

Թ. Հ. ԿԱՊՐԻՆՆԱՆ, Ն. Լ. ԽԱՂԱԹՅԱՆ

ՍՏԱՖԻԼՈԿՈԿԱՅԻՆ ՍԵՊՏԻՍԻ ԴԵՊՔ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Սեպսիսը ոչ հազվադեպ հիվանդություն է մանկական հասակում և, չնայած ժամանակակից անտիբիոտիկների առկայությանը, տալիս է մահացության մեծ տոկոս, հատկապես վաղ մանկական հասակում: Սեպսիսի առաջացման հարուցիչները կարող են լինել բոլոր տեսակի պաթոգեն միկրոօրգանիզմները, բայց ամենից հաճախ սեպսիսը զարգանում է ստաֆիլոկոկներից, ստրեպտոկոկներից և աղիքային ցուպիկներից: Սեպսիսը ընդհանուր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը զարգանում է օրգանիզմի որևէ տեղի բորբոքային օջախից, օրգանիզմի ցածր ռեակտիվության դեպքում:

Սեպսիսի ժամանակ ախտահարվում են օրգանիզմի բոլոր օրգան-սխտեմները: Որպես սեպսիսի հաճախակի և մշտական սիմպտոմներ հանդես են գալիս բարձր ջերմությունը, քաշի անկումը, զարգացող անեմիան, լեյկոցիտոզի եզակի դեպքերում՝ լեյկոպենիան, ՌՕԷ-ի արագացում, մաշկի գույնի փոփոխում, լյարդի, փայծաղի մեծացում, նոր մետաստատիկ օջախների զարգացում և այլն:

Արյան բակտերիոլոգիական դրական արդյունքը չի խոսում սեպսիսի գոյության մասին, իսկ բացասական արդյունքը չի ժխտում սեպսիսը: Մի շարք բորբոքային պրոցեսներ՝ մատնաշունչ, ֆուրունկուլյոզ, մաստիտներ, ֆլեգմոնիա և այլն, տալիս են կարճատև բակտերեմիա:

Գ. Մ. Ֆրենկելը 120 սեպսիսով հիվանդների արյան բազմաթիվ ստուգումներից դրական արդյունք է ստացել 115-ի մոտ, իսկ 15-ի մոտ՝ բացասական: Ա. Պ. Մարկովայի տվյալներով արդյունքը 62% -ի մոտ է լինում դրական: Ե. Մ. Յինբերգը պարզել է, որ անտիբիոտիկներ և սուլֆամիդ պրեպարատներ ստացող հիվանդների մոտ 50% -ի մոտ լինում է բացասական պատասխան: Սեպսիսը դիագնոզվում է ոչ թե դրական բակտերիոլոգիական արդյունքի հիման վրա, այլ կոմպլեքս կլինիկական սիմպտոմների հիման վրա: Այս տեսակետից հետաքրքրություն է ներկայացնում մեր հիվանդի նկարագիրը:

Հիվանդը (18 տ.) ընդունվել է 4/11—64 թ. հիվանդության 20-րդ օրը, դիագնոզը պարզելու համար: Ընդհանուր դրությունը ծանր, ջերմությունը 38,4, մաշկը շոր, մաքուր, ենթամաշկային ճարպաշարակցական շերտը թույլ զարգացած, մկանային տոնուսը ընկած, լեզուն փառակալված, բկանցքը հիպերեմիկ, ասիմետրիկ, աջ նշիկը մեծացած, պատած թարախային խցանով, շուրջնշիկային շրջանը այտուցված, ստորին ծնոտային շրջանը աջից այտուցված, շոշափումը խիստ ցավոտ, լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած մինչև 10 բու մեծության, թոքերում պերկուտոր թոքային հնչյունի կարճացում, աուսկուլտատիվ թուլացած շնչառություն: Սրտի սահմանները նորմալ, գազաթնա-

յին հրոցը տարածված, պուլսը ռիթմիկ, բավարար լեցումով և լարվածությամբ՝ 1 րոպ. 90 զարկ:

Որովայնը փափուկ, շոշափումը անցավ, լյարդը և փայծաղը մեծացած չեն, գիտակցությունը պարզ, ջրային ռեֆլեքսները պահպանված, կղկղանքը և միզարտադրությունը նորմալ:

Արյան ընդհանուր անալիզը ընդունվելիս. հեմոգլոբին — 70,8%, էր — 3.500.000, ֆ. ի — 1,0, լեյկոցիտ. 7,400, ՌՅ — 61, է — 1%, Ս — 52%, Լ — 41%, Մ — 6%: Մեզի ընդհանուր քննությունը առանց փոփոխության: Ընդունման օրվանից հիվանդի մոտ զարգանում էր ընդհանուր թուլություն, մկանային տոնուսի խիստ անկում, անտարբերություն դեպի շրջապատը, մաշկի գունատություն, կլման ակտի դժվարացում, հեղուկներ ընդունելիս արտահոսք քթից, ստոր ծնոտային այտուցվածության տարածում պարանոցի վրա մինչև վերանրակային շրջանը, բերանի դժվար բացում, լեզվի փառակալում, բերանից եկող գարշահոտություն, ընդհանուր հյուծում: Ավելի ուշ այտուցներ առաջացան ձեռքերի դուզալ և նախաբազուկների շրջանում, որոնք ուղեկցվում էին բարձր ջերմությամբ: Հիվանդի մոտ պրոգրեսիվ կերպով զարգացավ անեմիան: Կլինիկայում գտնվելու 20-րդ օրը արյան ընդհանուր անալիզը Հ. 25%, էր. 1.440.000, Ֆ. ի. 0,9. Լեյկ. 3000: Արյան թիթեղիկներ 82.000. ՌՅ — 50, անիզոցիտոզ, պոչկիլոցիտոզ, պոլիխրոմազիա, օլիգոխրոմազիա: Էրիտրոցիտների ռեզիստենտեկանությունը 0.52—0.38, մեզում — սպիտների հետքեր. բկանցքի քսուկը դիֆտերիայի վերաբերյալ 3 անգամ բացասական, բկանցքի քսուկում հայտնաբերվել են ստաֆիլոկոկներ:

Արյան բակտերիոլոգիական քննությունը՝ ստերիլ, արյան անտիստրեպտոկոկինային տիտրը՝ 413 միավոր (նորման 200 միավոր), Վիտալի, Ռայտհեդելսոնի ռեակցիաները բացասական, իմուն անտիթելեր չեն հայտնաբերվել, արյունը՝ ռեզուս դրական, Կոմսի ռեակցիան՝ բացասական, պիրկեի և մատուր ռեակցիան բացասական:

Կրծքավանդակի ռենտգեն լուսավորումը առանց պաթոլոգիկ փոփոխությունների, էԿԳ՝ սինուսային տախիկարդիա 1 րոպեում 100 զարկ: Կատարվել է բիոպսիա ենթածնոթային լիմֆատիկ հանգույցից. օնկոլոգիական քննություն. պատասխանը՝ ֆիբրինոզային լիմֆադենիտ. բկանցքի միկրոֆլորան անզգա է ստրեպտոմիցինի, պենիցիլինի և լեոմիցիդինի նկատմամբ:

Հիվանդը տեղափոխվել է վիրաբուժական բաժամունք, որտեղ կատարվել է կտրվածք պտկաանրակա-կրծքային մկանին զուգահեռ, թարախ չի հայտնաբերվել: Հետագա բուժումը անց է կացվել՝ օլետետրինը զուգորդված սուլֆամիդ պրեպարատների հետ, վիտամինոթերապիա, երկաթի պրեպարատներ, ֆոլիկոբալամին, հաճախակի կատարվել է արյան փոխներարկում, կվարցի տուբուս բերանի խոռոչում: Կլինիկայում անց է կացրել 75 մահճակալ օր և դուրս է գրվել լավացումով: Արյունը Հ. 40,8%, է — 2.100.000, ֆ. ի. 0,9, Լ. 7.600, ՌՅ — 10, սեգ. 80, Լ. 19. Մ. — անիզոցիտոզ, պոչկիլոցիտոզ: Այժմ հիվանդի ընդհանուր դրությունը բավարար է:

Ծրական 1 յանկական կլինիկա

Ստացված է 11/XI 1965 թ.

Т. Г. КАПРИЕЛЯН, Н. Л. ХАЛАТЯН

СЛУЧАЙ СТАФИЛОКОККОВОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

Р е з ю м е

В статье описывается случай редкого тяжелого стафилококкового сепсиса у мальчика 12 лет.

Сепсис протекал несколько необычно. Наблюдался отек и инфильтрацию тканей сначала в области миндалин, затем в области всей шеи, предплечья и кисти.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Левин Л. Т. В кн.: Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода. М., 1954, стр. 65.
2. Хренов Я. Я. Сборник трудов IV Всесоюзного съезда оториноларингологов. Л., 1937. стр. 72.
3. Шлапоберский В. Я. Хирургический сепсис. М., 1952.