

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

ва (г. Бугульма, ТССР). Лептоспироз, вызванный лептоспирой Помона

Лептоспирозная инфекция (как ряд других инфекционных болезней) перешла на уровень спорадических случаев. Это значительно затруднило ее выявление, соответственно и утратилось внимание к ней со стороны врачей-практиков. По нашему же мнению, случаи лептоспироза не так уж редки, просто обычно они проходят под другими диагнозами.

Н., 40 лет, госпитализирован на 3-й день болезни в тяжелом состоянии без диагноза. С высокой температурой ($39,4^{\circ}$) он был доставлен из приемного покоя ЦРБ, где его осмотрели терапевт и хирург. После консультации инфекциониста возникло подозрение на геморрагическую лихорадку с почечным синдромом и больной был переправлен в инфекционную больницу.

Заболел остро: головная боль, высокая температура (40°), слабость, сухой кашель, боли в животе и во всем теле, особенно в икроножных мышцах, из-за которых больной испытывал трудности при ходьбе. В доме больных нет.

Объективно: 3-й день болезни, температура высокая — $40,8^{\circ}$. Состояние тяжелое, вялый, кожа бледная. Склеры инъектированы, частота пульса — 90 уд. в 1 мин, АД — 12,7/8,0 кПа. Тоны сердца приглушены, ритмичны. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы справа. Живот при пальпации мягкий, болезненный в верхней половине живота. Печень по сосковой линии у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Менингеальных знаков нет. Анализ крови: л. — $14,5 \cdot 10^9$ /л. Рентгеноскопия грудной клетки: в легких очаговых теней нет, усилена легочной рисунок.

Анализ крови на 4-й день болезни: Hb — 2,1 ммоль/л, эр. — $4,41 \cdot 10^{12}$ /л, л. — $8,3 \cdot 10^9$ /л, п. — 9%, с. — 66%, лимф. — 22%, мон. — 3%; СОЭ — 14 мм/ч. Анализ мочи: отн. пл. — 1,012, реакция кислая, содержание белка — 0,66%; л. — 3—5 в поле зрения, эр. — 0—2, геалиновые

цилиндры — 3—5 в поле зрения.

К 5-му дню болезни температура снизилась до нормы, но на 6—7-й день вновь поднялась до $37,8^{\circ}$, состояние ухудшилось, появились сильная головная боль, рвота, боли в животе; печень была на 3—4 см ниже края реберной дуги, селезенка — у края дуги. Менингеальных знаков не отмечалось. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

На 13-й день состояние вновь ухудшилось — возникла головная боль; боковые поверхности грудной клетки покрылись розеола-папулярной сыпью, которая держалась в течение 2 суток. На 16-й день болезни состояние улучшилось. Жалоб нет. Частота пульса — 60 уд. в 1 мин. АД — 14,7/9,3 кПа. Печень по сосковой линии находится у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Лабораторная диагностика: реакция агглютинации лизиса на лептоспироз положительная с серотипом Помона 1:1000 от 14.12.1989 г. (отдел особо опасных инфекций Республиканской СЭС).

Был выписан 12.12.1989 г. в удовлетворительном состоянии; поставлен на диспансерный учет в кабинете инфекционных заболеваний. Диагноз: лептоспироз Помона, безжелтушная форма, тяжелое течение.

Находясь в стационаре, больной получал пенициллин внутримышечно, повторный курс тетрациклина, преднизолон в убывающей дозе с 14.11 по 26.11.1989 г., димедрол, глюконат кальция, поливитамины, аскорбиновую кислоту, внутривенные вливания 5% раствора глюкозы и гемодеза № 3.

Описываемый случай клинической картины безжелтушного лептоспироза вызван лептоспирой серотипа Помона. Диагностика спорадических случаев лептоспироза представляет определенные трудности, особенно в условиях районных больниц, однако она возможна при учете эпидемиологических данных, профессии и характерных клинических признаков (острое начало, головные боли, боли в мышцах, особенно икроножных).

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617.7—053.2

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ

А. Р. Залялетдинова

Детский офтальмологический центр (зав. — А. Р. Залялетдинова), г. Набережные Челны

В городе, в котором насчитывается 160 тыс. детей, к 1989 г. сложилась крайне неблагоприятная обстановка с оказанием им офтальмологической помощи. В специализированном детском саду по лечению косоглазия и амблиопии работают 6 детских окулистов (то есть занято 6,5 единиц штатного расписания против нормативных 16,5). Из-за нехватки кадров создавались большие очереди на прием к врачам, которые работали с большими перегрузками (не имея материальной заинтересованности).

Плановая ежегодная диспансеризация детей с пониженной остротой зрения проводилась не во всех поликлиниках, низким оставалось и их качество.

Из-за нехватки времени в дошкольных учреждениях осматривались дети, поступающие в 1-й класс, в школах — учащиеся 2, 5, 7-х классов и 15-летние.

Зачастую это приводило к тому, что дети с патологией органов зрения выявлялись только к 7 годам, в то время как коррекция аномалий рефракции, лечение косоглазия и амблиопии к этому