

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

вертає увагу настання після маніфестного загострення клініко-лабораторної ремісії, що зберігалася через 1 рік спостереження.

У висновку слід ще раз відзначити, що в результаті комплексного обстеження хворих на жовтяничні форми гепатиту В або С у більшості з них був діагностований хронічний гепатит. З одного боку, це послужило підставою розцінити даний стан як загострення (реактивацію) хронічного інфекційного процесу. При цьому клінічна маніфестація захворювання у вигляді «симптомокомплексу гострого гепатиту» у частини хворих виявилася сприятливим чинником щодо прогнозу подальшого перебігу і наслідків інфекції. З іншого боку, отримані дані наводять на думку, що гостра фаза у значно більшому числі випадків, ніж було прийнято вважати колись, перебігає безсимптомно, а кількість хворих, що переносять інфекцію в латентній формі, суттєво вища, ніж передбачалося раніше. Проте недостатня кількість спостережень не дозволяє категорично стверджувати, що такий перебіг інфекційного процесу є справжнім. Крім того, необхідно підкреслити, що тільки результати морфологічного дослідження допомогли встановити кінцевий діагноз. У будь-якому випадку, доцільним є подальше вивчення жовтяничних форм гепатитів В і С, особливо в процесі динамічного спостереження з обов'язковим дослідженням тканини печінки.

### Література

1. Гусев Д.А. Клинико-лабораторная и морфологическая характеристика манифестных форм микст-гепатита В+С у

лиць молодого віксту: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб, 2001. – 22 с.

2. Жданов К.В. Латентные формы вирусных гепатитов В и С у лиц молодого возраста: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2000. – 44 с.

3. Мукомолов С.Л. Вирусный гепатит С. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная характеристика: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1994. – 36 с.

4. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб: ТЕЗА, 1998. – 306 с.

5. Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Вирусные гепатиты. – Рига: Звайгзне, 1988. – 414 с.

6. Виноградова Е.Н. Вирусные гепатиты В и С (проблемы диагностики и терапии): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1997. – 40 с.

7. Афанасьев А.Ю. Клиническое значение оценки спектра и содержания анти-НСV при вирусном гепатите С острого и хронического течения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб, 1998. – 22 с.

8. Тареев Е.М. Эволюция учения о сывороточном гепатите // Сов. медицина. – 1975. – № 5. – С. 27-37.

9. Апросина З.Г., Крель П.Е., Лопаткина Т.Н. и др. Клиническая характеристика, течение и распознавание хронических прогрессирующих поражений печени у больных с наличием в анамнезе острого вирусного гепатита // Терапевт. архив. – 1985. – № 6. – С. 113-118.

© Панкратов С.М., Кулініч М.А., Котік Г.В., 2005  
УДК 616.322-002.2-06

**С.М. Панкратов, М.А. Кулініч, Г.В. Котік**

## **ТОНЗИЛІТЯКМАНІФЕСТНИЙСИНДРОМДЕЯКИХСИСТЕМНИХ ХВОРОБ**

Обласна інфекційна лікарня ім. Г.І. Горбачевського,  
Відділкова лікарня станції, м. Херсон

З початку епідемії дифтерії у 90-х роках минулого століття почалась обов'язкова превентивна госпіталізація хворих на гострі тонзиліти. Серед них, крім дифтерії та інфекційного мононуклеозу, нам траплявся ряд системних захворювань, при яких ангіна була маніфестним синдромом на основний діагноз.

Ангіна (гострий тонзиліт) – це гостре запальне захворювання лімфатичного апарату глотки. За походженням хвороба поліетіологічна. Частіше гострий тонзиліт є самостійним захворюванням, але інколи може бути первинно виявленим синдромом таких хвороб, як туберкульоз, сифіліс та ін.

Нами були вивчені 7 випадків гострих тонзилітів у хворих на сифіліс і 2 випадки у хворих на туберкульоз, які були направлені до інфекційної лікарні у 2000-2002 рр. з первинним діагнозом «ангіна».

Всі хворі на сифіліс були жінками віком з 16 до 35 років. У 5 з них сифіліс був у періоді вторинного раннього, а у 2 – вторинного рецидивного.

У хворих на вторинний ранній сифіліс клінічні прояви ангіни не мали специфічних ознак і не викликали сумнівів у інфекціоністів й отоларингологів. Детальне епідрозслідування не проводилось, тому діагноз «сифіліс» був встановлений тільки після результатів серологічних досліджень.

## КОРОТКИ ПОВІДОМЛЕННЯ

У випадках вторинного рецидивного сифілісу клінічна картина відрізнялась від типової наявністю на мигдаликах і піднебінних дужках папульозних елементів з білою поволокою, яка легко знімалася шпателем, оголюючи при цьому поверхневі ерозії. Біль у горлі був незначний, загальна інтоксикація відсутня.

Наводимо опис клінічного випадку.

*Хвора Ч., 20 років, госпіталізована на 15-й день захворювання. Протягом цього часу відзначала помірний біль у горлі, підвищення температури тіла до 37,5 °С. Порушень загального стану не було.*

*При огляді в момент госпіталізації слизова оболонка ротоглотки без гіперемії, мигдалики збільшені, лакуни розширені. На мигдаликах, піднебінних дужках на ерозивній слизовій оболонці поверхнева білувата поволока, яка легко знімалася шпателем. набряк слизової оболонки ротоглотки незначний. На бокових поверхнях грудної клітки блідий розеолезний висип, на долонях і підшвах – сифіліди. Загальний стан хворої задовільний, температура тіла нормальна. Патології з боку внутрішніх органів не виявлено. Результати загальних аналізів крові й сечі без відхилень від норми. Методом ІФА виявлено anti-Lues IgM. Реакція Вассермана позитивна. Діагноз при направленні – виразково-некротична ангіна, діагноз заключний – сифіліс вторинний, рецидив.*

При туберкульозі ангіна частіше спостерігається при дисемінації процесу. Обидва наші пацієнти – чоловіки віком 32 і 42 роки. Диспансерне обстеження в останній рік перед захворюванням не проходили. Причиною для направлення до інфекційного стаціонару була ангіна, яка супроводжувалась значним больовим синдромом.

*Хворий К., 42 р., був направлений в інфекційну лікарню отоларингологом з діагнозом “виразково-некротична ангіна, стоматит?”*

*До госпіталізації хворів близько 3 міс.: субфебрильна температура, слабкість, біль у горлі, схуднення на 19 кг. Протягом останніх 2 тиж. відмічав посилення болю у горлі, через біль при ковтанні відмовився від твердої їжі. За медичною допомогою не звертався. Після консультації отоларинголога направлений на стаціонарне лікування.*

*При госпіталізації: скарги на різкий біль у горлі, підвищення температури тіла до 38 °С, слабкість. Гіпотрофічний, шкіра бліда із землистим відтінком. У ротоглотці слизова оболонка без гіперемії, піднебінні дужки й мигдалики з поверхневими ерозіями та блідими грануляціями. Фізикальна картина в легенях поліморфна. Рутинні обстеження без особливостей.*

*На основі анамнезу і клінічних даних виставлено діагноз: дисемінований туберкульоз легень, туберкульоз ротоглотки. Рентгенологічні дані підтвердили діагноз.*

Таким чином, синдром тонзиліту може проявлятися у певних стадіях туберкульозу та сифілісу. Відхилення від типових його проявів, а саме: відсутність гіперемії слизової обо-

лонки ротоглотки, слабкий при сифілісі й дуже сильний при туберкульозі біль у горлі, низька температура тіла та відсутність загальної інтоксикації повинні викликати у лікарів певне занепокоєння та увагу до цього синдрому. Крім того, глибоке вивчення епіданамнезу допоможе при встановленні правильного діагнозу.

*У вересні 2003 р. до інфекційної лікарні за направленням отоларинголога з діагнозом ангіна горлового мигдалика госпіталізований хворий К., 51 рік. Він скаржився на біль у горлі, неможливість носового дихання, підвищення температури тіла, слабкість. Захворів біля 10 днів тому. Вдома лікувався аспірином та парацетамолом, але у зв'язку з подальшим погіршенням стану здоров'я звернувся до лікарів і був госпіталізований.*

*При огляді: температура тіла 39,2 °С, збуджений. Внутрішні органи без суттєвих змін. Слизова оболонка носа бліда, пухка, з різким набряком, покрита білою фібринозною поволокою. Такою ж поволокою вкрита носоглотка з частковим переходом на м'яке піднебіння й дужки. Слизова оболонка гортані не змінена. Рентгенологічне дослідження патології у легенях і серці не виявило. Бактеріологічні аналізи на дифтерію були негативними. У загальному аналізі крові ШОЕ 14 мм/год, еозинофіли 20 %.*

*Внаслідок призначення цефтриаксону загальний стан хворого дещо покращився, однак температура тіла зберігалася на рівні 38 °С, носове дихання не покращилося, хоча поволока дещо зменшилася. Виникла підозра на хворобу Вегенера – гіперергічний системний панваскуліт з розвитком у тканинах некротичних гранулом. Гістологічне дослідження підтвердило діагноз.*

*У квітні 2004 р. до інфекційної лікарні за направленням отоларинголога потрапила хвора К., 50 років. Діагноз – гострий лакунарний тонзиліт. Перед цим хвора протягом 5 днів лікувалася (метронідазол, диклофенак, аналгін, ескузан) у проктологічному відділенні з приводу геморою. Загальний аналіз крові був таким: Hb 143 г/л; лейкоц. 3,0 Г/л; тромбоцити 240,0 Г/л; ШОЕ 20 мм/год.*

*При огляді: скарги на біль у горлі, підвищення температури тіла до 38 °С, слабкість. Слизова оболонка горла гіперемована, різкий набряк uvulae. Мигдалики густо вкриті сірою з жовтуватим відтінком поволокою, яка не виходила за їх межі. Шийний лімфаденіт без набряку підшкірної тканини. Серце та легені без змін, дещо збільшена печінка. У загальному аналізі крові падіння загальної кількості лейкоцитів до 1,9 Г/л, зростання лімфоцитів до 87 %. Проведена стерильна пункція, аналіз пунктату вказав на агранулоцитоз. Після проведеного лікування: суворий протиепідемічний режим у боксі, цефтриаксон, преднізолон та нейпоген – стан хворої покращився.*

*У червні 2004 р. дільничний педіатр направив до інфекційної лікарні хвору К., 14 років. Діагноз: виразково-некротична ангіна. Хвороба тривала 2 доби: висока температура тіла, біль у горлі. На момент госпіталізації: значний біль у горлі, температура тіла 38,6 °С; носове дихання без порушень,*

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

слизова оболонка горла ціанотична, мигдалики збільшені, на обох – густа сіривата поволока, набряк дужок з обох сторін. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені до 2 см, болючі, печінка збільшена на 3 см, селезінка – на 2 см. Загальний аналіз крові: Нb 105 г/л, ШОЕ 68 мм/год, лейк. 46,7 Г/л, п. 5 %, с. 15 %, лімф. 5 %, мон. 29 %, юні 1 %, бласти 45 %. Підозра на гострий лейкоз була підтверджена гематологом, хвора була переведена до гематологічного відділення.

Таким чином, легковажне ставлення населення та деяких медичних працівників до захворювання на гострий тонзиліт може супроводжуватися серйозними діагностичними помилками. Превентивна госпіталізація цих хворих доцільна.

Діагностичні помилки, які були допущені лікарями первинної ланки, стали результатом недооцінки діагностичних чинників у комплексі, а саме: анамнезу, клініки та допоміжних методів обстеження.

© Колектив авторів, 2005  
УДК 616.986.7-036.22(477.51)

### **А.Г. Валовенко, Л.І. Місенко, А.І. Хондога, Е.А. Валовенко, Ю.В. Павлішен** **ДЕЯКІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ЕПІЗООТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ** **ЛЕПТОСПІРОЗУ В ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Обласна санітарно-епідеміологічна станція,  
Обласна державна лабораторія ветеринарної медицини, м. Чернігів

Природно-кліматичні умови Чернігівщини, наявність лісів, великої кількості річок, озер, ставків, боліт сприяють збереженню і поширенню такої природно-осередкової інфекції, як лептоспіроз.

Епізоотична ситуація з лептоспірозу в області протягом останніх років (1986-2003 рр.) залишається напруженою. За цей період зареєстрований 61 природний осередок в 14 районах і 3 містах: Чернігові, Ніжині, Прилуках. У 2003 р. виявлені нові осередки в 9 населених пунктах. В області сформувалися великі осередки лептоспірозу, активність яких збільшилась, що привело до активізації й антропоургічних осередків.

У природних осередках лептоспірозу циркулюють різні серовари лептоспір (1992-2003 рр.), але найбільш розповсюджені *Icterohaemorrhagiae* (43 %), *Grippityphosa* (25,5 %), *Canicola* (11,7 %), *Hebdomadis* (9,8 %), *Pomona* (3,9 %), *Tarassovi* (2,2 %), *Australis* (3,0 %).

Епідеміологічна ситуація з лептоспірозу до 1980 р. була відносно благополучною, реєструвались поодинокі випадки (1-2) і не щорічно. Починаючи з 1981 р., різко збільшилась кількість захворювань – 7 випадків (0,5 на 100 тис. населення), 1991 р. – 34 (2,4), 1995 р. – 77 (5,6), 1999 р. – 109 (8,4), 2001 р. – 97 (7,6), 2003 р. – 26 випадків (2,1 – по Україні 0,82 на 100 тис. населення).

Випадки захворювань мають спорадичний характер і епідемічно не пов'язані один з одним. За 1986-2003 рр. захворіли на лептоспіроз 921 особа, померло 126 (13,7 %).

За всі роки спостереження не реєструвались захворювання тільки в 2 районах області – Семенівському і Щорському, хоча в 16 населених пунктах Семенівського району існують природні осередки лептоспірозу.

Особливо висока летальність була в 1999 р. – 15 випадків (12 %), 1996 р. – 13 (10,3 %), 1995 р. – 12 (9,5 %), 1997 р. – 11 (8,7 %), 2003 р. – 4 випадки (3,2 %).

3 921 хворого, що захворів на лептоспіроз, 645 – чоловіки (70 %) і 276 – жінки (30 %), тобто частіше хворіють чоловіки працездатного віку (20-60 років). Це пояснюється їх активним контактом з природними осередками.

Захворюваність має чітко виражений сезонний характер. На липень-жовтень припадає до 63 % випадків.

Професійний характер захворювання був у 175 випадках (19 %).

Що стосується віку, то серед хворих на лептоспіроз переважали люди віком від 21 до 60 років – 736 осіб (80 %). Зовсім не хворіли діти до 10 років, а у віці до 14 років реєструвались одиничні випадки (8 осіб).

Найбільш ймовірні обставини зараження збудником лептоспірозу у природних осередках – при купанні, риболовлі, заготівлі сіна в болотистих місцевостях. У таких умовах заразилися і захворіли 393 особи (42,7 %). Цей шлях зараження багато в чому й обумовив сезонний підйом захворюваності.

В антропоургічних осередках при контакті із сільськогосподарськими тваринами і гризунами при роботі в приватних господарствах заразилося 380 людей (41,3 %). Ці захворювання реєструються протягом року.

При дослідженні 1 311 сироваток крові хворих установлено, що виявлені антитіла належать до 11 серогруп: *Icterohaemorrhagiae* – 479 (36,5 %), *Hebdomadis* – 291 (22,2 %), *Canicola* – 222 (16,9 %), *Grippityphosa* – 208 (15,8 %), *Pomona* – 54 (4,1 %), *Australis* – 25 (1,9 %). В поодиноких випадках