

языке, небольшое вздутие живота, болезненность в нижних отделах, увеличение печени. Лейкоциты 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, цепорин), 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 цепорин+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 полуоформленного кала. Естественным путем дефекация происходила редко. Свищи удалось obturировать «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 массу тела на 6 кг. Так как для радикальной операции закрытия свищей больной был недостаточно окрепшим, он выписан с obturаторами 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 кишке 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

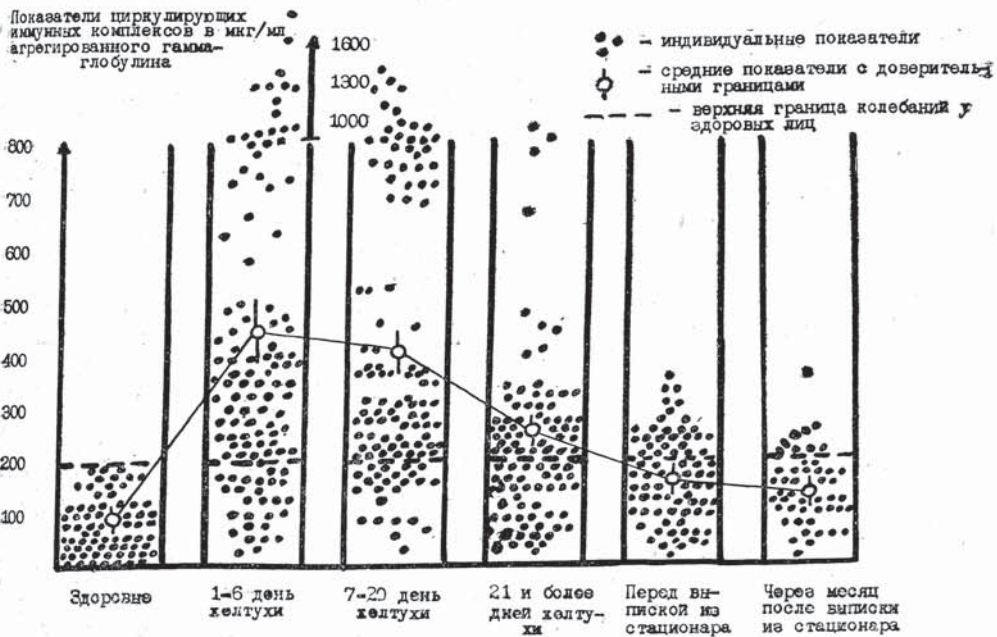
Мы изучали содержание циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови больных острым инфекционным гепатитом в динамике заболевания в зависимости от формы тяжести процесса. Исследование проводили по модифицированному методу в реакции осаждения полиэтиленгликолем (ПЭГ-реакция). Результаты выражали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

тых критериев с использованием функциональных проб печени. Австралийский антиген в крови больных не был обнаружен. Лечение больных проводили соответственно форме тяжести инфекционного гепатита. Ни одному из наблюдавшихся нами больных не назначали глюкокортикостероидов.

Показатели ПЭГ-реакции в сыворотке 175 здоровых доноров (контрольная группа) были в пределах от 0 до 200 мкг/мл ($88,01 \pm 4,48$ мкг/мл).

Результаты обследования больных представлены на рисунке. В остром периоде заболевания (1—6-й день желтухи) увеличение показателей ПЭГ-реакции выше 200 мкг/мл наблюдалось у 118 больных из 151 (78,2%). При инфекционном гепатите среднетяжелого течения показатели ПЭГ-реакции были несколько ниже, чем при легком, но разница оказалась несущественной ($P > 0,05$).



Динамика показателей ПЭГ-реакции у больных инфекционным гепатитом.

По мере выздоровления при обеих формах тяжести содержание циркулирующих иммунных комплексов прогрессивно снижалось. При диспансеризации больных, проводившейся через месяц после выписки из стационара, показатели ПЭГ-реакции были выше нормы лишь у 10 из 65 больных (15,4%) и колебались в пределах 208—346 мкг/мл (см. рис.). Мы не обнаружили корреляции между тяжестью течения гепатита и содержанием циркулирующих иммунных комплексов. Показатели ПЭГ-реакции были даже несколько ниже при относительно тяжелых формах.

Выявление циркулирующих иммунных комплексов у 15,4% больных после исчезновения всех клинических симптомов, по нашему мнению, свидетельствует о том, что вирус продолжает проявлять свою иммунологическую активность. Уменьшение уровня ПЭГ-реакции у больных инфекционным гепатитом и приближение их к величинам, наблюдаемым в норме, в период реконвалесценции может служить дополнительным критерием выздоровления этих больных.

УДК 616.831—002.828

Г. Г. Карпель, В. В. Молчанов, Р. Я. Горфинкель, О. А. Зайцева (Саратов).
Микозы головного мозга

Микозы головного мозга считаются редкими заболеваниями центральной нервной системы, однако широкое применение антибактериальных препаратов повысило опасность развития некоторых микозов. В связи с необходимостью повышения микологической настороженности врачей, в частности невропатологов, представляет интерес наше наблюдение.

М., 49 лет, поступила в инфекционную клинику 21/III 1972 г., на 14-й день после закрытой травмы черепа, с жалобами на головную боль, двоение в глазах. В темен-