

## ВИПАДОК ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДОРΟΣЛОГО, ХВОРОГО НА КІР

А.П. Голуб

**Резюме.** У статті наведений клінічний випадок гострого апендициту у дорослого хворого на кір.

**Ключові слова:** кір у дорослих, ускладнення, гострий апендицит

**Актуальність.** Підвищення захворюваності на кір в країнах Європи та Україні у 2016 – 2017 рр. знову привернули увагу лікарів до цього інфекційного захворювання. Серед ускладнень кору у дорослих за даними літератури найчастіше зустрічаються ларинготрахеобронхіти, бронхіти, пневмонії, реактивні панкреатити. Враховуючі тропність вірусу кору не тільки до епітеліальних клітин респіраторного тракту та кон'юнктиви очей, шкіри, а також до епітелію кишківника, тканин печінки, підшлункової залози, слід пам'ятати і про можливість розвитку ускладнень з боку цих органів. Розвиток ускладнень з боку органів шлунково-кишкового тракту у хворих на кір пов'язані, насамперед, з ураженням слизових оболонок переважно шлунка та кишківника. Вірус кору в поєднанні з вторинною бактеріальною мікрофлорою може бути причиною розвитку гострого апендициту. Це ускладнення більш характерно для дітей раннього та молодшого віку, але також може виникати у дорослих на тлі вторинного імунодефіциту та порушення мікроциркуляції стінки апендиксу. За даними літературних джерел відомо, що гострий апендицит при кору частіше виникає на 4-5-ту добу від початку хвороби. Відмічено, що некротичний процес у апендиксі при кору розвивається швидше, ніж звичайно, часто спостерігається розвиток деструктивних форм апендициту.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей розвитку ускладнень кору у дорослих в поєднанні з хірургічною патологією.

### Матеріали та методи

На клінічній базі кафедри інфекційних хвороб НМАПО ім. П.Л. Шупика у період з листопада 2005 р. по серпень 2013 р. було проліковано 1368 хворих на кір. Діагноз кору був встановлений з урахуванням характерної клінічної картини захворювання та підтверджений шляхом визначення анти Іg М до вірусу кору методом ІФА у сироватці крові.

## Результати дослідження та їх обговорення

У якості ілюстрації наводимо клінічне спостереження розвитку гострого апендициту у дорослого, хворого на кір.

Хворий П., 24 роки, був переведений у інфекційне відділення МКЛ № 4 м. Києва 17.01.2006 р. о 13 год. 35 хв. на 8-му добу хвороби, 2-гу добу висипу з діагнозом: «Кір, розпал хвороби, гострий флегмонозний апендицит» із хірургічного відділення міської клінічної лікарні швидкої допомоги м. Києва, в якому знаходився з 15.01.2006 р. по 17.01.2006 р. При поступленні хворий скаржився на підвищення температури тіла до 38,6°C, загальну слабкість, нежить, сухий кашель, висип на обличчі, тулубі, верхніх кінцівках, біль у ділянці післяопераційної рани. Захворів гостро 10.01.06 р., коли підвищилась температура тіла до 38,5°C, відчув нездужання, загальну слабкість. Наступного дня зберігалась лихоманка, з'явилися біль у горлі, нежить, світлобоязнь, сухий кашель. За медичною допомогою вперше звернувся 15.01.06 р., коли з'явився постійний біль у правій здухвинній ділянці живота, був госпіталізований у хірургічне відділення міської клінічної лікарні швидкої допомоги м. Києва, де в той самий день прооперований з приводу гострого флегмонозного апендициту, дивертикулу Меккеля. 16.01. зберігалась лихоманка до 38,8°C, ввечері з'явився плямисто-папульозний висип на обличчі. Наступного дня після консультації інфекціоніста хворий був переведений до інфекційного відділення МКЛ № 4 м. Києва. В анамнезі у травні 2005 р. хворий лікувався з приводу гострого інфаркту міокарду.

Об'єктивно при поступленні: стан хворого середньотяжкий. Температура тіла 38,0°C, пульс 100 уд. за хв., АТ 130/80 мм. рт. ст., ЧД =18 за хв. На шкірі обличчя, шиї, тулуба, верхніх кінцівках рясний крупноплямисто-папульозний висип, виражені кон'юнктивіт і склерит. Язик вологий, обкладений білим нашаруванням. Слизова оболонка ротоглотки яскраво гіперемована, з енантемою, плями Бельського-Філатова-Копліка відсутні. Збільшені d=0,6-0,8 см задньошийні, підщелепні лімфовузли, рухливі, еластичні, безболісні. Тони серця ритмічні, ослаблені. Перкуторно над легеньми визначається ясний перкуторний тон, при аускультатії – дихання жорстке, хрипи відсутні. Менінгеальних симптомів, вогнищевої симптоматики не виявлено. Живіт м'який, помірно болючий в ділянці післяопераційної рани. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Печінка та селезінка не збільшені. Фізіологічні відправлення в нормі.

Загальний аналіз крові: Ер. –  $4,4 \times 10^{12}$ /л, Нь-153 г/л, гематокрит – 45%. Лейк. –  $6,6 \times 10^9$ /л, п/я нейтрофіли – 40%, с/я нейтрофіли – 41%, еоз. – 1%, лімф. – 10%, мон. – 8%, ШОЕ – 10 мм/год. Біохімічне дослідження: глюкоза – 5,4 ммоль/л, загальний білірубін – 19,6 мкмоль/л, АлАТ – 35 ОД/л, тимолова проба – 4,3 ОД, сечовина – 5,8 ммоль/л, ПТІ – 92%, фібриноген – 4,8 г/л. Діастаза сечі – 64 ОД.

На рентгенограмі ОГК (17.01): легеневі поля без патологічних вогнищ та інфільтрації, корені тяжисті, синуси вільні. Серце у межах норми. ЕКГ (17.01): ритм синусовий, правильний, нормальне положення електричної осі серця.

Консультація кардіолога (18.01): враховуючи дані виписки з історії хвороби за 2005 р., у хворого виставлено діагноз: «ІХС, постінфарктний кардіосклероз (Q-тип інфаркту міокарду від 25.05.2005 р.), СН I, гіпертонічна хвороба I стадія».

Призначена антибіотикотерапія, внутрішньовенна дезінтоксикаційна, а також десенсибілізуюча та вітамінотерапія, перев'язка післяопераційної рани.

На 3-тю добу стаціонарного лікування загальний стан хворого значно покращився: зменшилась загальна слабкість, температура тіла знизилась до 36,6°C, відновився апетит, значно зменшився кашель. Перебіг захворювання сприятливий. Хворий наполіг на виписці з інфекційного відділення, виписаний у задовільному стані під амбулаторний нагляд хірурга та інфекціоніста поліклініки за місцем проживання.

Виставлений заключний діагноз: Кір, тяжкий перебіг, стан після апендектомії (15.01.06 р.) з приводу гострого флегмонозного апендициту та дивертикулу Меккеля), ІХС, постінфарктний кардіосклероз (Q-тип інфаркту міокарду від 25.05.2005 р.), СН I, гіпертонічна хвороба I ст.

Кількість проведених ліжко-днів – 11.

### **Висновки**

У наведеному клінічному спостереженні привертає увагу діагностування гострого апендициту, який розвинувся у катаральному періоді кору у хворого молодого віку на тлі хронічної серцево-судинної патології. Можливою причиною розвитку цього ускладнення кору у хворого було порушення мікроциркуляції стінки апендиксу та некротичні зміни епітелію, спричинені вірусом кору та нашарування вторинної бактеріальної мікрофлори.

### **Література**

1. Голуб А.П. Ускладнення кору у дорослих та удосконалення методів лікування // Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. – К., 2010. – 21 с.

2. Гусейнов А. Х. Сочетание кори и острого аппендицита / А. Х. Гусейнов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 1994. – Т. 152, № 5-6. – С. 92–93.

3. Griffin D. E. Differential CD4 T cell activation in measles / D. E. Griffin, B. J. Ward // J. Infect. Dis. – 1993. – Vol. 168, № 8. – P. 275–281.

4. Laseca C. R. Measles-related appendicitis. A report of a new case / C. R. Laseca, G. A. Portilla, F. L. Fernández [et al.] // Rev. Esp. Enferm. Dig. – 1990. – Vol. 78, № 3. – P. 179–181.

5. Vieth M. Acute measles gastric infection / M. Vieth, K. Dirschmid, U. Oehler [et al.] // Am J Surg Pathol. – 2001. – Vol. 25, № 2. – P. 259–262.

## СЛУЧАЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛОГО, БОЛЬНОГО КОРЬЮ

**А.П. Голуб**

**Резюме.** В статье представлен клинический случай острого аппендицита у взрослого пациента, больного корью.

**Ключевые слова:** корь у взрослых, осложнения, острый аппендицит

## THE CASE OF ACUTE APPENDICITIS IN AN ADULT PATIENT WITH MEASLES

**A. Golub**

**Resume.** The article presents the clinical case of acute appendicitis in an adult patient with measles.

**Key words:** measles in adults, complications, acute appendicitis

УДК 616.921.5-053.8-076/.078

## СУЧАСНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ У ДОРΟΣЛИХ

**О.К. Дуда, В.О. Бойко, Л.П. Коцюбайло, А.Р. Вега**

**Резюме:** Обстежено та проліковано 472 хворих на грип, з них у 72 пацієнтів рентгенологічно діагностовано пневмонію, 69 з яких були госпіталізовані у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) КМКЛ № 4. Проведений аналіз клініко-лабораторних даних хворих на грип, спричиненого вірусом грипу А (H1N1). Пневмонія – одне з найчастіших ускладнень грипу, що суттєво впливає на прогноз. Показано, що прогностично несприятливими критеріями є: пізні звернення за медичною допомогою (5 – 6 доба захворювання), розвиток гострого респіраторного дистрес-