

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

підарствах, де закуповували свиней, було виловлено, забито і досліджено на трихінельоз 6 котів, 5 собак і 15 пацюків.

Профілактичне лікування було проведено вермоком членам родин захворілих і особам, які купували м'ясо в торговельному містечку, – усього 38 осіб. Профдезвідділом райсанепідемстанції здійснена суцільна дератизація у селі, в кількості 705 дворів, загальною площею 92 500 м².

Âèñí î bêè

1. За 1986-2004 рр. у Херсонській області мали місце 5 спалахів трихінельозу серед населення. У 2 випадках при дослідженні м'яса на трихінельоз результат був негативний, що свідчить про неякісне лабораторне дослідження.

2. Незважаючи на неодноразові випадки трихінельозу в області, у лікарів загальномедичної мережі немає належної настороги до цього захворювання.

3. При типових проявах хвороби діагностика трихінельозу здійснюється з великим запізненням, що призводить до розвитку ускладнень.

ON TRICHINELLOSIS SITUATION IN KHERSON REGION

A.A. Koval, S.M. Pankratov, L.V. Dzhyhanska, K.I. Sosnovska, N.M. Dudnik, L.I. Sanzharovska

SUMMARY. *Trichinellosis outbreak in two districts of Kherson region in 2003-2004 is described. The cases of disease occurred as a result of eating pork shashlick, raw meat, lard, force-meat. Trichinellosis was diagnosed in 1-1,5 months after beginning of disease. The patients were undergone the treatment course and left the hospital in satisfactory condition. The members of the family were undergone to prophylactic treatment. Meat was bought at the markets. Veterinary-sanitary examination of meat was negative. The complex of anti-epidemic and anti-epizootic measures was carried out in foci of trichinellosis.*

Key words: *trichinellosis, outbreak, anti-epidemic measures.*

© Сокол А.М., Москалюк В.Д., Богачик Н.А., 2009
УДК 616:616.398

А.М. Сокол, В.Д. Москалюк, Н.А. Богачик

ÂØÎ ÐÈÍ Í À Ì ÅËÀÄÐÀ ØÀ ²Í ÔÅÊÖ²ÉÍ À Ì ÂØÎ ËÎ Ä²ß

Буковинський державний медичний університет

Вторинна пелагра розвивається частіше, ніж діагностується. Класична тріада пелагри – це дерматит, пронос, недомуство. Хворі з хронічними розладами травного каналу, особливо на фоні зловживання алкоголем, потребують детального клінічного обстеження. І за наявності ознак дистрофічних змін з боку шкіри, слизових оболонок ротової порожнини, з урахуванням наявності змін з боку центральної нервової системи (зниження пам'яті, зміни поведінкових реакцій) необхідно вирішити питання про доцільність застосування коротким курсом нікотинової кислоти з метою запобігання розвитку тяжких форм вторинної пелагри.

Ключові слова: пелагра, дерматит, діарея, деменція.

Пелагра (від італ. *pelle agra* – шорстка шкіра) – хвороба, зумовлена недостатнім надходженням в організм або неповним засвоєнням нікотинової кислоти.

Нікотинова кислота (ніацин, вітамін PP, вітамін В₃) – біологічно активна речовина, її амід (нікотинамід) входить до складу нікотинамідних ферментів НАД (нікотинамідаденіндинуклеотид) та НАДФ (нікотинамідаденіндинуклеотидфосфат), що каталізують життєво важливі окисно-відновні реакції енергетичного й пластичного обміну. Встановлено, що нікотинова кислота володіє нейротропною, вазокардіотропною та гепатотропною дією. Добова потреба дорослої людини в нікотиновій кислоті становить 15-25 мг (залежно від статі, характеру роботи тощо). Основна маса нікотинової кислоти надходить в організм з їжею. Найбільший вміст її в печінці, нирках, м'ясі домашньої птиці, менший – у рибі, каві, бобових і найменший – у картоплі, яйцях, молоці. Частково нікотинова кислота може синтезуватися в печінці, нирках з білка, що містить триптофан, а

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

також у кишечнику в результаті життєдіяльності мікрофлори [1-3].

В минулому пелагра реєструвалась в районах Бескарабії, у Південній Америці, особливо в Мексиці, де люди харчувалися переважно кукурудзою або соргом (Індія, Єгипет). Вважається, що в колишньому СРСР пелагра була ліквідована завдяки покращенню харчування людей, а також збагаченню вітамінами групи В, нікотиновою кислотою кукурудзяного борошна та круп, борошна вищого і першого ґатунку на комбінатах з їх виробництва та млинах. Однак цей постулат правильний тільки стосовно виникнення первинної пелагри (за недостатнього надходження в організм нікотинової кислоти). Але, очевидно, він сприяв втраті на тривалий час уваги науковців і практичних лікарів до цієї хвороби. Як правило, питання гіповітамінозу РР висвітлюються у виданнях з вітамінології [4, 5], захворювань шкіри [6] або проблем харчування [7].

Разом з тим, актуальність діагностики, диференційної діагностики вторинної пелагри в наш час зростає, оскільки хвороби, що супроводжуються вторинним дефіцитом нікотинової кислоти, є досить поширеними. Серед них слід зазначити хронічні захворювання травного каналу і, особливо, алкоголізм як часту першо-причину їх розвитку.

Як показують дослідження останніх років, недостатність нікотинової кислоти виникає також у хворих на склеродермію [8], псоріаз [9], за тяжких травм головного мозку [10], остеохондрозу з болювим синдромом [11] та при інших хворобах.

Виділяють також медикаментозну (третинну) пелагру, що може зумовлюватися антибіотиками широкого спектру дії, сульфаніламідами, протисудомними, заспокійливими, снодійними і, особливо, протитуберкульозними препаратами. Наприклад, ізоніазид включається замість нікотинаміду в структуру НАД і НАДФ з утворенням несправжніх коферментів, що нездатні брати участь в обмінних процесах (реплікації та репарації). О.Я. Скляров відносить ці препарати до антивітамінів (антиметаболітів) [1].

Як відомо, пелагра характеризується класичною тріадою – дерматитом, деменцією, діареєю (ДДД). За цими симптомами приховуються значні функціональні і морфологічні зміни з боку різних органів і систем. Але в першу чергу виникають зміни в шкірі. Спочатку вони характеризуються гіперемією і набряком, а на пізніх стадіях – атрофією епідермісу, гіпер- і паракератозом.

Ураженню шкіри сприяє сонячне проміння (розвиваються явища фотодерматиту). Значні зміни виникають і в травній системі, які коротко можна визначити як явища атрофії і перебудови слизових оболонок язика, шлунку, тонкої і товстої кишок, залоз з утворенням кист

і розвитком катарального, фолікулярно-виразкового чи навіть дифтеритного коліту. Можливе зменшення в розмірах шлунку, печінки, селезінки, підшлункової залози, накопичення гемосидерину; зменшення в розмірах і склерозування лімфатичних вузлів, мигдаликів. Суттєві морфологічні зміни виникають також у центральній і периферичній нервовій системах з дегенерацією волокон провідних шляхів, нейрофагією, розростанням нейроглії в корі головного мозку. Ці зміни в тяжких випадках можуть бути незворотними, з розвитком стійких неврологічних і психічних розладів [3, 12].

Наростання проявів хвороби йде поступово (місяці й роки), і комплексний підхід до оцінки її симптомів дозволяє встановити етіопатогенетичний діагноз. Однак на практиці це буває не завжди.

Наводимо опис клінічного випадку.

04.09.2006 р. із гастроентерологічного відділення (ГЕВ) в інфекційне був переведений хворий Ш., 43 років, з діагнозом гострий гастроентероколіт, ймовірно інфекційного походження, середнього ступеня тяжкості. Супутній діагноз: хронічний активний гепатит, змішаний (у 8-річному віці пацієнт переніс гепатит А). Хронічний холецистопанкреатит, загострення.

На момент госпіталізації в ГЕВ 31.08.2006 р. зафіксовані скарги на біль у животі та правому підребер'ї, частий пронос, висипання на шкірі обличчя, рук і ніг, які з'явилися майже 2 роки тому. За 4 дні перебування в ГЕВ при додатковому обстеженні виявлена помірна анемія (ер. 2,8 Т/л, Hb 92 %, зсув у лейкоцитарній формулі вліво, підвищення ШОЕ до 28 мм/год). При копрологічному дослідженні: випорожнення рідкі, світло-коричневого кольору, незначна кількість слизу, 13-15 лейкоцитів у полі зору, клітини епітелію – 4-6 у полі зору. Рівень загального білка крові 76,3 г/л, альбумінів 35 г/л, білірубін 14 мкмоль/л, активність АЛАТ 0,2 млмоль/(л год), тимолова проба 2,7 од., сечовина 5,9 ммоль/л. Коагулограма без особливостей. УЗД: збільшення розмірів печінки (права частка – 168 мм), дифузне ущільнення її паренхіми. Дифузне ущільнення паренхіми підшлункової залози. ФГДС: гастродуоденіт, дуоденальний рефлюкс. За даними ірігоскопії – підвищений пневматоз кишечнику. Коліт.

При огляді в інфекційному стаціонарі домінували скарги на часті рідкі випорожнення (10-12 разів на добу), значну загальну слабкість, запаморочення, лущення шкіри обличчя, рук і ніг. Додатково встановлено, що посилення явищ дерматиту спостерігалось влітку поточного року, в зв'язку з чим лікувався у дерматологічному диспансері, але суттєвого покращення не було. В середині серпня настало нове загострення, що проявлялось запаленням шкіри. Крім того, з'явився пронос, через який хворий знову звернувся за медичною допомогою. Дружина хворого звернула увагу на деяку неадекватність його поведінки: став більш мовчаз-

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

ним, інколи відповідав не по суті, знизила пам'ять. Ці явища вона вважала результатом зловживання алкоголем.

При об'єктивному обстеженні відзначалась блідість шкіри й слизових оболонок. Особливу увагу привертали зміни шкіри: в ділянці обличчя була велика кількість брудно-сірого кольору кірок різних розмірів. Шкіра кистей, передпліч і тильної поверхні ступнів була з ознаками тяжкого запалення: червона, місцями вкрита масивними кіrkами, з наявністю ділянок поверхневих виразок, зумовлених відшаруванням епідермісу й утворенням міхурів з каламутною рідину (фото 1, 2).



Мал. 1. Зміни шкіри на руках у хворого на пелагру до лікування.



Мал. 2. Зміни шкіри на ступнях у хворого на пелагру до лікування.

Зміни в діяльності серцево-судинної системи характеризувались гіпотонією (АТ 100 і 60 мм рт. ст.), помірною тахікардією. Язык густо обкладений білим нальотом, з глибокими поздовжніми борознами, на бокових поверхнях – дві виразки, вкриті біло-сірими масами, поодинокі виразки діаметром 8-10 мм на твердому піднебінні. Живіт м'який, помірно болючий за ходом товстої кишki. Печінка щільнуватої консистенції, чутлива при пальпації, нижній край її виступав на 1,5-2 см нижче реберної дуги. Селезінка не збільшена. Сеча звичайного кольору.

Бактеріологічним дослідженням патогенної флори у випорожненнях не виявлено.

Клінічний діагноз: хронічний гепатит, змішаний. Хронічний холецистопанкреатит, загострення. Хронічний дискінетичний коліт.

Таким чином, основним діагнозом був хронічний гепатит, хоча, за даними лабораторних досліджень (нормальний рівень білірубіну, загального білка та альбумінів, відсутність ознак цитолізу гепатоцитів) з урахуванням змін з боку печінки за даними УЗД, можна думати лише про явища алкогольного гепатозу.

Враховуючи наявність класичної тріади (ДДД) – дерматиту, деменції, діареї, був установлений діагноз пелагри, тяжкого ступеня.

Оскільки в клініці домінували явища ентероколіту з ознаками зневоднення, пацієнту призначили розчини (три-солі, реосорблакт, 5 % розчин глюкози), ніфуроксазид, фестал, ентеросгель, аскорбінову кислоту, есенціале, церукал, фталазол. Після встановлення діагнозу пелагри додатково призначена нікотинова кислота по 0,1 г 3 рази на добу після їди. Призначене лікування дало позитивний результат: поступово зменшилась загальна слабкість, покращився апетит, через 4 дні нормалізувались випорожнення, зникли міхурці на ступнях, з'явилися ознаки епітелізації в місцях відшарування епітелію. Через 12 днів обличчя очистилося від кіроchок повністю. Стан шкіри кистей і передпліч також покращився: значно зменшилась кількість кіроchok (вони залишалися в обмеженій кількості в ділянках суглобів, фаланг). На місцях колишніх кіроchok – ділянки депігментації (фото 3, 4).



Мал. 3. Зміни шкіри на руках у хворого на пелагру після лікування.

Кінцевий діагноз: алкогольний гепатоз. Хронічний панкреатит. Гастропанкреатогенний ентероколіт.

Ускладнення: вторинна пелагра, тяжкий ступінь.

Про що свідчить наведений приклад?

Вторинна пелагра трапляється в наш час, і, вірогідно значно частіше, ніж діагностується.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



Мал. 4. Зміни шкіри на ступнях у хворого на пелагру після лікування.

Причиною помилок при діагностиці цього гіповітамінозу є необізнаність лікарів стосовно його клінічних особливостей. Про класичну тріаду пелагри (ДДД), як показує досвід, не пам'ятають не тільки лікарі зі значним стажем роботи, але й студенти, які вивчали цю тему на кафедрах медичної хімії, гігієни тощо. Іншою причиною цих помилок є вузька спеціалізація, звичка багатьох фахівців бачити і діагностувати тільки «свою» патологію, втрата здатності до синтезу, об'єднання окремих симптомів в один симптомокомплекс, що неодмінно призводить до призначення неадекватного й малоефективного лікування.

Хворі з хронічними розладами травного каналу, особливо на фоні зловживання алкоголем, потребують детального клінічного обстеження. І за наявності ознак дистрофічних змін з боку шкіри, слизових оболонок ротової порожнини, з урахуванням наявності змін з боку центральної нервової системи (зниження пам'яті, зміни поведінкових реакцій) необхідно вирішити питання про доцільність застосування коротким курсом нікотинової кислоти з метою запобігання розвитку тяжких форм вторинної пелагри.

Зауважимо, що нікотинова кислота, а також нікотинамід, нікошпан позитивно зарекомендували себе при лікуванні інфаркту міокарду, гострих порушень мозкового кровообігу та багатьох інших захворювань. Однак, слід пам'ятати про можливу побічну дію нікотинової кислоти (почервоніння обличчя, свербіння, збільшення розмірів і жирове переродження печінки при її передозуванні). Тому призначення цих препаратів повинно бути аргументованим.

Зараз розроблені пролонгована форма нікотинової кислоти (ендурацин) для використання при гіперліпідемії, атеросклерозі, коронарній хворобі серця, яка дозволяє проводити тривалі курси лікування – до 6 місяців [12]. Нові перспективи відкриває створення магнію нікотинату з кардіотропним ефектом. Можливо,

ці препарати будуть застосовуватись і для лікування пелагри.

Еїдâðаðóða

1. Скляров О.Я. Клінічна біохімія. – К.: Медицина, 2006. – 432 с.
2. Азимова Н.А., Миралимов М.М. Высвобождение никотиновой кислоты из накожной терапевтической системы // Химико-фармац. журн. – 2001. – Т. 35, № 2. – С. 49-50.
3. Вдовиченко О.В. Клініко-фізіологічне значення прихованого дефіциту вітамінів С, РР, В₁, В₂ у практично здорових осіб // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2005. – № 3. – С. 102-106.
4. Подорожный П.Г., Томашевский Я.И. Клиническая витаминология. – К.: Здоров'я, 1977. – 137 с.
5. Спиричев В.Б. Теоретические и практические аспекты современной витаминологии // Укр. біохим. журн. – 2004. – Т. 76, № 4. – С. 32-53.
6. Савчак В.І., Ковальчук М.Т. Хвороби шкіри в практиці сімейного лікаря. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 398 с.
7. Пішак В.П., Радько М.М., Банюк А.В. Вплив харчування на здоров'я людини. – Чернівці: Книги XXI, 2006. – 500 с.
8. Шишкіна Г.І. Недостаточность никотиновой и пантотеновой кислоты у больных с очаговой формой склеродермии // Вестник последипломного медицинского образования. – 2004. – № 3-4. – С. 46-47.
9. Белкина Е.А. О дефиците некоторых витаминов группы В у больных псориазом, злоупотребляющих алкоголем // Там же. – 2004. – № 3-4. – С. 44.
10. Готь Р.І. Обмін вітамінів В₂ та РР у хворих із забоями головного мозку середнього і тяжкого ступеня // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2002. – № 4. – С. 56-57.
11. Шевага В.М., Яворська Н.П. Зміни вмісту вітамінів В₆, РР та аскорбінової кислоти в крові та сечі у хворих на неврологічні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта // Практична медицина. – 2005. – № 2. – С. 12-14.
12. Белай И.М. Фармакодинамические эффекты никотиновой кислоты при гиперлипидемии в гериатрической практике // Укр. мед. часопис. – 2000. – № 3. – С. 102-104.

SECONDARY PELLAGRA AND INFECTIOUS PATHOLOGY

A.M. Sokol, V.D. Moskaliuk, N.A. Bohachyk

SUMMARY. Secondary pellagra occurs more often than it is diagnosed. The classical triad of pellagra is dermatitis, diarrhea, dementia. Patients with chronic disturbances of gastrointestinal tract, especially associated with alcohol abuse, require a detailed clinical examination. At the presence of the signs of dystrophic changes of the skin, the mucous membranes of the oral cavity and the central nervous system (hypomnesia, changes of behavioral reactions) it is necessary to solve the question of the expediency of using a short course of nicotinic acid with a purpose of preventing the development of severe forms of secondary pellagra.

Key word: pellagra, dermatitis, diarrhea, dementia.