

сессии института, 1957, Омск. — 4. Грачева Р. П. Пробл. туб., 1958, 4, стр. 37—43. — 5. Гурвич А. Е. Лабор. дело, 1955, 3. — 6. Кернер Ю. М. Проблема белковых дистрофий в патологии и клинике туб., 1935. — 7. Модель Л. М. и Сидельникова Е. Ф. Вегетативные дисфункции и нарушения обмена при туб., 1949. — 8. Морозова Н. Д. Канд. дисс., 1957, Казань. — 9. Рудой Н. М. Канд. дисс., 1956, Москва. — 10. Ewerbeck H. Kl. Wschr. 1950, H. 37/38. S. 638—641 — 11. Flynn H. and Mayo P. Lancet, 1951, 2, p. 235—239. — 12. Obladen H. B. Beitr. z. Kl. d. Tuberk. 1954, B. 112, S. 495—502. — 13. Plückthun H. and Böhnke H. Beitr. z. Kl. d. Tuberk. 1954, B. 110, № 6. S. 517—521. — 14. Scheffler H. Zeitschr. f. Tuberk. 1955, B. 107, H. 1—3, S. 87—91.

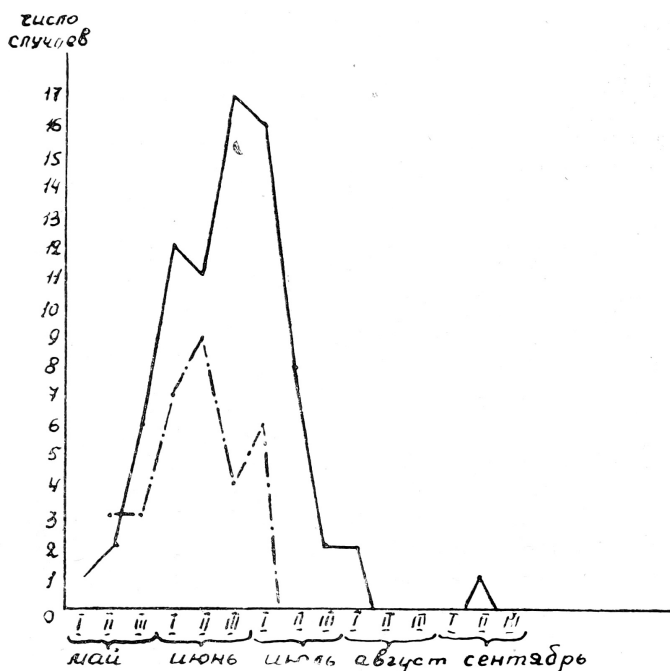
Поступила 11 января 1959 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШКИ ВЕСЕННЕ-ЛЕТНЕГО КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В АКТАШКОМ РАЙОНЕ ТАССР В 1957 г.

Л. Н. Булатова, Н. М. Булатов

Из Акташской районной больницы (главный врач района — Г. И. Бакланов)

Первые случаи заболевания ВЛКЭ в 1957 г. начали регистрироваться в первой декаде мая, последние — во второй декаде сентября. Максимальное число заболеваний приходится на последнюю декаду июня, первую декаду июля, что наглядно видно из приводимой ниже кривой подекадной заболеваемости ВЛКЭ за 1956—1957 гг.



в пищу сырое козье молоко, в лесу не были, укус клеща отрицают (2,52%); у 6 человек укус клеща сочетается с регулярным приемом сырого козьего молока (7,74%).

Из числа заболевших — 46 мужчин, 32 женщины. Возраст заболевших колеблется от 1 года до 60 лет:

от 1 года до 7 лет — 7 человек (8,97%) и — от 8 до 15 лет — 18 человек (23,07%).

Из числа болевших 73 постоянно проживают в Акташском районе (93,5%), 5 человек приезжие (6,5%): из Горьковской области — 1, Калининградской области — 1, из Набережных Челнов ТАССР — 1, из Москвы — 1.

Инкубационный период в среднем составлял 5—19 дней (у 53 больных), укороченный инкубационный период в 2—4 дня отмечался у 4 больных, удлиненный — до 31 дня — у 7. У 38 (48,7%) больных острому периоду предшествовали общее недомогание, слабость, головная боль или головокружение, потеря аппетита, сонливость или бессонница, тошнота, рвота, клонические судороги и фибриллярные подергивания в мышцах рук, ног, туловища. У 40 человек начало заболевания острое, больные указывают не только день, но и час заболевания: внезапно повышалась температура, появлялись чувство жара, озноб, ломящие боли в пояснице, конечностях, сильнейшие головные боли, тошнота, рвота.

Течение заболевания в основном легкое. Лихорадочный период длился от 4 до 10 дней, редко больше; у 14 больных наблюдалось двухволновое течение заболевания (17,9%), причем вторая волна протекала тяжелее первой (как общинфекционные, так и мозговые симптомы были сильнее выражены). Чаше температура снижалась литически (у 53 больных), реже — критически (у 25 больных), у части больных наблюдали длительное время субфебрилитет, не зависящий от каких-либо интеркуррентных заболеваний.

В первые дни болезни у большей части больных наблюдались заторможенность и сонливость при сохранении сознания и ориентировки: на вопросы отвечали с замедлением, лаконично, движения были замедлены, недостаточно плавные. Кожа лица, шеи гиперемирована, конъюнктивы инъецированы, иногда наблюдалась субиктеричность склер; у 9 больных отмечалась потливость. Пульс — чаще в остром периоде — несколько замедлен до 60—80 ударов в одну минуту.

Кровяное давление — в пределах нормы, чаще несколько понижено (у 45 больных, или в 58%). Тоны сердца приглушены.

Уже в раннем периоде болезни у большинства больных наблюдались тошнота, рвота, отсутствие аппетита. У части больных с первых дней болезни отмечались упорные запоры, у других — профузные поносы (3 человека). У 4 больных было незначительное увеличение левой доли печени, пальпация ее болезненна, селезенка не пальпировалась. В лихорадочном периоде болезни у 4 больных были обнаружены белок в моче 0,66‰ и эритроциты, свежие и выщелоченные, до 15—30 в поле зрения.

Со стороны крови наблюдались, в основном, следующие изменения: у 32 больных (41%), отмечены увеличение количества эритроцитов, гемоглобина (до 100%), ускорение РОЭ (до 42 мм/час), лейкопения до 2150 — у 15 больных (19,2%), чаще лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, снижение процента эозинофилов (у 36 больных, или в 46%). У одного больного были клетки Тюрка.

Менингеальные симптомы различной степени выраженности составляли основной фон клинической картины острого периода болезни и наблюдались у 65 больных (83,3%). Головные боли, тошноту или рвоту отмечали почти все больные, часто наблюдалась болезненность спинальных корешков, а также при пальпации мышц спины, верхних и нижних

конечностей. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и Брудзинского появлялись в первые дни болезни, исчезали со снижением температуры, у одного больного наблюдались длительное время при нормальной температуре.

Симптомы поражения черепно-мозговых нервов наблюдались у 10 больных (12,82%), в том числе понижение обоняния при отсутствии катара верхних дыхательных путей — у 9, понижение остроты зрения — у 4.

При менингеальном синдроме у 17 больных наблюдались симптомы поражения глазодвигательной группы нервов, лицевого нерва и симпатической иннервации глаза.

Симптом раздражения тройничного нерва (болезненность в точках выхода его ветвей) наблюдался у 10 больных. Двусторонний парез жевательной мускулатуры с их вялой атрофией — у 2 больных.

Расстройство вкуса в остром периоде не определялось.

Односторонняя сглаженность носогубной складки отмечалась у 3 больных, у единичных больных было ослабление слуха. Одновременное поражение IX, X, XI, XII пар черепно-мозговых нервов в остром и восстановительном периодах наблюдалось у одного больного (гнусавость голоса, нарушение глотания твердой и жидкой пищи, двусторонняя атрофия трапецевидных и грудино-ключично-сосковых мышц, затрудненное дыхание).

Большой эпилептический припадок в остром периоде заболевания был у одной больной, в последующем припадки не повторялись, у этой же больной наблюдались симптомы поражения мозжечка.

Приводим краткую историю болезни.

Б-ная Ф., 59 лет, домохозяйка, проживает в Москве. На летний период приезжала в Акташский район. 16 июня подверглась укусу клеща. Заболела остро в ночь с 1/VII на 2/VII-57 г. Появились головная боль, тошнота, рвота, общая слабость, профузный понос. Утром 2/VII-57 г. больная внезапно потеряла сознание, упала, появились клонико-тонические судороги во всех группах мышц, были выражены цианоз и одутловатость лица, цианоз губ. Больная на вопросы не отвечала. Припадок длился 10—15 мин, после припадка больная, не приходя в сознание, уснула. Когда больная проснулась, то жаловалась на головную боль и боль в глазах. Отмечается амнезия. Вид больной заторможенный, сознание ясное, ориентируется хорошо. На вопросы отвечает медленно, полупешотом, слова растягивает. Понижен мышечный тонус. Понижены все рефлексы (сухожильные и кожные). Отмечается асинергия. Поверхностная чувствительность не нарушена. Резкая болезненность при пальпации мышц спины. Движения в руках размашистые. Пальце-носовая проба проводится толчкообразно и не точно. Менингеальные симптомы положительные. Походка неуверенная, больная как бы боится упасть. Равновесие удерживается с помощью широко расставленных рук, при ходьбе падает влево. Положителен симптом Ромберга с открытыми и закрытыми глазами.

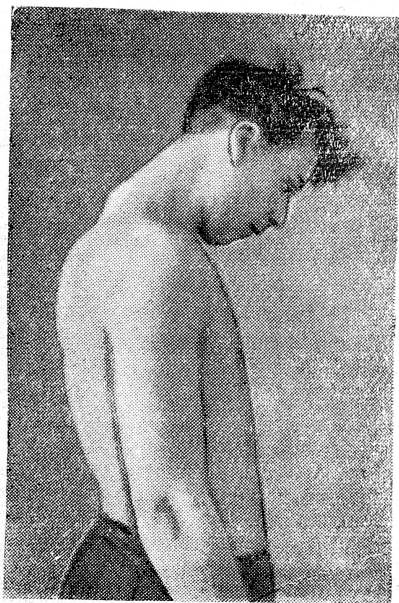
Температура на 2-й день пребывания в стационаре снизилась до нормы, значительный подъем наблюдался на 5-й день пребывания в стационаре. АД — 80/45. Пульс несколько учащен — 88—100 при нормальной температуре. Анализ крови от 4/VII-58 г.: эр. — 4 580 000, гемоглобин — 79%, РОЭ — 18 мм/час, Л. — 8 000, э. — 5%, п. — 4%, с. — 64%, л. — 25%, м. — 2%.

Изменений со стороны внутренних органов не отмечалось. 6/VII общее состояние удовлетворительное. Вид заторможенный, на вопросы отвечает медленно, жалуется на головокружение, неустойчивую походку, звон в ушах, ослабление памяти. Язык при высывании отклоняется влево. Реакция связывания комплемента сыворотки больной с антигеном клещевого энцефалита дала положительный результат. Выписана из стационара на 12 день болезни, по настоянию больной.

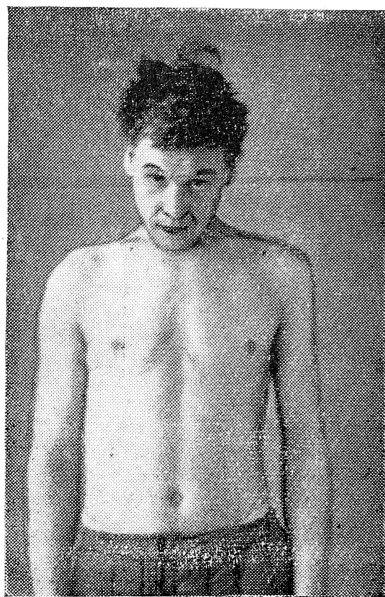
Двигательные нарушения в виде одно- или двухсторонних парезов верхних или нижних конечностей наблюдались у 12 больных. Ослабление сухожильных рефлексов отмечалось у 19 больных, у некоторых больных была асимметрия сухожильных рефлексов. Кожные рефлексы выпадали на половине тела у 25 больных. Патологический рефлекс Бабинского наблюдался у 3 больных. Тонус мышц верхних и нижних конечностей в остром периоде у 41 больного был несколько снижен.

Все эти нарушения движения быстро восстанавливались после снижения температуры и улучшения общего состояния. Полиомиелитический тип нарушения движения мы наблюдали у 9 больных; наблюдались как односторонние, так и двухсторонние парезы верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся атрофией мышц проксимального их отдела, понижением сухожильных рефлексов и мышечного тонуса. Кроме паралича шейно-плечевой мускулатуры, отмечались параличи различных мышц туловища: длинной и широкой мышц спины, передней зубчатой мышцы, грудных, межреберных, надостных, подостных. Основной тип нарушения движения — парезы верхних конечностей (у 7 больных), у 2 больных отмечали парез нижних конечностей. У большинства больных парезы выявляются на 2-й, 3-й дни болезни, в остром периоде они чаще симметричные, в последующем выявлялась некоторая неравномерность, парез был более выражен в одной из конечностей.

Расстройства чувствительности в остром периоде наблюдались у 45 больных (57,6%) в виде болезненности мышц туловища, шеи, нервных стволов, паравертебральных точек при давлении на них; у 11 больных резко болезненны при надавливании точки проекций всех ветвей тройничных нервов. Гиперестезии наблюдались у двух больных. Сильные постоянные боли по ходу нервов при надавливании были у 5 больных, у всех они локализовались в паретических конечностях. Нарушение поверхностной чувствительности отмечалось у двух больных; у одного из них наблюдалось понижение всех видов поверхностной чувствительности в области левой дельтовидной мышцы размером 8×17 см, у другого — понижение тактильной чувствительности на левой половине лица, волосистой части головы, шеи и на туловище в виде полукуртки, отсутствие болевой и температурной чувствительности в этой же зоне при сохранении глубокой чувствительности.



А



Б

Рис. 2.

Остаточные нарушения после весенне-летнего клещевого энцефалита у больного К. Вялый верхний паразетез, паралич и атрофия мышц шеи. (Вид спереди и сбоку)

У 2 больных наблюдалась своеобразная кожная реакция на месте укуса клеща, напоминающая рожистое воспаление, которая и заставила их обратиться в больницу.

В сезон 1957 г. мы наблюдали следующие формы весенне-летнего клещевого энцефалита:

Полиэнцефаломиелитическую форму — у 9 больных. Сюда мы относили больных, у которых были одно- или двухсторонние парезы верхних или нижних конечностей, сопровождающиеся атрофией шейно-плечевой мускулатуры и мышц проксимальных отделов конечностей, сочетающиеся с незначительными изменениями черепно-мозговых нервов.

У одного больного парезы верхних конечностей, параличи шейно-плечевой мускулатуры сочетались с бульбарными расстройствами. С менинго-энцефалитической формой наблюдали двух больных, у которых, кроме менингеальных симптомов, были общемозговые расстройства, затемнение сознания, эпилептические припадки, симптомы поражения мозжечка. Один из этих больных умер на 20-й день пребывания в стационаре.

У большинства больных (у 36 чел. — в 46,15%) наблюдалась менингеальная форма. Различная степень выраженности менингеальных симптомов сочеталась у них с нестойкими поражениями черепно-мозговых нервов, нестойкими двигательными нарушениями.

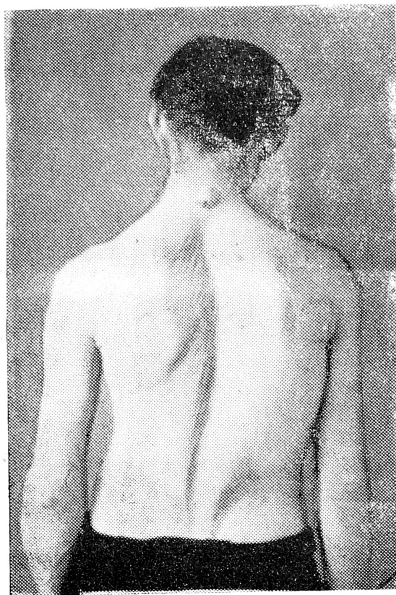


Рис. 3.

Остаточные нарушения после весенне-летнего клещевого энцефалита у больного X. Парез и атрофия мускулатуры шеи, плечевого пояса, груди, спины слева, искривление грудного отдела позвоночника.

У 31 больного заболевание протекало стерто, у 14 из них было abortивное течение. Лихорадочный период был недлительным (1—5 дней), слабо были выражены общемозговые симптомы, двигательных нарушений не было.

Кровью семи больных в остром периоде были заражены белые мыши, от пяти больных был выделен вирус весенне-летнего клещевого энцефалита. У 35 больных в первые три дня после поступления и на

15—20-й день пребывания в стационаре, у 25 больных однократно, только в первые три дня после поступления в стационар, бралась кровь для постановки реакции нейтрализации. С сывороткой крови больных ВЛКЭ в Казанском научно-исследовательском институте эпидемиологии и гигиены была поставлена реакция связывания комплемента с антигеном клещевого энцефалита. В 33 случаях получен положительный результат.

Лечение проводилось комплексно, как специфическое, так и симптоматическое.

Лечебная сыворотка (специфическое лечение) в первые дни поступления применялась в зависимости от возраста и тяжести заболевания в количестве 20—160 мл, в среднем в течение 3 дней. Сыворотка вводилась по Безредко. Сывороткой лечились 75 больных из 78. Сывороточная болезнь наблюдалась у 18 больных (в 24%).

Одновременно начиналось лечение акрихином. Курс лечения акрихином состоял из 3 циклов по 5 дней с интервалом между ними в 5 дней. Суточная доза первого дня каждого цикла — 0,4, в последующие дни — 0,3. Акрихинотерапия проводилась у 60 больных из 78. Из 60 леченных акрихином в комплексе с сывороткой в первые четыре дня с момента начала лечения температура снизилась до нормы у 53 больных (88,2%); на 5-й день — у 6 больных, на 8-й день — у одного больного. Менингеальные симптомы исчезли в первые четыре дня у 55 больных (91,6%), на 5-й день — у 3 больных, на 6-й день — у одного больного и держались свыше 10 дней — у одного.

Кроме того, применялось симптоматическое лечение: глюкоза — 40% раствор внутривенно, пенициллин внутримышечно, сульфаниламиды, болеутоляющие и др.

Поступила 12 июня 1958 г.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ НАЛОЖЕНИИ КОЖНО-ГОЛОВНЫХ ШИПЦОВ

Р. Х. Амиров

(Зав. акушерско-гинекологическим отделением)

В 1932 г. А. А. Ивановым, независимо от Уилта (Willet) и Гауса (Gauss — 1934 г.), был предложен новый метод родоразрешения при первичной слабости родовой деятельности и наличии мертвого плода. Он был назван «способом постоянного, непрерывного влечения за головку».

В настоящее время данная операция называется «кожно-головные щипцы по Уилт — Иванову». Как известно, операция состоит в том, что захватывается кожа головки плода щипцами Мюзо, к рукоятке которых привязывается шнур (бинт) с грузом, который перекидывается через блок для создания равномерного вытяжения.

В дальнейшем операция наложения кожно-головных щипцов стала применяться при предлежании плаценты, а также как один из методов стимуляции родовой деятельности при первичной и вторичной слабости ее не только при мертвых, но и живых плодах. Щипцы Мюзо, или пулевые, оставляют после себя рваные раны кожных покровов головы, которые нередко инфицируются и нагнаиваются. Это привело к тому, что ряд авторов предложил заменить щипцы Мюзо модификацией, исключаящей данное осложнение. Так, например, были предложены щипцы Я. И. Русина, гемorroидальные щипцы, вакуум-аппарат по Демичеву — Петченко, вакуум-экстрактор и другие. Большинство авторов предлагает груз, прикрепляемый к щипцам, весом от 250,0 до 1000,0, в среднем 500,0—700,0.