

Уровень антибактериальных антител (мкг/мл) при распространенном гнойно-воспалительном процессе в брюшной полости

Антигены	Сроки исследований, сут					
	исход.	3-и	5-6-е	7-9-е	10-12-е	при выписке
ГЛП	5,1±1,1	5,8±1,6	7,7±2,2	14,2±5,7	11,9±3,4	19,1±6,8
E. coli	10,1±2,4	8,4±1,5	15,9±3,6	25,2±5,1	25,8±5,8	33,4±5,2
Ps. aeruginosa	7,8±1,9	13,6±2,4	21,1±6,9	25,5±6,3	27,2±6,0	44,0±19,0
Bacteroides	3,2±0,6	4,3±1,0	10,0±3,9	8,0±1,5	12,1±2,0	11,3±1,7
Pr. mirabilis	8,8±1,8	9,7±3,5	12,6±4,5	17,8±4,5*	38,7±13,1*	38,7±9,7
St. aureus	9,5±1,4	10,5±1,5	12,4±1,6	13,3±2,6*	19,6±3,8*	19,8±3,0
Bac. bifidum	3,2±0,5	3,1±0,5	3,1±0,4	3,6±0,5	5,3±1,0	5,1±0,8

* P<0,05.

Динамика концентрации антибактериальных антител (мкг/мл) у больных с летальным исходом

Значения антител	Структура антител к микрофлоре					
	ГЛП	E. coli	Ps. aeruginosa	Protei	St. aureus	B. fragilis
Исходные	2,1±0,6	7,0±3,3	4,3±1,2	4,3±0,9	3,9±0,9	1,8±0,4
При летальном исходе	2,9±0,9	6,0±0,8	5,4±1,4	4,8±1,6	5,7±1,6	2,9±0,8

и Pr. mirabilis. При этом стабилизация показателей происходит на высоких цифрах и наблюдается на 10 — 12-е сутки. При распространенных перитонитах наибольший уровень антител отмечен к антигенам Ps. aeruginosa и Pr. mirabilis, тогда как при местном процессе — к Pr. mirabilis и E.coli. Концентрация антител к протею в процессе лечения растет, достигая уровня, характерного для местного гнойно-воспалительного процесса.

При распространенном гнойно-воспалительном процессе в брюшной полости обнаружено расширение спектра микроорганизмов, к которым выявлено значительное повышение уровня антител.

У больных с летальным исходом концентрация антиэндотоксиновых и антибактериальных антител в динамике сохранялась на низком уровне (табл.3).

Таким образом, напряженность антибактериального иммунитета достоверно отражает тяжесть патологического процесса, эффективность проводимого лечения и является объективным прогностическим критерием.

УДК 616. 927 — 06 : 616. 34 — 007. 251

В.А. Иванов, А.К. Ахметзянов (Казань) Перитонит у больной брюшным тифом

Приводим историю болезни больной колотифом, который был выявлен при жизни, осложнился кишечным кровотечением и прободением кишок с развитием в последующем калового перитонита.

Больная П., 47 лет, поступила в психоневрологический диспансер 08.09.97 г. с диагнозом: шизофрения, прогрессивное течение, параноидная форма, дефектное состояние.

При поступлении: общее соматическое состо-

яние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, средней упитанности, кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Региональные лимфоузлы не увеличены. Легкие — дыхание везикулярное. Сердце — тоны усилены. Пульс — 72 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 105/70 мм Hg. Язык чистый, влажный, зев без особенностей; живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул и диурез сохранены.

Общий анализ крови: Нб — 12,1 ммоль/л, СОЭ — 9 мм/ч, эр. — 4,2·10⁹/л, л. — 6,5·10⁹/л, б. — 1%, эоз. — 5%, миелоц. — 0%, ю. — 0%, п. — 1%, с. — 45%, лимф. — 40%, мон. — 8%, сиаловые кислоты — 190 ед. опт. пл., глюкоза — 4,2 ммоль/л, РВ — отр., Вич-инфекция — отр.

Общий анализ мочи: патологических изменений не выявлено.

Исследование кала на дизентерийную и сальмонеллезную группы от 09.09.97 г. — отр.

ЭКГ: нормальное положение электрической оси сердца, диффузные дистрофические изменения в миокарде.

Флюорография: легкие без патологии.

Консультация врача-гинеколога: патологии не выявлено.

В последующее время нахождения больной в стационаре в психическом и соматическом состоянии отрицательной динамики не отмечалось. Неоднократные профилактические посевы кала на возбудителей кишечной группы — отр.

При благополучном соматическом состоянии 04.12.98 г. у больной было зарегистрировано повышение температуры тела до 37,2°С; в последующем температура 37,2° — 38,0° — 38,4°С держалась в течение шести дней. С 13.11.98 г. по 04.12.98 г. больная получала инъекции аминазина, по 2,0 внутримышечно 3 раза в день.

06.12.98 г. состояние больной резко ухудшилось, появились жалобы на головную боль, по-

нижение аппетита. Пульс — 86 уд. в 1 мин ритмичный, АД — 80/50 мм Hg, кожные покровы бледные. Язык несколько обложен серовато-белым налетом, зев без особенностей, живот мягкий, при глубокой пальпации безболезненный. Стул кашицеобразный в небольшом количестве, визуально без патологических примесей. С учетом данного состояния больной были назначены кардиотонические препараты.

07.12.98 г. состояние больной расценивается как тяжелое. Больная стонет, вялая, пассивная, жалуется на выраженную слабость, сильные головные боли, тупые боли по всему животу, неоднократный жидкой консистенции стул.

При осмотре кожные покровы бледные, холодные, высыпаний не отмечается, синюшность слизистых губ. В легких выслушиваются жесткое дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс — 96 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 95/65 мм Hg. Температура — 37,8°C. Язык обложен серовато-белым налетом; живот мягкий, при пальпации определяется выраженная болезненность в подвздошных областях, перистальтика вялая. Диурез сохранен. Стул жидкой консистенции, темного цвета. Однократная рвота — содержимое типа кофейной гущи.

Анализ крови: Hb — 6,4 ммоль/л, эр. — $2,9 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель — 0,6, лейкоформула без особенностей. В течение дня состояние больной, несмотря на проводимую интенсивную терапию оставалось тяжелым. Пульс частый, слабого наполнения, АД — 90/55 мм Hg, температура — 38°C. Живот несколько вздут, при пальпации определяется болезненность в левой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет, печень не увеличена.

Проведена консультация хирургом и терапевтом, после которой больную с диагнозом “острое желудочно-кишечное кровотечение” переводят в экстренном порядке в неотложный хирургический стационар, где ей проводят фиброгастроуденоскопию. Заключение: фибриноидный эзофагит, эрозивный гастрит. Лечение: комплексная инфузионно-гемостатическая терапия, переливание препаратов крови.

09.12.98 г. больную в удовлетворительном состоянии переводят в психоневрологический диспансер.

10.12.98 г. состояние больной удовлетворительное. Объективный осмотр: кожные покровы бледные, чистые. В легких — единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс — 92 уд. в 1 мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 90/60 мм Hg. Температура 37,2°C. Язык обложен серовато-грязным налетом, живот мягкий, при пальпации отмечается болезненность по ходу толстого кишечника, больше слева, печень у края реберной дуги, стул отсутствует.

Общий анализ крови: Hb — 84 ммоль/л, СОЭ — 20 мм/ч, эр. — $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, л. — $62 \cdot 10^9$ /л. Протромбиновый индекс — 98%, фибриноген — 3,5 г/л, глюкоза — 4,0 ммоль/л.

11.12.98 г. состояние больной ухудшилось: выраженная слабость, отсутствие аппетита, температура — 37,5°C, кожные покровы бледные, чистые. По всем легочным полям — рассеянные сухие хрипы, небольшое количество мелкокалиберных влажных хрипов. Тоны сердца глухие. Пульс — 92 уд. в 1 мин ритмичный, малого наполнения и напряжения. АД — 85/60 мм Hg. Язык

обложен грязным налетом, живет вздут, при пальпации возникает болезненность в левой подвздошной области. Стул кашицеобразный, обычного цвета. Больной назначают специфическое противоязвенное и симптоматическое лечение, плазмозамещающие растворы внутривенно, антибиотикотерапию (инъекции пенициллина). Убедительного положительного эффекта проводимая терапия не имела. В последующие дни состояние больной ухудшается: выраженная слабость, отсутствие аппетита, нарушение сна, разлитая болезненность по всему животу (больше слева), наличие температурной реакции. С 12.12.98 г. по 15.12.98 г. температура 37,8 — 38,2°C.

После повторной консультации хирурга больную 15.12.98 г. с диагнозом “высокая кишечная непроходимость” переводят в неотложный хирургический стационар.

От 17.12.98 г. диагностическая лапаротомия: в брюшной полости каловое содержимое с гнилостным запахом в количестве 500 мл. Брюшина тусклая, отечная, гиперемированная. Петли кишечника умеренно вздутые. При ревизии выявлена перфорация стенки подвздошной кишки; на расстоянии 5 см от илеоцекального угла — перфоративное отверстие диаметром на 2/3 окружности тонкой кишки. Стенки рыхлые, инфильтрированные. Обнаружен дефект в стенке сигмовидной кишки (размером 4,0×2,0 см) с истонченными рыхлыми краями. Со стороны слизистой на противоположной стороне — округлой формы язвенный дефект слизистой оболочки диаметром в 1 см, покрытой фибрином. Произведены туалет брюшной полости, резекция сигмовидной и подвздошной кишок в пределах здоровых тканей с прошиванием. Больной был поставлен диагноз: перфорация тонкой и толстой кишок; диффузный каловый перитонит с преобладанием анаэробного компонента; терминальная фаза; полиорганная недостаточность.

Несмотря на проводимую интенсивную патогенетическую терапию в послеоперационном периоде состояние больной оставалось тяжелым и при нарастании острой сердечно-сосудистой недостаточности 18.12.98 г. была констатирована смерть.

При патологоанатомическом вскрытии на секции был выставлен диагноз брюшного тифа, который впоследствии был подтвержден результатами бактериологического анализа: из содержимого желчного пузыря, а также из фрагмента толстой кишки была выделена *Salmonella typhi* (брюшно-тифозная палочка).

Окончательный патологоанатомический диагноз: брюшной тиф; язвенно-некротический колит; сигмоидит; перфорация сигмовидной и подвздошной кишок; разлитой гнойно-диффузный перитонит; состояние после операции, лапаротомии, резекции толстой и тонкой кишок; отек легких; отек головного мозга; сердечно-сосудистая недостаточность.

На основании изложенного можно с определенной достоверностью констатировать, что больная перенесла брюшной колотиф среднетяжелого течения, осложнившийся первоначально кишечным кровотечением, а затем присоединившейся перфорацией толстой и тонкой кишок с развитием калового перитонита на фоне выраженной шизофрении и дефектного состояния.