

## Клинические особенности болезни Боткина (инфекционной желтухи) у детей.

Пр.-доцента **Р. И. Швагера.**

(Доклад, прочитанный в заседании Общества Детских Врачей в Москве 14/VI 1926 г.).

В журнале „Педиатрия“ (т. VIII, № 2—3) нами была напечатана статья „Болезнь Боткина у детей“, в которой мы кратко коснулись клинической картины этой еще мало изученной болезни у детей. Теперь мы располагаем значительно большим материалом и имеем возможность несколько шире подойти и оттенить клинические особенности болезни Боткина, ее симптомы и течение.

Почти до самого последнего времени многие авторы называли инфекционную желтуху „катарральной“, хотя С. П. Боткин еще в 1881 году первый указал на ясные, вполне определенные признаки инфекции в клиническом течении этой болезни. „Во мне постепенно выработывалось убеждение,—пишет С. П. Боткин<sup>1)</sup>,—что селезенка увеличена здесь не механическим путем, а самостоятельно, под влиянием той же причины, которая действовала и на печень и произвела желудочно-кишечный катарр и желтуху. Кроме того, никто не удивится, встретив у такого больного примесь белка в моче, а иногда и цилиндры, дающие нам право заключать о существовании у него легкого нефрита. Затем мы убедились, что изменения печени далеко не так просты, как кажется с первого взгляда; тут также протекает процесс самостоятельный, который мы можем поставить рядом с теми воспалительными изменениями, которые наблюдаются вообще при процессах инфекционных, как, напр., перемежающаяся лихорадка и пр. Таким образом,—пишет далее С. П. Боткин,—я пришел постепенно к убеждению, что *icterus catarrhalis*, которую прежде считали за желудочно-кишечный катарр с механической задержкой желчи, на самом деле есть только один из симптомов общего заболевания, проявляющегося не только желтухой, но и увеличением селезенки, иногда нефритом, наконец, с самостоятельным поражением печени и, большей частью, с лихорадкой. Одним словом, это есть *острая инфекционная форма* и притом такая, где причина, производящая желудочно-кишечный катарр, составляет также причину изменений паренхиматозных органов—печени, селезенки и иногда почек“.

Указывая затем на эпидемическое появление катарральной желтухи в определенное время года, Боткин еще раз подчеркивает несомненность ее инфекционного начала. Целый ряд русских авторов поддерживал

---

<sup>1)</sup> С. П. Боткин. Острый инфекционный катарр желчных протоков.

идею Боткина. Так, его ученик Н. П. Васильев в 1883 году<sup>1)</sup> хорошо разработал 11 случаев инфекционной желтухи. В. А. Колли<sup>2)</sup> в 1896 г. опубликовал 7 случаев различных по силе тяжести форм острых желтух, где указывает, что ясная icterus catarrhalis (3-й и 6-й случаи), как и дошедшие до секции icterus gravis (4-ый сл.), morbus Weillii (7-ой сл.) и atrophia hepatis acuta (1-й, 2-й и 5-ый случаи) объединялись общими клиническими признаками. „Во всех этих случаях,—пишет В. А. Колли,—мы видим с клинической стороны полную градацию симптомов... Наконец, очевидно, что в случаях, окончившихся летально, мы имеем дело не с специальным заболеванием печени, а с общей болезнью, так как поражались все органы“. „Инфекционный агент проникает в организм совершенно неизвестным для нас путем,—пишет Т. П. Краснобаев<sup>3)</sup>,—и дает общее заболевание, при котором расстройства желудочно-кишечного канала являются наравне с расстройствами других органов и ни в коем случае не могут считаться причинными“. Проф. А. А. Кисель еще с 1898 года<sup>4)</sup> неустанно, вплоть до настоящего времени, не перестает подчеркивать целый ряд клинических признаков, указывающий на инфекционный характер прежней катарральной желтухи. Старое название „катарральная желтуха“ начинает отходить в область предания, и названия „инфекционная“, „эпидемическая желтуха“ или „болезнь Боткина“ завоевывают себе свое законное право.

Материал, которым мы располагаем, дает нам возможность очертить клинические проявления этой болезни, в которой, как увидим ниже, вполне определенно выступают признаки *общей инфекции*.

Через нашу клинику с 1911 г. по 1926 г. прошло 150 случаев, в стационарном отделении Ольгинской Детской больницы с 1887 по 1924 г. отмечено 65 случаев эпидемической желтухи, и до 1150 случаев прошло через амбулаторию Образцовой Детской больницы с 1904 по 1924 г.<sup>5)</sup>

Распространяясь осенью, главным образом в октябре—ноябре, болезнь Боткина поражает все возрастные группы детей, но чаще наблюдается у детей от 1 года до 5 лет. Влияние возраста и времени года на частоту случаев ее более подробно отмечено нами в другой работе, посвященной эпидемиологии болезни Боткина<sup>6)</sup>. Инкубационный период ее колеблется от 11 до 14 дней. Мы собрали 25 случаев заболевания эпидемической желтухой в одной и той же семье, в одной квартире и в одном доме. В нашей клинике в Ольгинской Детской больнице наблюдалось семь случаев внутрибольничного заражения.

*Симптомы болезни Боткина.* Болезнь Боткина начинается общим недомоганием и слабостью. Аппетит исчезает, ребенок становится вялым, апатичным и нередко ложится. Почти во всех случаях отмечаются тошнота и иногда рвота. Характерными являются жалобы на боли в животе, голове и ногах. Температура в большинстве начинает немного повышаться—до 37,3°—37,8° (случаи без повышенной температуры будут описаны

<sup>1)</sup> Н. П. Васильев. Ежен. Клин. Газ., 1888, №№ 22, 24, 25, 26.

<sup>2)</sup> В. А. Колли. Врач. Записки, 1896, №№ 6 и 7.

<sup>3)</sup> Т. П. Краснобаев. Детская Медицина, 1896.

<sup>4)</sup> А. А. Кисель. Мед. Об., 1898, май.

<sup>5)</sup> Эти 1150 случаев собраны врачами Алферовой, Буровой, Ганюшиной и Соловьевой.

<sup>6)</sup> Сборник, посв. памяти проф. С. П. Федынского.

ниже). Появляется небольшой конъюнктивит, язык делается обложенным, и уже в это время начинает припухать печень. Этот первый, дожелтушный период продолжается 5—6 дней, и определить болезнь Боткина в этой стадии чрезвычайно трудно. Но, если в семье имеются уже больные инфекционной желтухой, то состояние общей астении, тошнота, мышечные боли и припухание печени у кого-либо из других членов семьи должны учитываться и подвергаться дальнейшему наблюдению.

Второй, желтушный период характеризуется появлением желтухи. Сначала наблюдается желтушное окрашивание склер и слизистых оболочек и почти одновременно кожи лица. Затем желтуха распространяется на кожу шеи, туловища и конечностей, и в течение 2—3 дней ребенок весь желтеет. Окраска кожи носит различные оттенки: от светло-желтого в легких случаях до насыщенного, шафранного цвета в тяжелых. Конъюнктивит теперь отчетливо определяется.

Моча несколько уменьшается в количестве, буреет, содержит желчные пигменты, уробилин и иногда белок (в 10% и в 5% случаев цилиндры и клетки почечного эпителия). Испражнения обесцвечиваются, но во всех случаях при химическом исследовании на желчные пигменты дают положительный результат.

Весьма важным симптомом для диагноза болезни Боткина является состояние печени. В этот период печень выступает из-под ребер на 2—6 см., консистенция ее становится чрезвычайно плотной, край закругляется, поверхность почти во всех случаях остается ровной. В случаях средней тяжести выступание печени можно бывает определить уже при одном наружном осмотре. Надавливание на печень болезненно.

Припухание селезенки не является постоянным признаком болезни и по нашим данным наблюдается только в случаях средних и тяжелых, т. е. в 30%. Доказать припухание селезенки, как и печени, лучше всего посредством ощупывания нижнего края. Определение постукиванием дает неверные результаты и нами совершенно оставлено.

Лихорадка держится 3—4 дня в громадном большинстве на небольших цифрах (37,5°—38°), но в тяжелых случаях доходит до 39°—40°, падая литически. В период повышенной температуры состояние может быть опасным: в тяжелых случаях количество мочи резко уменьшается, в ней появляется белок и цилиндры, и может наступить уремия и смерть (11 случаев).

На коже появляются в тяжелых случаях геморрагии в виде петехий, отдельных пятен: в случаях средней тяжести в конце желтушного периода на 21—30-й и даже 35-й день мы отмечали сыпь, пятнисто-папулезную, напоминающую кореподобную краснуху. В одном случае, у ребенка 4 лет, на 25-й день болезни появились ярко-красные полосы шириной в 4 пальца на верхних и нижних конечностях, на спине и груди. В 5 случаях наблюдались типичные волдыри, как при крапивнице. В 50% дети жаловались на кожный зуд, и на сухой коже можно было отмечать следы расчесов.

Пульс в начале желтушного периода (в стадии повышения температуры) учащается до 100—120, а в тяжелых случаях доходит до 160—180 и даже 200; при падении температуры пульс замедляется (50—60 в минуту). Эта брадикардия отмечается почти во всех случаях (90%) и является характерным симптомом апирексии желтушного периода и дальнейшего периода выздоровления. В 50% всех наших случаев на-

блюдалась аритмия пульса, которая оставалась и в периоде выздоровления в течение 2—3 недель.

Сердце реагирует глухими тонами (70%), иногда к этому присоединяется небольшой систолический шумок или легкая нечистота I тона (в 25%), исчезающие к концу желтушного периода. Границы сердца в подавляющем большинстве случаев остаются нормальными и только в 3% наших случаев увеличивались на 1—2 сант. в момент лихорадочной стадии.

Кровяное давление бывает нормальным или незначительно ниже нормы. Кровотечения наблюдались только в тяжелых случаях (у 6 наших больных) из носа и кишечника.

Растройства со стороны желудочно-кишечного тракта отмечаются в 40% случаев. Здесь чаще наступает понос (запоры реже), живот бывает вздут, язык значительно обложен. В 30% наших случаев наблюдалась однократная рвота и в 10% — повторная. В случаях легких растройства со стороны желудочно-кишечного тракта часто совсем отсутствуют.

Со стороны нервной системы резкая подавленность и апатия являются почти неотъемлемыми симптомами болезни Боткина в данном периоде. Между тяжелыми и легкими случаями имеются все виды переходных, характеризующихся этой общей чертой. Мышечные боли (в ногах, спине) наблюдаются у детей в 25% всех случаев. Затемнение сознания и бред отмечались нами только в 5—6 очень тяжелых случаях, причем в одном случае сопровождалась менингеальными явлениями. В 6 случаях, окончившихся летально, дети были возбуждены, метались по кровати с резко расширенными зрачками, в 3 случаях наблюдались тонические судороги.

При впрыскивании пилокарпина в стадии ацирекции желтушного периода наблюдаются падение кровяного давления, замедление пульса, усиление саливации, падение числа лейкоцитов и нейтрофилов в крови с повышением числа лимфоцитов и усилением симптома Aschner'a. Эта положительная реакция на ваготонию в большей или меньшей степени получается не только при средних формах, но и при легких.

Характерным симптомом в течении болезни Боткина является *вторичная волна температуры* на 11—17—21-й и даже на 25-й день болезни. Этот подъем температуры сопровождается всегда определенным клиническим симптомокомплексом: новым припуханием печени, а иногда и селезенки, усилением желтухи, апатией, сонливостью и уменьшением количества мочи. Эти вспышки можно отметить в громадном большинстве случаев, если внимательно и ежедневно следить за состоянием печени, селезенки, пульса,  $t^0$ , окраской кожи и склер. В некоторых наших случаях этот подъем проходил при ничтожном повышении температуры (37,3°—37,5°), но печень определенно увеличивалась, увеличивалась и желтушная окраска. В одном случае повышение  $t^0$  и увеличение печени не сопровождалось увеличением желтухи. В 11 наших случаях вторичная волна болезни окончилась летально.

Продолжительность желтушного периода варьирует от 2 недель до 8. Затем наступает период выздоровления. Желтуха исчезает, и только при внимательном исследовании можно бывает подметить легкое окрашивание на мягком небе и склерах глаз. Печень и селезенка сокращаются, ребенок делается живее, лучше ест. Замедленность пульса наблюдается в периоде выздоровления еще 2—3 недели.

*Течение болезни.* При изучении течения болезни Боткина мы руководились главным образом стационарным материалом (315 случаев), тщательно прослеженным. Легкие формы (65% наших наблюдений) протекают при хорошем самочувствии. Температура незначительно повышается (37,3°—37,5°) или остается нормальной. Селезенка не прощупывается. Печень плотна, обычно всегда выступает из-под ребер и сокращается в конце желтушного периода. В 2 случаях нами наблюдалось отсутствие желтушной окраски при наличии всех остальных признаков болезни Боткина — „желтуха без желтухи“. Общая продолжительность течения болезни этой группы — 2—3 недели.

В тяжелых случаях (11,5%) температура бывает высокая (39°—40°). Болезнь протекает бурно, с нервными явлениями: головная боль, беспокойство, бред, судороги, рвота, понос. Язык сухой, обложенный. Пульс частый — до 200. Выступает картина острого нефрита: мало мочи, в моче белок, эритроциты, клетки почечного эпителия, зернистые и эпителиальные цилиндры.

На коже — геморрагическая сыпь (3 сл.) в виде петехий или пятен. Смерть (11 случаев) от 12-го до 27-го и 30-го дня болезни. Во всех, кончившихся летально, случаях прощупывалась плотная печень, выступавшая из-под реберного края на 4—6 сант.

Острая атрофия печени наблюдалась нами лишь в 2 случаях болезни. В одном случае (у девочки 7 лет) болезнь началась высокой температурой, поносом и общим тяжелым состоянием. На коже петехиальная сыпь. Печень, выступавшая на 4½ сант. из-под ребер, с 12-го дня болезни быстро сократилась. На 11-ый день возбуждение, бессознательное состояние, бред, на 16-ый день смерть. В другом случае (у мальчика-сифилитика 3½ лет) ухудшение началось с 25-го дня болезни. Очень плотная, хрящевая печень с 6 сант. стала быстро сокращаться и через неделю уже не прощупывалась, селезенка увеличена, в моче белок и цилиндры, температура 39°—40°. Смерть на 30-ый день болезни.

Из 250 больных детей нашего материала умерло 13, т. е. 5%, но, если присчитать больных, прошедших амбулаторно (1150 случаев), то процент смертности значительно понизится (до 2%).

Между тяжелыми и легкими формами болезни нами наблюдался целый ряд промежуточных, составлявших постепенный переход от тяжелых страданий, типа болезни Weil'a, к едва заметным проявлениям болезненных признаков. К средним формам (23,5%) мы относили случаи, сопровождавшиеся припуханием селезенки, расстройствами желудочно-кишечного тракта и вспышками болезни с 17-го по 25—30-ый день. В этой группе случаев у детей наблюдалась очень плотная печень, выступавшая на 4—6 и 8 сант. из-под ребер и в течение нескольких месяцев не сокращавшаяся. В 7 случаях печень еще спустя 6—8, даже 12 месяцев оставалась увеличенной, чрезвычайно плотной, но с ровной поверхностью. Только в одном случае (у девочки 10 лет) плотная, точно хрящевая печень была бугристая и напоминала сифилитическую. В этих случаях уже при одном наружном осмотре бросалось в глаза выпячивание живота в правом подреберье и надчревной области. На коже живота и груди хорошо видны были в большом количестве расширенные вены, которые в виде *caput Medusae* располагались не только в области живота спереди, но и с боков. На склерах глаз, осо-

бенно на периферии, ясно отмечалось желтушное окрашивание, менее заметное на коже туловища. Интересно отметить то обстоятельство, что выпячивание спереди левой доли печени обнаруживалось более явственно, чем правой, и при ощупывании ее нижний край находился ближе к пупку, если считать от мечевидного отростка. Печень при надавливании была несколько чувствительна и чрезвычайно плотна, с слегка закругленным краем. У всех этих детей хорошо прощупывалась плотная селезенка, на 3—4 сант. выступавшая из-под ребра. В моче ясно был выражен уробилин, а в крови количество его значительно превышало норму (до 5—6%).

Таким образом болезнь Боткина является еще одним этиологическим моментом далеко еще неизученных селезеночно-печеночных заболеваний в детском возрасте.

*Прогноз.* В общем болезнь Боткина протекает благополучно. Но волнообразность течения ее не дает уверенности в том, что вторая волна не окажется очень тяжелой. В нашем материале 11 детей, перенесших первый, желтушный период довольно удовлетворительно, дали потом бурную вспышку болезни, закончившуюся смертельно.

*Осложнения* наблюдаются при болезни Боткина в конце желтушного периода, причем к числу наиболее частых из них следует отнести припухание лимфатических желез, главным образом шей и подчелюстных. Наблюдались случаи (3), когда подчелюстные железы нагноились и потребовалось хирургическое вмешательство. Пневмонии занимают по частоте второе место среди осложнений; протекают они по типу лобулярных (10 случаев). Из других осложнений мы наблюдали несколько случаев (3) гнойных конъюнктивитов и гнойных воспалений среднего уха (2).

*Выводы:* 1) Болезнь Боткина—инфекционное заболевание, что доказывается реакцией всего организма: общим недомоганием, повышением  $t^0$ , припуханием паренхиматозных органов, реакцией со стороны сердца, пульса, почек и нервной системы; 2) болезнь эта может протекать без повышения температуры и без желтухи (легкие формы прежней „катарральной желтухи“); 3) болезнь Боткина может протекать как с увеличенной печенью (болезнь Weil'a), так и с атрофией ее (острая желтая атрофия); 4) в течении этой болезни различаются 3 периода: дожелтушный, желтушный и период выздоровления; 5) прогноз ее в общем благоприятный,—смертность всего 2%.