

и инактивация возбудителя возможна при адекватной работе каждого звена вышеописанной системы. Однако наличие повреждения какого-либо из ее звеньев также не всегда сопровождается развитием заболевания, так как может компенсироваться другими звеньями.

На наш взгляд, современный уровень развития науки позволяет оценить состояние ответа каждого из звеньев, определить наиболее поврежденное звено и при необходимости назначить адекватную терапию.

#### **Клиническое наблюдение генерализованной формы ветряной оспы**

Кузнецов П.Л., Веревищikov В.К., Борзунов В.М.,  
Бацкалевич Н.А.

*Уральская государственная медицинская академия,  
Екатеринбург*

Приводимый нами клинический случай тяжёлой, генерализованной формы ветряной оспы у взрослых является редким по частоте встречаемости в настоящее время и, к сожалению, крайне неблагоприятным по отношению к исходу.

Больной П., 35 лет, автослесарь, поступил в клинику инфекционных болезней 23.01.03 г., на 3-й день болезни из больницы одного из районных центров. Заболел остро 21 января, с повышения температуры тела до 38,0°C, появления головной боли диффузного характера, чувства озноба, умеренной общей слабости. В этот же день отмечал появление высыпаний на коже грудной клетки и живота. 22 января отмечал снижение температуры тела до субфебрильных цифр, но к вышеперечисленным симптомам присоединились: боль "жгучего" характера в эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, вздутие живота, быстрое распространение новых элементов сыпи на кожу головы, туловища и конечностей. Был госпитализирован в районную больницу по месту жительства с диагнозом: ветряная оспа, тяжёлое течение. В проведённых анализах: в общем анализе крови лейкоцитоз –  $18,0 \times 10^9/\text{л}$  (палочко-ядерных – 13%), в общем анализе мочи – удельный вес 1030, белок 0,3 г/л, положительная реакция на сахар, лейкоцитов – 18-20-25 в поле зрения, клетки почечного эпителия до 4-6 в поле зрения. При УЗИ органов брюшной полости – гепатомегалия (край печени визуализируется на уровне пупка). 23 января отмечается ухудшение общего состояния за счёт появления смешанной одышки – до 26 дыханий в мин., сохранялись интенсивные боли в эпигастрии, тошнота, субфебрильная температура. Сыпь продолжала распространяться по телу и развиваться от макул до папул. В связи с тяжестью состояния больной был переведён в клинику инфекционных болезней академии.

Из эпидемиологического анамнеза: имели место быть контакты в семье с детьми, перенёсшими ветряную оспу в течение двух недель до собственного заболевания. Сам в детстве ветряной оспой не болел. Из анамнеза жизни заслуживает тот факт, что больной не отрицает злоупотребление алкоголем, причём последняя алкоголизация была 20 января, накануне заболевания.

При поступлении: состояние тяжёлое, сознание ясное. Кожный покров гиперемирован, по всему телу обильная полиморфная (макулёзно-папулёзная) сыпь, отёчность лица. В зеве – гиперемия слизистой оболочки, энантема, афты. Тахипное до 32 дыханий в мин., АД – 140/110 мм.рт.ст., тахикардия – 100 уд. в мин. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 6 см по среднеключичной линии справа, умеренно болезненная. Выставлен диагноз: генерализованная ветряная оспа, геморрагическая форма, тяжёлое течение.

24 января – состояние тяжёлое, к жалобам присоединились икота, инъецированность сосудов склер, кровоизлияния в конъюнктиву, выросла одышка до 40 дыханий в мин., дыхание диффузно ослаблено, АД – 130/90 мм.рт.ст., тахикардия 130 уд. в мин. В терапии используются донорский иммуноглобулин, антигистаминные, ингибиторы протеаз, увеличены дозы гормонов. Больной переведён в реанимационное отделение. Из обследований: рентгенография органов грудной клетки – без патологии, ЭКГ – синусовая тахикардия, лейкоцитоз –  $24,2 \times 10^9/\text{л}$  (п/я – 22%), тромбоцитопения –  $80 \times 10^9/\text{л}$ , гипербилирубинемия – 44,3 ммоль/л, АСТ/АЛТ – 1,8/1,62. С 18<sup>00</sup> того же дня больной отмечает появление "вздутия" живота и умеренных болей в пояснице, АД – 110/60 мм.рт.ст. С 20<sup>00</sup> отмечается резкая отрицательная динамика: брадикардия 40 ударов в мин., угнетение сознания до сопора, нарастание диффузного цианоза, АД – не определяется. Начаты реанимационные мероприятия в полном объёме, без эффекта. В 20<sup>30</sup> констатирована смерть больного.

Результаты патологоанатомического вскрытия. Основной диагноз: ветряная оспа, генерализованная форма с распространённым везикулярно-пустулёзно-язвенным поражением кожи, множественные некротически-геморрагические очажки в лёгких, селезёнке, печени и слизистой желудочно-кишечного тракта. Осложнения: кровь в полости желудка и просвете толстой кишки, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отёк лёгких, головного мозга и мозговых оболочек. Вклинение ствола в большое затылочное отверстие. Фоновое: жировой гепатоз, индуративный панкреатит.

С учётом быстрого прогрессирования болезни можно предположить несостоятельность иммунного ответа на фоне алкогольной болезни у пациента. Желудочно-кишечное кровотечение явилось predisposing фактором к запуску синдрома полиорганной недостаточности, что и привело к летальному исходу. Приведённый клинический случай подтверждает более тяжёлое течение "детских" инфекций у взрослых.