

Г. Н. Бугакова, Г. И. Бирюкова, В. Ф. Шарапов (Куйбышев-обл.). Случай брюшного тифа с множественными повторными перфорациями тонкой кишки

Т., 21 года, штурман нефтештета, поступил в клинику инфекционных болезней на 9-й день заболевания с жалобами на головную боль, озноб, жар, отсутствие аппетита, небольшие разлитые боли и урчание в животе, жидкий стул без патологических примесей 1—2 раза в сутки.

С первого дня болезни температура постоянно была в пределах 39,2—40°, отмечалась головная боль, потеря аппетита. К концу первой недели появились боли в животе и нечастый жидкий стул. Впервые обратился к врачу на 9-й день болезни и был направлен в стационар с диагнозом «брюшной тиф».

При поступлении состояние больного среднетяжелое, он вялый, бледный. На коже грудной клетки и живота — единичные розеола. В легких выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Относительная брадикардия (при температуре 39,5—40,0°, пульс 100 уд. в 1 мин). Язык обложен густым серовато-белым налетом, утолщен, с отпечатками зубов. При пальпации живот слегка болезненный в правой половине. Положительный симптом Падальки. Печень мягкоэластичной консистенции, безболезненная, выступала на 0,5 см из-под края реберной дуги, селезенка перкуторно определялась у края ребер.

Анализ крови: эр. $4,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб. 2,3 ммоль/л, цв. показатель — 1,0, л. $4,8 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 28%, с. — 52%, лимф. — 14%, мон. — 6%, СОЭ 5 мм/ч.

Клинический диагноз: брюшной тиф. На 14-й день болезни реакция Видаля с брюшнотифозным Н-антигеном положительная 1:400++; 1:800+; с О-антигеном 1:100++; 1:200++; на 27-й день титры реакции составляли: с брюшнотифозным Н-антигеном 1:200++; 1:400++; 1:800+; с О-антигеном — 1:100++; 1:200+. Выделена гемокультура брюшного тифа.

В первые 2 дня пребывания в клинике температура держалась в пределах 39,0—40,0°. В последующие дни под влиянием этиотропной терапии (левомецитин, стрептомицин), патогенетических средств состояние больного значительно улучшилось, температура снизилась укороченным лизисом.

Спустя 2 дня после нормализации температуры (15-й день болезни) наступило ухудшение: после завтрака в постели больной внезапно почувствовал сильную боль в правой половине живота. Сразу же осмотрен лечащим врачом и спустя 20 мин — хирургом. Положение больного — на спине. Выражена бледность и влажность кожных покровов. Пульс 74 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Язык обложен, суховат. Живот участвует в акте дыхания, определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина в правой подвздошной области. Верхний отдел живота малоболезненный. Печеночная тупость сохранена, перистальтика выслушивается. Содержание лейкоцитов в крови через 15 мин после появления боли в животе составляло $3,3 \cdot 10^9$ в 1 л.

Диагностирована перфорация брюшнотифозной язвы, и больной переведен в дежурную хирургическую клинику, где экстренно произведена лапаротомия. В 30 см от илеоцекального угла обнаружены перфорация брюшнотифозной язвы, вторично флегмонозно измененный червеобразный отросток, в малом тазу — значительное количество серозного выпота. Произведены ушивание перфорированной язвы, аппендэктомия, дренирование брюшной полости из нижнего правого бокового разреза.

В послеоперационном периоде явления перитонита нарастали. На 17-й день болезни (через 2 дня после первой операции) брюшная полость широко дренирована и в левом нижнем боковом отделе. При дренировании выделилось небольшое количество серозной жидкости. На 18-й день болезни (4-й день после операции) состояние больного было очень тяжелым: температура 39,2°, бред, психомоторное возбуждение, судорожные подергивания мышц лица и шеи, ригидность затылочных мышц, сглаженность носогубной складки слева. Отмечалось кратковременное повышение АД до 18,6/12 кПа, пульс 136 уд. в 1 мин. Это расценено как следствие резчайшей брюшнотифозной и вторичной гнойной интоксикации. Под воздействием этиопатогенетического лечения состояние больного стало улучшаться: снизилась температура, улучшился аппетит, уменьшились боли в животе, по дренажам отделяемое из брюшной полости не было, газы отходили, стул самостоятельный. Однако на фоне выздоровления на 26-й день болезни у больного возобновились резкие боли в животе, задержка стула и газов, температура повысилась до 40,0°. Диагностирован рецидив брюшного тифа, перитонит, двусторонняя пневмония. В последующие дни из крови больного вновь был выделен возбудитель брюшного тифа.

На 27-й день болезни произведена третья операция: раны, дренирующие брюшную полость, расширены, вскрыта флегмона брюшной стенки. Через 4 дня состояние больного улучшилось, но к этому времени наблюдалось крайнее истощение: масса тела снизилась до 50 кг при росте 176 см, появилось каловое отделяемое через дренажное отверстие слева. На 36-й день болезни на фоне относительного благополучия общее состояние больного вновь ухудшилось. В течение 6 сут наблюдалась ремиттирующая температура, достигавшая 41,0°, землисто-серый цвет кожных покровов, крупные капли пота на лице, относительная брадикардия, АД 13,3/10 кПа, коричневый налет на

языке, небольшое вздутие живота, болезненность в нижних отделах, увеличение печени. Лейкоцитов в крови — $5,35 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 15%, с. — 46%, лимф. — 31%, мон. — 8%, СОЭ 7 мм/ч. Диагностирован новый рецидив брюшного тифа, подтвержденный выделением гемокультуры возбудителя. Несмотря на этиотропную (левомицетин-сукцинат натрия, цеполин), дезинтоксикационную, стимулирующую терапию, гипербарическую оксигенацию, состояние больного продолжало ухудшаться: появился кашель с кровянисто-гноющей мокротой, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких, афты на слизистой полости рта. По средней линии живота — послеоперационная рана 12×5 см, дно гранулирует, швы частично прорезались; в правой подвздошной области — рана 6×3 см, идущая в малый таз, с обильным каловым отделяемым. Слева — рана $3 \times 2,5$ см, с небольшим каловым отделяемым, идущая также в малый таз. Из крови больного выделена брюшнотифозная, стафилококковая и колибациллярная флора, из раны — синегнойная палочка и протей. В анализе крови лейкоцитов $2,5 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 29 мм/ч.

Клинический диагноз: брюшной тиф, тяжелое течение, второй рецидив. Осложнения: множественные перфорации брюшнотифозных язв, перитонит, флегмона брюшной стенки, тонкокишечные свищи; сепсис, двусторонняя мелкоочаговая пневмония, афтозный стоматит, катаральный отит; кахексия. Состояние больного было крайне тяжелым, не исключалась возможность повторных перфораций при очередном рецидиве. На 59-й день заболевания произведена четвертая операция с целью ревизии каловых свищей. На подвздошной кишке обнаружено 7 отверстий размерами от 0,2 до 1 см в диаметре и 4 участка преперфорации. Изрешеченная подвздошная кишка — в инфильтрате, который надежно отграничивает ее от брюшной полости. Радикальная операция невозможна. Свищи ушиты через полость методом «серозной заплатки», то есть ушиванием и подшиванием свища к париетальной брюшине. Произведено дренирование полости малого таза.

Под влиянием активной антибактериальной терапии (ампициллин+левомицетин-сукцинат, затем цеполин+фурагин), гемотрансфузий, переливаний плазмы, кровезаменителей, иммунных препаратов общее состояние больного стало улучшаться, но температура оставалась субфебрильной. Брюшнотифозные бактерии из крови, кала и мочи больше не выделялись. Из 7 низких свищей 5 зажили. Функционировало 2 свища с обильным отделением полусформованного кала. Естественным путем дефекация происходила редко. Свищи удалось обтурировать «пелотами» по методу проф. Б. А. Вицина.

На 136-й день заболевания произведена пятая операция внебрюшного закрытия высокого тонкокишечного свища. Продолжалось общеукрепляющее лечение, в результате которого состояние больного улучшилось, он прибавил в массе тела на 6 кг. Так как для радикальной операции закрытия свищей больной был недостаточно окрепшим, он выписан с обтураторами на амбулаторное наблюдение лечащего врача с рекомендацией явиться на оперативное лечение через 6 мес.

По истечении указанного срока произведена шестая операция — резекция тонкой кишки со свищем, одностороннее выключение подвздошной кишки, несущей 3 свища, илеотрансверзоанастомоз. Рана передней брюшной стенки ушита наглухо. Заживление первичным натяжением. Осталось функционировать 3 слизистых свища. Пассаж по кишечнику восстановился. Больной в удовлетворительном состоянии выписан.

Спустя 3 месяца сделана последняя, седьмая, операция — резекция выключенной подвздошной кишки, несущей слизистые свищи. В настоящее время Т. здоров, трудоспособность восстановлена.

В представленной истории заболевания обращает на себя внимание то, что тяжело протекающий брюшной тиф с рецидивами и множественными перфорациями возник у человека молодого возраста при благополучном преморбидном фоне. Немаловажную роль в неблагоприятном течении болезни, развитии грубой деструкции в лимфоидной ткани тонкой кишки сыграло поздно начатое лечение брюшного тифа — в середине второй недели болезни, когда уже развился некроз пейеровых бляшек и солитарных фолликулов.

УДК 616.36—002.14—036.11:576.8.077.3

Л. Ч. Самерханова (Казань). Циркулирующие иммунные комплексы у больных острым инфекционным гепатитом

Мы изучали содержание циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови больных острым инфекционным гепатитом в динамике заболевания в зависимости от формы тяжести процесса. Исследование проводили по модифицированному методу в реакции осаждения полиэтиленгликолем (ПЭГ-реакция). Результаты выражали в мкг/мл агрегированного гамма-глобулина.

Под наблюдением находился 151 больной острым инфекционным гепатитом желтушной формы, легкого и среднетяжелого течения (возраст больных — от 16 до 30 лет). Первые исследования у всех пациентов проводили на 1—6-й день от начала желтухи, в период дальнейшего течения болезни, перед выпиской из стационара и через месяц после нее. Диагноз инфекционного гепатита ставили на основании общеприня-