

Клиника брюшного тифа.

Брюшной тиф не есть местное заболевание кишечника и его лимфатической системы, а является инфекционным заболеванием всего организма. От момента попадания брюшно тифозной инфекции в организм до появления первых симптомов заболевания в среднем проходит около двух недель, причем более короткая инкубация наблюдается при пищевом заражении, более длительная при водном заражении. Период инкубации - это время накопления инфекционного начала и период sensibilization организма человека к тифозной инфекции и ее токсинам.

Тифозные палочки занесенные в пищеварительный тракт размножаются в лимфатическом аппарате нижнего отдела тонких кишок (в пейеровых бляшках и солитарных фолликулах) откуда по лимфатическим ходам они проникают в мезентериальные железы, где происходит более интенсивное их размножение; отсюда всасываются в кровь и с током крови разносятся по всему организму особенно по внутренним органам, в частности в печень и селезенку.

В этих органах особенно в печени и желчном пузыре (поскольку желчь является наилучшей питательной средой для тифозных палочек) происходит их интенсивное размножение и вместе с этим частичная их гибель, но все же ведет к накоплению тифозного токсина и всасыванию его в кровь.

Тифозные палочки и их токсины обратно поступают в кишечник желчью и вызывают типичную картину гиперергического воспаления в лимфатическом аппарате тонкого кишечника, sensibilization которого первичным проникновением туда инфекции.

В первой недели или начальной стадии заболевания появляются явления сосудистой реакции воспалительного характера: гиперемия, застой и мозговидное набухание пейеровских бляшек и солитарных фолликулов. Во второй недели - последующая их некротизация и образование коротек, наконец в конце второй и в начале третьей недели от-

торжение некротических участков с постоянным очищением
четвертой недели начинается восстановительный процесс и заполня-
ются язвенные дефекты грануляционной тканью.

В конце инкубации в большинстве случаев отмечается общее
недомогание, понижение работоспособности, слабость, головные боли,
вялость и небольшое повышение t° . Нередко развиваются явления рас-
сеянного бронхита. В типичных случаях начало брюшного тифа харак-
теризуется постепенным ступенчатным повышением t° (в течение
первых 3-5 дней), постепенным нарастанием общей интоксикацией
организма, усиливающимся тупыми головными болями, вялостью и
апатией.

С первых дней заболевания язык покрывается рыхлым белова-
тым налетом. Он достаточно увлажнен и несколько утолщен, и слег-
ка обложен белесоватым оттенком.

Отмечается небольшое вздутие живота и болезненность при
пальпации в илеоцекальной области. С развитием болезни все отчет-
ливее выявляется т.н. тифозный статус: выраженная адипамия, за-
туманение сознания, несоответствие пульса с высотой t° , дикротичный
пульс, особенно заметно в конце первой недели, когда t° достигает вы-
соких цифр.

В начале второй недели болезни принимает более типичный ха-
рактер. t° типа контингента, чем тяжелее заболевание тем меньше выра-
жены ее колебания. Общее состояние б-го ухудшается: усиливается
расстройство со стороны центральной нервной системы, больной падает
в депрессивное состояние, нередко переходящее в возбуждение, сопровож-
дающее бредом или галлюцинациями.

Иногда наблюдается симптомы раздражения мозговых оболо-
чек и мозга /ригидность затылка, симптом Кернига, некордированные
движения рук, подергивание пальцев и рук и т.д./

С развитием токсикоза язык становится сухим, кон-

грязневатого-серого налета, дрожит при высовывании и напоминает язык попугая, а высовывание его становится ограниченным.

По мере подъема t° -кожные покровы больного становятся горячими и сухими на ощупь, лицо краснеет, глаза блестят, взгляд приобретает некоторую томность. Исчезает аппетит, появляется жажда, губы и рот сохнут. Прощупывается селезенка плотная с острым краем.

На 8-10 день болезни на коже живота появляется отдельные пятнышки (розеолы), более или менее правильной округлой формы, исчезающие при надавливании пальцем на кожу. Количество розеол обычно незначительно, однако встречаются формы болезни, протекающие обильным высыпанием и напоминают сыпной тиф. Нередко такая сыпь имеет розеоло-папулезный характер, чаще при паратифозных заболеваниях. Иногда в тяжелых случаях сыпь имеет розеологеморрагический характер.

Цветение отдельной розеолы непродолжительно (3-5 дней). Общий же период высыпания вследствие появления новых розеол продолжается обычно в течение всего высокого стояния t° , нередко наблюдается высыпание и в период рецидивных волн.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: понижение кровяного давления, дикий пульс, глухость тонов сердца. Поражение кровеносной системы при брюшном тифе находит свое отражение в картине крови. В первые 2-3 дня заболевания наблюдается небольшой лейкоцитоз и в дальнейшем сменяется лейкопенией, достигающей до 3-5 тыс. в 1 мм^3 .

При брюшном тифе страдает миелоидная ткань. Выражением этого страдания является уменьшение числа нейтрофилов со сдвигом ядерной формулы влево.

Имеется поражение лимфатической ткани и в начале болезни, в крови уменьшается количество лимфоцитов.

Вследствие раздражения ретикуло-эндотелия в крови появляются атипичные моноциты (гистиоциты). Эозинофилы исчезают из крови.

С ухудшением общего состояния (*в st. decrementi*) быстро нарастает

тает число лимфоцитов и по количеству превосходят нейтрофилы.
Получается перекрест кривых.

В периоде выздоровления появляется эозинофилия, как „розовая заря выздо-
вления“. Наступает постинфекционная эозинофилия.

Одновременно с лейкопенией наблюдается и понижение числа тромбо-
цитов - тромбопения. Последняя является одной из причин геморрагического
диатеза и кишечного кровотечения.

Таким образом на высоте течения брюшного тифа наблюдаются: лей-
копения, нейтропения, некоторая лимфопения, эозинофилия и тромбопения.
В разгаре течения болезни в моче нередко наблюдается значительная албу-
минурия. В осадке отдельные эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

Как правило, при брюшном тифе с начала заболевания и до выздоровления
имеется выраженная положительная диазореакция.

В случаях типичного течения болезни отмечается изменения в харак-
тере температурной кривой: интенсивное колебание (африканитический пе-
риод) и затем постепенное снижение до нормы к концу четвертой недели -
метическое падение. Затем исчезает сыпь, улучшается общее состояние и
сердечная деятельность, очищается язык и появляется аппетит.

Иногда после падения t° и улучшения общего состояния наступает
возврат болезни (рецидивы) протекающие легче, чем основная волна; в от-
дельных случаях рецидивирующее течение брюшного тифа принимает
очень тяжелый характер.

Отклонение от нормального течения. Выше изложенная клинич. кар-
тина характерна для не осложненного брюшного тифа средней тяжести.
Даже при отсутствии осложнений течение тифа далеко не всегда
соответствует приведенной картине, что зависит от вирулентности инфекции
и от особенностей организма и его конституции, возрасту, степени воспри-
имчивости и пр.

Тиф особенно поражает молодой и средний возраст от 15 до 40 лет.
Причем наблюдается резкое отличие в клиническом течении заболевания.
Встречаются формы крайне тяжелые (*Typhus graveis*), очень высокой темпе-

ратурой, т.н. коматозные формы, дающие 50-60% смертности. В таких случаях смертность наступает в конце второй недели, или высокая t° 40-41 $^{\circ}$ держится долго и ведет к сильнейшему истощению и особенно тяжело отзывается на психику больного.

Наблюдаются случаи легчайшего тифа (*Typhus brevis*) или амбулаторный тиф, причем больной, не ощущая, значительного недомогания, продолжает даже работать.

Часть этих заболеваний заканчивается незаметно, но иногда исход бывает смертельным, в силу внезапного осложнения, кровотечением и пропадением.

Посредине между тяжелыми и легкими случаями стоят случаи abortивного тифа. Начало серьезное, грозящее, повидимому, тяжелым течением, но внезапно обрывается и быстро идет к выздоровлению.

Иногда отклонение от типичного течения касается лишь отдельных симптомов, например: частый, жидкий стул, связанное с поражением толстых кишок (*Solotyphus*), обильные розеолы и склонность даже к кровоизлияниям, что совпадает часто поражением толстых кишок, внезапные изломы t° кривой, поты и пр.

В особенностях течения тифа следует также отметить возвраты его или рецидивы.

При некоторых эпидемиях нередко, даже часто наблюдается через 1 1/2 - 2 недели, после исчезновения почти всех симптомов болезни, обратное повышение t° и все явления тифа опять вспыхивают заново.

Эти возвраты, как правило протекают значительно легче и короче. Таких возвратов может быть несколько. Частота их в различных эпидемиях различна (от 4 до 30%).

Осложнения.

Иногда при тифе, на почве интоксикации нарушается деятельность сосудодвигательных нервов, вследствие чего бывают внезапные коллапсы: резкое падение сердечной деятельности при угнетенном или отсутствующем пульсе, похолоданием кожи, побледнением и посинением лица и губ и при резком падении температуры.



Как ни грозна картина коллакса, она менее опасна, чем нарастающая слабость сердечной недостаточности.

Обычно поздним осложнением тифа является тромбоз с флебитом - закупорка вен по преимуществу нижних конечностей с резкой болью и отеком. Чаще поражается левая бедренная вена требует длительного лечения, но может дать и осложнение путем захода его кусочков в легочную артерию (легочная эмболия).

Со стороны органов дыхания: сильное носовое кровотечение язва слизистой гортани с резкой болезненностью, угрожающим удушьем в силу сопровождающего отека гортани.

Пневмонии при тифе довольно нередки, чаще встречаются тяжелые сливные пневмонии с явлениями резкого уплотнения, захватывающие целые доли, протекающие по типу крупозных пневмоний. Возбудители указанных пневмоний, по мнению в большинстве авторов, являются микробы вторичных инфекций, чаще всего диплококки Френкеля.

Поражение легких иногда до такой степени выступают в клинической картине - даже существует термин *Pneumotyrhis*.

Наиболее грозное осложнение касается кишечного тракта. Вследствие разрыва тифозной язвы стенки сосуда дает кишечное кровотечение. Внешнее выражение указанного осложнения внезапное падение t° , угасание и уменьшение пульса, общая слабость, побледнение и головокружение. При этом сознание у б-го часто проясняется и нередко полуается впечатление ложного улучшения своего состояния. При кровотечении болевых ощущений нет, часто вздутие кишечника и кровавый стул на второй день.

Частота кровотечения при тифе в среднем около 6-8%. Случаи смерти сравнительно редки. Кровотечение обычно бывает в конце 3-й недели.

Еще более грозным осложнением является прободение кишок. Клинически оно выражается внезапным появлением острых болей. В животе "удар кинжалом", (французских авторов).

Вздутием его и резким упадком сил, появлением одышки и падением пульса, тошнота, рвота. Живот становится напряженным и бо-



левнемных. Задержка газов и стула в результате рефлекторного пареза кишок.

В течение нескольких часов больной резко меняется в лице, приобретает т.н. перитонический кахексис: заостряются черты лица, посинение губ и носа, холодный пот, запавшие глаза с мучительным страхом во взгляде. Больной стонет, боится шевельнуться, рот пересыхает, появляется мучительная жажда.

При постепенном падении сердечной деятельности больной погибает, долго сохраняя сознание.

Менее грозные осложнения наблюдаются со стороны слизистой рта, околоушной железы, почек, печени и со стороны желчного пузыря.

Поражение со стороны центральной нервной системы иногда ведет до тяжелых и бурных психоз. Раздражение оболочек спинного мозга дает иногда сыктотомокомплекс, заставляющий подозревать наличие менингита и в таких случаях некоторые авторы говорят о наличии серозного тифозного менингита.

ДИАГНОЗ:

Кроме вышеизложенной клин. картины, для подтверждения диагноза наличия брюшного тифа, решающее значение имеет лабораторное исследование, т.е. посев крови или посев содержимого 12п. кишки - желчи, добываемой зондом, либо испражнений и мочи.

Посев крови в течение первой недели заболевания дает в 60-70% положительных результатов. Выделенные брюшнотифозные палочки определяют диагноз.

В середине второй недели диагностики комогает иммуно-биологическая реакция, в частности исследование сыворотки крови на присутствие агглютининов. Сыворотка больного способна агглютинировать (склеивать в комки) лабораторную культуру тифа в разведении не меньше чем 1:100; иногда же сыворотка склеивает палочки гораздо в высших разведениях до (1:50000) и даже выше.

Реакция агглютинации при брюшном тифе получила название реакции Видья. В 70% случаев реакция Видья могут быть отрицательным более поздние периоды, по этому нужно ставить всегда в середине второй недели от начала.

Сущность р-ии Видья?

ла заболевания.

Вакцина Видала может быть положительной и у привитых против брюшного тифа "прививочный Видал". В таких случаях нужно следить за динамикой нарастания титра агглютинации.

Прогноз

Предсказание зависит всецело от тяжести течения болезни и от различных вышеуказанных осложнений. Случаи, сопровождающиеся кровотечением дают до 30% смертности, от прободных перитонитов погибает 5-9% всех умирающих от брюшного тифа больных. Во второй половине болезни исход в значительной степени зависит от пневмонии от гнойных септических осложнений.

Следует указать, что туберкулез непосредственно после перенесения брюшного тифа обычно не обостряется.

Смертность довольно различна в зависимости от характера эпидемии. Форнет на 11000 больных указывает смертность 15%. По данным барагной больницы имени Боткина за 1882 по 1906 г.г. на 20.516 больных смертность равняется 8,3%. По Батумской больнице за 1926 по 1930 г.г. из 1600 больных умерло 8,46%.

Дифференциальный диагноз брюшного тифа основан на типичной клин. картине болезни, свойственной только для брюшного тифа, однако нередки отклонения от типичного течения болезни, которые приводят к серьезным диагностическим затруднениям иногда даже опытных специалистов.

Между тем ранний диагноз брюшного тифа имеет огромное значение не только в интересах больного, но и по эпидемиологическим соображениям, для своевременного проведения профилактических мероприятий в отношении окружающих.

В начальном периоде заболевания наиболее затруднительна дифференциальная диагностика брюшного тифа и гриппа.

Для брюшного тифа характерно постепенное нарастание болезни и характер t° кривой, анемия, бледность, обложенный и утолщенный язык, отставание пульса от высоты t° , диуретия, ургание при пальпации

илеoceкальсой области, умеренный метеоризм, склонность к запорам, увеличение селезенки, позднее появление розеолоподобной сыпи.

Все эти симптомы при тщательном анализе позволяют правильно установить диагноз брюшного тифа.

Трипп отличается от брюшного отсуствием цикличности течения болезни и неакомерности t° -кривой. У триппозных больных не наблюдается постепенное нарастание тех или иных симптомов в течение болезни. Язык при триппе слегка обложен в беловатый прозрачный налет. При триппе общая адинамия организма часто меняется возбуждением, чего нет при тифе. Живот как при триппе, так и тифе вздут, но при последнем нет локализованных болей и урчания в илеoceкальсой области. Селезенка при триппе увеличивается сравнительно редко. Терпетическая сыпь при тифе, как правило не бывает. Высыпание при триппе обильное и полиморфное, быстро исчезает.

Посев крови в первые дни заболевания, реакция Виденга после первой недели и позднее исследование испражнений на тифозные палочки позволяют уточнить диагноз брюшного тифа на любом этапе заболевания.

Малярия отличается от брюшного тифа правильностью чередующихся отдельными пароксизмам - потрясающий озноб, резкий подъем t° ; обильный пот после падения и удовлетворительное состояние между приступами, более плотная и увеличенная селезенка, герпес на губах и сравнительно чистый и влажный язык.

Значительно труднее дифференциальная диагностика брюшного тифа и смешанных форм малярии, а также "микральной формы тропической малярии.

Исследование крови на наличие паразитов и клинический анализ ее (лейкопения без сдвига ее типические изменения со стороны красной крови, являются важнейшим методом лабораторной диагностики малярии.

Сыпной тиф отличается от брюшного острым началом. Больной точно указывает день начала болезни. Быстрый подъем t° , своеобразный сыпной тифозный статус, характерной эйфорией, одутловатости и



гиперемией лица, инъекцией склер и др. симптомы. Главной жалобой является сильная головная бол. Ранее появление кожной сыпи (3-5 дней), петехиальный ей характер обширное и обильное ее распространение и преимущественная локализация по ходу сосудов, отсутствие абдоминальных симптомов (ургание, болезненность в илеоцекальной области и др.). Учащенный пульс, критическое падение t° , обильным выделением пота и полиурией и ряд других симптомов позволяющих правильно поставить диагноз в том и другом случае. И наконец, бактериологическое, серологическое и клиническое исследование крови.

От сепсиса брюшной тифр отличается помимо клинической картины, значительной разницей состава крови. Сепсис за исключением, за исключением самых тяжелых форм, характеризуется высоким лейкоцитозом, а брюшной тифр дает лейкопению. Ремитирующая t° на протяжении всей болезни, отсутствие цикличности в развитии ее, частый пульс, ознобы, поты, сухой не утолщенный-ветчинный язык и иктеричность склер и кожных покровов, увеличенная, но менее плотная селезенка, геморрагический и крупнопятнистый характер высыпания и т.д. Все это характеризует септический процесс. Наконец, посев крови на бактериальную флору уточняет диагноз того и другого заболевания.

Дифференциальный диагноз брюшного тифра и милиарного туберкулеза представляет особенно большое затруднение. За милиарной тбк. говорят следующие симптомы: неправильный ход температурной кривой, напоминающую скорее всего септическую кривую, более медленное развитие процесса, наличие одышки, цианоза, отсутствие локализованных поражений в илеоцекальной области, появление симптомов тбк. менингита (исследование спинномозговой жидкости), наконец, специфические изменения в легких, исслед. мокроты, рентгенологические исследования и наличие эозинофилов в крови, не смотря на тяжелые явления интоксикации при милиарном тбк, нет лейкопении и резкого сдвига влево, что наблюдается при брюшном тифре.

Дифференциальный диагноз брюшного и паратифра В.
Инкубационный период при паратифре короток, тем при тифре и равна

8-10 дней, иногда меньше (3-6 дней). Начало заболевания по более остро, но более постепенно развивается весь симптомокомплекс тифозного состояния, но менее выраженного.

В отдельных случаях через несколько часов после приема инкубированной пищи отмечаются явления остр. энтероколита. Повышение t° , рвота, понос. Через 2-3 дня эти явления интоксикации затихают, t° падает до нормы, но после окончания собственно инкубационного периода, развивается картина тифозного состояния.

Первый период характеризуется явлениями интоксикации всего организма паратифозными ядами, развивающимися в организме заболевшего человека, а в том пищевом продукте, который был принят в пищу. Второй период - период тифозного состояния, вызываемая уже палочками паратифа В.

При паратифе в противоположность тифу преобладают легкие лихорадочные формы, при которых *contingia* совсем не наступает или наступает на короткое время.

На 168 случаев у Шващенкова 1928 г. только 63 т.е. 37,5% дали тифозное состояние, только 6 больных вошли до бредового состояния. Ни один из больных не умер.

Розеола появляется обычно раньше, иногда бывает очень обильно и захватывает лицо и руки. Как правило розеола более крупная и более яркая. Часто отмечается розеола *elewata*: элементы сыпи возвышаются над уровнем кожи. Обилие розеолезной сыпи по Шващенкоу встречается в 25%

При паратифе наблюдается *herpes labialis*, чего как правило не бывает при тифе. Головные боли не интенсивные. Селезенка увеличивается. Осложнения. Кровотечения и прободения встречаются значительно реже. Смертность не высока не выше 1%.

Паратиф А встречается в южных широтах, в частности на Востоке. В клиническом отношении она соответствует тифу средней тяжести. Смертность при паратифе А - около 2-3%, т.е. несколько выше, чем

при паратифе. В и значительно ниже тем при брюшном тифе. Диагноз ставится только на основании бактериологических и серологических данных.

Лечение.

Специфическая терапия брюшного тифа не оправдала себя. Некоторые авторы рекомендуют фаготерапию - введение в течение трех дней в 12-перстную кишку с помощью зонда по 30-50 мл. тифозного бактериофага по одному разу в день, но широкого распространения этот вид лечения не получил.

При лечении тифа главное значение имеет повышение сопротивляемости организма и поддержание сил больного, что достигается правильным режимом, питанием больного и уходом за ним.

Пища должна быть высококалорийной, удобоваримой, не раздражающей слизистую желудка и кишечника, необъемистой. Она должна быть приготовлена так, чтобы не вызывала механического раздражения кишечника (протертые супы, бульоны, пюре, протертая рисовая, овсяная или манная жидкие каши со сливочным маслом, сливки, молоко, кисели, фруктовые, овощные и ягодные соки, протертое мясо, яйца в смятку, белые сахара).

С улучшением общего состояния больного питание расширяется, но новые пищевые ингредиенты вводятся в строгой последовательности.

Всегда строго учитывается состояние кишечника: при наличии выраженного вздутия и особенно при незначительном кровотечении кишечника, питание строго ограничивается или совершенно на 2-3 дня прекращается.

Лекарственная терапия: глюкоза по 30-50 мг. в/с с одновременным введением подкожно 5 единиц инсулина.

При остром снижении сердечной деятельности *Atropin*, *Coffein*, *Calcium*, *Cardia*

При ост. падении сердечной деятельности: *Glycose* + *Strophantini*, *Lobelin*^{mini} в под кожу. *Lobelin* *hydrochlorici* 0,05. *Aq. destill.* 10,0 по 1-2 мл. подкожно.

Лечение осложнений: Кровотечение: *Calcii chl.*, лошадиная сыворотка по 20-30 мл., *Atropin* в подкожно. Переливание крови гемостатические дозы 100-200 мл. через 1-2 дня.

При перфорации - консультация с хирургом для решения вопроса о хирургическом вмешательстве.

Лечение других осложнений по общим правилам.