

Из госпитальной терапевтической клиники Одесского медицинского института
(завед. проф. М. А. Ясиновский).

К геморрагическим диатезам после вакцинации.

Е. Н. Каплан.

Проблема геморрагических диатезов принадлежит к одной из наиболее неясных областей внутренней медицины. Поэтому каждый случай кровоточивости должен внимательно изучаться с точки зрения этиологии и клинической картины.

В литературе имеются единичные указания на связь геморрагических диатезов с вакцинациями, что ввиду массовости производства прививок может представить определенный практический интерес. Так, Гринберг описал случай острого геморрагического диатеза у девочки 6 месяцев после оспенной вакцинации.

В виду этого мы считаем возможным опубликовать наблюдавшийся нами в клинике случай резко выраженного геморрагического диатеза, впервые выявившегося у больного после произведенной ему прививки против брюшного тифа.

Больной Т., 14 лет, 9/IV с. г. получил первую прививку против брюшного тифа. 10/IV температура повысилась до $37,3-37,4^{\circ}$; 11/IV на подушке мать обнаружила кровянистые выделения—кровоточили десна, слизистая носа; затем на коже в различных местах появились синяки, отдельные кровоподтеки замечены были и на языке. 12/IV началось обильное отделение кровавой мочи, продолжавшееся и в момент поступления больного в клинику 14/IV в 4 часа дня.

В анамнезе больного—воспаление легких в раннем детстве; дифтерия в 1929 г., грипп—ежегодно. Кровоточивости до настоящего приступа не отмечалось: при случайных порезах кровотечение останавливалось быстро; при неоднократных предохранительных прививках в прошлом (противобрюшнотифозной, противодифтерийной, противоскарлатиновой) явлений кровоточивости не наблюдалось.

Питание у больного за все последние годы было хорошее. Отец 45 лет и брат 20 лет здоровы. Мать 48 лет, 11 лет тому назад была больна энцефалитом, остаточные явления которого в настоящее время сказываются в усиленном слюноотделении, частом головокружении, пошатывании при ходьбе. В ее анамнезе—3 искусственных аборта, 1 естественный на 2 месяце, 2 родов; кровопотери во всех этих случаях были нормальными. В настоящее время у матери явления климактерия, гипертиреоза, ожирения.

Больной правильного телосложения, хорошей упитанности. На коже груди, спины, верхних и нижних конечностей—петехиальная сыпь, особенно обильная на разгибательных поверхностях обоих предплечий, на голенях, на тыльных поверхностях стоп и в области обоих голеностопных суставов. Под углом правой лопатки, в месте укола, под кожей, определяется болезненный инфильтрат величиной с голубиное яйцо, на коже—значительный синяк. На слизистой нижнего века, на конъюнктиве левого глаза—по одной петехии, на твердом небе—большое кровоизлияние величиной с 20-копеечную монету, под языком—несколько точечных кровоизлияний.

Со стороны легких и сердца отклонений не обнаруживается. Печень увеличена, выступает на 1 поперечный палец из-под реберной дуги округлым неболезненным краем. Селезенка прощупывается, уплотненный край ее выступает на 1/2 поперечных пальца из-под левой реберной дуги.

Температура, державшаяся на уровне $37,3^{\circ}$ в первые два дня, уже 16/IV дошла до нормы.

Лабораторные исследования в день поступления больного в клинику и в последующие дни обнаружили следующее: количество белка в моче, до поступления в клинику равнявшееся $13,2^{0}/_{00}$, снизилось затем до $3,3^{0}/_{00}$, далее до $0,99^{0}/_{00}$, и наконец, 17/IV—реакция на белок оказалась отрицательной. Свежие эритроциты, вначале покрывавшие сплошь все поля зрения, к моменту выписки больного из клиники обнаруживались в числе не более 1—2 в поле зрения.

Анализы крови дали следующие результаты:

Дата	Число эритроц.	Hb	Число лейкоцитов	Число тромбоц.	Время кровотечения	Свертываемость		РФЭ	
						начало	Конец	1 ч.	2 ч.
15/IV	4 250 000	66%	15 600	264 250	5'	3'	5'	15	25
20/IV	4 600 000	73%	6 500	400 000	5'	3'	5'	м/м	м/м

Лейкоцитарная формула отклонений от нормы не представляла.

Симптом Румпеля-Леде 15 и 17 апреля резко положительн, в последующие дни, 20 и 28/IV, несколько ослабев в своей интенсивности, он все же ясно положительн.

Больной пробыл в клинике до 20/IV. Получал раствор хлористого кальция из 10,0—200,0 по 6 столовых ложек день, был на диете с обильным количеством витаминов (апельсины, лимоны, морковный сок и т. д.). Состояние его все время было хорошим. Явления геморрагического диатеза быстро сгладились; петехиальная сыпь на всем теле почти исчезла—при выписке значительно побледневшие петехии оставались только на внутренней поверхности предплечий и в области голеностопных суставов, кровоизлияний из слизистых не отмечалось. Селезенка едва прощупывалась. Больному предложено было продолжать прием хлористого кальция и находиться на богатой витаминами диете.

28/IV при посещении больного на-дому можно было отметить, что кожа была чиста; селезенка не прощупывалась: верхняя граница селезеночной тупости определялась на 8 ребре. Что касается кровотечений, то 20/IV у больного слегка кровоточили десна (следы зубов на яблоке); 22—23/IV было кровотечение из носа (больной по указанию родных потерял до 1/4 стакана крови).

25/V Т. начал посещать школу; 28/V он приступил к переходным экзаменам. 1/VI вновь появилось кровотечение из носа; 2/VI начали кровоточить десна; 4—5/VI появились инфильтраты на тыльных поверхностях обеих кистей рук, на передней поверхности левой половины грудной клетки у подмышечной впадины на спине между лопатками, на тыльной поверхности левой стопы, с последующим появлением здесь же на коже синяков. Кроме того, кровоподтеки больших размеров появились и в других местах. 7/VI с утра больной стал жаловаться на отсутствие аппетита и тошноту. В 9 час. вечера у больного появилась рвота без крови; в 11 час. рвота повторилась с выделением крови; в 12 час. кровь «хлынула изо рта фонтаном» (всего, по указанию родных больной потерял до 6 стаканов крови); было кровотечение и из носа. Срочно была вызвана карета скорой помощи, врач которой затампонировал больному нос и в тяжелом состоянии доставил Т. в больницу.

При объективном исследовании отмечалась резкая бледность кожи и видимых слизистых оболочек. На кожных покровах всего тела—петехиальная сыпь, особенно обильная на предплечьях, на голенях у лодыжек и на тыльной поверхности стоп. Кроме того, на тыльной поверхности левой кисти, на разгибательной поверхности левого плеча, на тыльной поверхности левой стопы отмечались болезненные на ощупь уплотнения.

Живот нормальный конфигурации, при ощупывании неболезнен, мягок. Селезенка на I поперечный палец выступает из-под левой реберной дуги. Отклонений от нормы при исследовании мочи не обнаружено.

Исследование крови за время пребывания больного в клинике.

Дата	Число эритроцитов	Количество Hb	Число лейкоцитов	Число тромбоц.	Время кровотечения	Свертываемость	
						Нач.	Конец
8/VI	3 700 000	68%	9 600	358 000	6'	10	12
9/VI	3 500 000	65%	5 600	350 000			
16/VI	3 790 000	62%	8 300	154 390	3'	3'	5'
23/VI	3 740 000	56%	6 500	129 900	3'	1'	5'

Симптом Румпеля-Леде выпал резко положительным 9/VІ и 10/VІ и положительным 13/VІ и 19/VІ.

Кровавая рвота прекратилась у больного к вечеру 8/IV. Осмотр ринолога, удаленного тампон 9/VІ, обнаружил „небольшую гиперемию и расширение сосудов на передней части носовой перегородки в loc. Kisselbachii и на переднем конце нижней раковины слева, небольшую гиперемию задней стенки зева“.

Терапия проводилась та же, что и в первое пребывание больного в клинике. Как видно из таблицы, состав крови особых изменений не претерпел, но состояние больного улучшилось, и он выписался в хорошем состоянии. Петехиальная сыпь и уплотнения ко дню выписки почти совершенно исчезли—бледная сыпь оставалась только в области расположения обоих голеностопных суставов, селезенка не прощупывалась.

8/VІ Т. уехал в деревню, где пробыл 6 недель. В весе он прибавил 8 кг. При осмотре его 19/IX отклонений от нормы со стороны внутренних органов мы не обнаружили. По словам матери, лишь в октябре у больного появились на коже единичные кровоподтеки, быстро (2—3 дня) исчезнувшие. В дальнейшем болезненных явлений у Т. не отмечалось.

Клиническая картина приведенного заболевания носит ясные черты резкого и бурно развивавшегося геморрагического диатеза. Во время первого приступа кровоточивости, наряду с кровоподтеками на коже, наблюдались интенсивные кровоизлияния из слизистых десен, носа, и из мочевых путей. Во время второго приступа отмечались болезненные инфальтраты с последующим появлением синяков в их области, связанные, очевидно, с более глубокими кровоизлияниями.

Одновременно появилось и значительное кровотечение из желудочно-кишечного тракта.

Возникают два основных вопроса: 1) с какой именно формой геморрагического диатеза мы имеем в данном случае дело; 2) какова здесь связь вакцинации с геморрагическим диатезом.

По своей симптоматологии указанный случай геморрагического диатеза ближе всего подходит к той клинической картине, которую мы встречаем при Верльгофовой болезни в ее острой форме. У больного появился сразу резкий приступ кровоточивости, проявившийся одновременно как многочисленными кожными и подкожными кровоизлияниями, так и обильными кровотечениями из ряда слизистых (нос, десна, мочевой тракт, желудок). При этом во время приступов у него отмечалось временное увеличение селезенки и повышение температуры. Различные авторы и в настоящее время отмечают, что при приступах Верльгофовой болезни температура не превышает нормы (Декастелло). Однако, еще у Филатова имеются указания, что при некоторых формах пурпуры наблюдается значительное повышение температуры.

В наблюдавшемся нами случае нет основного гематологического признака пятнистой болезни Верльгофа—отсутствует тромбопения, которая по Франку является типичной только в том случае, когда она достигает так называемой „критической цифры“ в $\frac{1}{10}$ нормального количества тромбоцитов—около 30 000. Между тем в нашем случае, как видно из анализов, количество тромбоцитов ниже 129 000 не спускалось.

Разбирая другие формы геморрагического диатеза, мы сможем смело исключить гемофилию, в виду отсутствия в данном случае наследственной отягощенности, наличия позднего проявления болезни, нормальной свертываемости крови, отсутствия суставных явлений, наличия резко выраженного симптома Румпель-Леде и проч. (Кост). Приведенный выше сложный синдром геморрагического диатеза в данном случае во многом выходит за предел клинической картины различных пурпур (характер кожных высыпаний с большими пятнами, обильные кровотечения из различных слизистых, несколько удлиненное время кровотечения и проч. (Кост). Против скорбута говорит то обстоятельство, что у больного кровоизлияния в коже не располагались вокруг волосяных мешочков; отсутствовали и межмышечные кровоизлияния, характерных явлений со стороны десен, несмотря на кровотечения из них, мы констатировать не могли. Питание больного было все предыдущее время достаточно полноценным. К тому же через 1 $\frac{1}{2}$ месяца после первого приступа кровоточивости наступил второй не менее грозный, несмотря на то, что в этот период между первыми вторым приступом кровоточивости больной получал пищу, богатую витаминами.

Таким образом, мы видим, что наш случай по клинической картине не пред-

ставляет собой какого-либо вида геморрагического диатеза в чистой, совершенно типичной форме, а дает скорее смешанную картину, что в клинике геморрагических диатезов встречается не так редко.

Что же касается связи в данном случае между вакцинацией и проявившимся геморрагическим диатезом, то скорее всего нужно предположить, что прививка явилась здесь лишь моментом, провоцировавшим бывшую в скрытом состоянии предрасположенность к кровотечениям. К тому же интересно отметить, что под правой лопаткой, в самом месте укола, произведенного больному для предохранения от брюшного тифа, можно было с самого начала отметить ясные геморрагические явления, которые, очевидно, говорят об известной предрасположенности больного к кровотечениям, бывшей уже в момент самой прививки.

Подобные случаи представляют определенный практический интерес, но, как показывает повседневный опыт массовых прививок, они чрезвычайно редки и не могут, конечно, ни в какой мере приниматься во внимание при широком разитии прививочных мероприятий.

Поступила в ред. 7/1 1938.

Адрес: Одесса, Площадь Красной армии, д. 1, кв. 43.

Из клиники нервных болезней (директор проф. М. А. Хазанов) Витебского медицинского института.

Болезнь содоку и нервная система.

Проф. М. А. Хазанов.

Лихорадка от крысиного укуса (rat-bite fever) или содоку издавна наблюдается эпидемично в Японии, Индии и Китае. В Европе и Америке были отмечены только единичные случаи этого заболевания в XIX веке (Вилькоккс в 1839 г., Ватсон в 1840 г., Желлино, Паккард в 1872 г., Мило-Карантье в 1883 г. и др.). Подробное описание содоку появилось в европейской литературе только в 1900 году (Мийаке). В течение последних десятилетий наблюдается значительное распространение этого заболевания в Европе, Америке, Азии, Австралии и других частях света. Особенно участились эти случаи в годы империалистической войны. Всего до 1928 года опубликовано, по данным Аркина и Руге, в мировой литературе свыше 350 случаев.

В Советском Союзе первый случай содоку наблюдал в 1922 году Марциновский, в 1923 г. Космачевский отметил 2 случая, в 1925 г. Эберт и Гессе—I случай. В последующие годы, вплоть до 1938, описано в различных местностях Союза разными авторами (Воробьев, Дмитриев, Корибицын, Одес, Сорокин, Бассян, Андреев, Фирер и др.) свыше 20 случаев этого заболевания.

Исследования Картера (1887), работы Футаки, Такаки, Таничучи, Осуми (1915) доказали, что содоку вызывается спирохетой *Spir. minus Carter'a*, *Spiroch. morsus muris* японцев). Это подтверждено также Строеско. Этот спирохетоз, поражая, как и другие спирохетозы, эктодермальную и мезодермальную ткань, отличается по способу передачи и течению от спирохетоза сифилиса. Переносчиками инфекции являются, в первую очередь, все породы крыс, у которых зародыши инфекции встречаются во рту. Заражение человека происходит только после укуса крыс, при