

**Висновки та перспективи подальших розробок**

1. Дерматоскопія є перспективним методом діагностики іхтіозу та контролю перебігу хвороби.
2. Виявлені специфічні дерматоскопічні зміни шкіри на фоні іхтіозу.

3. Застосування дерматоскопії у хворих на іхтіоз дозволяє покращити діагностику та контроль над результатами терапії.

Перспективою подальших досліджень є створення дерматоскопічних критеріїв діагностики іхтіозу.

**Список літератури**

Дерматология, атлас-справочник : пер. с англ. Мак-Гроу-Хилл [Фицпатрик Т., Джонсон Р., Полано М., Сюрмонд Д.]. - 1999. - С. 96-111.

Дерматоскопия (эпилюминисцентная поверхностная микроскопия): in vivo диагностика меланомы кожи (Обзор литературы) /Д.В.Соколов, А.Н.-Махсон, Л.В.Демидов [и др.] //Сибирский онкологический журнал. - 2008. - №5(29) - С 63-67.

Клинические рекомендации. Дерматовенерология; под ред. А.А. Кубановой. - М.: ДЭКС-Пресс, 2007. - С. 67.

Кожные и венерические болезни: справочник; под ред. О.Л.Иванова. - М.: Медицина, 2007. - С. 100-105.

Куклин В.Т. Ихтиоз (клинико-генеалогические, морфологические, дерматологические, функциональные исследования, лечение и реабилитация больных): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук. - М., 1987. - С. 3-27.

Мяделец О.Д., Адашкевич В.П. Морфофункциональная дерматология / О.Д.Мяделец, В.П.Адашкевич. - М.: Медлит, 2006. - 752 с.

Dermatoscopy of unpigmented lesions of the skin: a new classification of vessel morphology based on pattern analysis /H.Kittler, E.Riedl, C.Rosendahl [et al.] //Dermatopathology: Practical & Conceptual. - 2007. - Vol. 14. - P.3.

Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting /M.E.Vestergaard, P.Macaskill, P.E.Holt [et al.] //Br. J. Dermatol. - 2008. - Vol.159. - P. 669-76.

How to diagnose nonpigmented skin tumors: review of vascular structures seen with dermatoscopy, part I. Melanocytic skin tumors /I.Zalaudek, J.Kreusch, J.Giacomet [et al.] //J. Am. Acad. Dermatol. - 2010. - Vol.63. - P.361-74; quiz 375-6.

Lee J.B. Dermatoscopy: An overview. Part I: Non-Melanocytic Lesion /J.B.Lee, D.Hirokawa //Skinmed. - 2010 - №8. - P. 265-72.

Noninvasive in vitro and in vivo assessment of epidermal hyperkeratosis and dermal fibrosis in atopic dermatitis /J.H.Lee, S.Y.Chen, C.H.Yu [et al.] //J. Biomed. Opt. - 2009. - Vol.14(1). - 14008 p.

**Дмитренко С.В.**

**ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИИ ПРИ ИХТИОЗЕ**

**Резюме.** В статье представлены данные о перспективах применения дерматоскопии при ихтиозе. Проведенный анализ литературы и результаты собственных исследований указывают на перспективность дальнейших исследований. Описано несколько вариантов повреждений кожи на фоне ихтиоза методом дерматоскопии.

**Ключевые слова:** ихтиоз, дерматоскопии, методы исследования.

**Dmitrenko S.V.**

**PROSPECTS FOR USE DERMATOSCOPY OF ICHTHYOSIS**

**Summary.** The article presents the data on the prospects of the usage of dermatoscopy at the case of ichthyosis. The spent review of the literature and the results of the own research indicate the promising further research. We describe several variants of skin lesions on the background of ichthyosis by dermatoscopy.

**Key words:** ichthyosis, dermatoscopy, research methods.

Стаття надійшла до редакції 12.10.2012р.

© Дорошкевич І.О.

УДК: 615.015:616.91/.93

**Дорошкевич І.О.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, Україна, 21018)

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИЧНОГО ПОШУКУ ПРИЧИНИ ЛИХОМАНКИ НЕВІДОМОГО ГЕНЕЗУ**

**Резюме.** До патологічних станів, що викликають підвищення температури тіла, належить великий перелік захворювань різного генезу. На прикладі клінічного випадку представлено діагностичний пошук причини лихоманки невідомого походження.

**Ключові слова:** лихоманка невідомого походження, підгострий тиреоїдит.

У міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду лихоманка невідомого походження має свій шифр R50 в розділі "Загальні симптоми і ознаки", що досить розумно, оскільки навряд чи доцільно зводити симптом в нозологічну форму.

На думку багатьох клініцистів, уміння розібратися в

причинах тривалої лихоманки невідомого походження є пробним каменем діагностичних здібностей лікаря. Проте виявити захворювання, що важко діагностуються, в деяких випадках взагалі неможливо. Серед хворих, що мають лихоманку, яким спочатку був виставлений діагноз "лихоманка невідомого походження"

ня", на частку до кінця не розшифрованих випадків доводиться, за даними різних авторів, від 5 до 21% таких випадків.

До патологічних станів, які можуть викликати підвищення температури тіла, належать: інфекційні, токсичні, імунологічні, колагенові, судинні, дегенеративні, демієлінізуючі, ендокринні, метаболічні, вроджені, травматичні, пухлинні та з невідомою причиною [Никонов, Никонова, 2006].

Отже, спектр діагностичного пошуку в цьому випадку є досить широким. До того ж дуже важливим є не лише висока кваліфікація лікаря, його прискіплива увага до даних анамнезу, скарг, об'єктивного обстеження та динаміки семіотики, супутньої до лихоманки, а і постає важливим питання про достатнє оснащення біохімічної лабораторії та інструментально-діагностичної ланки медичного закладу. На доказ цьому приводимо перелік можливих причин лихоманки невідомого походження.

**Перелік можливих причин лихоманки невідомого походження**

#### I. Інфекційні хвороби

**A. Грануломатозні інфекції:** туберкульоз, глибокі мікози, атипові мікобактеріози.

#### Б. Гнійні інфекції:

1. Інфекційні процеси у верхньому відділі черевної порожнини:

а) холецистит (калькульозний), емпієма жовчного міхура; б) холангіт; в) абсцес печінки; г) абсцес сальникової сумки; д) піддіафрагмальний абсцес; е) абсцес селізанки та ін.

2. Інфекційні процеси в нижньому відділі черевної порожнини: а) дивертикулі; б) апендицит та ін.

3. Запальні захворювання органів тазової порожнини.

4. Інфекційні захворювання сечових шляхів: а) пієлонефрит; б) нирковий абсцес; в) навколонириковий абсцес; г) обструкція сечовода; д) абсцес простати та ін.

5. Синусит.

6. Остеомієліт.

#### В. Внутрісудинні інфекції:

1. Інфекційний ендокардит (гострий і підгострий).

2. Інфекційні ускладнення, викликані катетерами, розташованих всередині судин.

**Г. Бактеріємія без явного первинного вогнища:** 1) менінгококцемія, 2) гонококцемія, 3) вібриоз, 4) лістеріоз, 5) бруцельоз, 6) коліподібна бактеріємія у хворих із цирозами.

**Д. Інфекції, викликані вірусами, рикетсіями і хламідіями:** 1) інфекційний мононуклеоз, 2) цитомегалія, 3) гепатит, 4) захворювання, викликані вірусом Коксаки групи В, 5) Ку-лихоманка (включно ендокардит), 6) орнітоз.

**Е. Паразитарні хвороби:** 1) амебіаз, 2) малярія, 3) трихіноз.

**Ж. Хвороби, викликані спірохетами:** 1) лептоспіроз, 2) епідемічний поворотний тиф.

#### II. Новоутворення

**A. Пухлини однорідної щільності (локалізовані):**

1) в нирках, 2) легенях, 3) підшлунковій залозі, 4) печінці, 5) товстому кишківнику, 6) міксома передсердя.

**Б. Метастазуючі:** 1) з шлунково-кишкового тракту (ШКТ), 2) легень, нирок, кісток, шийки матки, яєчника, 3) меланома, 4) саркома.

**В. Пухлини ретикулоендотеліальної системи:** 1) хвороба Ходжкіна, 2) неходжкінська лімфома, 3) злоякісний гастрцитоз, 4) імунобластна лімфаденопатія, 5) лімфоматозний грануломатоз, 6) синдром шкірно-слизового лімфовузла (у дітей).

**III. Хвороби, що характеризуються системним запаленням сполучної тканини**

A. Ревматизм; Б. Системний червоний вовчак; В. Ревматоїдний артрит (особливо хвороба Стіла); Г. Гігантсклітинний артеріт (ревматична поліміалгія); Д. Алергічний васкуліт; Е. Вузликовий періартеріт; Ж. Грануломатоз Вегенера; З. Панаортит та інші захворювання сполучної тканини.

#### IV. Грануломатози

A. Хвороба Крона (регіонарний ентерит); Б. Грануломатозний гепатит; В. Саркоїдоз; Г. Вузлового еритема.

#### V. Інші захворювання

A. Лікарська лихоманка; Б. Емболія легеневої артерії; В. Тиреоїдит; Г. Гемолітичні анемії; Д. Приховані травми з кровотечею в замкнуті простори (гематоми); Е. Розшаровуючі аневризми (з інфікуванням чи без); Ж. Хвороба Уіпла.

**VI. Спадкові хвороби і захворювання обміну речовин**

A. Сімейна середземноморська лихоманка; Б. Гіпертригліцеридемія і гіперхолестеринемія; В. Хвороба Фабрі.

#### VII. Психогенні лихоманки

A. Звична гіпертермія; Б. Штучна лихоманка.

**VIII. Періодичні лихоманки (наприклад, циклічна нейтропенія)**

#### IX. Порушення терморегуляції

**X. Недіагностовані хвороби, що супроводжуються лихоманкою**

**A. Ті що розв'язались:** 1. Без лікування; 2. Після лікування антибіотиками; 3. Після лікування протизапальними препаратами.

**Б. Повторні:** 1. Пригнічувані стероїдами [Никонов, Никонова, 2009].

Нозологічна структура причин лихоманки невідомого походження останнім часом зазнала змін. Так, все частіше стали фігурувати деякі форми інфекцій, що розвиваються на фоні імунодефіциту, різні види нозокоміальних інфекцій. Насьогодні виділяють лихоманку невідомого походження: класичну, нозокоміальну, нейтропенічну, ВІЧ-асоційовану [Самсон, 2005; Roth, Basello, 2003]. Як вважають різні автори, в основі тривалої лихоманки невідомого походження в 70% випадків виявляється "велика трійка": інфекції - 35%; злоякісні пух-

лини - 20%; системні захворювання сполучної тканини - 15% [Knockaert, et al., 2003].

Саме таким цікавим, на наш погляд, і неоднозначним виявився випадок пошуку причини тривалої лихоманки неясного ґенезу, який ми представляємо на розгляд.

Хвора В., 61 рік, поступила в стаціонар зі скаргами на тривале підвищення температури тіла до 39,8°C в другій половині дня, виражену загальну слабкість, втомлюваність. Зі слів хворої, подібна симптоматика спостерігалась протягом 2,5 місяців, після перенесеної застуди, проте лікування за місцем проживання не було ефективним. Після перенесеної застуди з'явилися болі в попереку і підвищення температури тіла. З анамнезу життя відомо: 1973 рік операція з приводу каменя правої нирки; 1974 рік - апендектомія, 1986 рік - парапроктит, 2002 рік - гострий тромбофлебіт вен правої нижньої кінцівки. При об'єктивному обстеженні виявлено: тахікардія 90 ударів за хв., АТ 110/65 мм. рт. ст., ліва межа серця на лівій середньо-ключичній лінії, тони серця ритмічні, ослаблені, вислуховувався систолічний шум на верхівці; ЧД 16 за хв., над легенями прослуховувалось везикулярне дихання; з боку органів черевної порожнини при пальпації та перкусії патологічних змін не виявлено, варикозне розширення вен нижніх кінцівок в ділянці гомілок; слабкопозитивний симптом Пастернацького справа.

Зважаючи на всі перераховані вище ознаки попередній діагноз був таким: СКХ, конкремент правої нирки. Вторинний хронічний пієлонефрит, загострення.

Було призначено антибіотикотерапію - цефтріаксон внутрішньом'язево по 1 г двічі на добу, ципрофлоксацин 0,2% по 100 мл внутрішньовенно двічі на добу.

Отже, першим кроком в діагностичному пошуку причини лихоманки було підтвердження хронічного пієлонефриту. При лабораторному обстеженні пацієнтки виявлено підвищення ШОЕ до 46 мм/год., збільшення рівня фібриногену - 8,21 г/л, фібриноген В - 4 г/л. Інші показники загального аналізу крові були в нормі, порушень з боку ліпідного, вуглеводного обміну та функцій печінки та нирок за даними біохімічних досліджень крові не виявлено. В загальному аналізі сечі питома вага - 1010, білок - 0,033 г/л, лейкоцити 2-4 в полі зору, еритроцити 4-6 в полі зору, в аналізі сечі за Нечипоренко лейкоцити 1500 на 1 мл, до того ж подібні зміни в аналізах сечі підтверджені декілька разів. За даними УЗД органів черевної порожнини: Печінка біля краю реберної дуги, контури рівні, чіткі, ехогенність звичайна, ехоструктура однорідна. Жовчний міхур звичайних розмірів, з перегином, стінка ущільнена, вміст анехогенний, конкрементів немає. Права нирка не збільшена, розташована в типовому місці, паренхіматозний шар достатній, корковий та медулярний шари диференціюються, порожнинні системи не розширені, в нижньому сегменті локовано конкремент, який дає феномен ехотіні до 22 мм - можливо фрагментований, в про-

екції ЧМС локовані дрібні ехо+. Ліва нирка не збільшена, розташована в типовому місці, паренхіматозний шар достатній, корковий та медулярний шари диференціюються, порожнинні системи не розширені, в проекції ЧМС локовані дрібні ехо+. Паранефрально без особливостей. Отже, виявлено УЗ дані хронічного холециститу, конкременту правої нирки, що було підтверджено двічі. Зважаючи на виявлені ознаки, було підтверджено сечокам'яну хворобу, проте даних за загострення хронічного вторинного пієлонефриту, а тим більше за запально-інфільтраційний процес в паранефральній клітковині не виявлено. До того ж антибіотикотерапія не здійснювала очікуваного ефекту - зберігались вечірні підйоми температури до 39,5°C, навіть приєднання третього антибіотика амікацину виявилось не ефективним.

Оскільки така лабораторно-інструментальна картина не співпадала з клінічною семіотикою, було вирішено розширити спектр пошуку причини лихоманки. Збереження високого ШОЕ на рівні 46-50 мм/год. наводило на думку можливого злоякісного новоутворення. Проте проведені фіброгастродуоденоскопія і фіброколоноскопія не виявили патології. Хвора була оглянута проктологом - виявлено хронічний внутрішній гемороїд I ст. в стадії ремісії, ректоцеле I ст., гінекологом (хронічний кандидозний кольпіт, загострення), гематологом. Дані за онкопатологію ці спеціалісти також не підтвердили. Виконана комп'ютерна томографія органів черевної порожнини лише підтвердила дані УЗД внутрішніх органів. Гастроентеролог, згідно отриманих даних, виставив попередній діагноз кіста печінки та гемангіома печінки, проте на думку спеціалістів не було даних, що саме ця патологія сприяла такій тривалій лихоманці.

Третій крок - генералізовані інфекції та локальні інфекційні процеси інших органів. Аналізи крові на TORCH-інфекцію: антитіла IgM до *Toxoplasma gondii*, антитіла IgM до цитомегаловірусу - результат негативний, бактеріологічний аналіз гемокультури на стерильність - збудники тифо-паратифозних захворювань та інша мікрофлора не виявлена, серологічне дослідження на сифіліс - негативне. На ФГОГК вікові зміни легень та серця. УЗД серця виявило підвищення активності міокарду лівого шлуночка за рахунок гіперкінезу стінок, нормальних розмірів порожнини серця, аортосклероз, недостатність мітрального клапану I ст. Хвора була консультована інфекціоністом, який виключив гостру інфекційну патологію. Відповідно не було отримано даних за запально-інфільтраційний процес в легенях та стінках і клапанній системі серця.

Отже, подальший пошук був спрямований на пошук системних захворювань сполучної тканини. Проте, аналіз крові на ревматоїдний фактор виявився негативним, анти-Н-ДНК до СЧВ не виявлено, аналіз сечі на білок Бенс-Джонса - негативний, що відповідно дозволило виключити системний червоний вовчак, амілоїдоз та мієломну хворобу. Але при кількісному визначенні СРБ крові виявлено підвищення даного показ-

ника до 48 мг/л, до того ж в імунологічному дослідженні крові було збільшено вміст циркулюючих імунних комплексів до 244 од опт. щ., що є показниками розвитку різноманітних запальних процесів в організмі і активності перебігу аутоімунних захворювань.

Оскільки однією з версій тривалої лихоманки був системний васкуліт, то симптоматично хворій було призначено преднізолон в дозі 30 мг. І лише призначення глюкокортикостероїдної терапії призвело до нормалізації температури тіла з відсутністю вечірніх підйомів до фебрильних цифр. Проте лікар відмітив, що, не зважаючи на нормалізацію температури тіла, спостерігалось збереження тахікардії до 90-100 ударів за хвилину. І саме цей фактор направив вектор діагностичного пошуку в бік захворювань щитовидної залози.

Так, при УЗД щитовидна залоза розташована в типовому місці, не збільшена, капсула ущільнена, в обох долях визначаються утворення розмірами 8-9 мм, округлої форми з чіткими контурами, ізоехогенні; інша тканина залози помірно гіпоехогенна, ехоструктура неоднорідна за рахунок чергування гіпо- та гіперехогенних ділянок, об'єм по Vrup правої долі 7,79 см<sup>3</sup>, лівої - 10,14 см<sup>3</sup>. При дослідженні функції щитовидної залози було виявлено зниження рівня ТТГ до 0,005 мкМЕ/мл, підвищення вільного Т4 до 6,66 нг/дл, антитіла до тиропероксидази були в межах норма (9,85 МЕ/мл). Хвора була

консультувана ендокринологом, виставлено діагноз: Підгострий тиреоїдит, дифузний зоб І ст., тиреотоксикоз середнього ступеня важкості в стадії декомпенсації.

Таким чином, в даному випадку саме призначення патогенетичної терапії стало визначальним у діагностиці причини лихоманки. На користь підгострого тиреоїдиту, як причини тривалого фебрилітету, вказують відсутність ефекту від антибактеріальних препаратів, ефективність фармакотерапії глюкокортикостероїдами, перенесена в анамнезі інфекція, дані УЗД дослідження щитовидної залози, порушення функції останньої, запальні зміни в лабораторних показниках (особливо підвищення ШОЕ до 45-50 мм/год.). В результаті призначення метипреду в початковій дозі 16 мг на добу та тирозолу 10 мг на добу нормалізувалась температура тіла, зменшилась загальна інтоксикація, покращилось самопочуття хворої.

При цьому одна з яскравих діагностичних клінічних ознак підгострого тиреоїдиту на ранніх строках його розвитку, така як біль в ділянці ший та болючість щитовидної залози при пальпації, на догоспітальному етапі можливо була недооцінена чи не вірно трактована самою хворою та лікарем первинної ланки, що уповільнило діагностику даного захворювання та призвело до невинуватого тривалого прийому антибактеріальних препаратів.

### Список літератури

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Никонов В.В. Лихорадочные состояния /В.В.Никонов, В.В.Никонова //Медицина неотложных состояний. - 2006. - №1(2). - С. 25-29.     | тложных состояний. - 2009. - №6(25). - С. 59-65.  | adults: 40 years on /D.C.Knockaert, S.Vanderschueren, D.Blockmans //J. Intern. Med. - 2003. - №253. - P. 263-75.                                     |
| Никонов В.В. Лихорадочные состояния в клинической практике (Диагностические подходы) /В.В.Никонов, В.В.Никонова //Медицина неот- | Самсон А.А. Лихорадка неясного генеза: прошлое, настоящее, будущее / А.А.Самсон //Медицина неотложных состояний. - 2005. - №1(1). - С. 117-123. | Roth A.R. Approach to the adult patient with fever of unknown origin /A.R.Roth, G.M.Basello //Am. Fam. physician. - 2003. - №68(11). - P. 2223-2229. |
|  | Knockaert D.C. Fever of unknown origin in   |  |

**Дорошкевич И.А.**

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИЧИНЫ ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

**Резюме.** К патологическим состояниям, вызывающим повышение температуры тела, принадлежит большой перечень заболеваний различного генеза. На примере клинического случая представлен диагностический поиск причины лихорадки неизвестного происхождения.

**Ключевые слова:** лихорадка неизвестного происхождения, подострый тиреоидит.

**Doroshkevich I.A.**

### CLINICAL CASE OF DIAGNOSTIC SEARCH OF CAUSE OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN

**Summary.** The pathological states that cause fever include a long list of diseases of various origins. The diagnostic search of fever of unknown origin is presented on the example of the clinical case.

**Key words:** fever of unknown origin, subacute thyroiditis.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2012р.

© Дроненко В.Г.

УДК: 616.348-007.253

**Дроненко В.Г.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра онкології (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 2018)

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ СТОМОВАНИХ ХВОРИХ З КОЛОРЕКТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ