

склерозом, могут указывать, с одной стороны, на активацию гранулоцитопоза, а с другой — на повышение ферментативной активности зрелых нейтрофилов. Подтверждением данного предположения могут служить результаты исследования, ранее выполненного в нашей лаборатории, в котором описано оживление нейтрофильного ростка костного мозга у больных рассеянным склерозом.

УДК 616.36—002.14:618.14—002—06:618.39—089.888.14—06

Г. М. Шигапова (Казань). Клиническое течение вирусного гепатита В у больной с постабортным эндометритом, осложненным стафилококковым сепсисом

В литературе имеются немногочисленные сведения о гнойно-септических проявлениях при вирусных гепатитах. Ряд авторов указывают на прогностическое значение бактериемии при циррозах печени. Известно, что по мере нарастания печеночной недостаточности появляются предпосылки для бактериально-вирусной реинфекции.

В наших наблюдениях гнойно-септические проявления имели место у 3% больных вирусным гепатитом А и у 10% больных вирусным гепатитом В. В 30% случаев гнойно-септические проявления сопровождалась бактериемией. Среди выделенных гемокультур были *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*.

У всех больных наблюдалась тенденция к затяжному течению гепатита. Гнойно-септические осложнения возникали на 30—50-й день болезни в виде лихорадки (25%), фурункулеза, гнойного отита и паратонзиллярного абсцесса (назофарингита). В отдельных случаях бактериемия не сопровождалась клиническими признаками и лихорадкой. Поводом для проведения исследований на бактериологию являлись затяжное течение гепатита, дисбактериоз кишечника, гиповитаминоз.

Приводим историю болезни Х., 29 лет, которой был сделан медицинский аборт за 7 дней до появления желтухи, то есть в дожелтушной фазе вирусного гепатита. Недомогание, слабость, тошноту и рвоту больная связывала с беременностью и жалоб врач-гинекологу не предъявляла.

В инфекционный стационар она поступила на 8-й день болезни и 3-й день желтухи с жалобами на слабость, быструю утомляемость, боли в области желудка и правом подреберье, желтушность склер и кожи.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, желтушность склер и кожи, обложенный язык, болезненность при пальпации живота; печень увеличена до 3 см, плотностягивающейся консистенции. Выявлен двусторонний положительный симптом Пастернацкого. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не найдено. С первых дней пребывания в стационаре больная отмечала сукровичные выделения из половых путей, боли в пояснице, лихорадку. В связи с этим ее проконсультировал врач-гинеколог, который установил постабортный эндометрит. Признаки интоксикации и желтухи нарастали до 15-го дня болезни, лихорадка держалась до 32-го дня пребывания в стационаре, сукровичные выделения из половых путей были до 39-го дня и боли в пояснице — до 17-го дня. Из крови больной был выделен *Staphylococcus epidermidis*. Комплексная терапия гепатита с включением антибиотиков широкого спектра действия способствовала улучшению состояния больной, однако течение вирусного гепатита приняло затяжной характер и осложнилось

Результаты биохимических исследований крови

Пробы	Динамика некоторых печеночных проб		
	при поступлении	при обострении	при выписке
Общий билирубин, мкмоль/л	113,7	74	21,4
Прямой билирубин, мкмоль/л	100	30	10,3
АЛАТ (разведение 1:10), мкмоль/(ч·л)	46,3	24,2	20
Сулемовая проба, мл	1,6	1,4	1,3
Тимоловая проба, ед.	87	85	83

клинико-ферментативным обострением на 46-й день болезни и ферментативным (гиперферментемия) — на 150-й день.

Клинико-ферментативное обострение протекало тяжело, вновь появились слабость, тошнота, рвота, стала нарастать желтуха и увеличиваться в размерах печень. Одновременно протромбиновый индекс с 82% упал до 48%, что свидетельствовало о нарушении белковосинтетической функции печени. В связи с ухудшением состояния в лечение был включен преднизолон. Он был назначен комбинированно: внутривенно капельно по 120 мг в сутки в течение 7 дней и внутрь в дозе 40 мг в сутки в течение месяца. Отмена препарата проводилась на фоне постепенного снижения дозы, начиная с момента улучшения в состоянии и повышения уровня протромбинового индекса до исходного. В период данного обострения из крови больной вновь выделен *Staphylococcus epidermidis*.

Анализ периферической крови при поступлении: эр.— $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 2,1 ммоль/л, цв. показатель — 1,003, л. — $2,7 \cdot 10^9/л$, э.— 5%, п.— 9%, с.— 43%, лимф.— 41%, мон.— 2%; СОЭ — 8 мм/ч. При выписке: л.— $3,8 \cdot 10^9/л$, э.— 2%, п.— 1%, с.— 56%, лимф.— 34%, мон.— 7%, СОЭ — 8 мм/ч. Анализ мочи: лейкоциты — 30—50 в поле зрения, по Нечипоренко — 1 370 000. Из мочи выделена культура *Staphylococcus epidermidis* — более 10 млн. в 1 мл мочи.

При поступлении в стационар содержание общего белка — 78,5 г/л.

Результаты неоднократных исследований крови на HBsAg в РПГА были отрицательными, но антиген был найден в РИА (Москва).

В комплексное лечение входила базисная (стол 5а, 5) и дезинтоксикационная терапия; в периоде обострения были назначены преднизолон (840 мг внутривенно и 570 мг внутрь), ингибиторы протеаз, гепатопротекторы, альбумин, трансфузии крови, нативная плазма, препараты калия. Антибактериальную терапию проводили в течение 30 дней пенициллином, ампициллином, кефзолем и гентамицином. Больная получала нитроксалин.

Пациентку выписали из стационара на 157-й день болезни в связи с выздоровлением; сепсис был ликвидирован, но сохранялись остаточные явления вирусного гепатита.

При диспансеризации, которая продолжалась при стационаре в течение 2 лет, была установлена затяжная реконвалесценция. Выздоровление наступило через один год и 3 мес.

Следовательно, вирусный гепатит В и сепсис можно рассматривать как две конкурирующие нозологические формы с негативным взаимовлиянием.

УДК 616.986.7 (470.41)

Н. Е. Дмитриев, М. А. Гильдебранд, Л. А. Дмитриев