

© Бондарев Л.С., Кірієнко В.Т., Чебаліна О.А., 2005  
УДК 616.428-002:616.83

**Л.С. Бондарев, В.Т. Кірієнко, О.А. Чебаліна**

## **УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ФЕЛІНОЗІ**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Після першого опису фелінозу (доброякісного лімфоретикульозу, хвороби котячої подряпини, хвороби Дебре) опубліковано багато робіт, в яких представлені варіанти клінічних проявів, епідеміологія, принципи діагностики цього захворювання [1-4].

Підкреслюючи доброякісний характер фелінозу, описують зміни в місці проникнення збудника, більш-менш виражений, переважно регіонарний, рідше генералізований лімфаденіт і, як правило, слабкі загальнотоксичні прояви. Разом з тим, поряд з типовими формами фелінозу, можливий розвиток атипичних варіантів, зокрема окуло-гландулярного синдрому Паріно, системних уражень внутрішніх органів, а також ураження центральної та периферичної нервової системи.

За даними W. Geraed, M. Fisher, що узагальнювали клінічну картину фелінозу в 900 хворих, такий перебіг спостерігається рідше, ніж в 1 % випадків [5].

Ми спостерігали двох хворих, у яких феліноз проявлявся тяжким ураженням центральної нервової системи.

*Хвора П., 42 роки, через два дні після того, як в ділянці правого стегна була подряпана кішкою, виявила в правій паховій ділянці збільшений лімфатичний вузол.*

*У наступні дні відзначила наростаючу загальну слабкість, порушення сну, біль голови. З 8-9-го дня оточуючі звернули увагу на те, що хвора стала загальмованою, забудькуватою й гірше орієнтувалася в навколишньому оточенні. Відповідно до рекомендацій хірурга приймала цефазолін. Госпіталізована в нейрохірургічне відділення, а на 14-й день хвороби – у клініку інфекційних хвороб. Стан тяжкий. Притомність сплутана, не орієнтується в місці й часі. Періодично виникало психомоторне збудження. Пульс 100 за 1 хв. Температура тіла 37,2 °С. При дослідженні серця, органів дихання й черевної порожнини зміни не виявлені. Ригідність м'язів потилиці, симптоми Керніга й Брудзинського не яскраві. Ознак ураження черепних нервів, порушення чутливості не виявлено. Сухожилльні рефлексів підвищені. На шкірі правого стегна численні сліди подряпин і дрібні папули. У правій паховій ділянці – болючий при пальпації лімфовузол величиною 4-5 см.*

*При дослідженні спинномозкової рідини, КТ головного мозку, офтальмоскопії зміни не виявлені. У крові нормоцитоз, невелике збільшення паличкоядерних нейтрофілів (9 %).*

*Повторні серологічні дослідження з діагностикумами тугляремії й орнітозу негативні. З урахуванням описаних змін запідозрено феліноз. Проводилася дезінтоксикаційна (інфузія*

*розчинів натрію хлориду, 5 % глюкози) і седативна терапія, а також призначалися рибоксин, актовегін. Поступове поліпшення стану відзначене з 17-го дня хвороби, а до 25-27 днів – видужання. При виписці нерізкі симптоми астенизації.*

*Хвора Т., 41 рік, госпіталізована в клініку на 4-й день хвороби. Захворювання почалося різкою загальною слабкістю й сонливістю. З 3-го дня хвороби – сильний біль голови. На 4-й день знепритомніла, температура тіла не підвищувалася. Стан тяжкий. Різко загальмована. Спілкуванню недоступна. Періодично виникало рухове збудження. Підвищений тонус згинальних м'язів рук, виражені симптоми Керніга, Брудзинського й ригідність м'язів потилиці. Фотореакція й больова чутливість збережені. Ознаки ураження черепних нервів не виявлені. На шкірі лівого передпліччя невелика інфільтрація тканини, гіперемія й подряпини, що гоїлися. У правій паховій ділянці – болючий при пальпації, щільний, рухливий лімфовузол діаметром 2-2,5 см. Пульс 92 за 1 хв, ритмічний. Артеріальний тиск 110 і 70 мм рт. ст. При дослідженні органів дихання, серця, черевної порожнини зміни не виявлені. У крові лейкоцитоз (16,4 Г/л), анеозинофілія, збільшення паличкоядерних елементів (12 %). Тиск спинномозкової рідини підвищений, цитоз 29 в 1 мм<sup>3</sup> (50 % лімфоцитів, 50 % нейтрофілів), білок 1,050 г/л.*

*За два тижні до захворювання подряпана кішкою (у будинку 9 кішок). З урахуванням епідеміологічних даних запідозрений феліноз, що проявлявся менінгоенцефалітом. Проводилася дезінтоксикаційна й дегідратаційна терапія, призначався діазолін. Виписана в задовільному стані до 35-го дня від початку хвороби.*

*Ретроспективно в обох випадках діагноз фелінозу підтвердився серологічним дослідженням крові (ІФА), виконаним у Німеччині (Berlin, Labor. Dr. Rödger, Medizinisch-diagnostische Institute).*

*Наведені дані, ілюструючи своєрідні прояви фелінозу, побічно свідчать про те, що це захворювання, очевидно, виникає значно частіше, ніж виявляється.*

### **Література**

1. Бялик А.Я., Огнерубов И.Я., Станкевич Т.И. Доброкачественный лимфоретикулез // Журн. клин. медицины. – 2000. – № 4. – С. 120-121.

## КОРОТКИ ПОВІДОМЛЕННЯ

2. Маколенко К.К., Єлоєва З.В., Манжела Л.Я. Особливості діагностики доброякісного лімфоретикульозу в дітей // Важливі зоонози. – Тернопіль, 2000. – С. 84-85.

3. Слученкова Л.Д. Бартонеллезная инфекция – доброкачественный лимфоретикулез (болезнь кошачьей царапины) у детей // Педиатрия. – 2000. – № 6. – С. 42-46.

4. Ledina D., Rincic J., Ivic I. et al. A child with bartonella henselae osteomyelitis of the right humerus // Acta Dermatovenereol. Croat. – 2004. – V. 12. – P. 92-97.

5. Поляков В.И., Алексеевских Ю.Т., Воробьева М.Л. Фелиноз (лимфоретикулез доброкачественный) // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – № 1. – С. 51-53.

© Колектив авторів, 2005.  
УДК 616,972-06:616,1/4+616,8

**В.І. Савчак, О.І. Хара, Є.І. Китай, М.Т. Ковальчук, Г.О. Хара**

## **УРАЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ, НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА ОРГАНІВ ЧУТТІВ СИФІЛІТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Як і при інших хворобах, впродовж останніх десятиліть зміни патоморфозу торкнулися і сифілітичної інфекції. Поряд із типовими симптомами частіше спостерігають атипові форми, почастишали також ураження в ранніх періодах сифілісу центральної нервової системи, внутрішніх органів, органів чуттів. І часто такі ураження на час обстеження хворих не супроводжуються ураженнями шкіри чи слизових оболонок, доступних для візуального спостереження, що утруднює діагностику. В окремих випадках ці дані можна отримати в процесі цілеспрямованого збирання статевого анамнезу, а в більшості питань з'ясовується після отримання позитивних результатів серологічних реакцій (RW, РІФ, РІБТ) чи орієнтовних реакцій (мікрореакція) з подальшим дообстеженням.

Можливими причинами такої ситуації називають зниження загальної імунної реактивності організму, несприятливий вплив довкілля, часте вживання трепонемоцидних антибіотиків у дозах, не достатніх для ліквідації сифілітичної інфекції (пеніциліни, цефалоспорины, тетрацикліни, еритроміцин тощо).

Впродовж останніх років автори спостерігали декількох таких хворих.

Наводимо спостереження.

*Хворий Б., 22 роки, переведений з хірургічного відділення у зв'язку з виявленою позитивною реакцією Вассермана. Вважав себе хворим впродовж місяця, коли відчув тяжкість і болі в епігастрії, зниження апетиту, з'явилися нудота, блювання. Обстежений терапевтом і хірургом. Діагноз: панкреатит (?), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (?).*

*Направлений в хірургічне відділення обласної лікарні, де всебічно обстежений (гастроскопія, рентгенографія шлунка, двічі гастробіопсія не підтвердили наявності злоякісної пухлини). Була діагностована виразкова хвороба шлунка. Запро-*

*понована операція, від якої хворий відмовився. Після отримання позитивного результату реакції Вассермана переведений в обласний шкірно-венерологічний диспансер. Загальний стан хворого не порушений. При об'єктивному обстеженні виявлена болючість при пальпації в епігастральній ділянці; розеоли, переважно на шкірі бокових поверхонь тулуба; поодинокі папули на шкірі статевого члена – щільні, негостро запального характеру з бурим відтінком і незначним луценням на поверхні, дрібновогнищеве випадання волосся в тім'яній ділянці і на скронях. Реакція Вассермана позитивна (титр 1:320). З анамнезу з'ясовано, що 5 міс. тому після випадкового статевого контакту була «ранка» на статевому члені, яка сама загоїлася, не лікувалася. Поставлено діагноз: вторинний рецидивний сифіліс, розеола тулуба, сифілітичні папули статевого члена, сифілітична дрібновогнищєва алопеція, сифілітичний ерозивний гастрит. Через тиждень після початку специфічної терапії пеніциліном усі симптоми гастриту зникли. Контрольне обстеження після закінчення лікування показало відсутність патологічних змін слизової оболонки шлунка.*

*Хворий К., 33 роки, лікувався з діагнозом кровоточивої виразки шлунка в терапевтичному стаціонарі безрезультатно. Після виявлення позитивної реакції Вассермана переведений у венерологічне відділення з діагнозом: ранній латентний сифіліс, ерозивний сифілітичний гастрит. Через тиждень після початку специфічної терапії всі симптоми гастриту зникли. Обстежений через 6 міс., здоровий.*

Сифілітичні ураження шлунка можуть траплятись у будь-якому періоді сифілісу, проявлятись у вигляді специфічного гастриту, виразки шлунка і навіть симулювати злоякісні пухлини. Вони не мають якихось специфічних симптомів. У хворих на сифілітичний гастрит («ранній гастросифіліс») можуть спостерігатись втрата апетиту, печія, нудота, блювання, болі в