

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

И. Н. Соболев

(Москва)

На сравнительно небольшом количестве наблюдений зарубежными авторами описаны «аппендикулярная» (брыжеечный лимфаденит), кишечная, септико-тифозная [5] формы псевдотуберкулеза, а также формы в виде узловой эритемы, конъюнктивита, спленомегалии, лимфаденопатии, септицемии [6].

С 1959 г. в нашей стране выявлена новая разновидность инфекции, имеющая черты эпидемического заболевания, — «дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка», число случаев которой превышает несколько тысяч.

Основываясь на изучении этого варианта инфекции, И. И. Грунин (1964) предложил выделять формы: 1) с сыпью, 2) без сыпи, 3) с гепатитом, 4) абдоминальную, 5) суставную, 6) менингеальную.

К настоящему времени псевдотуберкулез перестал быть «дальневосточной инфекцией» и выявляется в различных местах РСФСР [3].

Скарлатиноподобный синдром, привлекая внимание первых исследователей [2], теперь не охватывает всей полноты клинических проявлений псевдотуберкулеза.

Известно, что ключом к клинической классификации любого заболевания служит знание его патогенеза. В современном представлении псевдотуберкулез является кишечной инфекцией с алиментарным (преимущественно) способом заражения. Основной патологический процесс развивается в подвздошной кишке, большей частью в конечном ее отделе (терминальный илеит). Изредка воспаляется червеобразный отросток. Отсюда возбудитель проникает в лимфатические узлы брыжейки (мезентерит), большого сальника, ворот печени, вокруг головки поджелудочной железы. Культура его получена из испражнений, из червеобразного отростка и мезентериальных лимфоузлов, пейеровых бляшек. С появлением бактериемии микроб разносится и фиксируется в различных органах, в особенности в печени, селезенке, образуя там вторичные очаги. Частое поражение респираторного тракта и ротоглотки, выделение культуры возбудителя из мокроты [4], слизи носоглотки могут указывать и на аэрогенный путь заражения человека.

Нами изучено течение заболевания у 572 больных псевдотуберкулезом, наблюдавшихся в эндемических районах Дальнего Востока в период с 1965 по 1969 г.

Культура псевдотуберкулезного микроба получена у 59% больных из испражнений и в 1 случае из желчи. Реакция агглютинации оказалась положительной у 72,2% больных, реакция непрямой гемагглютинации — у 97,6%.

В клиническом отношении заболеванию присущ ряд синдромов, в том числе синдром токсических проявлений и генерализации инфекций: острое начало, ознобы, слабость, головная боль, ломота в теле, боли в мышцах, пояснице, тошнота, рвота, гиперемия кожных покровов и слизистых, относительная брадикардия и гипотония, увеличение печени и селезенки, лихорадка неправильного типа и ее рецидивы, нейтрофильный лейкоцитоз с преимущественно дегенеративным сдвигом лейкоцитарной формулы, ускорение РОЭ, мочевого синдрома.

Кроме того, для заболевания характерен аллергический синдром: мелкопятнистая сыпь, ее симметричность, узловая эритема, парестезии, отеки Квинке, зуд, шелушение кожи, «малиновый» язык, артралгии и серозные артриты, эозинофилия крови.

У больных отмечаются признаки терминального илеита, энтерита, гастроэнтерита, гепатита, поражения ротоглотки (фаринготонзиллиты, подчелюстной лимфаденит), респираторного тракта (рино-трахео-бронхиты и реже очаговые пневмонии), почек (пиелонефрит), изредка — нервной системы (менингоэнцефалит).

В клинических проявлениях чаще всего отмечаются локальные поражения в нескольких органах. Реже процесс ограничивается какой-либо одной системой органов. Наконец, встречаются формы без клинически выраженных локальных изменений, при которых имеются только признаки генерализации инфекции.

Мы выделяем следующие клинические формы псевдотуберкулезной инфекции:

- 1) генерализованная форма с клинически выраженными локальными поражениями (смешанная), при которой имеются симптомы генерализации и локальные процессы в нескольких органах — 53% заболеваний; 2) генерализованная форма с преимущественным поражением ротоглотки и респираторного тракта, при которой имеются признаки генерализации и процесс в указанных органах — 14,5% заболеваний; 3) генерализованная форма с преимущественно абдоминальными проявлениями («аппендикулярная»), при которой имеются явления генерализации и местный процесс в кишечнике (терминальный илеит) или брыжеечных лимфоузлах (мезентерит) — 9,8% заболеваний; 4) генерализованная форма без клинически выраженных локальных поражений, при которой имеются признаки генерализации без видимых локальных процессов — 22,7% заболеваний.

Признаки поражения органов брюшной полости при третьей форме были в 100%, при первой — в 97,4%, при остальных полностью отсутствовали. Поражение зева и респираторного тракта при второй форме выявлено в 100%, при первой — в 63,6%, при других отсутствовало. Поражение суставов при первой форме наблюдалось в 74,8%, при последней — в 67,2%, при второй — в 47%, при третьей — в 45,6%. Сыпь чаще всего встречалась при последней форме — у 74,5%, затем при первой — у 72%; при второй она была обнаружена у 57,8% больных, а при третьей ее не было.

Печень была увеличена при первой форме в 35%, при последней — в 20,8% и почти одинаково часто при остальных (в 15,6 и 15,8%). Увеличение селезенки отмечено при последней форме в 20,1%, при первой — в 17,8%, при второй — в 13,2%, при третьей — в 10,5%.

Лейкоцитоз при третьей форме установлен в 65%, при первой — в 58,4%, при последней — в 51%, при второй — в 47%, нейтрофилез при третьей форме в 54,4%, при первой — в 48,5%, при последней — в 47,1%, при второй — в 42,2%. Эозинофилия при первой форме определялась в 40,9%, при последней — в 34%, при третьей — в 22,8%, при второй — в 20,5%. Ускорение РОЭ при третьей форме было в 70%, при первой — в 66,6%, при последней — в 61,2%, при второй — в 45,7%.

Тяжелое течение при последней форме встречалось в 5,4%, при первой — в 5%, при второй — в 2,4%, при третьей — в 1,7%; течение средней тяжести — при последней в 76%, при третьей в 73,6%, при первой в 70,2%, при второй в 62,6%, легкое — при второй в 35%, при первой в 24,8%, при третьей в 24,6%, при последней в 18,6%.

3 и более волн при первой форме зарегистрировано в 7,3%, при третьей — в 7%, при последней — в 3,1%, при второй — в 2,3%. Две волны при третьей форме были в 38,6%, при первой — в 32,4%, при второй — в 27,7%, при последней — в 17%. Одна волна при последней форме наблюдалась в 79,1%, при второй — в 70%, при первой — в 57,7%, при третьей — в 49,4%.

Наибольшее число койко-дней отмечено при первой и при третьей формах (соответственно 23 и 22), при остальных оно равнялось в среднем 18.

ВЫВОДЫ

1. Псевдотуберкулез представляет собой генерализованную инфекцию с первичными очагами в кишечнике (терминальный илент), мезентериальных лимфоузлах, с процессом в ротоглотке или респираторном тракте.

2. Вторичные очаги инфекции (в печени, селезенке, почках и др.) образуются в связи с диссеминацией возбудителя из первичных очагов.

3. Кроме токсических проявлений, признаков генерализации инфекции, поражения указанных органов в клинических проявлениях псевдотуберкулезу присущ выраженный аллергический синдром.

4. Чаще всего отмечаются смешанные формы, при которых имеются симптомы генерализации и локальные процессы в нескольких органах. Реже встречаются генерализованные формы с локальными процессами в изолированных органах (зеве, респираторном тракте, кишечнике или мезентериальных лимфоузлах). Наконец, имеются формы без клинически выраженных локальных поражений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грунин И. И. Сб. научн. работ врачей ТОФ, вып. 2. Владивосток, 1964.—2. Грунин И. И., Сомов Г. П., Залмовер И. Ю. Воен.-мед. журн., 1960, 8.—3. Матковский В. А., Дмитриев О. И., Исаев Е. Н. ЖМЭИ, 1969, 4; Сов. мед., 1970, 7.—4. Юркевич Д. А. К вопросу о патологии и бактериологии Илжно-туберкулезного бацилла грызунов. Петербург, 1911.—5. Knapp W. Erg. Mikrob. mttun. Exper. Therap., 1959, 32, 196—269.—6. Mollaret H. Pathol. Biol., 1965, 13, 9—10, 554—566.

УДК 616.386—616—089—616.24—008.4

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА НА ВНЕШНЕЕ ДЫХАНИЕ

М. А. Айдаров

Кафедра хирургии № 2 (зав.—проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе городского онкологического диспансера (главврач — И. Б. Нагимов)

Доступ к органам поддиафрагмального пространства представляет собой трудную проблему хирургии. Подходы, связанные с проникновением через плевральную полость или с рассечением реберно-хрящевого заграждения и грудины, травматичны. Они связаны с нанесением дополнительной травмы больному.