

МЕДИЦИНА

В. М. Авакян

О хронической перемежающейся шестидневной лихорадке

В 1938 году нами, совместно с проф. Оганесяном, был описан ряд случаев неизвестной инфекционной болезни, названной нами хронической перемежающейся шестидневной лихорадкой (Советская Медицина 1938 г. № 16). В то время мы располагали небольшим материалом всего лишь в семь случаев. В последующие годы нами было выявлено еще четырнадцать новых случаев этого заболевания.

Клиническая картина и течение болезни всех наших больных вполне подтвердили высказанную нами тогда мысль о том, что мы имеем в этих случаях заболевание, представляющее совершенно обособленную нозологическую единицу. На основании собранного нами материала мы имеем возможность представить в настоящее время более цельную картину рассматриваемого заболевания.

Всего нами выявлен 21 больной, 9 мужчин и 12 женщин.

Давность болезни у наших больных оказалась: от 2 до 5 лет—3 чел., от 6 до 10 лет—11, от 11 до 15—3, от 16 до 20 лет—2, 27 лет—1, 36 лет—1.

Заболевание началось в возрасте от 1 до 5 лет у 6 человек, от 6 до 15 лет—3, от 16 до 25 лет—10, 31 г.—1 и 60 лет—1.

Таким образом давность заболевания колеблется от 2 до 36 лет, начало заболеваний в большинстве случаев падает на детский, юношеский и молодой возраст.

Болезнь проявляется периодическими приступами лихорадки длительностью от одного до двух суток. До приступа в течение нескольких часов обычно наблюдается период предвестников в виде общей слабости, недомогания, а иногда и слабо выраженной отечности век. В пяти случаях до появления приступа, нередко в течение одного-двух часов, отмечались боли в области правого плеча или правого подреберья. В двух случаях в продромальной стадии и в трех случаях во время самого приступа у больных наблюдалась пульсация в заднем проходе, вызывающая у них неприятное, тягостное чувство. Самый приступ протекает с характерными для данной болезни симптомами. Приступ начинается с легкого озноба, продолжающегося несколько минут; реже озноб бывает более резко выраженным

и в этих случаях стадий озноба длится около получаса; изредка озноба не бывает. Уже в стадии озноба температура постепенно повышается и незаметно переходит в стадию жара. Одновременно появляются боли в большинстве случаев в правой подреберной области, в области печени и желчного пузыря, затем они распространяются в правую подвздошную, в левую подреберную, левую подвздошную область, а потом и по всему животу. Боль отдает в правое плечо, реже в левое плечо, иногда в область правой лопатки. В некоторых случаях боль начинается в области левого подреберья, передается в правое подреберье, и отсюда иррадирует в те же участки. Через 2—3 часа после начала приступа боль достигает значительной силы и становится для больных весьма мучительной. Иногда больные корчатся от сильных болей. Аппетит у большинства больных нарушается. Обычно приступы сопровождаются тошнотой, а иногда и рвотой. Стул нормальный, в некоторых случаях наблюдается легкий понос, раза три в сутки. В периоде жара у большинства больных отмечается усиленная жажда. Настроение всех больных во время приступа резко подавленное, наблюдается большая раздражительность, легкая и быстрая возбудимость и довольно часто плаксивость, как у женщин, так и у мужчин. Сон обычно плохой. Наблюдается выраженная общая слабость. Боль и температура достигают своего максимума через 6—15 часов после начала приступа. Температура на высоте приступа доходит до 38—40° и держится на этой высоте 3—8 часов. Затем наступает перелом в сторону затихания всех клинических явлений: температура постепенно снижается при явлениях слабо выраженной потливости и, через 6—12 часов после наметившегося перелома, устанавливается на нормальных цифрах. В редких случаях температура держится на субфебрильных цифрах также и в течение следующего за приступом дня. С понижением температуры одновременно утихает боль, исчезающая в ближайшие часы после снижения температуры. Лишь в трех случаях незначительная боль держалась и на следующий день после снижения температуры. В конце приступа обычно больных клонит ко сну.

Как правило, в периоде апиреksии болевые ощущения и прочие клинические явления совершенно отсутствуют. Больные чувствуют себя здоровыми и вполне работоспособными, выполняя обычную свою работу без всякого напряжения.

Приступы возобновляются через некоторый промежуток времени, который может сильно варьировать как в отдельных случаях, так и у одного и того же больного в разное время. В первые месяцы или годы заболевания приступы эти бывают сравнительно редко, например в 1—3 месяца раз, в дальнейшем период апиреksии постепенно укорачивается, сперва до 15—20 дней, а затем еще больше и, наконец, через 1—2 года после начала заболевания, болезнь принимает вид довольно правильной перемежающейся лихо-

радки. Приступы наступают через 5—6—7 и более дней, чаще же всего на каждый шестой день (что и дало нам повод назвать эту болезнь шестидневной лихорадкой). В таком виде болезнь продолжается много лет. Иногда без видимых причин наступают нарушения правильной цикличности приступов; они становятся более частыми или более редкими. Наконец, в части случаев правильной шестидневной цикличности приступов в течение всей болезни не бывает вовсе при полном сохранении характера и длительности приступов. В некоторых случаях период апиреksии удлиняется, но зато следующие за ним приступы становятся более частыми, повторяясь в течение некоторого времени каждые 3—4 дня. Временами приступы прекращаются на несколько месяцев и даже на год. У одной больной в период имевшихся у ней двух беременностей не было ни одного приступа, но через несколько дней после родов приступы возобновились.

Обычные клинико-лабораторные исследования произведены нами почти у всех наших больных, биохимические и некоторые серологические и бактериологические исследования произведены у тринадцати больных. В большинстве случаев приступы сопровождались небольшим лейкоцитозом (9100—16.700). Количество нейтрофилов возрастает главным образом за счет сегментоядерных. Одновременно наблюдается лимфопения, иногда резко выраженная (до 9%) и довольно часто анэозинофилия. В одном только случае у девятилетней девочки наблюдался лимфоцитоз (41%). Количество эритроцитов почти во всех случаях оказалось пониженным. РОЭ, как правило, повышена от 22 до 50 мм в час по Панченкову. Количество ретикулоцитов держалось в пределах нормы, лишь в двух случаях оно оказалось повышенным (у одной больной возраста 9 лет, у другого больного возраста 16 лет); токсичность нейтрофилов не наблюдалась. При многократном исследовании крови во время приступа лейкоцитоз и РОЭ, оставаясь на повышенных цифрах, давали некоторые колебания. После окончания приступа сдвиги в лейкоцитарной формуле, как правило, выравнивались.

При исследовании крови в период между приступами особых изменений в составе лейкоформулы не замечается. Количество лейкоцитов нормально. Количество эритроцитов в межприступном периоде почти такое же, как и во время приступа. РОЭ обычно повышена от 17 до 48 мм в час по Панченкову, лишь при длительных апиреksиях иногда она может снизиться до нормы или быть близкой к ней. Количество ретикулоцитов в нормальных границах. Резистентность эритроцитов минимальная—0,44, максимальная—0,28. Токсичность нейтрофилов слабо положительна в двух случаях.

Таким образом на основании данных лабораторных исследований мы можем пока сказать, что во время приступа чаще отмечаются небольшой лейкоцитоз, анэозинофилия, нейтрофилия, лим-

фопения и повышенная реакция оседания эритроцитов. В межприступном периоде указанные сдвиги в лейкоформуле исчезают, реакция оседания эритроцитов в большинстве случаев остается повышенной.

Плазмодии малярии, несмотря на многократные исследования, произведенные как нами, так и другими исследователями в прошлом, не были обнаружены ни единый раз, ни во время приступа, ни в межприступном периоде. Реакция Анри оказалась положительной в 5 случаях, в том числе в двух слабо положительной. Реакция Таката Ара в трех случаях оказалась слабо положительной, в остальных отрицательной. Реакция Райта всегда была отрицательной, за исключением одного случая, когда она получилась сомнительной (1:50); при повторном исследовании через 4 месяца реакция Райта стала отрицательной. Посев крови, взятой во время приступа, во всех случаях дал отрицательный результат, за исключением одного, когда был обнаружен золотистый стафилококк.

Количество билирубина оказалось увеличенным (от 13,12 до 18,7 мг %) в четырех случаях. Реакция ван-ден-Берга прямая была отрицательной, а непрямая—положительной во всех случаях. Количество холестерина увеличено (192—225 мг %) в двух случаях и уменьшено (104 мг %) в одном случае. Количество сахара в пределах нормы. Белковый коэффициент в пределах 0,69—1,1 за исключением одного случая, когда он в межприступном периоде оказался равным 1,8. Количество фибриногена от 2 % до 7 %. Остаточный азот всегда был в пределах нормы.

Ввиду получения во всех случаях непрямой реакции ван-ден-Берга и отсутствия уробилина в моче нет достаточных оснований считать, что у больных имеется сколько-нибудь серьезное нарушение функций печени. Полученные изменения белкового коэффициента с преобладанием глобулинов (более резко выраженные во время приступов), повидимому, связаны с нарушением обмена вследствие частых лихорадочных приступов. Резкое преобладание глобулинов во время приступов, возможно, зависит от процессов иммунизирования, но если это так, то процесс этот недостаточен для предотвращения следующих приступов.

В моче при многократных исследованиях патологических примесей не найдено. Исследование мочи на витамин С обнаружило резкое снижение количества последнего в пределах 4,84—9 мг %, за исключением трех случаев, когда количество витамина С держалось на низкой границе нормы.

Незнакомство клиницистов с рассматриваемой болезнью явилось причиной того, что у больных в прошлом ставились весьма разнообразные диагнозы.

В частности небезынтересным является то, что для исцеления от этой болезни больные подвергались различным операциям. У девяти из наших больных произведено 14 операций, а именно:

тонзиллэктомия в 4 случаях, тонзиллотомия 1, аппендэктомия 6, холецистэктомия 2, гастроэнтеростомия 1. Во всех случаях операции оказались безрезультатными.

Нами предприняты для выяснения происхождения этой болезни экспериментальные исследования, резюмировать которые, за их незаконченностью, пока преждевременно.

Из лечебных средств, которые могли бы оказаться полезными против этой болезни, мы применяли переливание крови, неосальварсан, стрептоцид, осарсол, общеукрепляющие средства, селезеночную органотерапию, *oleum lini* внутрь, витамин С и проч.

Пока мы можем констатировать прекращение приступов в течение длительного периода у 4 больных от лечения стрептоцидом и у одного больного после многократной трансфузии крови. Большинство же других примененных средств не дало никаких результатов.

В ы в о д ы

1. Хроническая перемежающаяся шестидневная лихорадка является самостоятельной нозологической единицей.

2. Лихорадочные приступы в первые годы заболевания наступают сравнительно редко и не имеют правильной цикличности; в дальнейшем в части случаев приступы наступают довольно аккуратно в 6 дней раз, иногда прерываясь на неопределенно-длительный срок продолжительными ремиссиями.

3. Длительность приступа обычно равняется одному-двум дням. В периоде апиреksии у больных исчезают почти все субъективные и объективные симптомы.

4. Довольно постоянная локализация болей в области печени позволяет думать, что орган этот играет какую то невыясненную пока роль в клинике, а может быть и в патогенезе данного заболевания.

5. Болезнь длится годы и десятилетия, не вызывая грубых органических изменений. До настоящего времени мы не имеем ни одного случая смерти; в то же время нами констатировано прекращение приступов в продолжение длительного периода в результате применения некоторых средств (стрептоцид, трансфузия крови).

6. Вопрос о хронической перемежающейся шестидневной лихорадке приобретает определенный эпидемиологический интерес, поскольку за последние годы количество обнаруживаемых нами случаев означенной болезни неуклонно возрастает.

Пропедевтическая терапевтическая клиника
Ереванского медицинского института (завед. действительный член
Академии Наук Арм. ССР Л. А. Оганесян).

Վ. Մ. Ավագյան

ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԴՄԻՋՎՈՂ ՎԵՑՈՐՅԱ ՁԵՐՄԻ ՄԱՍԻՆ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Հեղինակը պրոֆ Լ. Ա. Հովհաննիսյանի հետ միասին դեռևս 1938 թ. նկարագրել էին անհայտ վարակիչ հիվանդություն մի շարք դեպքեր և անվանել էին այդ հիվանդությունը քրոնիկական ընդմիջվող վեցօրյա ջերմ (*„Советская медицина“*, 1938 թ., № 16):

Այդ հիվանդությունը, որ ինքնուրույն նոզոլոգիկ միավոր է հանդիսանում, հատուկ էպիդեմիոլոգիկ հետաքրքրություն է ստանում, քանի որ վերջին տարիներում հայտարարված դեպքերի թիվն ակնհայտի կերպով աճում է:

Հայտարարված են այդ հիվանդության ընդամենը 21 դեպք (9 կին և 12 տղամարդ), որոնց վաղեմությունը տատանվում է 2-ից մինչև 36 տարվա միջև:

Հիվանդությունն արտահայտվում է պարբերական նոպաներով, մեկից մինչև երկու օր տևողությամբ: Նոպան սկսվում է թեթև սարսուռով, որը տևում է մի քանի րոպե: Սարսուռի ստադիայում ջերմաստիճանը հետզհետե բարձրանում է և աննկատելի կերպով անցնում տաքության ստադիան: Միաժամանակ առաջ են գալիս ցավեր, մեծ մասամբ աջակողմյան կողատակի, լյարդի և լեղապարկի շրջանում. հետո ցավերը տարածվում են աջ զարգացող, ձախ կողատակի, ձախ զստափոսի շրջանը, այնուհետև ամբողջ փորի վրա: Ցավն զգացվում է աջ ուսի, ավելի նվազ դեպքերում ձախ ուսի, երբեմն էլ աջ թիակի շրջանում: Նոպայի սկսվելուց 2-3 ժամ հետո ցավն զգալիորեն սաստկանում է և հիվանդի համար տանջալից դառնում: Սովորաբար նոպաներն ուղեկցվում են սրտախառնություն, իսկ երբեմն նաև փսխումով:

Ցավն ու ջերմաստիճանը առավելագույն չափի են հասնում նոպայի սկսվելուց 6—15 ժամ հետո: Ջերմաստիճանը նոպայի ամենաբարձր կետում հասնում է 38—40° և այդ բարձրության վրա մնում է 3—8 ժամ: Այնուհետև տեղի է ունենում բեկում բոլոր կլինիկական երևույթների հանդարտացման ուղղությամբ. ջերմաստիճանը, թույլ արտահայտված քրոնոստություն առընթեր, հետզհետե իջնում է և բեկման սկսվելուց 6—12 ժամ հետո հաստատվում է նորմալ աստիճանի վրա: Ջերմաստիճանի իջնելու հետ միասին հանդարտվում է նաև ցավը:

Ցավերի բավական հաստատուն տեղակայումը լյարդի շրջանում թույլ է տալիս կարծելու, որ այդ աստիճանը ինչ-որ դեռևս չպարզված դեր է կատարում այդ հիվանդության կլինիկայի, զուցե նաև պաթոգենեզի մեջ:

Ջերմադադարի շրջանում հիվանդների ցավագին զգացողությունն ու այլ կլինիկական երևույթները միանգամայն բացակայում են, և նրանք իրենց բոլորովին առողջ և աշխատունակ են զգում:

Նոպաները վերսկսվում են որոշ ընդմիջումից հետո, որը կարող է տարբեր լինել թե առանձին դեպքերում և թե միևնույն հիվանդի մոտ տարբեր ժամանակներում: Հիվանդության առաջին ամիսներին կամ տարիներին այդ նոպաները համեմատաբար հազվադեպ են լինում և կանոնավոր պարբերականություն չեն ունենում. հետագայում ջերմադադարի շրջանն աստիճանաբար

կարճանում է և հիվանդանալու օրից մի քանի տարի անց հիվանդութունը կանոնավորապես ընդմիջվող ջերմի պատկեր է ստանում. նոպաները տեղի են ունենում 5—6—7 օր և ավելի անցներուց հետո, ամենահաճախ՝ վեց օրը մի անգամ: Պատահում է նաև, որ նոպաները դադարում են և չեն կրկնվում մի քանի ամիս և նույնիսկ մի ամբողջ տարի շարունակ:

Նոպայի ժամանակ հաճախ նկատվում են թեթև լեյկոցիտոզ, անէոդինոֆիլիա, նեյտրոֆիլիա, լիմֆոպենիա և էրիթրոցիտների նստման արագացած ռեակցիա: Նոպաների միջև ընկած շրջանում լեյկոֆորոզայի կողմից նըշված տեղաշարժերը անհետանում են, էրիթրոցիտների նստման ռեակցիան դեպքերի մեծագույն մասում մնում է արագացած:

Հիվանդութունը տևում է տարիներ և տասնյակ տարիներ առանց կուպիտ օրգանական փոփոխությունների առաջացնելու: Մինչև այսօր ոչ մի մահվան դեպք չի եղել: Միևնույն ժամանակ արձանագրված են դեպքեր, երբ որոշ միջոցների (ստրեպտոցիդ, արյան փոխներարկում) գործադրություն հետևանքով նոպաներն ընդհատվել են և չեն կրկնվել երկարատև ժամանակաշրջանի ընթացքում:

W. M. Avakian

About the chronical interrupted six days fever

Summary

The author, together with L. A. Hovhanessian, had described several cases of an unknown infectious disease, and named the disease as the chronical interrupted 6 days fever.

The disease which is a nosologic unit by itself, serves to us a special epidemiological interest, since during the last years, the number of the disease is growing and we have already 21 cases of the disease disclosed.

The symptoms of the disease may be noticed by periodical fits from one to two days duration of time. The illness begins with a slight shivering. At the stage of the shivering, the temperature is getting high, and is unnoticeably passing to the stage of temperature.

Meanwhile, the patient feels pains, mainly, under the right side rib of the body—around the liver and liver-bag; the patient feels pains on his or her belly, on shoulders and sometimes in the area of the right shoulders back.

The fit is usually shown by the feeling of a vomit and sometimes with a vomiting process.

In the first months or years of the disease the fits are comparatively very rare. Later, the ceasing period of the temperature, is gradually lessening, and a few years passed of the date of his or her illness; the disease might have a form of a regularly uninterrupted fever. The fits occur after 5—6—7 days or more passed, more frequently once in 6 days.

The disease may last for years and a decadeten, without showing considerable organic changes.