

впливає на активні форми НР-інфекції, що при формуванні дуоденогастрального рефлюксу призводить до процесу самосанації, що й підтверджується даними первинного обстеження [1; 6]. Враховуючи низький рівень гелікобактерної інфекції до і після лікування, можна знехтувати її впливом на показники рН шлункового середовища, а зміни середніх значень рівня кислотності безпосередньо пов'язати із впливом самої жовчі, рН якої становить 6,0–7,0 [7] і яка, потрапляючи у шлункову порожнину і змішуючись з її вмістом, призводить до змін показників рН шлункового соку в бік лугу.

### Висновки

Таким чином, жовч, яка потрапляє під час дуоденогастрального рефлюксу, що формується на фоні реактивного холецистопанкреатиту як наслідку тривалого загострення хронічного гастриту типу В, у

порожнину шлунка, істотно впливає на показники внутрішньошлункової рН-метрії, зрушуючи їх у бік лугу в середньому на 1 рівень за шкалою за методикою В. М. Чорнобрового.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Авраменко А. О. Вплив деяких екзогенних і ендогенних факторів на рівень кислотності і ступінь обсіменіння слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* // Одес. мед. журнал. — 1998. — № 6. — С. 54-56.
2. Авраменко А. О. Напівпровідниковий інфрачервоний частотний лазер у комплексному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки // Там же. — № 3. — С. 49-51.
3. Авраменко А. А., Гоженко А. І., Короленко Р. Н. Влияние длительности обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на сроки формирования реактивного холецистопанкреатита // Клін. та експеримент. патологія. — 2003. — Т. II, № 1. — С. 2-4.
4. Галкин В. А. Современные методы диагностики дискинезий жёлчного пузыря и некалькулёзного холецистита // Тер. архив. — 2001. — № 8. — С. 37-38.

5. Гоженко А. І., Авраменко А. О. До питання про взаємовідношення НР-інфекції та кислотно-пептичного чинника при різних стадіях і періодах виразкової хвороби дванадцятипалої кишки // Буковин. мед. вісник. — 2003. — № 2. — С. 43-48.

6. Ивашкин В. Т., Мегро Ф., Лапина Т. Н. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии. — М., 1999. — 255 с.

7. Косицкий Г. И. Физиология человека. — М.: Медицина, 1985. — 544 с.

8. Митьков В. В., Медведева М. В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. — М.: Видар, 1996. — Т. 1. — 335 с.

9. Огороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов. — Минск, 1995. — Т. 1. — С. 252-253.

10. Передерий В. Г. Язвенная болезнь или пептическая язва? — К., 1997. — 158 с.

11. Передерий В. Г., Ткач С. М., Скопиченко С. В. Язвенная болезнь. Прошлое. Настоящее. Будущее. — К., 2003. — 256 с.

12. Чернобровый В. Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка: Метод. рекомендации. — Винница, 1991. — С. 3-12.

УДК 616.5-002.954-07

А. І. Грачов, А. І. Даниленко

## ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ ШКІРИ, СПРИЧИНЕНИХ УКУСАМИ КЛІЩІВ

Одеський державний медичний університет

Укуси кліщів можуть спричинювати стійкі запалення шкіри — уртикарний дерматит, що супроводжується швидко минаючими свербінням, печінням, гарячкою. У деяких місцевостях спостерігається сезонність цих явищ (весняно-літній, рідше осінній період) [3].

На місці укусу виникає папула, іноді з почервонінням навколо. Спочатку в осередку ураження відзначаються набряк епідермісу і дерми, пов-

нокров'я судин. Пізніше в епідермісі — псевдоепітеліоматозна гіперплазія, в дермі — гранулематозний інфільтрат, що проникає в підшкірно-жирову клітковину [2]. Інфільтрат складається з еозинофілів і гістіоцитів, деякі гістіоцити гіперхромні, мають два ядра. В інфільтраті можуть утворюватися лімфоїдні фолікули із зародковими центрами, розташовуватися частини кліща у вигляді епідермальних кіст-

включень або такі, що лежать у тканині вільно, з наявністю навколо клітин сторонніх тіл.

Якщо частини кліща залишаються в шкірі, діаметр ураження коливається від 1 до 7 см. Виникає хронічний специфічний запальний процес, що закінчується утворенням рубця. Запальний процес пов'язаний з поєднаною дією механічного і токсичного факторів (ушкодження шкірних покривів і дія отруйної слини кліща).



Діагностика таких уражень становить труднощі і для клініцистів, і для гістологів. За даними літератури [1], осередки уражень у шкірі тулуба, кінцівок симулювали фіброму, плоскоклітинний рак, грибоподібний мікоз, фолікулярну лімфому, лімфогранулематоз, а у шкірі статевого члена — сифілітичний шанкр.

Діагноз є незаперечним лише тоді, коли в гістологічних препаратах виявляються частини кліща, тому слід вивчити весь матеріал, який надійшов для гістологічного дослідження і виготовити ступінчасті зрізи.

Наводимо власне спостереження.

Хвора Л., 49 років, хворіла протягом 3–4 років. Спочатку на передній поверхні правої половини грудної клітки в шкірі виникло пухлиноподібне підвищене утворення діаметром 1,0 см, поява якого супроводжувалася короткочасною болісністю і

свербінням. Проведено амбулаторне хірургічне видалення утворення. Матеріал надійшов для гістологічного дослідження з діагнозом фіброма шкіри.

Макроскопічно: шматочок шкіри з підшкірною клітковиною 1,5×1,25×1,0 см, в товщі якого вузлик заокругленої форми діаметром 1,0 см, відмежований тонкою щільною капсулою. На розрізі тканина вузлика сухувата, ущільнена, блідо-сірувата, крихтоподібна.

Гістологічне дослідження: шкіра з підшкірною клітковиною, в епідермісі — псевдоепітеліоматозна гіперплазія, у дермі — запальний набряк, що проникає в підшкірно-жирову клітковину. Інфільтрат складається з еозинофілів, плазматичних клітин, лімфоцитів, гістіоцитів, які оточують епідермальні інклюзивні кісти, що містять частини кліщів.

Висновок: специфічна запальна гранулема, спричинена укусом кліща.

Післяопераційний період сприятливий, хвора одужала.

Патологія, обумовлена контактом із кліщами, може бути пов'язана з тим, що вони є переносниками різних хвороботворних збудників (віруси, бактерії, спірохети, рикетсії, найпростіші) — це так звані інфіковані кліщі-переносники. У цих випадках може виникнути відповідне захворювання.

В умовах Одеси й області, де щороку реєструється кліщове ураження людей, правильна і своєчасна діагностика захворювання набуває особливого значення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Авцын А. П. Местные и общие реакции на укусы паукообразных. Многоотомное рук. по патол. анатомии. — М.: Медицина, 1964. — Т. IX. — С. 769-772.
2. Лавер У. Ф. Гистопатология кожи — М.: Медицина, 1958. — С. 152-153.
3. Павловский Н. Е. Клеши // БМЭ — М.: Энциклопедия, 1982. — Т. XIII — С. 67-74.

УДК 616-002.77(477.74)

О. О. Якименко, Л. В. Закатова, Л. І. Данильченко,  
Г. Ф. Латишева, О. Є. Кравчук, В. В. Дець,  
Н. М. Антіпова, І. М. Долженкова, В. В. Василець

## ДИНАМІКА СТРУКТУРИ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА 18 РОКІВ (1983–2001 рр.) В ОДЕСІ

Одеський державний медичний університет,  
Міська клінічна лікарня № 9 ім. проф. О. І. Мінакова, Одеса

Ревматичні захворювання (РЗ) — найбільш поширена патологія сучасності в усьому світі, яка є важливою медичною і соціальною проблемою [1; 2].

Ці захворювання суттєво знижують якість життя, призводять до великих витрат на

охорону здоров'я, негативно впливають на національну економіку (навіть таких країн, як США, Німеччина та ін.). Загальна захворюваність на РЗ у розвинених країнах, зокрема в США, вища, ніж в Україні, і останніми десятиріччями становить 15–20 % (37–50 млн

населення), тимчасом як кількість хворих на гіпертонічну хворобу становить 20 млн, а на цукровий діабет — 5 млн [2]. Така сама тенденція характерна й для європейських країн. У Німеччині, наприклад, на дегенеративно-дистрофічні ураження опорно-рухового апа-

