

ЭШЕРИХИОЗЫ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ

Л. Л. Гельфанд

Кафедра инфекционных болезней (зав.— доц. Д. Ш. Еналеева) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Кишечные инфекции, вызванные энтеропатогенной кишечной палочкой (ЭПКП), долгое время считали преимущественно детской инфекцией. Однако в последние годы участились случаи заболевания эшерихиозом среди взрослых.

Мы проанализировали 57 случаев заболевания эшерихиозом, подтвержденных выделением возбудителя. Анализ историй болезни показал, что с 1974 г. дисфункции кишечника у взрослых были обусловлены преимущественно ЭПКП II категории (O₁₂₄ и O₁₅₁). Заболеваемость по годам распределялась следующим образом: в 1974 г.—1 больной, в 1975 г.—9, в 1976 г.—3, в 1977 г. не было больных, в 1978 г.—2, в 1979 г.—14, в 1980 г.—10, в 1981 г.—18 больных.

Клинические проявления эшерихиоза, несмотря на большое сходство симптомов, в зависимости от серотипа возбудителя отличаются по тяжести течения. Тяжелее протекала болезнь, вызванная эшерихиями O₁₂₄. В наблюдаемых нами случаях распределение больных находилось в зависимости от серотипа возбудителя: у 22 человек заболевание было вызвано ЭПКП O₁₂₄, у 32 — ЭПКП O₁₅₁, у 3 — ЭПКП O₂₆.

Таким образом, среди всех случаев заболеваний у взрослых превалировал эшерихиоз серологического типа O₁₅₁ (Крым).

Следует отметить некоторые особенности течения болезни в зависимости от серотипов возбудителя. Заболевания, вызванные ЭПКП O₁₅₁ (Крым), носили спорадический характер и встречались во всех возрастных группах. Так, было 5 больных в возрасте от 16 до 19 лет, 10 — от 20 до 29 лет, 4 — от 30 до 39 лет, 5 — от 40 до 49 лет и 8 — более 50 лет.

По тяжести клинического течения можно выделить две формы: легкую (19 чел.), среднетяжелую (13). Тяжелого течения не наблюдали. Как правило, встречалось острое начало болезни, и клиническая картина сопровождалась явлениями энтерита. Появлялся водянистый или кашицеобразный стул до 2—3 раз в сутки, субфебрильная температура, боли в животе имели неопределенную локализацию. В связи с легкостью течения больные поступали в стационар на поздних сроках заболевания: в 1-й день болезни — 3 больных, на 2-й — 4, на 3—4-й — 5, на 6—8-й — 12, на 10—15-й дни — 8. У 4 человек болезнь протекала на фоне сопутствующих инфекций —лямблиоза, аскаридоза, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, что приводило к удлинению срока пребывания больных в стационаре. В большинстве случаев заболевание не обращались за медицинской помощью, а были выявлены путем амбулаторного обследования среди работников в декретированной группе или при обследовании лиц, находившихся в контакте с больными.

У больных со среднетяжелым течением инфекции, вызванной ЭПКП O₁₅₁ (13 чел.), клиническая картина болезни напоминала дизентерию. Больные поступали в стационар с жалобами на боли в области сигмы (7), стул до 3—7 раз в сутки, появление в стуле крови (5) и слизи (6). При копрологическом исследовании были обнаружены лейкоциты (10), эритроциты (3). Сигмовидная кишка при пальпации болезненна (8) и уплотнена (10), температурная реакция соответствовала норме или не превышала 37,8°. Картина крови существенно не отличалась от нормы, СОЭ в среднем — 12 мм/ч.

Клиническая картина болезни, обусловленная ЭПКП O₁₂₄, имела место у 22 больных. Заболевание в среднетяжелой форме наблюдалось у 10 человек, в легкой — у 12. Возрастной состав заболевших был различным: 16—19 лет — 4 больных, 20—29 лет — 5, 30—39 лет — 4, 40—49 лет — 5, старше 50 лет — 4. Чаще всего болезнь начиналась остро. Появлялась высокая температура, озноб, боли в животе, жидкий стул. Госпитализация больных этой группы происходила на ранних сроках заболевания: 1—2-й день болезни — 12 больных, на 3—5-й — 4, на 6—10-й — 4, на 11—15-й день — 2.

Заболевание в среднетяжелой форме протекало преимущественно по типу гастроэнтероколита, напоминающая клинику дизентерии. У больных наблюдались боли в области сигмы и уплотнение ее (10), слизь в стуле (6), слизь и кровь в стуле (10). Частота стула превышала 5 раз в сутки. Тошноту отмечали 8 больных, рвоту — 6. Длительность лихорадочного периода составляла 1—2 дня. При этом температура 37—38° была у 7 больных, 38—39° — у 2, 39° и выше у 1. При копрологическом исследовании кала находили эритроциты и лейкоциты.

Легкая форма заболевания сопровождалась клиникой гастроэнтерита. Болезнь начиналась остро, появлялся водянистый стул до 3—5 раз в сутки, боли в эпигастриальной области, однократная рвота; нормальная температура наблюдалась у 8 больных, 37—37,5° — у 4.

Клиническая картина болезни, вызванная ЭПКП О₂₆, была выявлена у 3 больных, протекала по типу острого гастроэнтерита и по выраженности симптомов соответствовала легкой форме заболевания. Больные поступали в стационар на поздних сроках болезни, без острых клинических проявлений. Боли в животе носили быстро-проходящий характер, при пальпации отмечалась легкая болезненность в эпигастрии, частота стула не превышала 3 раз в сутки, патологических примесей в стуле не было, температура оставалась в пределах нормы.

Все наблюдаемые нами случаи заболевания, вызванные эшерихиями О₁₅₁, О₁₂₄, О₂₆, окончились полным клиническим выздоровлением. При повторных бактериологических обследованиях испражнений эшерихии обнаружены не были. Лечение больных сводилось к строгому соблюдению диеты с исключением из рациона продуктов, вызывающих брожение. При среднетяжелом течении болезни 22 больным на 3—5-й день назначали этиотропную терапию с использованием препаратов нитрофуранового ряда (фуразолидон), производных 8-оксихинолинового ряда (энтеросептол). Патогенетическая терапия была направлена на коррекцию водно-электролитного обмена с внутривенным введением 10 больших растворов «Трисоль», «Ацесоль», Рингер—Локка. В наиболее легких случаях течения болезни назначали полиионные растворы внутрь.

Таким образом, у взрослых больных с острыми кишечными заболеваниями могут наблюдаться эшерихиозы, вызванные серотипами О₁₅₁ (Крым), О₁₂₄, О₂₆. Больные с эшерихиозами являются источником распространения инфекции. Поэтому необходима своевременная диагностика, а в ряде случаев госпитализация больных по эпидемиологическим и клиническим показаниям. Окончательная постановка диагноза возможна при выделении возбудителя из организма больного.

Поступила 23 мая 1983 г.

УДК 616.71—002.27—073.75

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЙ

И. И. Камалов

Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. У. Я. Богданович)

Цель настоящей работы заключалась в выявлении рентгенологических особенностей поясничного остеохондроза и его последствий — грыж дисков.

Проведено комплексное рентгенологическое обследование (многопроекционная и прицельная спондилография, снимки в косых проекциях, томография) 246 больным (168 мужчин, 78 женщин в возрасте 30—55 лет) с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Рентгеноконтрастные исследования выполнялись в 87 наблюдениях, из них пневмомиеелография — в 40, перидурография — в 26 и дискография — в 21.

При спондилографическом обследовании нами прежде всего оценивалось состояние позвоночного столба в целом и выраженность физиологической кривизны. Одним из ранних признаков поясничного остеохондроза являлось выпрямление физиологического лордоза, обнаруженное нами в 43% наблюдений. При этом рентгенологически контрастировано увеличение межостистых промежутков между L_{IV}—L_V и L_V—S_I, а также хорошее контурирование поясничных позвонков. Отмечалось малое расхождение переднего и заднего отделов замыкающих пластин, и они представлялись односторонними. При выпрямленном лордозе в 87 наблюдениях определялся сколиоз, вершина которого соответствовала уровню повреждения диска. В 38 наблюдениях сколиозы сопровождалась ротацией позвонков вокруг оси позвоночника.

При динамическом наблюдении больных в последующем было установлено уменьшение высоты межпозвонкового пространства в 68%. Этот симптом является косвенным, отнюдь не ранним рентгенологическим признаком поражения диска. Высота межпозвонкового пространства уменьшалась, как правило, постепенно и равномерно (137), асимметрическое снижение его было обусловлено или частой микротравмой диска, или профессиональными условиями труда (46). Высота межпозвонкового пространства измерялась нами между самыми отдаленными точками замыкающих пластин смежных позвонков и сравнивалась с высотой смежных дисков. Самое большое расстояние между замыкающими пластинами смежных позвонков отмечалось между L_{IV}—L_V и, если оно сравнивалось к высоте межпозвонкового пространства между L_{III}—L_{IV}, этот признак трактовался как проявление дегенеративно-дистрофических изменений.

Компенсаторной реакцией вышележащего позвонка на перегрузку каудального его отдела являлся субхондральный склероз, обнаруженный нами в 39%, и увеличение каудальной замыкающей пластинки. Степень выраженности субхондрального склероза соответствовала уменьшению высоты межпозвонкового пространства (диска)