

Председательствующий проф. Д. Д. Яблоков считает, что вопрос о степени патогенности лямблий до сих пор окончательно не решен. Ряд наблюдений показывает, что при известных условиях лямблии могут оказаться вредными и вызвать изменения со стороны желудочно-кишечного тракта и печени, но, вероятно, глубокие изменения вызываются ассоциацией лямблий с инфекционными и другими агентами. Можно допустить, что лямблии благоприятствуют развитию инфекции. Докладчик по программному вопросу об эхинококковой болезни член-корреспондент АМН СССР проф. Д. Д. Яблоков (Томск) справедливо заметил, что снижение заболеваемости эхинококкозом, наблюдаемое в последние десятилетия, связанное с ростом культуры и материального благосостояния, не должно успокаивать врачебную общественность. Он показал, что альвеолярный и гидатидозный эхинококки имеют различных возбудителей.

Проф. И. Л. Брегадзе (Новосибирск) поделился опытом успешного хирургического лечения больных с альвеолярным эхинококком печени (эхинококкэктомия, кускование, формальж — введение в кисту формалина). Им произведено 66 операций. Лучшие результаты дает радикальная операция при своевременной диагностике.

По обеим проблемам (ревматизм и паразитарные заболевания в Сибири) конференция приняла развернутые резолюции.

Проф. А. А. Демин и доц. М. И. Хургин

Поступила 21 июня 1958 г.

Трибуна Читателя

Результат: 0,10 — 40 р.
Глубокоуважаемый товарищ редактор!

0,10

В № 3 за 1958 год «Казанского медицинского журнала» помещена статья Ф. И. Вольтер «Значение листереллезной инфекции в этиологии заболеваний нервной системы».

Автор правильно отмечает, что диагноз листериоза¹ нельзя ставить только на основании положительной реакции агглютинации. Верно и то, что нельзя ставить этот диагноз только на основании клинических данных. Для достоверного диагноза необходимо учитывать эпидемиологические, клинические и серологические данные.

Нужно особо подчеркнуть, что распознавание листериоза гарантируется только бактериологическим методом и, с известными ограничениями, серологическим.

К сожалению, диагностика листериоза у Ф. И. Вольтер не подтверждена бактериологически. Недостаточно обоснована диагностика и с эпидемиологической точки зрения ссылкой на работу В. Я. Давыдова, в которой указывается, что в ряде районов Татарской республики имеются заболевания листериозом среди животных.

Необходимо подчеркнуть, что исследование на листериоз по Видалью (Widal) технически не является простым и в сомнительных случаях дополняется опытами с насыщением (Absättigungsversuche) энтерококками и стафилококками. Для диагностики листериоза начинают применять и реакцию связывания комплемента.

В первом наблюдении (Ф. И. Вольтер) больная Т., 31 года, с клинической картиной правостороннего гемипареза; производилась пневмоэнцефалография, но об исследовании спинномозговой жидкости ничего не говорится. Далее лишь глухо отмечается, что «при дополнительных исследованиях (каких? — Б. Б.) была установлена листереллезная инфекция». Поэтому данное наблюдение отнюдь нельзя считать доказанным в отношении диагноза листериоза.

Второе наблюдение (больная П., 18 лет), по-видимому, с клинической картиной рецидивирующего менингита. Реакция агглютинации с листериями была положительная в разведении 1:400. Ни о прижиз-

¹ Автор данного письма считает термин «листереллез» устаревшим (Ред.)

ненных, ни о посмертных бактериологических исследованиях ничего не упоминается. На аутопсии было обнаружено: «водянка головного мозга, склеротические изменения мягкой мозговой оболочки, и главным образом основания мозга. Венозное полнокровие внутренних органов. Петрификация первичного туберкулезного аффекта в верхней доле левого легкого. Туберкулезный творожистый некроз лимфатических желез ворот легкого» (разрядка наша — Б. Б.). «Гистологическое исследование головного мозга: периваскулярный перичеллюлярный отек. Мягкая мозговая оболочка утолщена, местами лимфоидная инфильтрация. Сосуды — стенка толста с фиброидными изменениями и лимфоидной инфильтрацией в окружности. Сосудистое сплетение набухшее, отечное. Венозное полнокровие внутренних органов. Паренхиматозно-коллоидный зоб».

Возникает вопрос, можно ли и это второе наблюдение считать безупречным в отношении диагноза листериоза? На этот вопрос невозможно дать утвердительный ответ. Как известно, листериоз человека патологоанатомически характеризуется наличием милиарных узелков в различных органах. Патогистологически различают инициальные, пролиферативные и резорптивные гранулемы. При листериозном энцефалите микроскопические изменения могут полностью отсутствовать. В мягких мозговых оболочках мосто-мозжечкового угла и продолговатого мозга при микроскопическом исследовании находят незначительную моноцитарную инфильтрацию. При энцефаломенингитах часто находят субмилиарные и милиарные узелки в мягких мозговых оболочках как основания, так и выпуклой поверхности головного мозга, расположенные преимущественно по ходу кровеносных сосудов. В мосту находят резко выраженную периваскулярную инфильтрацию лимфоцитами и гистиоцитами, кроме того, клеточную инфильтрацию самого мозга, состоящую, преимущественно, из полиморфноядерных лейкоцитов, моноцитов. Пролиферация глии незначительна. Инфильтраты нередко некротизируются и превращаются в истинные абсцессы. Листерии находят, главным образом, в краевых зонах.

Не исключена возможность, что описанные выше Ф. И. Вольтер во втором наблюдении водянка головного мозга и склеротические изменения мягкой мозговой оболочки обусловлены не листериозным, а туберкулезным менингитом, протекавшим хронически, без милиарных узелков или с малым их количеством и потому просмотренных на аутопсии. За такую возможность говорит наличие казеоза лимфатических узлов ворот легкого, отмеченного на аутопсии.

Практического врача интересуют и вопросы терапии листериоза, но Ф. И. Вольтер не касается этой темы.

Уместно подчеркнуть, что листериоз нередко протекает относительно благоприятно и излечивается спонтанно. Однако на это рассчитывать никогда не следует, так как, казалось бы, легкий случай может в дальнейшем принять прогрессирующее течение и привести к смерти. При поражении листериозом центральной нервной системы прогноз в большинстве случаев неблагоприятный и только своевременная и настойчивая химиотерапия в состоянии предотвратить смертельный исход. Лучше всего действуют вещества из группы тетрациклина, куда относятся ауреомицин (биомицин), тетрамицин, тетрацин и ахромицин. Они хорошо переносятся, быстро всасываются при пероральном употреблении, обладают ясно выраженным тормозящим действием на листерии. Эти лекарства нужно давать длительное время, от 4 до 8 раз в сутки. Суточная доза для взрослого — от 1 до 2 г.

Интересующимся проблемой листериоза нужно порекомендовать ознакомиться с вторым изданием монографии Зеелигера (Seeliger)

«Листерииоз», вышедшей на немецком языке в 1958 году в Лейпциге (Книга прекрасно иллюстрирована и снабжена подробнейшим библиографическим указателем).

Б. П. Боржек

(г. Томск)

Поступила 25 сентября 1958 г.

Уважаемый товарищ Б. П. Боржек!

003

Отвечая на Ваше письмо по поводу моей статьи, сообщаю, что проводить бактериологическое исследование у наших больных не представлялось возможным по чисто техническим условиям. Я базировалась только на реакции агглютинации, которая является более осуществимой и в условиях работы районных больниц. Что касается достоверности диагноза листереллеза у больных Т. и П., то я должна указать на следующее:

Диагноз листереллеза у больной Т. был поставлен в Институте нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко в Москве, куда больная была направлена для операции с предположительным диагнозом абсцесса мозга. Больная провела курс лечения антибиотиками и сульфаниламидами и поправилась так, что в настоящее время работает по специальности. Своеобразие клинического течения заболевания не давало нам основания оспаривать диагноз.

У второй больной П., несмотря на наличие признаков заболевания туберкулезного характера, против него как основного заболевания говорило своеобразное клиническое течение. Заболевание длилось около года, дважды давало полное выздоровление, несмотря на очень тяжелую картину обострения перед этим. Подтверждала диагноз листереллеза положительная реакция агглютинации в титре 1 : 400.

Гистологические исследования, показавшие наличие лимфоидной инфильтрации мягкой мозговой оболочки, утолщение стенки кровеносных сосудов с фибриноидными изменениями и лимфоидной инфильтрацией вокруг них, явились типичными для листереллеза. Наличие же казеозного изменения в бронхиальных лимфатических узлах не является редкостью в возрасте 18 лет и расценивалось нами как явление сопутствующее.

Ф. Вольтер

10 октября 1958 г.