

ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней. Киев. 1983. 215 с.
2. Лобан К.М., Полозок Е.С. Малярия. -М.: Медицина. 1983. 222 с.
3. Руководство по инфекционным болезням. 0С.Петербург «Комета». 1996. 715 с.

РЕЦИДИВУЮЧА МАЛЯРІЯ: ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ

А.А. Руденко,¹ М.М. Городецький,² І.А. Боброва,¹ Т.Н. Павликовская³

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського АМН України,¹ Головний військовий клінічний госпіталь МО України,² Центральна СЕС МЗ України³

РЕЗЮМЕ

У роботі представлені зведення про рецидивуючу малярію. Надані схеми лікування форм стійких до ліків, схеми профілактики малярії. Приведено спостереження випадків пізно діагностованої тропічної малярії з затяжним рецидивуючим перебігом на тлі сепсису, триденної малярії в хворой з неходжкінською злоякісною лимфомою селезінки і чотириденної малярії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: малярія, діагностика, рецидиви, лікування, профілактика

RELAPSING MALARIA: PROBLEMS of TREATMENT AND PROPHYLAXIS

A.A. Rudenko,¹ M.M. Gorodeckiy,² I.A. Bobrova,¹ T.N. Pavlikovskaya³

Gromashevskiy L.V. Institute of epidemiology and infectious diseases AMS,¹ Main military clinical hospital DD,² Central CES MH of Ukrain³

SUMMARY

Data about relapsing malaria are shown in the work. Scheme of treatment stable forms, scheme of prophylaxis malaria are given. Case of giving a late diagnosis of tropical malaria with a lingering relapsing course on a background of sepsis, tertian in female patient with non-Hodgkin malignant lymphoma of spleen, and quartan malaria are adduced.

KEY WORDS: malaria, diagnostic, relapses, treatment, prophylaxis

УДК 616 – 002.71 – 07 – 08

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ У ЧЕЛОВЕКА

Г.П. Сомов,¹ Исаак Сальмовер,² В.П. Малы́й³

Інститут епідеміології та мікробіології СО РАМН, Владивосток,¹ Иерасулим,² Харьковская медицинская академия последипломного образования³

РЕЗЮМЕ

Псевдотуберкулезная инфекция распространена повсеместно, клинически характеризуется значительным полиморфизмом. Чаще всего заболевание проявляется типичным (94,3%) течением с поражением различных органов и систем. Псевдотуберкулез, вызванный III сероваром *Y. pseudotuberculosis*, протекает более тяжело по сравнению с формами, вызываемых I сероваром возбудителя.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: псевдотуберкулез, клиника, классификация, диагностика

Псевдотуберкулез – острое инфекционное заболевание, вызываемое *Yersinia pseudotuberculosis* с алиментарным механизмом заражения, характеризующееся полиморфной экзантемой, выраженными явлениями общей интоксикации, полиорганной симптоматикой с преимущественным поражением органов пищеварения со склонностью к рецидивирующему течению. Выявляются и повторные случаи заболевания [3]. Проблема изучения

псевдотуберкулеза остается актуальной в настоящее время в связи с широким распространением возбудителя в природе и высокой заболеваемостью людей, довольно большим полиморфизмом клинических проявлений, затрудняющих клиническую диагностику. В связи с выраженным полиморфизмом с данной инфекцией сталкиваются врачи самых различных специальностей. Недостаточная осведомленность о клини-

ческих проявлениях псевдотуберкулеза, особенно в спорадических случаях, часто приводит к ошибочному диагнозу: острого респираторного заболевания, скарлатины, кори, краснухи, вирусного гепатита, острого аппендицита, ревматизма и т.д. В практическом здравоохранении до сих пор отсутствуют эффективные методы лабораторной диагностики, единые принципы и методы терапии.

Г.П. Сомов, один из первооткрывателей «новой» болезни в бывшем СССР – псевдотуберкулеза (в то время она получила название дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки), еще в 1979 году [5] указывал, что усилия ученых и практических врачей надо направлять на изучение и разработку вопросов, среди которых важное значение имеют дальнейшее изучение клиники, создание новой классификации, изучение новых методов лечения, усовершенствование методов диагностики. Наиболее полное описание псевдотуберкулеза приведено в монографии Г.П. Сомова с соавт. [6].

В последние годы заболеваемость псевдотуберкулезом в странах СНГ значительно снизилась. Так, в Российской Федерации она стабилизировалась на показателях 7,8-6,1 на 100 тыс. населения [7]. В городе Харькове регистрируются только лишь единичные случаи псевдотуберкулезной инфекции. В 60-70-е же годы заболеваемость псевдотуберкулезом в бывшем СССР была довольно высокой, особенно на Дальнем Востоке и характеризовалась в основном эпидемическими вспышками [4].

Клиника псевдотуберкулеза, как отмечалось, характеризуется полиморфизмом и обилием симптомов. В связи с этим, при систематизации клинических проявлений заболевания различают целый ряд клинических форм псевдотуберкулеза. На большом клиническом материале при изучении 570 больных так называемой дальневосточной скарлатиноподобной лихорадкой (такое название получил псевдотуберкулез в 60-е годы в связи с привязанностью возникшей вспышки к Дальнему Востоку) И.Ю. Залмовер в 1969 году [2] выделил пять основных, наиболее часто встречающихся клинических форм: абдоминальную (54,7%), скарлатиноподобную (20,4%), артралгическую (15,6%), желтушную (6,8%), генерализованную (2,5%).

Следует отметить, что классификация И.Ю. Залмовера из всех существующих является наиболее удачной и практические врачи используют ее до настоящего времени.

Заслуживает внимания и классификация псевдотуберкулеза, предложенная В.Н. Дроздовым и О.С. Махмудовым [1]. У детей они также выделили скарлатиноподобную, генерализованную, абдоминальную, артралгическую, желтушную и смешанную формы, которые ими были отнесены к вариантам типичного клинического течения; катаральную и глазо-железистую – к атипичным вариантам клинического течения. Но эта классификация, к сожалению, не смогла охватить разнообразие всех типичных и атипичных форм псевдотуберкулезной инфекции. Вероятной причиной этого послужило недостаточное число наблюдений.

Под нашим наблюдением находились 2274 больных с различными клиническими формами псевдотуберкулеза [3]. В клиническую разработку были включены также 735 историй болезни с диагнозом псевдотуберкулеза, полученных из других лечебных учреждений. Кроме того, с целью выявления псевдотуберкулезной инфекции, протекающей под маской других инфекционных заболеваний, нами были обследованы больные с острыми аппендицитами, с клиникой острого респираторного заболевания (ОРЗ) и вирусного гепатита А.

На основании клинико-бактериальных, серологических и иммунологических (изучение клеточного и гуморального иммунитета) исследований псевдотуберкулеза в 94,3% случаев выявлялись типичные и в 5,7% – атипичные (редко встречающиеся) варианты течения болезни [3].

Для типичного течения псевдотуберкулеза характерны экзантема, суставной, абдоминальный и желтушный синдромы, которые протекают изолированно или сочетаются.

При атипичном течении псевдотуберкулеза выше указанные признаки либо отсутствуют, либо выражены в очень слабой форме. У этих больных в клинике доминируют миалгии, менингоэнцефалитический синдром, узловатая эритема, токсико-септические явления, поражения желудочно-кишечного тракта с явлениями умеренной диареи, общеинфекционные симптомы. Клинически выраженные локальные признаки отсутствуют. Основываясь на них, особенно в спорадических случаях, заподозрить псевдотуберкулез без эпиданамнеза и лабораторного подтверждения довольно трудно.

Следует отметить, что в организованных коллективах в период вспышки псевдотуберкулезной инфекции высока частота стертого и бессимптомного течения, которая регистрируется в 20% и 19,2% соответственно. Бактерионосительство при обследо-

вании людей в этих коллективах достигает 7,3% случаев. Кроме того, спорадический псевдотуберкулез, в отличие от вспышечного, часто протекает без симптомов локальных поражений и поэтому может протекать под маской других инфекционных заболеваний. В частности, среди больных ОРЗ он встречается в 2,8% случаев, среди больных с острыми диарейными заболеваниями – в 4,0% случаев и вирусного гепатита А – в 4,6% случаев (всего в 3,9% случаев).

Определенный интерес представляет частота острых аппендицитов псевдотуберкулезной этиологии и сезонность их возникновения. Среди прооперированных 1057 больных с клиникой острого аппендицита в 4,0% случаев из удаленных отростков были выделены возбудители псевдотуберкулеза. Причем, положительные находки начинают регистрироваться с декабря месяца с пиком в апреле-июне.

Важным, на наш взгляд, является и то, что псевдотуберкулез, вызываемый III сероваром (4,6%) и одновременно I и III (1,7%), в отличие от форм болезни, вызываемых I (94,9%), протекает почти во всех случаях в среднетяжелой и тяжелой формах с тенден-

цией к более частому рецидивирующему течению. Рецидивы псевдотуберкулеза, в отличие от безрецидивных форм, в иммунологическом плане характеризуются сниженной активностью клеточного и гуморального иммунитета уже в остром периоде болезни, накануне рецидива, что является прогностическим фактом. Клинически у этой группы больных в большей степени выражен аллергический синдром (артралгии, полиартриты, экзантема, в том числе высыпания по типу узловой эритемы, эозинофилия и т.д.). Вторые рецидивы (2,5%) протекают на фоне еще более низкой активности клеточного иммунитета и еще более часто встречается аллергия аллергического синдрома.

Эффективность этиотропной терапии больных псевдотуберкулезом во многом зависит от применяемого антибиотика, продолжительности курса лечения. Положительные результаты получены при применении антибиотиков – аминогликозидов, тетрациклина и левомицетина в средних терапевтических дозах, но при применении тетрациклина и особенно левомицетина несколько выше частота возникновения рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дроздов В.Н., Махмудов О.С. // Ташкент: Медицина, 1981. 99 с.
2. Залмовер И.Ю. Клиника дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки на Дальнем Востоке. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ленинград, 1969. 20 с.
3. Малый В.П. Клинико-иммунологические, аллергологические и иммуногенетические особенности безрецидивных, рецидивирующих, затяжных и микст-форм псевдотуберкулеза. Диссертация ... доктора мед наук. В., 1987.
4. Рожкова Л.П. Эпидемиология дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки на Дальнем Востоке: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1977.
5. Сомов Г.П. Дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка. -М.: Медицина, 1979. 183 с.
6. Сомов Г.П., Покровский В.И., Беседнова Н.Н., Антоненко Ф.Ф. Псевдотуберкулез. -М.: Медицина, 2001. 256 с.
7. Ющенко Г.В. // Эпидемиол. и инфекц. бол. 1998. № 6. С. 8-11.

ПСЕВДОТУБЕРКУЛЬОЗ У ЛЮДИНИ

Г.П. Сомов,¹ Исаак Сальмовер,² В.П. Малый³

Інститут епідеміології та мікробіології РАМН, Владивосток,¹ Іерусалім (Ізраель),² Харківська медична академія післядипломної освіти³

РЕЗЮМЕ

Псевдотуберкульозна інфекція поширена повсюдно, клінічно характеризується значним поліморфізмом. Найчастіше захворювання виявляється типовим (94,3%) пербігом з поразкою різних органів і систем. Псевдотуберкулез, викликаний III сероваром *Y. pseudotuberculosis*, протікає більш важко в порівнянні з формами, викликаних I сероваром збудника.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: псевдотуберкулез, клініка, класифікація, діагностика

PSEUDOTUBERCULOSIS IN HUMAN*G.P. Somov,¹ Isaak Salmover,² V.P. Maliy³*Institute of epidemiology and microbiology SD RAMN, Vladivostok,¹ Jerusalem,² Kharkov medical academy of postgraduate education³**SUMMARY**

The pseudotuberculous infection contamination is widespread everywhere, clinic is characterized by a considerable polymorphism. More often disease shows representative (94,3 %) flow with a lesion of different organs and systems. The pseudotuberculosis called by serovar III of *Y. pseudotuberculosis*, flows past roughly as contrasted to by forms called by serovar I of the agent.

KEYWORDS: pseudotuberculosis, clinic, classification, diagnostic

УДК 616.1

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДИФТЕРИЙНЫМ МИОКАРДИТОМ*Н.Ф. Шустваль, В.П. Малый, А.К. Полукчи, Д.Э. Рыспаева, В.М.Дмитренко*

Харьковская медицинская академия последипломного образования

РЕЗЮМЕ

У 146 больных дифтерийным миокардитом изучены в динамике электрокардиографические изменения. Наиболее часто при этом выявлялись синусовая брадикардия у 48,7%, синусовая тахикардия у 32,3%, предсердная экстрасистолия у 23,5%, желудочковая экстрасистолия у 38,7%, предсердная пароксизмальная тахикардия у 9%, желудочковая пароксизмальная тахикардия у 5%, атриовентрикулярная блокада I степени – у 19%, II степени – у 8,5%, III степени – у 5,4%, блокада правой ножки пучка Гиса – у 13,2%, левой ножки – у 22,6% больных. Блокада левой ножки пучка Гиса сопровождалась кардиомегалией со значительными нарушениями гемодинамики. Электрокардиографическое исследование является достаточно информативным методом в диагностике осложнений со стороны сердечной мышцы у больных дифтерией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дифтерийный миокардит, диагностика, электрокардиография

Изучение закономерностей течения значительно распространившейся в последние годы дифтерийной инфекции показало, что она нередко сопровождается тяжелыми осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы, в частности миокардита, который заметно ухудшает течение и прогноз дифтерии [1, 2, 3]. Тяжелые сердечно-сосудистые нарушения, приводящие к смерти больного, связаны с токсическим поражением сердечной мышцы и развитием в ней воспалительных и дегенеративных изменений [1,6], которые могут оказывать существенное влияние на динамику процессов деполяризации и реполяризации миокарда. Учитывая значимость и актуальность возникшей проблемы, а также принимая во внимание, что закономерности изменений сердечно-сосудистой системы при дифтерии у взрослых из-за редкости заболевания в предыдущие годы детально не анализировались, представлялось целесообразным провести комплексное изучение клинко-электрокардиографических изменений у больных острым дифтерийным миокардитом в зависимости от степени тяжести заболевания.

В исследование были включены 146 больных дифтерийным миокардитом (66 мужчин и 80 женщин, в возрасте от 16 до 69

лет). Диагноз дифтерийного миокардита формировался на основании критериев Нью-Йоркской ассоциации сердца (1980). Тяжесть течения миокардита определялась исходя из принятых клинко-инструментальных критериев [5]. В зависимости от тяжести течения миокардита были выделены три группы больных: первая группа с легким течением (37 больных), вторая со среднетяжелым течением (49 больных), третья с тяжелым течением (60 больных).

Всем больным наряду с общеклиническими методами обследования регистрировали в динамике электрокардиограммы (ЭКГ) в 12-ти стандартных отведениях. У обследованных детально анализировались жалобы, данные анамнеза, объективного и электрокардиографического исследования, а также клинко-биохимические показатели крови.

Ведущими симптомами дифтерийного миокардита были:

- а) сердечная недостаточность;
- б) сосудистая недостаточность;
- в) нарушения ритма и проводимости;
- г) болевой (коронарный) синдром;
- д) псевдоклапанные проявления;
- е) малосимптомный вариант;
- ж) смешанный вариант.