

УДК 616.935:616.36—002

А. А. ТЕЛИЧКО

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ

В работе приведены эпидемиологические данные, описание клинического течения смешанных форм заболевания (острая дизентерия и инфекционный гепатит), комплексное их лечение в сочетании с отваром едкого лютика, а также отдаленные последствия у реконвалесцентов в течение 3-летнего наблюдения.

Литературные сообщения о заражении желудочно-кишечными инфекционными заболеваниями через загрязненную воду. многочисленны [1—5, 7, 9, 11, 12, 13].

При обследовании нами пунктов Е, К, Э, С и др. было установлено, что реки и каналы, проходящие через г. Ереван и другие пункты, систематически загрязнялись канализационными водами индивидуальных домовладельцев. В пунктах К, С, С—П, Н—Г сооружены бассейны для купаний, заполняющиеся водой из рек и каналов. Вода указанных источников использовалась для поливки огородов, мытья зелени, овощей и посуды, стирки, для купаний.

О передаче инфекции через воду говорят следующие данные. В 1957 г. в пункте Е из уборных, расположенных вблизи реки Раздан и оросительного канала, были произведены посевы на дизентерийную палочку. Из 26 посевов (3 чашки на уборную) в 11 случаях высеяны шигеллы Флекснера С и Ф. В 1958 г. в районе А—Л из уборных, расположенных вдоль канала, из 18 посевов в 7 случаях высеяны шигеллы Флекснера С и Ф и неагглютинирующие формы. Такие же данные были получены в 1962 г. в пункте О из уборных вблизи рек Аракс, Маркара и канала. В 1964 г. в пунктах К и С из 42 посевов шигеллы Флекснера С, Ф и Е высеяны в 12, Зонне—в 2 случаях.

Высеянные культуры совпадали с таковыми по типу и резистентности к сульфаниламидам и антибиотикам у больных, поступивших на лечение по поводу дизентерии из этих пунктов.

Таким образом, смешанные формы заболевания, о которых сообщается в литературе [7, 8, 10], а также рост заболеваемости дизентерией и инфекционным гепатитом в летние месяцы в местах, расположенных вблизи водонисточников, обнаружение шигелл дизентерии и совпадение их по типу и резистентности к сульфаниламидам и антибиотикам у стационарных больных, резкое снижение заболеваемости после запрещения купаний служило основанием предполагать о передаче инфекций через загрязненную воду.

В период с 1956 по 1970 г. мы наблюдали 29 больных острой дизентерией в сочетании с инфекционным гепатитом, поступивших из пунктов, расположенных вблизи водоемчиков, в летние месяцы (в анамнезе отмечены неоднократные купания).

Больные в возрасте от 19 до 23 лет, госпитализированные в первые три дня заболевания, отмечали общую слабость, боли в области живота, некоторые—потерю аппетита, тошноту и рвоту. У всех больных наблюдался дизентерийный стул и повышенная температура. Диагноз дизентерии подтвержден копроцитологически у 18, бактериологически—у всех обследуемых: Флекснер неагглютинирующая форма—у 4, А—у 1, С—у 10, Ф—у 11, Зонне—у 3. В день поступления увеличенные размеры печени до 3 см отмечены у 5 человек, лейкопения в пределах 3000—4000 была у 7 больных, относительный лейкоцитоз (9000—12400)—у 6, ускоренная РОЭ—у 8; у 13 человек имелась гипотония, учащение пульса до 100 уд/мин.

На 4—26-й день у многих больных усилились слабость, тупые боли в эпигастриальной области и правом подреберье, понизился аппетит; у 8 человек появилась рвота; у 10, поступивших с нормальной температурой, она повысилась от 37,2 до 37,9°. На 5—27-й день у всех больных изменился цвет мочи с положительной реакцией на уробилин и желчные пигменты; желтая окраска склер, кожи и зуд; стул оставался (14 чел.) кашицеобразный, слизистый. За этот период у половины больных имелась брадикардия и глухость тонов сердца; у 22 увеличились размеры печени от 2 до 6 см. Увеличение содержания билирубина в крови (по Ван ден Бергу) отмечено у всех больных. Активность альдолазы была повышена у 25, проба с тимоловым помутнением—у 20, на 6—9-й день после первого определения—у 27. Удлинение коагуляционной ленты Вельтмана имело место соответственно у 13 и 19, Таката-Ара—у 8 и 14.

Нами были обследованы 87 больных острой дизентерией [6]. Границы печени у всех обследуемых находились в пределах нормы. В первые дни обследования повышенное содержание билирубина до 0,95 мг% было в одном случае с тяжелой формой заболевания, кратковременное наличие желчных пигментов в моче—у 8. Белковые пробы печени находились на нормальных цифрах. Последующее обследование на 6—12-й день патологии не выявило. В разгаре желтушного периода лейкопения отмечена у 21, низкая РОЭ (3—4 мм)—у 18 человек.

Таким образом, субклинические и легкие формы инфекционного гепатита определены у 12, среднетяжелые—у 13, тяжелые—у 4 больных.

Больные получали стол № 4, поливитамины в драже, дизентерийный фаг, сульфаниламиды с антибиотиками: синтомицин, левомицетин, биомицин, сердечные средства по показаниям. После определения смешанной формы заболевания больные переводились на строгий постельный режим, назначались: стол № 5, 5%-ный раствор глюкозы подкожно капельно с физиологическим раствором, отвар едкого лютика по 100 мл 4 раза в день, водные «удары», дуоденальное зондирование, физиотерапевтические процедуры.

Применяемое комплексное лечение в сочетании с отваром едкого лютика способствовало улучшению состояния больных и нормализации биохимических показателей крови. В результате уменьшилось число больных гепатитом.

Наблюдения за 25 реконвалесцентами смешанной формой заболевания проводились в течение 2 лет. Спустя 3 месяца после болезни считали себя здоровыми 13 человек, периодические боли в правом подреберье отмечали 9 и дисфункцию кишечника—3. Увеличение размеров печени до 2 см было у 10 человек. Посевы кала на дизентерийную палочку у всех обследуемых роста не дали, копроцитограмма и ректороманоскопия патологии не выявили.

Через 6 месяцев число больных сократилось до 5, через год—до 2. После двухлетнего наблюдения рецидивов и перехода в хроническую форму дизентерии и инфекционного гепатита не наблюдалось.

Выводы

1. Клиническое течение сочетанных форм—дизентерии и инфекционного гепатита—протекало тяжелее по сравнению с инфекционным гепатитом.

2. Комплексное лечение этих больных в сочетании с отваром едкого лютика способствовало более быстрому улучшению состояния, регулированию биохимических и белковых показателей крови и восстановлению их трудоспособности.

3. Отдаленные результаты лечения в течение 2 лет указывали на хорошее состояние реконвалесцентов, перенесших в прошлом инфекционный гепатит и дизентерию.

Войсковая часть 63647

Поступила 29/III 1973 г.

Ա. Ա. ՏԵԼՉԿՈ

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ՀԵՊԱՏԻՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ ՍՈՒՐ
ԴԻՋԻՆՏԵՐԻԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

1956—1970 թթ. ընթացքում սուր դիզենտերիայից բուժվող հիվանդներից 29-ի մոտ միաժամանակ հայտնաբերվեցին դիզենտերիա և ինֆեկցիոն հեպատիտ:

Վարակի փոխանցումը կատարվել էր գետերի, գետակների և ջրանցքների ջրերի միջոցով:

Դիզենտերիայի բուժումից հետո (պոլիվիտամիններ, դիզֆագ, սուլֆանիլամիդներ, հակաբիոտիկներ, Չերնոխովսուովի վակցինա և այլն), որը հաստատվել է բակտերիոլոգիորեն, հիվանդների վիճակը սկսել է լավանալ, ձևավորվել է կղանքը:

Դիզենտերիայի բուժման 4—26-րդ օրը սկսվել են ինֆեկցիոն հեպատիտի սուբյեկտիվ, իսկ 5—27-րդ օրը՝ կլինիկական երևույթները: Վերջինս հաստատվել է ուռուբիլին և լեղային պիգմենտների հայտնաբերումով, բիլիռուբին-էմիայով, այլ բիոքիմիական տեսերով, ինչպես նաև լյարդի սահմանների մեծացումով:

Հեպատիտով հիվանդների կոմպլեքսային բուժումը, որի մեջ մտնում է նաև կծու հրանուկի եփուկի ընդունումը, նպաստել է նրանց վիճակի լավանալուն, կանոնավորվել է պիգմենտային փոխանակությունը և վերականգնվել աշխատունակությունը:

Խառը ինֆեկցիա (դիզենտերիա և ինֆեկցիոն հեպատիտ) կրածների նրկատմամբ 2 տարվա դիտողությունները ցույց տվեցին, որ նրանք գտնվում են լավ վիճակում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авакян З. А. Автореферат дисс. канд. Ереван, 1969.
2. Аветисян В. А. Труды Института эпидемиологии и гигиены Минздрава Арм. ССР. Ереван, 1960.
3. Алексанян В. А. Тезисы докладов научной сессии Института эпидемиологии и гигиены, посвященной 40-летию установления Советской власти в Армении. Ереван, 1960, стр. 43.
4. Дардик Ф. Г., Козлова А. С., Царевский Ю. П. В кн.: Вирусный гепатит. М.—Одесса, 1968, стр. 89.
5. Угрюмов Б. Л. Клиника и профилактика инфекционного гепатита. М., 1970.
6. Телшчко А. А. Дисс. канд. Ереван, 1969.
7. Юхнина Ю. А., Ягодкин С. И. Сов. мед., 1967, 11, стр. 136.
8. Constantinescu N., Barcovici C., Zavate O., Petrescu J., Dămătircă D. Placsim Al. Stud. Cercet, Infamicrobiol., 1962, 4, 443.
9. Divisovsky M. Voj. zdravon. Listy, 1965, 34, 4, 141.
10. Giall M., Sucui O., Bilcea M., Gavrila L. Pediatria (Bac), 1970, 19, 2, 143.
11. McColum R. W. Presse med., 1962, 1, 15.
12. Villarejos V., Pelon W., Picado B., Ortiz J., Jemenez R., Navas H. Amer. J. Epidemiol., 1966, 84, 3, 457.
13. Wilcox K. R., Davenport F. M., Coohon D. P., Porsdori N., Johnson L. D. Amer. J. Hyg., 1961, 74, 3, 249.