовим шляхом. У 96-98 % випадків воно пов'язане зі вживанням контамінованої їжі, частіше м'ясних виробів і яєць. Характерним є одночасне групове захворювання осіб, які споживали інфіковану їжу, що тривалий час зберігалася і не підлягала достатній термічній обробці. У харчових продуктах, особливо у напівфабрикатах, сальмонели не лише зберігаються, але й швидко розмножуються.



Інкубаційний період коливається від 2-6 год до 2-3 днів. У практиці найчастіше використовують таку класифікацію клінічних форм сальмонельозу: гастроінтестинальна форма (гастритний, гастроентеритний, гастроентероколітний варіанти), генералізована форма (тифоподібний і септичний варіанти) і бактеріоносійство. Основні клінічні прояви пов'язані з дією ендотоксинів, які вивільняються при руйнуванні сальмонел у травному каналі, на судинну і нервову сітку слизової оболонки [12]. Діарейний синдром, напевно, є результатом дії ендо- й ентеротоксинів (останній є екзотоксином) [11].

Найчастіше (75-90 %) буває гастроінтестинальна форма. Початок хвороби гострий, з високої гарячки, вираженої інтоксикації (загальна слабкість, біль голови, озноб, біль у м'язах і попереку). У наступні години або через добу приєднуються нудота, багаторазове блювання, біль у животі, переважно в епігастральній та ілеоцекальній ділянках, біля пупка (так званий сальмонельозний трикутник). Пронос розпочинається пізніше, ніж блювання. Випорожнення рясні, до 5-15 разів на добу, водянисті, зеленуватого кольору, з домішками слизу (у вигляді баговиння чи жабуриння). Живіт здутий, при пальпації болючий, гурчить. У третини хворих збільшена печінка, у 20-25 % – селезінка [13]. Швидко розвиваються явища зневоднення.

Тифоподібний варіант генералізованої форми сальмонельозу може мати ознаки, подібні до гастроінтестинальної форми, але через 1-2 дні останні зникають і на перший план виступають явища загальної інтоксикації, властиві черевному тифу. Гарячка може тривати 6-14 діб [11, 12]. Септичний варіант буває рідко. Хвороба починається з явищ гастриту. Через декілька днів розвивається типова картина септикопемії із затяжним перебігом (озноб, гарячка, біль голови, пітливість, безсоння тощо). Нерідко виникають септичний ендокардит, гломерулонефрит, холецистохолангіт, гнійний менінгіт [14].

Епідеміологічна ситуація із захворюваністю на сальмонельоз в Україні визначається зараз як несприятлива і має тенденцію до погіршення [15].

Харчова токсикоінфекція – група гострих хвороб, які виникають внаслідок уживання в їжу продуктів, що містять патогенні або умовно-патогенні мікроби та їх токсини; характеризуються коротким перебігом із симптомами загальної інтоксикації та гострого гастроентериту. Найчастіше їх зумовлюють ентеротоксичні штами кишкової палички (*E. coli*), протею (*P. vulgaris et mirabilis*), ентероко-

ки, спорові анаероби (*C. perfringens*) й аероби (*B. cereus*), на частку яких серед решти харчових токсикоінфекцій припадає біля 3 % [16, 17]. Джерелом збудника найчастіше є люди, які займаються приготуванням їжі, інколи – тварини, хворі або здорові носії. Харчові продукти забруднюються внаслідок порушення санітарних умов їх приготування і зберігання. Особливо небезпечне обсіменіння продуктів, які не підлягають термічній обробці безпосередньо перед вживанням (холодець, салат, сметана тощо). Для харчової токсикоінфекції характерні раптовість і масовість захворювання серед осіб, які вживали ту ж їжу [12, 17, 18].

Харчова токсикоінфекція, зумовлена різними збудниками, має подібну симптоматику. Для практичного використання [12] пропонують уніфіковану для гострих кишкових інфекцій класифікацію, в якій розрізняють гастритну, гастроентеритну, гастроентероколітну клінічні форми зі стертим, легким, середньотяжким і тяжким перебігом, бактеріоносійство.

Інкубаційний період короткий – від 30 хв до 24 год. Клініка різних харчових токсикоінфекцій відрізняється великою різноманітністю. З іншого боку, захворювання, викликані різними збудниками, можуть мати подібні клінічні прояви. Для всіх захворювань цієї групи характерним є гострий початок, часто з ознобом. Підвищення температури, нерідко значне, закономірно спостерігається при захворюваннях, спричинених кишковою паличкою і протеєм. Рано проявляються ознаки інтоксикації – біль голови, слабкість. Симптоми хвороби виникають раптово і швидко наростають. З'являється нудота, блювання, пронос, переймистий біль у животі, частіше в епігастрії і навколо пупка. Блювання багаторазове. Випорожнення рідкі або водянисті, смердючі, до 10 разів на добу, нерідко з домішками слизу і рідко – крові [12, 17]. Шкіра бліда, інколи з ціанозом, суха. Пульс частий, артеріальний тиск низький. При багаторазовій блювоті та проносі з'являються симптоми зневоднення, зниження тургору шкіри, зменшення діурезу, корчі у м'язах кінцівок. Тривалість хвороби 1-4 дні [12, 17], хоча спазм і болючість товстої кишки можуть утримуватись довше [19].

При протейній токсикоінфекції провідними ознаками є нудота, блювання, рясні смердючі випорожнення, інколи подібні на м'ясні помий. У хворих на клостридіоз спостерігається різкий біль у животі, симптоми зневоднення у зв'язку з частим блюванням і проносами. Випорожнення можуть



бути з домішками крові. В ослаблених осіб і дітей часом розвивається гострий анаеробний сепсис. Захворювання перебігає тяжко, з розвитком некротичного ентериту і гемоколіту, може привести до смерті [12].

Кампілобактеріоз – гостра хвороба з групи зоонозів, викликається бактеріями групи *Campylobacter* і характеризується переважним ураженням травного каналу, гарячкою, загальною інтоксикацією. Джерелом збудника можуть бути домашні тварини, в окремих випадках – людина. Механізм передачі – фекально-оральний, шляхи – харчовий, водний, контактнo-побутовий. Бувають спорадичні випадки хвороби та групові спалахи з літньою сезонністю [12, 20].

Інкубаційний період триває 2-10 діб. Найчастіше розвивається гастроінтестинальна форма. Хвороба починається гостро: загальна слабкість, біль голови, гарячка до 38 °С і вище. З'являється переймистий біль внизу живота, нудота, блювання, пронос. Випорожнення стають рідкими, з неприємним запахом, іноді з домішками крові. Діарея триває 2-4 дні. Можливі рецидиви хвороби [21].

Стафілококовий токсикоз патогенетично принципово відрізняється від харчових токсикоінфекцій, спричинених іншими бактеріями, у виникненні й розвитку яких беруть участь і інтоксикаційний, і інфекційний фактори [16]. Більшість авторів вважає, що стафілококова інтоксикація є кишковим токсикозом, для розвитку якого досить попадання в організм тільки одного ентеротоксину збудника [12, 16, 17]. Стафілококовий токсикоз спричиняють частіше стафілококи, які продукують ентеротоксини. У клінічній практиці [12] рекомендують користуватися наступною класифікацією стафілококового токсикозу і ентероколіту. Вид збудника: *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus* тощо. Клінічні форми: гастрит, гастроентерит, гастроентероколіт, ентерит, ентероколіт.

Інкубаційний період при стафілококовому токсикозі короткий, в середньому 2-4 год, рідко – 30 хв-12 год. Початок хвороби гострий з розвитком синдрому гострого гастриту або гастроентериту, загальної інтоксикації, порушенням функцій серцево-судинної системи; перебіг короткочасний і швидко поліпшення стану хворих.

Захворювання розпочинається з інтенсивного переймистого болю в епігастральній ділянці. Швидко наростає слабкість, біль голови, запаморочення, приєднується блювота, одноразова або повторна, в тяжких випадках невгамовна, протя-

гом 1-2 діб. Температура тіла у більшості випадків нормальна, рідко підвищується до 2-4 діб. Пронос триває протягом 1-3 діб. При огляді хворого привертає увагу загальмованість, адинамія. Шкіра і слизові оболонки бліді. Живіт при пальпації болючий в епігастрії, рідше – навколо пупка. Клінічне одужання настає у більшості випадків протягом 1-3 діб [12, 16].

Ентеровірусна діарея – гостра інфекційна хвороба, що викликається вірусами Коксакі, ЕСНО, супроводжується проносом і схильна до епідемічного розповсюдження, переважно в зимово-весняний період. Джерелом збудника є вірусоносії та хворі люди. Збудник виділяється у довкілля з калом (протягом 3-5 тиж.) і слизом з верхніх дихальних шляхів (7-10 днів). Відповідно, можуть реалізуватися фекально-оральний і повітряно-крапельний механізми передачі.

Інкубаційний період становить в середньому 3-4 доби. Хвороба розпочинається гостро з підвищення температури тіла до 38 °С (тримається перші 2-3 дні), болю голови, слабкості, нудоти, можливе одно-дворазове блювання. Пронос з'являється уже в перші години, до 8-10 разів на добу, кал рідкий, з домішками слизу. Живіт помірно здутий, при пальпації болючий, прослуховується гурчання кишок. Кишкові розлади припиняються через 5-7 днів [3, 22].

Ротавірусна хвороба – гостра кишкова інфекція, що спричиняється представником з роду *Rotavirus*. Характеризується високою контагіозністю і вогнищевістю. Передається від хворого чи реконвалесцента, частіше контактнo-побутовим шляхом. Можливе внутрішньолікарняне поширення, а також водні та харчові спалахи [23]. Згідно з даними ВООЗ, 20-40 % тяжких діарей пов'язані з ротавірусною інфекцією. Хворіють частіше діти віком до 2 років.

Інкубаційний період триває від 16 год до 7 діб, частіше – 1-3 доби. Основними клінічними формами є гастроентеритна та ентеритна. Початок хвороби гострий, короткий початковий період проявляється нездужанням, бурчанням і неприємними відчуттями в животі, болем голови, помірними катаральними явищами [23]. Першими ознаками хвороби є блювання та пронос. Блювання виникає раніше від проносу, повторюється не більше 3-5 разів. Виникають імперативні поклики до дефекації. Випорожнення рясні, водянисті, пінисті, жовтого чи рідше жовто-зеленуватого кольору, без домішок, з різким запахом. Виникають помірний біль у верхній половині живота і голосне бурчання. Гарячка частіше субфебрильна, нетривала. Ступінь



тяжкості недуги легкий чи середній, хвороба триває 5-7 діб, рідко понад 10 діб [22].

Важливими відмінними ознаками ротавірусної інфекції, які не спостерігаються при інших діарейних захворюваннях, є ін'єкція судин склер, гіперемія кон'юнктиви, слизової оболонки м'якого піднебіння, піднебінних дужок, язичка і задньої стінки глотки, набряклість її, ознаки риніту [22].

У нозологічному розшифруванні діарейних захворювань велика роль належить всебічному клінічному обстеженню хворого. Вирішальне значення мають не стільки дані лабораторних аналізів із виявленням збудника, скільки оцінка комплексного обстеження хворого та спостереження за ним у динаміці.

Для всіх захворювань спільною ознакою є діарея, але тільки при шигельозі випорожнення мають домішки слизу і крові, іноді у вигляді «ректального плевка», з тенезмами, при інших захворюваннях – рясні, водянисті, при гастроентероколітній формі сальмонельозу і кампілобактеріозі – іноді з домішкою крові.

Нудота і блювання при шигельозі бувають рідко, при решті захворювань – постійна ознака, блювання повторне, багаторазове. Біль у животі часто сильний, переймистий, при шигельозі локалізується у лівій здухвинній ділянці, при сальмонельозі – в епігастральній, рідше – в ілеоцекальній ділянці, при інших хворобах – розлитий або локалізований в підчеревній і навколупупкової ділянках. Бурчання в животі не буває тільки при шигельозі, рідко буває при сальмонельозі і кампілобактеріозі.

Зміни слизової оболонки м'якого піднебіння відзначаються тільки при ентеровірусних діареях і ротавірусному гастроентериті.

Захворювання з діарейним синдромом частіше пов'язані з вживанням недоброякісних продуктів, при шигельозі і кампілобактеріозі – переважно у вигляді спорадичних випадків, при інших захворюваннях можливі спалахи.

Зараз зростає роль змішаних інфекцій, що відображає реально існуючий процес мікроекологічних зрушень у людській популяції. За даними різних авторів, поширеність змішаних кишкових інфекцій коливається в межах від 7,3 до 70 %. Їх можна охарактеризувати як якісно нову патологію, що вирізняється розвитком симптомокомплексу, пов'язаного з поєднаними інфекціями.

Частою комбінацією, передусім у дітей, є ротавірусно-шигельозна інфекція. Таку асоціацію спостерігали у 25 дітей і порівняли з моноротавірусною

хворобою [24]. Змішана ротавірусно-шигельозна інфекція розпочиналася гостро з появи всіх симптомів на 1-2-й день від початку недуги. Частіше розвивалися інтоксикація та токсикоз I ступеня. Переважало ураження товстої кишки, водяниста діарея часто поєднувалася з гемоколітом. Частіше бували болі в животі, більше зліва і за ходом товстої кишки. Гарячка була короткочасною, але високою (у 20 % понад 39 °С). Кишковий синдром комбінувався з ознаками респіраторного захворювання. У цілому змішана ротавірусно-шигельозна інфекція має тяжчий перебіг, ніж кожна з них окремо.

Захворювання на бактерійні діареї необхідно диференціювати з отруєнням грибами, постраждалі від вживання яких нерідко госпіталізуються з діагнозом харчової токсикоінфекції, гострої дизентерії тощо.

Отруєння токсичними грибами в Україні займають одне з перших місць у структурі харчових отруєнь небактерійної природи, перетворившись із суто медичної проблеми в соціально-економічну [25], передусім через різке збільшення числа отруєнь [26-28], тяжкий клінічний перебіг і високу летальність. Загальна летальність при отруєнні грибами складає 10-25 %, а при отруєнні блідою поганкою сягає 90 % [25, 29-31]. Ситуація зумовлена низкою причин – кліматичними особливостями, соціально-економічними негараздами, недостатнім досвідом у населення розпізнавання грибів тощо [32, 33].

Флора України налічує біля 80 видів отруйних грибів, однак найчастіше отруєння спричиняють 20-25 їх видів [34]. Залежно від клінічних проявів отруєння, зумовлених системно-органною тропністю грибних токсинів, отруйні гриби поділяють на три групи: 1) гастроентеротропні; 2) нейротропні та 3) гепатонейротропні [35]. У таблиці 1 отруйні гриби наведені за ступенем зменшення токсичності. У вітчизняній літературі, крім блідої поганки, відсутні випадки отруєнь іншими гепатонейротропними грибами.

Отруйні гриби першої групи містять речовини, які мають місцеву подразнюючу дію на слизові оболонки травного каналу. Хімічний склад цих речовин майже не вивчався [34].

Латентний період при отруєнні гастроентеротропними грибами триває від 30 хв до 2 год. Клініка захворювання характеризується картиною гострого гастроентериту: різкий біль у верхній половині живота, нудота, блювання, пронос. Ознаки загальної інтоксикації організму виражені у різному ступеню. Видужання настає через 1-2 доби [36].



## Клінічна класифікація отруйних грибів

Група отруйних грибів		
Гастроентеротропні	Нейротропні	Гепатонефротропні
1. Ентолома отруйна, V-IX 2. Рядовка отруйна, VIII-X 3. Опеньок несправжній сірчасто-жовтий, VIII-XI 4. Печериця темно-лоскутна, V-IX 5. Печериця отруйна, V-X 6. Ентолома сіра отруйна, IX-XI 7. Опеньок несправжній, IX-XI	1. Іноцибе Патуйяра, V-VIII 2. Іноцибе смугастий, IX-XI 3. Клітоцибе білуватий, IX-XI 4. Клітоцибе червонуватий отруйний, VII-X 5. Клітоцибе воскоподібний, VII-X 6. Мухомор червоний, VII-X 7. Мухомор пантерний, VII-X	1. Бліда поганка зелена, VI-X 2. Бліда поганка біла, VI-X 3. Бліда поганка жовта, VI-X 4. Сморж звичайний, IV-V 5. Павутинник оранжево-червоний, IX-X 6. Гриб парасолька цегляно-сіро-червоний, IX-X 7. Гриб парасолька коричнево-вишневий, IX-X

Примітка. Римськими цифрами позначені місяці збирання.

Токсичними складовими нейротропних отруйних грибів є алкалоїди мускарин, мускаринин, іботенова кислота тощо, а також близько 10 біогенних амінів, які чинять на організм сильну фізіологічну дію. Встановлена хімічна структура цих токсинів, їх кількісний склад в окремих видах грибів. Так, наприклад, безумовно смертельна доза мускарину для людини міститься у 40-80 г іноцибе Патуйяра, у 50-100 г клітоцибе червонуватого та у 3000-4000 г мухоморів червоного і пантерного. Отруєння цими грибами бувають рідко, проте перебігають вони тяжко, іноді навіть зі смертельним вислідом [34, 37].

При отруєнні нейротропними грибами перші клінічні симптоми з'являються через 30 хв - 2 год від часу вживання. При переважанні у грибах мускарину в клінічній картині отруєння превалюють симптоми ураження вегетативної нервової системи (надмірне пото- і слиновиділення, сльозотеча, рясні виділення з носа, звуження зіниць, брадикардія) і травного каналу (нападоподібний біль у животі, нудота, блювання, пронос). При переважному вмісті у грибах мускаринину у хворих відзначається розширення зіниць, сухість слизових оболонок і шкіри, запаморочення, сплутана свідомість, збудження, марення, галюцинації, судоми, тахікардія [38].

Влітку і восени найчастіші та найтяжчі отруєння викликає бліда поганка, токсичність якої зумовлена циклічними поліпептидними аманіто- і фаллотоксинами [39].

Латентний період при отруєнні блідою поганкою триває від 6 год до 2 діб і більше. Для отруєння характерні раптово виникаючі та швидко наростаючі симптоми ураження травного каналу: різкі болі в животі (іноді нестерпні, колькоподібні), нудота, блювання, профузний пронос з тенезмами. У блювотних масах і випорожненнях часто

можна виявити шматки грибів, слиз і кров. Внаслідок великої втрати води та солей виникають сильна спрага, слабкість, адинамія, розлади кровообігу (акроціаноз, холодні кінцівки, судоми, особливо у литкових м'язах). З першого ж дня з'являються ознаки зниження функціональної здатності печінки і нирок, які з 3-ї доби можуть призвести до гострої печінково-ниркової недостатності і коми [40-42].

Отруєння в усіх випадках розпочинається симптомами ураження травного каналу, а попередній діагноз ґрунтується на тривалості латентного періоду, який у 1-2-й групах не перевищує 3 год з часу вживання грибів, у 3-й групі – не раніше 5 год, нерідко 1-2 доби і більше. Слід зауважити, що короткий латентний період (1-4 год) може бути зумовлений наявністю у грибній страві, крім блідої поганки, інших отруйних грибів з 1-ї та 2-ї груп. У таких випадках велике значення має визначення рівня АлАТ, який підвищується тільки у випадках отруєння гепатонефротропними грибами.

Отруєння можуть бути спричинені й їстівними грибами, які є добрим живильним середовищем для різноманітних організмів і які не завжди призводять до помітного псування грибів, але викликають харчову токсикоінфекцію, спричинену сальмонелами і стафілококами [43].

Гриби, які ростуть у районах з інтенсивно розвиненим виробництвом, поблизу автомагістралей, можуть накопичувати у своєму міцелії і плодових тілах значну кількість токсичних солей важких металів, продуктів неповного згорання автомобільного пального, сільськогосподарських фосфорорганічних і хлорорганічних отрутохімікатів і спричиняти захворювання з діарейним синдромом [11, 44, 45].

При постановці діагнозу у хворих з гострим діарейним синдромом, зокрема при шигельозі, сальмонельозі, харчовій токсикоінфекції, стафілококо-



Таблиця 2

Основні клінічні прояви кишкових інфекцій та отруєнь токсичними грибами

Клінічний критерій	Шигельоз	Сальмонельоз	Харчова токсикоінфекція	Стафілококовий токсикоз	Отруєння грибами	
					гепатонефротропними (блідою поганкою)	гастроентеротропними
Анамнез	Вживання інфікованої їжі, контакт з хворим. Спорадичні захворювання	Вживання недоброякісних продуктів. Групові захворювання	Вживання недоброякісних продуктів. Масові захворювання	Вживання недоброякісних продуктів. Часто масові захворювання	Вживання грибів. Частіше сімейні випадки	Вживання грибів. Частіше сімейні випадки
Сезонність	Частіше літом	Літо	Літо-осінь	Немає	Липень-жовтень	Травень-жовтень
Інкубаційний період	12 год – 7 діб	2-6 год – 2-3 доби	30 хв – 24 год	30 хв – 6 год	6 год – 3 доби	20 хв – 2 год
Початок хвороби	Гострий	Раптовий	Раптовий	Бурхливий	Гострий	Гострий
Блювання	+	+++	+++	+++	++++	+++
Біль у животі	+++	+++	+++	+++	++++	++
Ентерит	+	+++	+++	+++	++++	+++
Коліт	++++	++	-	-	+++	-
Тенезми	+++	+	-	-	+	-
Випорожнення	Ректальний пювок	Рясні, водянисті	Рясні	Рясні, водянисті, смердючі	Рясні, водянисті	Водянисті
Слиз у калі	+++	+	+	-	++	-
Кров у калі	+++	+	-	-	++	-
Спазм і болючість сигмоподібної кишки	+++	+	-	-	+	-
Ураження	печінки	+	-	-	++++	-
	нирок	-	-	-	+++	-
	нервової системи	+	+	+	++++	+
	серцево-судинної системи	+	+	++	+++	+++

Примітки: ++++ – симптоми виражені різко, +++ – добре, ++ – помірно, + – бувають рідко, - – відсутні.

вому токсикозі, необхідно мати на увазі отруєння токсичними грибами.

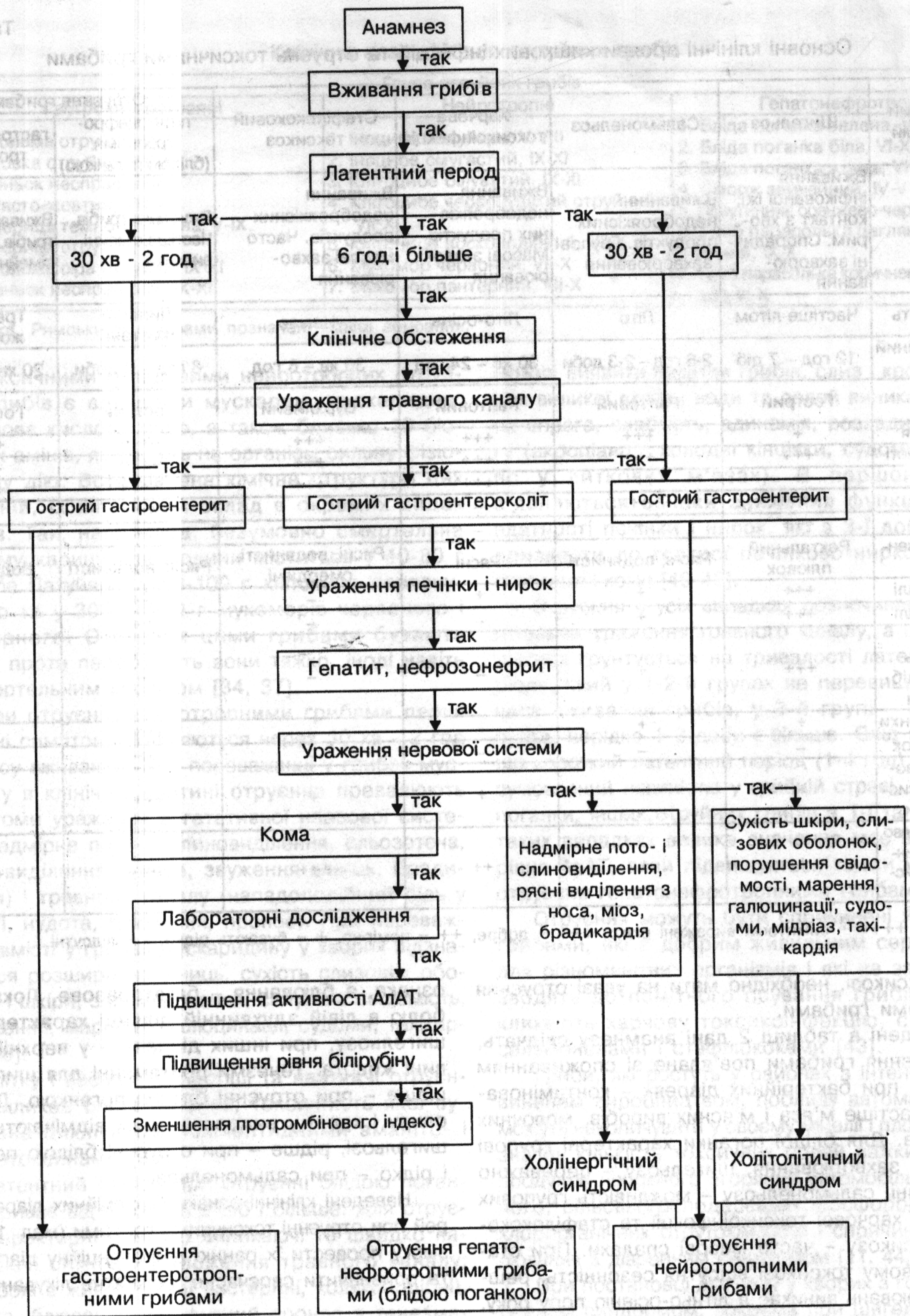
Наведені в таблиці 2 дані анамнезу свідчать, що отруєння грибами пов'язане зі споживанням останніх, при бактерійних діареях – контамінованої їжі, частіше м'яса і м'ясних виробів, молочних продуктів. Для блідої поганки характерні групові (сімейні) захворювання, шигельозу – переважно спорадичні, сальмонельозу – можливість групових спалахів, харчової токсикоінфекції та стафілококового токсикозу – часто масові спалахи. При стафілококовому токсикозі відсутня сезонність, решта захворювань виникає в літньо-осінню пору року.

Нудота і блювання при шигельозі бувають рідко, в інших випадках нудота майже постійна

ознака, а блювання – багаторазове. Локалізація болю в лівій здухвинній ділянці характерна для шигельозу, при інших діареях – у верхній половині живота. Тенезми притаманні для шигельозу, рідше – при отруєнні блідою поганкою. Домішки слизу і крові у випорожненнях відмічаються при шигельозі, рідше – при отруєнні блідою поганкою і рідко – при сальмонельозі.

Наведені клінічні ознаки бактерійних діарей і діарей при отруєнні токсичними грибами (мал. 1) дають змогу провести їх ранню диференційну діагностику та призначити своєчасне адекватне лікування.





Мал. 1. Діагностичний алгоритм отруєнь токсичними грибами.



## Література

1. Губский Ю.И., Долго-Сабуров В.Б., Храпак В.В. Химические катастрофы и экология. – Киев: Здоров'я, 1993. – 223 с.
2. Храпак В.В. Природно-географічна та соціальна обумовленість ризику уражень отрутами біологічного походження // *Соврем. проблемы токсикологии.* – 1999. – № 2. – С. 4-13.
3. Андрейчин М.А., Козько В.М., Копча В.С. Шигельоз. – Тернопіль: Укрмедкнига, – 2002. – 362 с.
4. Barwick R.S., Levy D.A., Beach M.J. et al. Surveillance for waterborne-disease outbreaks United States, 1997-1998 // *MMWR.* – 2000. – V. 49. – P. 84-88.
5. Солодовников Ю.П. Водные эпидемии (крупные вспышки) дизентерии Зонне – миф или реальность? // *Журн. микробиол.* – 1998. – № 5. – С. 112-118.
6. Maurer A.M. A waterborne outbreak of small round structured virus, campilobacter and shigella co-infections in Neuveville, Switzerland, 1998 // *Epidemiol. Infect.* – 2000. – V. 125, N 2. – P. 325-332.
7. Шмитт К.К., Мейсик К.С., О'Бразн А.Д. Бактериальные токсины: друзья или враги? // *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* – 2000. – Т. 2, № 1. – С. 30-44.
8. Dulont H.L. Shigella species (bacillary dysentery) // *Principles and practice of infectious diseases / Ed. Mandell I.L., Bennett J.E., Dolin R.* – 5th ed. – Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000. – P. 2363-2369.
9. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Инфекционные диареи // *Рос. мед. журн.* – 2001. – Т. 9, № 16-17. – С. 27-30.
10. Журкин А.Т., Макарова Т.В., Ставицкая Е.Л. Особенности современного течения дизентерии в Санкт-Петербурге // *Клин. медицина.* – 1996. – № 9. – С. 32-33.
11. Покровский В.И., Килессо В.А., Ющук Н.Д. Сальмонеллез: этиология, эпидемиология, клиника, профилактика. – Ташкент: Медицина, 1989. – 344 с.
12. Андрейчин М.А., Ивахив О.Л. Бактериальные диареи. – Киев: Здоров'я, 1998. – 418 с.
13. Juzczyk J., Gladysz A. Diagnostyka roznicowa chorob zakaznych. – Warszawa: Panstwowy Zaklad Wydawnictw Lakarskich, 1989. – 168 с.
14. Бобровицька А.І., Герасименко О.І. Сальмонельозна інфекція у дітей. – Донецьк, 2000. – 210 с.
15. Андрейчин М.А., Карімов І.З. Ефективність застосування бемітилу в комплексному лікуванні сальмонельозу // *Інфекційні хвороби.* – 2005. – № 2. – С. 53-56.
16. Постовит В.А. Пищевые токсикоинфекции. - Л.: Медицина, 1984. – 280 с.
17. Ребенок Ж.А. Пищевая токсикоинфекция. – Мн.: Бел. навука, 2004. – 271 с.
18. Slutsker L., Ries A.A., Greene K.D. et al. Escherichia coli O157:H7 diarrhea in the United States: clinical and epidemiologic features // *Ann. Intern. Med.* – 1997. – V. 126. – P. 505-513.
19. Кирик Д.Л., Шабловская Е.А., Пинчук И.В. Изучение роли "молочного" фактора передачи кампилобактериозной инфекции // *Журн. микробиол.* – 1997. – № 3. – С. 30-33.
20. Богомоллов Б.П. Диарея в дифференциальной диагностике инфекционных болезней // *Клин. медицина.* – 1997. – № 7. – С. 8-12.
21. Иванов К.С., Иванов А.И. Диагностика острых диарейных инфекций // *Там же.* – 1992. – № 7-8. – С. 64-69.
22. Васильев Б.Я., Васильева Р.Н., Лобзин Ю.В. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция. – СПб: Лань, 2000. – 272 с.
23. Воротынцева Н.В., Мазанкова Л.Н. Острые кишечные инфекции у детей. – М.: Медицина, 2001. – 480 с.
24. Черній В.І., Степанюк В.А. Динамічна тензіометрія крові як критерій оцінки ефективності лікування печінкової недостатності у хворих з гострим отруєнням грибами // *Укр. журн. екстрем. медицини ім. Г.О.Можаяєва.* – 2005. – Т. 6, № 2. – С. 46-49.
25. Циганенко О.І., Матасор І.Т., Григор'єва Л.І. Матеріали про грибні отруєння серед населення України. – Київ, 1997. – 100 с.
26. Семенюк Ю.С., Мельничук А.В., Семенчик К.П. Отруєння блідою поганкою – шляхи реального прогресу // *Біль, знеболення і інтенсивна терапія.* – 2001. – № 2 (д). – С. 66-70.
27. Вороб'єв К.П. Прогностические модели исходов отравлений ядовитыми грибами // *Там само.* – 2004. – № 2. – С. 34-44.
28. Черний В.И., Кузнецова И.В., Тюменцева С.Г. и др. Фульминантная недостаточность печени как проявление отравления гепатотоксичными грибами (обзор литературы и собственные данные) // *Там само.* – 2003. – № 3. – С. 61-69.
29. Beer J.H. Der falsche Pilz. Diagnose und Therapie der Pilzvergiftungen, Speziell der Knollenblatterpilzgiftung // *Schweiz. Med. Wochenschr.* – 1993. – Bd. 123, N 17. – S. 892-905.
30. Schiodt F.V., Ott P., Bondesen S. Poisoning by green and white mushrooms at a special hepatology unit, 1989-1994 // *Ugeskr-Laeder.* – 1995. – V. 157, N 31. – P. 4350-4354.
31. Бойчук Б.Р. Отруєння грибами. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1997. – 200 с.
32. Кузьменко С., Локай Б., Бойчук Б. Отруєння грибами в медико-екологічному аспекті // *Українські медичні вісті. VII Конгрес СФУЛТ.* – Ужгород, 1998. – Т. 2, Ч. 1-2. – С. 200-203.
33. Зерова М.Я., Єлін Ю.Я., Коз'яков С.М. Гриби (їстівні, умовно їстівні, неїстівні, отруйні). – Вид. 3-є, доп. та переробл. – Київ: Урожай, 1979. – 232 с.
34. Кузьменко С.А. Клиническая диагностика и лечение отравлений ядовитыми грибами // *Врачеб. дело.* – 1975. – № 3. – С. 81-85.
35. Бойчук Б.Р. Особливості клінічного перебігу отруєнь гастроентеротропними грибами // *Актуальні питання клінічної і експериментальної медицини: Тези наук. конф.* – Тернопіль, 1994. – С. 10-12.
36. Лудевиг Р., Лос К. Острые отравления: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1983. – 180 с.



38. Могош Г. Острые отравления. – Бухарест: Медиздат, 1984. – С. 542-543.

39. Wieland Th., Faulstich H. Amatoxins, phallotoxins, phallolysin and antamanide, the biologically active components of poisonous Amanita mushrooms // CRS Crit. Rev. Biochem. – 1978. – V. 5, N 3. – P. 185-260.

40. Локай А.И. Отравления бледной поганкой // Вопр. питания. – 1969. – № 5. – С. 80-82.

41. Бродов Л.Е., Кареткина Г.Н., Ющук Н.Д. и др. Клинические проявления отравлений бледной поганкой // Сов. медицина. – 1984. – № 12. – С. 109-113.

42. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления. – М.: Медицина, 1989. – 432 с.

43. Дудка И.А., Вассер С.П. Грибы. Справочник миколога и грибника. – Киев: Наукова думка, 1987. – 535 с.

44. Дагаев В.Н., Лужников Е.А., Казачков В.И., Держак В.Д. Анализ массовых грибных отравлений в Российской Федерации за период с 1990 по 1992 гг. // Токсикол. вестник. – 1993. – № 2. – С. 8-11.

45. Кійко Л.Г., Васильева Н.А. До диференціальної діагностики гострих кишкових інфекцій та отруень солями важких металів // Інфекційні хвороби. – 1998. – № 3. – С. 58-59.

© Галнікіна С.О., 2006  
УДК 616.98:579.834.114

С.О. Галнікіна

## ХВОРОБА ЛАЙМА У ЗАПИТАННЯХ І ВІДПОВІДЯХ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

### 1. Чому ця хвороба має таку назву?

Це пов'язано з тим, що вперше у 1975 р. в м. Лайма (США) було зареєстровано спалах цієї хвороби. Існує інша назва – мігруюча еритема, яка радше відображає лише шкірний синдром патології.

### 2. Яка причина виникнення хвороби Лайма (ХЛ)?

Збудником хвороби є спірохета *Borrelia burgdorferi* (виділена 1984 р.). Переносником – кліщі роду *Ixodes*. Спірохети живуть у їх травному каналі. Як і сифіліс, хвороба уражає багато органів і може імітувати інші захворювання.

### 3. Яким чином збудник потрапляє в організм людини?

Це відбувається при безпосередніх укусах кліщів. З контамінованою кров'ю тварин борелії потрапляють у гемолімфу та слинні залози кліщів, які з цього моменту спроможні передавати збудника через слину при укусі. Цікавим є той факт, що цю здатність вони зберігають впродовж усього життя і можуть успадкувати її трансваріально.

### 4. Скільки триває інкубаційний період при хворобі Лайма?

Як правило, він становить від 3 до 21 доби, однак у середньому ураження шкіри з'являється через 9 днів після укусу кліща.

### 5. Як можна характеризувати дерматологічні симптоми при хворобі Лайма?

Є три типи уражень шкіри, асоційованих з

ХЛ. Насамперед, це мігруюча еритема. Частота її виникнення від 72 до 80 % випадків. На місці укусу кліща виникає невелика червона пляма, яка відносно швидко (до 0,5 см на добу) розповсюджується ексцентрично. Центральна частина набуває блідо-ціанотичного забарвлення, а периферична у вигляді еритемного кільця продовжує розширюватись і через декілька тижнів чи місяців його діаметр сягає 20-70 см. По периферії вогнища – суцільна рівна або дещо звивиста еритемна облямівка завширшки 2-6 мм. Згодом кільце розпадається на фрагменти і блідне. Суб'єктивні відчуття при цьому відсутні, хоча інколи може бути незначний свербіж. Навіть за відсутності лікування еритема зникає через 3-4 тижні.

Наступною дерматологічною ознакою ХЛ можна вважати доброякісну лімфоплазію шкіри або *Borrelia*-лімфоцитому. Це один, рідше декілька напівпрозорих червоно-коричневих, синюшних вузлів, без суб'єктивних відчуттів, діаметром 3-5 см на голові, мочках вух, ареолах сосків, кінцівках. Вона розвивається лише в 0,6-1,3 % випадків хвороби Лайма. У нелікованих випадках може розвинути хронічний атрофічний акродерматит з персистенцією збудника. Він був описаний приблизно в 10 % пацієнтів із ХЛ в Європі і значно рідше в США. Хронічний атрофічний дерматит починається