

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

© Колектив авторів, 2014
УДК 616.981.455+616.15-07

Н.Г. Лось-Яценко, І.З. Карімов, О.А. Козловський, Н.О. Пеньковська, О.А. Одинець **ВИПАДОК ПОМИЛКИ ПРИ ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТУЛЯРЕМІЇ ТА ОНКОПАТОЛОГІЇ**

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Описаний клінічний випадок діагностичної помилки при диференційній діагностиці туляремії та онкопатології. У хворих літнього віку з лімфаденопатією важливо проводити гістологічне дослідження.

Ключові слова: туляремія, лімфаденопатія, онкопатологія, клініка, диференційна діагностика.

У теперішній час актуальною й достатньо складною диференційно-діагностичною проблемою для лікарів різних спеціальностей є лімфаденопатія, що у клінічній практиці, як правило, виступає або як попередній діагноз, або як провідний синдром захворювань різної етіології [1]. При виявленні збільшених лімфовузлів завданням практичного лікаря є насамперед встановлення природи гіперплазії – запальної, реактивної або злоякісної, тому що запальна природа може бути ознакою інфекційного захворювання із групи особливо небезпечних інфекцій [2].

Проблема диференційної діагностики інфекційних захворювань частіше виникає й найбільше важко вирішується, коли мова йде про відносно рідку патологію. З подібними захворюваннями іноді стикаються не тільки лікарі загальної лікувальної практики, але й інфекціоністи. Відсутність досвіду й настороги, перебільшення значимості окремих симптомів або, навпаки, недовраховання деяких клінічних даних приводить або до гіпердіагностики спорадичних інфекцій, або до відходу від правильного діагнозу на користь широко розповсюджених хвороб.

У певних випадках дані епідеміологічного анамнезу відіграють важливу роль при постановці інфекційного діагнозу й туляремії зокрема [3], але разом з тим вони можуть привести до помилкової діагностики, якщо їм надається першорядне значення, а клінічна картина відступає на другий план.

У зв'язку із цим у рамках даної публікації ми хочемо зупинитися на можливих причинах діагностичних помилок при діагностиці даного синдрому і як приклад наводимо клінічний випадок.

Хворий К., 72 роки (історія хвороби № 1436), занедужав 22.07.2010 р., коли в задньощийній і правій пахвовій ділянках з'явилися плями гіперемії (1-3 см), що супроводжувалися болем і почуттям печіння. Загальний стан був задовільним, лікування не одержував. Оскільки із часом змінені ділянки шкіри стали більш щільними, підсилювався біль, зберігалася гіперемія, хворий через 3-4 тижні був змушений звернутися до терапевта, який порекомендував прийом полісорбу. Стан хворого не поліпшувався, інфільтрати в пахвовій, задньощийній ділянках збільшувалися й досягли розмірів курячого яйця, при цьому були болісні й викликали дискомфорт.

Після огляду хірургом військового шпиталю й виявлення вираженого локального лімфаденіту хворому була запропонована госпіталізація, інфільтрати розтягати, при цьому рідкого вмісту одержано не було. На тлі подальшого лікування препаратом широкого спектру дії трифамоксом, який використовується при інфекціях зовнішніх покривів, м'яких тканин, а також для профілактики ускладнень при оперативних втручаннях, позитивної динаміки не спостерігали. У зв'язку із цим хворий 02.09.10 був направлений на консультацію в інфекційне відділення 7-ї міської клінічної лікарні (м. Сімферополь).

При огляді хворий, як і раніше, пред'являв скарги на дискомфорт і помірну болісність у правій пахвовій та задньощийній ділянці. Через виражені локальні зміни стан хворого оцінювався як середньотяжкий, хоча температура тіла була нормальною. Елементів висипки не спостерігалось. Тони серця ритмічні, пульс 78 уд./хв, задовільних властивостей, АТ 150/90 мм рт.ст. Над легенями везикулярне дихання, 18 в 1 хв. Язик злегка вкритий білим нальотом, вологий, живіт м'який, при пальпації безболісний. Печінка й селезінка не збільшені у розмірах. Симптом перкусії в ділянці нирок негативний по обидва боки. Фізіологічні відправлення в нормі, затримки дефекації не відзначалося. Хворий адекватний, менінгеальних знаків немає. В анамнезі – гастрит, апендицит більше 20 років тому.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

St. localis: у правій пахвовій ділянці інфільтрат округлої форми діаметром до 10 см, помірно болючий, дуже щільний, слабо рухомий, не спаяний із прилеглою тканиною, шкіра над ним багрово-синюшного кольору, місцева температура не підвищена; у центрі – сліди після раніше проведеного оперативного втручання з фібринозним нальотом. Аналогічний інфільтрат до 5 см у діаметрі й слідами оперативного втручання у задньощийній ділянці.

При зборі епідеміологічного анамнезу було встановлено, що за кілька днів до початку захворювання хворий на дачі косив траву, де відзначав присутність мишей та інших гризунів. Потім пацієнт переносив сіно на плечах у мішковині.

Ураховуючи клінічні й епідеміологічні дані, був виставлений попередній діагноз «глангулярна туляремія, бубонна форма із множинними вогнищами». Хворому проводилася дезінтоксикаційна (5 % глюкоза, фізрозчин) та антибактерійна (доксидиклін по 0,1×2 рази на добу, *per os*), стрептоміцин по 1,0×2 рази в/м) терапія, здійснювалася обробка «бубонів» перекисом водню.

Загальний стан був порушений мало, температура не підвищувалася, але консистенція й розміри інфільтратів зберігалися колишніми, ефект від лікування був відсутній протягом 3 діб, що з'явилося приводом для призначення ципрофлоксацину по 500 мг двічі на добу в/в. У результаті 10-денного курсу відзначалося незначне зменшення інфільтратів без зміни їхньої щільності.

Результати лабораторного дослідження. Загальний аналіз крові: Hb 142 г/л, ер. $4,4 \times 10^{12}$ /л, КР 0,95, лейкоц. $5,0 \times 10^9$ /л, еоз. 0 %, п/я 5 %, с/я 56 %, лімф. 34 %, мон. 5 %, ШОЕ 30 мм/год. Загальний аналіз сечі: питома вага 1018, білок, цукор відсутні., лейкоц. 10-12 у п/з. Білірубін загальний 17,6 мкмоль/л (прямої 4,7, непрямої 12,9); амілаза 13,3 г/год/л, АЛТ 0,67 ммоль/год.хл. Коагулограма: ППТ 72 %, фібриноген А 4,44, фібриноген Б відсутній, етаноловий тест негативний. Загальний білок крові 80 г/л, цукор крові 5,9 ммоль/л, сечовина крові 5,9 ммоль/л. ІФА на ВІЛ, бактеріологічні дослідження сечі та крові на стерильність і гемокультуру негативні. РА й РНГА з туляремії-ним діагностикумом від 06.09.10 негативні.

Після одержання негативного результату серологічного дослідження на туляремію хворий був повторно консультований хірургом, проведена біопсія інфільтрату в правій пахвовій ділянці. Гістологічний висновок (14.09.10): досліджені три зразки від 1,0×0,7×0,5 до 2,0×1,2×0,6 см, на розрізі щільна жовтувата тканина. Під епідермісом визначається розпад ракових клітин, переважно світлоклітинного типу. Хворий виписаний і спрямований в онкологічний диспансер, де після виключення лімфоми був виявлений рак товстого кишечника з метастазами.

Таким чином, в описаному клінічному випадку головною причиною виниклої підозри на наявність туляремії були дані епідеміологічного анамнезу – контакт із сіном, імовірно контамінованим виділеннями мишоподібних гризунів, у місцях розвитку інфільтратів; характерна літне-осіння сезонність; реєстрація спорадичних випадків туляремії в Криму. Крім того, відзначалася типова локалізація «бубонів» (пахвова і шийна); не суперечила діагнозу відсутність виразкових змін в місці ймовірного укорінення збудника, поєднане ураження (дві ділянки), великі розміри інфільтратів, їх тривале збереження без розсмоктування при задовільному самопочутті і нормальній температурі тіла, тобто усі ці ознаки можуть відзначатися при туляремії.

Проте звертала на себе увагу незвичайна для туляремії щільність і малорухомість інфільтратів зі зміненим синюшно-багровим кольором шкіри над ними, відсутність тенденції до розм'якшення, тривала присутність больового синдрому. До того ж у хворого не спостерігалися лихоманка, інтоксикація, гепатолієнальний синдром, зміни з боку серцево-судинної системи, лейкоцитоз, які, як правило, характерні для бубонної форми туляремії.

Антибактерійна терапія при туляремії досить швидко призводить до позитивного результату. І якщо не ефективність трифамоксу можна було пояснити стійкістю збудника до препаратів ряду пеніциліну, то призначення стрептоміцину з доксицикліном мало бути успішним.

Висновки

1. При проведенні диференційної діагностики у хворого з лімфаденітом треба враховувати відомості епідеміологічного анамнезу, але першорядне значення варто надавати клініко-лабораторним даним.

2. У хворих літнього віку з лімфаденітом одним з першочергових завдань має бути виключення онкологічної патології.

3. При проведенні хірургічного втручання в ділянці збільшеного лімфовузла на початковому етапі діагностики важливо не лише отримати рідкий вміст для дослідження, але й необхідно проводити гістологічне дослідження тканини лімфовузла.

Література

1. Зайков С.В. Дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии / С.В. Зайков // Здоровье Украины. – 2012. – № 4 (53). – С. 16-24.
2. Богдельников И.В. Лимфаденопатии при инфекционных заболеваниях у детей / И.В. Богдельников, Фазел Хамид, А.В. Кубышкин. – Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. – 224 с.
3. Вопросы диагностики и терапии бубонной формы туляремии / [Н.Д. Ющук, Т.И. Попова, Г.Н. Кареткина и др.] // Терапевт. архив, 2008. – № 4. – С. 51-54.

ЮВІЛЕЇ ТА ПОДІЇ

DIAGNOSTIC MISTAKE AT DIFFERENTIATION AMONG RABBIT-FEVER AND ONCOLOGY

N.H. Los-Yatsenko, I.Z. Karimov, O.A. Kozlovsky, N.O. Penkovska, O.A. Odynets

SUMMARY. *Clinical case with diagnostic mistake during differentiation among rabbit-fever and*

oncological pathology in Crimea is analysed. Importance of biopsy is shown.

Key words: *rabbit-fever, lymphadenitis, diagnosis, oncological pathology.*

Отримано 13.12.2013 р.

© Колектив авторів, 2014
УДК 61(092)

ДО ЮВІЛЕЮ ВИДАТНОГО ІНФЕКЦІОНІСТА, ПРОФЕСОРА БОРИСА АБРАМОВИЧА ГЕРАСУНА



16 грудня 2013 р. виповнилося 75 років із дня народження Бориса Абрамовича Герасуна – відомого науковця, педагога, інфекціоніста, гепатолога, доктора медичних наук, головного редактора науково-практичного журналу «Гепатологія», професора кафедри інфекційних хвороб Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Народився Борис Абрамович 16 грудня 1938 р. у м. Кременчуці Полтавської області. Закінчивши в 1963 р. санітарно-гігієнічний факультет Львівського державного медичного інституту, працював епідеміологом у СЕС Кам'янка-Бузького району Львівської області та м. Львова з 1963 по 1968 рр. Під час навчання в аспірантурі на кафедрі мікробіології (з 1968 по 1971 рр.) активно займав-

ся науковими дослідженнями. В 1971 р. успішно захистив кандидатську дисертацію на тему «Вірусний гепатит В у хворих на туберкульоз». З 1974 р. працює на кафедрі інфекційних хвороб на посаді асистента, а з 1983 р. – на посаді доцента. У цей час Борис Абрамович плідно працює над проблемою природних шляхів передачі гепатиту В і у 1985 р блискуче захищає докторську дисертацію «Вірусний гепатит В із природними шляхами передачі». В 1987 р. він отримує вчене звання професора.

Спектр наукових досліджень Б.А. Герасуна охоплює такі актуальні наукові питання: встановлення статевої передачі гепатиту В та перші в СРСР дослідження позапечінкової (у лейкоцитах) реплікації вірусу гепатиту В; розробка нових методів специфічної діагностики гепатиту В; розробка оригінального методу визначення субтипів HBsAg; оригінальний метод прогнозування печінкової енцефалопатії шляхом моніторингу чутливості лімфоцитів до антилімфоцитарного імуноглобуліну; випуск першого у СРСР імуноглобуліну проти гепатиту В на Львівському підприємстві бакпрепаратів; розробка оригінального методу клітинної терапії для лікування автоімунних захворювань (кріоглобулінемії та зумовлених кріоглобулінемією васкулітів, порушень сперматогенезу) та інших станів; новий оригінальний метод лікування часто рецидивуючого герпесу 1-го та 2-го типів методом ізоімунізації.

Широко представлені наукові здобутки професора Б.А. Герасуна – опубліковано більше 300 наукових робіт, серед яких 6 монографій, 8 авторських свідоцтв на винаходи, 6 патентів. Під керівництвом професора Б.А. Герасуна захищено 2 докторські та 10 кандидатських дисертацій. За вагомий внесок у розвиток інфектології та