

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

небезпечні ускладнення переважно виникали в зимово-весняний період і, передусім, у дні магнітних бур. Лікування таких пацієнтів доволі складне, в 1/3 випадків закінчується летально. Вагомим профілактичним заходом легеневих геморагій є своєчасне виявлення і терапія туберкульозу, а надалі – запобігання його загостренням і рецидивам. З метою відвернення рецидивних легеневих кровохаркань і кровотеч патогенетична терапія інгібіторами фібринолізу, у т.ч. аерозольотерапія контрикалом, блокує місцевий протеоліз, сприяє зменшенню кількості хворих з геморагічними ускладненнями. Це патогенетичне лікування, як і фітотерапію, особливо доцільно проводити напередодні прогнозовано несприятливих погодних умов і магнітних бур.

© Курята І.Г., 2004
УДК 616.98:578.825.17]. 036

І.Г. Курята

КЛІНІЧНІ РІЗНОВИДИ ОПЕРІЗУВАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ

Кіровоградський педагогічний університет

Знання клінічних варіантів оперізувального герпесу (ОГ) дозволяє своєчасно запідозрити хворобу, диференціювати від інших патологічних станів, які мають подібну симптоматику.

Симптоматика ОГ залежить від локалізації патологічного процесу, віку хворого, преморбідного стану, супровідних хвороб тощо [1-4]. Різноманітність проявів ОГ спонукає до подальших спостережень, аналізу й узагальнення клінічних даних.

Спостерігали 48 хворих на ОГ віком від 18 до 75 років. Переважали особи старшого віку (42%), що можна пояснити зниженням природної реактивності організму. Провокуючими чинниками були: охолодження (35%), гарячкові стани (15%), 50% пацієнтів не змогли вказати причини недуги. У продромальному періоді впродовж 1-5 днів були: загальна слабкість, біль голови, свербіж у місцях майбутньої висипки (37%). У 17% хворих спостерігали температурну реакцію 37,5-39,0 °С, що супроводжувалась ознобом; нудота і блювання були у 7 пацієнтів.

Суб'єктивні відчуття в ділянці висипки в період розвинутої клінічної картини ОГ зводилися до свербіння (18%), відчуття печії (31%) і болів різної інтенсивності (51%). В осіб похилого віку біль був у вигляді нападів, пекучий, колючий, ниючий, що посилювався вночі, а також при дотику до шкіри, при терті одягом, охолодженні, рухах. У разі локалізації висипки в ділянці міжреберних нервів зліва, болі симулювали серцеві напади і тільки додаткове обстеження (ЕКГ) дозволило правильно оцінити больовий синдром. В іншого пацієнта, 54 років, у період виникнення сильного болю в животі на шкірі

здухвинної ділянки вже були поодинокі елементи висипки, на що лікар-хірург не звернув уваги, а думав про напад апендициту. Додаткове обстеження дозволило уникнути операції.

Хвору 46 років за три дні до появи висипки ОГ за ходом міжреберних нервів справа турбували болі під правою лопаткою. Це дало змогу терапевту запідозрити холецистит. Тільки після появи висипки лікар дійшов висновку, що це був продромальний біль, зумовлений ОГ, що іррадіював під праву лопатку.

У хворої 65 років був паранеопластичний гангренозний ОГ у ділянці видаленої два роки тому грудної залози, ураженої раком. Невралгія розвинулась тільки через місяць після початку ОГ, коли процес на шкірі вже регресував. А через 3 міс. хвора померла від метастазів раку грудної залози. Отже, гангренозний ОГ у неї сигналізував про погіршення стану з приводу основної хвороби – раку грудної залози.

Елементи висипки у вогнищах ураження ОГ були різні. В одних осіб спостерігали поодинокі вогнища еритеми з набряком і окремими згрупованими везикулами, в інших – суцільну еритему, іноді у вигляді напівпояса, на поверхні якої густо розміщувались везикули.

Якщо ж у вогнищах переважав темно-фіолетовий колір, то надалі на цих ділянках спостерігали явища некрозу з подальшим утворенням чорних кірочок, після відпадиння яких залишались рубці. У деяких пацієнтів похилого віку везикули у вогнищах були в'ялими зі зморшкуватою поверхнею і нагадували елементи висипки при імпетиго чи багатотформній еритемі.

Література

1. Андрущенко Е.В. Легочные кровотечения и кровохарканья. – Киев: Здоров'я, 1979. – 104 с.
2. Худзик Л.Б. Легочные кровотечения и неотложная помощь // Пробл. туберкулеза. – 1997. – № 5. – С. 48-51.
3. Яблоков Д.Д. Бронхо-легочные кровотечения и кровохарканья в клинике туберкулеза и внутренних болезней. – Томск: ТГУ, 1971. – 402 с.
4. Неотложные состояния в пульмонологии: Пер. с англ. / Под. ред. С.А. Фана. – М.: Медицина, 1986. – 448 с.
5. Лечение легочных кровохарканий и кровотечений: Методические рекомендации / Филиппчук Н.С., Процюк Р.Г., Фомичева Н.И. – Киев, 1987. – 19 с.

ЮВІЛЕЇ ТА ПОДІЇ

У всіх хворих висипка була однобічною і розміщувалась за ходом відповідних нервів. В окремих осіб поодинокі елементи висипки розміщувались також на протилежному боці поряд із середньою лінією тіла.

Бульозний варіант ОГ спостерігали у 8 % хворих, геморагічний – у 7 %, гангренозний – у 3 % і дисемінований – в 1 хворої похилого віку. Дисеміновані везикули, що нагадували елементи вітряної віспи, у неї з'явилися на 4-й день після розвитку звичайної форми ОГ. Під час дисемінації висипки погіршився загальний стан, підвищилась температура тіла до 38,0 °С, яка утримувалася 4 дні, однак зменшилась інтенсивність болю в основному вогнищі ОГ. Дисеміновані ж елементи висипки не спричиняли суб'єктивних відчуттів і регресували упродовж 2 тиж.

У випадках локалізації висипки в зоні іннервації I-II гілок трійчастого нерва спостерігали значний набряк навколо ока, гіперемію і набряк повік, звуження очної щілини, світлобоязнь, гнійні виділення. У хворого 44 років ОГ локалізувався в ділянці правого зовнішнього слухового проходу і супроводжувався запамороченням, зниженням слуху, шумом у вусі, нестійкістю в позі Ромберга.

З наведеного аналізу клінічних спостережень випливає, що, крім типових форм ОГ, нерідко трапляються й різні клінічні варіанти, що іноді може спричинити труднощі у діагностиці ОГ. Тож, щоб їх уникнути, необхідно знати усі клінічні форми цієї недуги.

Література

1. Богомолов Б.П., Бахур Е.Г. Клиническое течение опоясывающего герпеса у лиц пожилого и старческого возраста // Терапевт. архив. – 1985. – № 5. – С. 127-130.
2. Винничук М.М., Унич П.П., Иваненко З.И., Барабанчик В.Г. Особенности клиники и лечения больных опоясывающим герпесом различной локализации // Врачеб. дело. – 1991. – № 1. – С. 92-95.
3. Зайцев Р.З., Орехов Е.Г., Штабцов В.И. Особенности клиники и лечение опоясывающего лишая // Воен.-мед. журн. – 1992. – № 6. – С. 54-56.
4. Помосов Д.В., Житнюк Р.И. Опоясывающий лишай, симулирующий острый живот // Вестн. хирургии им. Грекова. – 1970. – № 2. – С. 133-134.

© Ребенок Ж.О., 2004
УДК 61(092)

ЯКИМ ЗАЛИШАЄТЬСЯ УМОЮ ПАН'ЯТИ ВАХТАНГА ГАВРИЛОВИЧА БОЧОРИШВІЛІ

Я познайомився з Вахтангом Гавриловичем Бочоришвілі випадково. У 1971 р. у Москві нас поселили в одній кімнаті гуртожитку Інституту удосконалення лікарів у якості слухачів тільки що організованого циклу професійного удосконалення для викладачів кафедр інфекційних хвороб. Ми були в числі перших його слухачів. Співробітники кафедри були дещо збентежені місією, що випала їм «учити вчителів», через що завідувач кафедри академік Георгій Павлович Руднєв буквально не відходив від нас, ні на хвилину не випускаючи з поля зору, що для нього було нелегко, тому що його вік у той час рівнявся теперішньому ювілейному віку Вахтанга Гавриловича.

Враження від Вахтанга Гавриловича для мене було гіпнотичним. Я був не в силах відійти від нього і нас усюди бачили разом. На заняттях ми сиділи за одним столом. Моє професійне формування в той час тільки починалося, тоді як Вахтанг Гаврилович був універсалом в інфекційній справі. Він



бачив моє зачарування ним і бачив, що став для мене Гуру в клінічній інфектології й охоче зі мною спілкувався. Хоча наше проживання в гуртожитку тривало рівно місяць, надалі інтелектуально й душевно ми вже не розлучалися. Останній лист від Вахтанга Гавриловича я отримав за декілька місяців до його смерті.

Мені здавалося, що не захоплюватися Вахтангом Гавриловичем ніяк не можна. Він охоче ділився з нами своєю поінформованістю і плідно включався в дискусії на професійні теми. При цьому незмінно зберігав такт і коректність і ніколи не демонстрував своєї переваги. Інтелегентність у Вахтанга Гавриловича була природна, тому його коректність і такт були природними. Проте при цьому Вахтанг Гаврилович ніколи не впадав у м'якотілість. Якщо суперник наполягав на своїй думці, але не міг підкріпити її необхідними доказами, Вахтанг Гаврилович ставав суворим і безкомпромісним, тому що в суперечках його цікавила тільки істина. Але й у цих випадках Вахтанг Гаврилович прагнув діяти відповідно до латинської приказки, яку любив цитувати: «Твердіше за суттю, м'якше за формою».

Холодність, гордовитість, зарозумілість, настільки властиві людям «піднятого» положення, у тому числі й багатьом