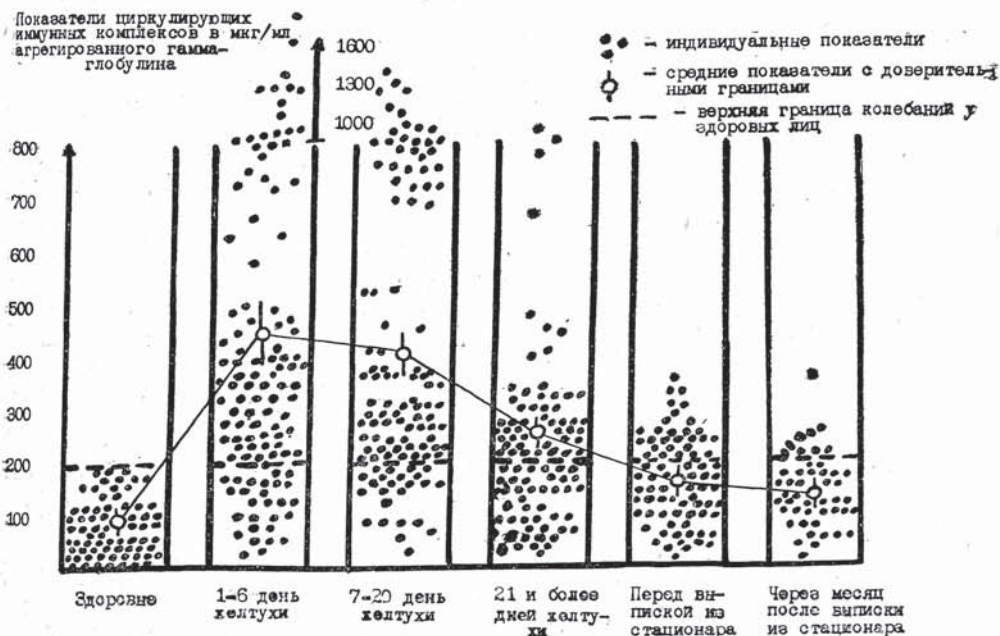


тых критериев с использованием функциональных проб печени. Австралийский антиген в крови больных не был обнаружен. Лечение больных проводили соответственно форме тяжести инфекционного гепатита. Ни одному из наблюдавшихся нами больных не назначали глюкокортикостероидов.

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-



но-затылочной области головы имеется флегмона мягких тканей. В неврологическом статусе отмечалось сочетание общемозговых и очаговых симптомов. Больная сонлива, заторможена. Выражены менингеальный синдром, моноплегия левой руки, центральный парез левого лицевого нерва, двусторонний птоз (больше справа), расходящееся косоглазие, анизокория, дизартрия; голос с носовым оттенком.

В анализах спинномозговой жидкости, бесцветной и мутной, нарастали полинуклеарный плеоцитоз (от 0,163 до  $3,9 \cdot 10^9$  в 1 л), содержание белка (от 0,33 до 1,6 г%) и реакция Панди (от + до ++++); было снижено содержание сахара до 1,5 ммоль/л, хлоридов до 623 ммоль/л.

При посевах ликвора через 3 нед после травмы выделены вначале единичные, а затем множественные колонии грибов, идентифицированные в отделе глубоких микозов Московского института медицинской паразитологии как нокардия. Культура грибов была высокочувствительной к мономицину и левомицетину, мало чувствительной к стрептомицину, эритромицину, хлортетрациклину, устойчивой к биомицину, пенициллину, тетрациклину. Реакция агглютинации с аутоштаммом положительна в титре 1:80. В крови лейкоцитов  $16,7 \cdot 10^9$  в 1 л, СОЭ до 43 мм/ч.

Больная получала дегидратационное, дезинтоксикационное лечение, антибиотики пиперацетидно и эндолумбально, а с 31/III 1972 г. — курс лечения нистатином. Однако состояние больной продолжало ухудшаться: нарастали головная боль, общемозговая и очаговая симптоматика, температура имела ремиттирующий характер, появились пролежни в области крестца, отмечалось резкое падение сердечной деятельности, развился отек легких. 12/IV 1972 г., т. е. через 3 нед после поступления в клинику и 5 нед после травмы головы, наступила смерть. Клинический диагноз: менингоэнцефалит.

Патологоанатомический диагноз: посттравматический гнойный менингоэнцефалит; флегмона мягких тканей волосистой части головы; субарахноидальное кровоизлияние в затылочной области: гнойный базиллярный лептоменингит; множественные мелкие абсцессы в варолиевом мосту; острый отек и набухание головного мозга; начинающаяся гидроцефалия; умеренный отек легких; пиелостит; мутное набухание миокарда, печени и почек; полнокровие пупры селезенки; пролежни в области крестца.

Из мозга и ликвора умершей выделена культура нокардия.

Нокардиоз, многие годы рассматриваемый как атипичный актиномикоз, в связи с его учащением привлекает все большее внимание исследователей. При генерализованной форме нокардиоза, в отличие от актиномикоза, метастатические абсцессы особенно часто развиваются в головном мозге.

Очевидно, при достаточной микологической настороженности и применении соответствующих микробиологических, серологических и аллергологических методов исследования возможна прижизненная диагностика микоза, особенно при таком менингоэнцефалите, бактериальная или вирусная природа которого ставится клиницистами под сомнение.

УДК 616.72—002.77—018.36—089.87

#### К. В. Зверева, Л. Н. Соколов, В. Я. Ермолина (Горький). Роль синовэктомии в реабилитации больных ревматоидным артритом

С целью определения роли синовэктомии в реабилитации больных ревматоидным артритом (РА) обобщены результаты наблюдений за 60 больными (75% оперированных) в возрасте от 16 до 58 лет (43 женщины и 17 мужчин). Эффективность синовэктомии мы определяли, ориентируясь на два срока наблюдения: ближайший — от 6 мес до 1 года и отдаленный — от 2 до 6 лет.

Уже в ближайшие после синовэктомии сроки у 30 из 48 обследованных больных была отмечена положительная динамика в течении заболевания. Это выражалось в восстановлении функции оперированного «ведущего», чаще всего коленного (у 29 из 30), сустава, в стихании боли и, благодаря этому, увеличении объема движений в других суставах у подавляющего большинства (у 26 из 30) больных, снижении активности процесса (у 25 из 30), что подтверждалось улучшением лабораторных показателей, в том числе исчезновением микроальбуминурии и гематурии. Отмечено сохранение работоспособности у 21 работавшего до операции; снижение группы инвалидности у 3 из 9, имевших ее ранее; появление возможности самообслуживания у пяти инвалидов I-й группы, которые до операции не могли передвигаться; замена костылей палочкой у трех инвалидов 2-й группы. Кроме того, удалось ликвидировать гормональную зависимость, развившуюся у 2 больных.

В то же время состояние 18 больных (это несколько больше трети обследованных в ближайшем периоде) после синовэктомии, выполненной на одном «ведущем» суставе (также коленном у 16 человек), существенно не изменилось. Выясняя причины различного эффекта операции, мы обратили внимание на следующее: 1) на разнородность возрастного состава 2-й группы, в которую, наряду с людьми молодыми (средний возраст 19 лет), вошли больные старше 50 лет (7 чел.); 2) на большую длительность заболевания (во 2-й гр. — 11 лет, в 1-й — 8); 3) более выраженную активность