

11 • 1989

СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА

ПЕРЕДОВАЯ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

О НОВОМ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

ЛЕКЦИЯ
ОБЗОРЫ

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

РЕЦЕНЗИИ

ПЕРЕЧЕНЬ ДЕПониРОВАННЫХ СТАТЕЙ

МОСКВА
МЕДИЦИНА

зации больных с длительным анамнезом.

Тщательное и рациональное проведение диспансеризации позволяет добиться продолжительной ремиссии заболевания, может предупредить развитие малигнизации и увеличивает возможность социальной реабилитации больных ЯК.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Балайтис А. И., Кушнир В. К., Корсунковский А. И.* Неспецифический язвенный колит. — Киев, 1986.
2. *Бикен У. Л.* // Гастроэнтерология / Под ред.

- Дж. Аскандера-Вильямса, Биндера Дж. Х.: Пер. с англ. — М., 1985. — Т. 3. — С. 52—91.
3. *Киркин Б. В., Михайлова Т. Л.* // Проблемы проктологии. — М., 1984. — Вып. 5. — С. 141—144.
 4. *Левитан М. Х., Федоров В. Д., Капуллер Л. Я.* Неспецифические колиты. — М., 1980.
 5. *Мисаурова А. А.* Клинико-функциональные особенности нарушений пищеварения при хронических заболеваниях кишечника (энтерите, колите, язвенном колите) и их коррекция: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1985.
 6. *Федоров В. Д.* Рак прямой кишки. — М., 1987.
 7. *Sachar D. B.* Inflammatory Bowel Disease: Experience and Controversy / Ed. B. I. Korelits. — N. Sokn, 1985.

Поступила 17.04.89

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1989

УДК 616.34-022.951.222.2-079.4

В. Ф. Кузнецов, Н. Ю. Набокова, М. Камара, А. Д. Нумеров

КИШЕЧНЫЙ ШИСТОСОМОЗ И АНКИЛОСТОМИДОЗ

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Н. Д. Юшук) ММСИ им. Н. А. Семашко

Возбудители кишечного шистосомоза и анкилостомидоза относятся к различным типам червей. Оба гельминта внедряются в организм человека преимущественно через кожу, имеют легочную стадию в развитии, паразитируют в стенке кишки в зрелой форме и являются гематофагами [1, 3].

Целью настоящей работы было сравнение, сопоставление клинических признаков обоих заболеваний на разных стадиях для определения патогномичных для каждой инвазии проявлений и установления критериев дифференциальной диагностики.

Под наблюдением находились коренные жители Западной Африки — 90 больных кишечным шистосомозом (48 мужчин, 42 женщины) в возрасте 11 мес — 69 лет и 90 больных анкилостомидозом (60 мужчин, 30 женщин) в возрасте 2—73 лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб, объективного клинического исследования и

по результатам копроскопии методами Като и Красильникова — обнаружением в фекалиях яиц анкилостомид (дифференциация анкилостомоза и некатороза не проводилась). Учитывались только моноинвазии. Наблюдение проводилось в Научно-исследовательской микробиологической и вирусологической лаборатории Минздрава СССР в Республике Гвинея.

Для выяснения преимущественности поражения отдельных систем проведена количественная оценка значимости отдельных симптомов с вычислением средних показателей, ошибок средних (в процентах) и определение достоверности различий по критерию Стьюдента.

При шистосомозе общее число жалоб со стороны нервной системы (47,2 %) достоверно преобладало над таковыми со стороны органов пищеварения (33,8 %) и других систем ($p < 0,001$). Количество объективно вы-

явленных признаков болезни при исследовании органов пищеварения (61,7 %) было достоверно выше числа симптомов поражений нервной, сердечно-сосудистой и других систем ($p < 0,001$).

При анкилостомидозе различия в количестве жалоб со стороны нервной системы (43,9 %) и органов пищеварения (40,3 %) не были достоверны ($p > 0,05$), однако они также значительно преобладали над жалобами, отражающими заинтересованность других систем ($p < 0,001$). Объективные клинические признаки анкилостомидоза, как и шистосомоза, показали первоочередную значимость поражения органов пищеварения (58,2%; $p < 0,001$).

Сравнение жалоб и объективных признаков при шистосомозе и анкилостомидозе по отдельным системам достоверных отличий не выявило. Сопоставление количества жалоб с числом клинических симптомов раздельно у больных шистосомозом и анкилостомидозом показало достоверное преобладание первых над вторыми при исследовании нервной системы ($p < 0,001$), вторых над первыми при исследовании органов пищеварения ($p < 0,05$) и сердечно-сосудистой системы при обеих инвазиях ($p < 0,05$).

Полученные данные показывают большое сходство кишечного шистосомоза и анкилостомидоза по данным анамнеза и поражения отдельных систем, что определяет необходимость более детального рассмотрения отдельных признаков болезней с целью выяснения критериев дифференциальной диагностики.

Учитывая патогенез обеих заболеваний, включающий раннюю фазу (около 1—2 нед) и стадию развившейся инвазии, длящуюся годами, клиническую симптоматику рассматривали в соответствии с этими сроками. В течение первых 2 нед обратилось за консультацией и осмотрено 28 (31,1 %) больных шистосомозом и 13 (14,4 %) анкилостомидозом.

В патогенезе острой стадии заболевания ведущими механизмами являются сенсibilизация организма паразитарными антигенами и поражение органов дыхания в результате миграции шистосомул или личинок анкилостом.

Различные аллергические проявления (кожный зуд, уртикарная и папу-

лезная сыпь и физикальные изменения в легких — ослабленное или жесткое дыхание, сухие или влажные хрипы, укорочение перкуторного звука, кашель) встречались почти в равной степени при обеих инвазиях. Особенности анкилостомидоза в этой стадии было наличие симптомов фарингита и ларингита (боль в горле и глотке, гиперемия слизистой оболочки глотки, изменение тембра голоса, гнойное отделяемое на задней стенке глотки, регионарный лимфаденит), которые с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) определялись чаще, чем при шистосомозе. Это имеет патогенетическое обоснование, так как, если шистосомулы попадают и выходят из легких по лимфатическим или венозным сосудам, то филяриоформные личинки анкилостом, превратившись в легких в молодых червей, активно мигрируют по трахее через глотку, вызывая воспаление, и достигают места «своего назначения» через пищевод [2, 4]. При анкилостомидозах в отличие от шистосомоза аллергические проявления и симптомы поражения дыхательных путей выявлялись у отдельных больных и на 3—4-й неделе болезни.

Синдром интоксикации при обоих гельминтозах был слабо или умеренно выражен. Температура тела не превышала 38°C , головная боль имела умеренный диффузный характер, слабость проявлялась снижением работоспособности.

Частота обнаружения этого синдрома при анкилостомидозах была выше за счет достоверно большей встречаемости отдельных симптомов: боль в мышцах ($p < 0,01$), головная боль и головокружение ($p < 0,05$). Симптомы интоксикации были присущи как острой, так и началу хронической стадии обеих инвазий.

Другие признаки болезней характеризовали стадию поздней инвазии и отражали в основном поражение органов пищеварения. При обеих инвазиях тошнота возникала натошак, рвота носила периодический характер (1—2 раза в сутки) и чаще появлялась после еды. Ряд больных жаловались на снижение аппетита и метеоризм.

Довольно постоянным признаком был запор, который сохранялся в течение 3—4, а иногда 7—8 дней. Неустойчивый стул характеризовался чередованием запоров и кашицеобразным

калом с примесями слизи, крови, иногда гноя, что определяло необходимость проводить дифференциальную диагностику с бактериальной и амебной дизентерией. В отдельных случаях отмечалась диарея — водянистые испражнения также с патологическими примесями. Около половины больных шистосомозом и анкилостомидозами жаловались на постоянные боли в животе, большинство — на диффузные боли по всему животу или в эпигастральной области.

Перечисленные жалобы отражали функциональную неполноценность желудочно-кишечного тракта, обусловленную паразитированием гельминтов в различных отделах тонких и толстых кишок при обеих инвазиях. Однако тошнота и рвота у больных анкилостомидозом наблюдалась достоверно чаще (51,1 %), чем при шистосомозе (35,6 %; $p < 0,01$), как и боли в животе (62,2 и 47,8 % соответственно; $p < 0,05$).

Боль при пальпации живота отмечали большинство больных анкилостомидозом (90 %) и 53,3 % шистосомозом ($p < 0,001$). При анкилостомидозе она чаще локализовалась в эпигастральной области, являясь одним из признаков дуоденита и перидуоденита. У больных шистосомозом боль наиболее часто выявлялась в эпигастральной области, однако она сочеталась с болезненностью при пальпации и в правом подреберье, указывая на «заинтересованность» печени. Разрастание соединительной ткани в системе воротной вены при паразитировании шистосом закономерно отражалось гепатоспленомегалией, достоверно чаще выявляемой при шистосомозе по сравнению с анкилостомидозом. Край печени был плотный, ровный, вертикальный, размер по Курлову увеличен на 2,5—3,5 см. Селезенка выступала на 3—5 см из подреберной дуги, безболезненная, умеренно плотная.

Косвенным свидетельством поражения вегетативной нервной системы является нарушение секреторной активности слюнных желез. При шистосомозе достоверно чаще отмечалась гиперсаливация (26,7 %), чем при анкилостомидозе (10%) ($p < 0,01$), и связанные с этим изменения языка — сухость, обложенность налетом серо-грязного цвета, что обнаруживалось у достоверно большего количества боль-

ных анкилостомидозом — 51,1 и 26,7 % соответственно ($p < 0,001$). При анкилостомидозе специфическое воздействие паразитарных антигенов вызывало угнетение парасимпатической нервной системы с преобладанием функции симпатического отдела.

У 15,1 % больных шистосомозом и у 9,7 % с анкилостомидозом на языке имелись похожие на кровоизлияния фиолетовые или сероватые пятна на бледном фоне неправильной формы, расположенные по его краям. Отдельные элементы иногда сливались, образуя неровные «дорожки».

При других гельминтозах — трихоцефалезе, аскаридозе, энтеробиозе, онхоцерхозе, дипеталонематозе (775 больных) подобных изменений языка не было. Из 9 больных с сочетанной инвазией (анкилостомидоз и шистосомоз) «пятна на языке» были обнаружены у 4. В литературе мы не встретили описания изменений языка. Можно предположить, что их происхождение определяется кровоизлияниями в местах травматизации зубами в результате поражения капиллярного русла самими паразитами или их антигенами. Не выявлено связи между этим симптомом и полом, возрастом, длительностью заболевания, количеством эритроцитов и гемоглобина. Специфичность описанных пятен для шистосомоза и анкилостомидоза может служить наводящим признаком при диагностике этих заболеваний.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы выразились цианозом слизистых оболочек, отеками конечностей, бради- или тахикардией, изменениями артериального давления, систолическим шумом на верхушке и в V точке. Наиболее постоянным признаком поражения сердца было изменение звучности сердечных тонов (приглушенность или глухость), которые при анкилостомидозе выявлялись у 46,7 % больных, что достоверно выше, чем при шистосомозе (12,2%); $p < 0,001$. Поражение сердца, вероятнее всего, обусловлено нарушением питания миокарда в связи с развивающейся в результате длительной персистенции паразитов анемией [2, 5]. В наших наблюдениях только у 10% больных анкилостомидозом анемия диагностирована клинически с последующей эритропенией, достигающей (2,2—

Поражение мочеполовой системы у больных обеих групп проявлялось дисменореей, выкидышами, гипосексуальностью, орхитом, дизурией.

Выводы

1. Кишечный шистосомоз и анкилостомидоз имеют большое сходство по анамнезу и симптомам поражения отдельных систем организма.

2. При обеих инвазиях первоочередное диагностическое значение имеют анамnestические данные, определяемые поражением нервной и пищеварительной системы, и клинические признаки поражения последних.

3. Особенностью ранней стадии анкилостомидозов в отличие от шистосомоза является наличие симптомов фаринголарингита.

4. Для анкилостомидоза более характерны неспецифические симптомы интоксикации и признаки поражения желудочно-кишечного тракта, для шистосомоза — гепатоспленомегалия, гиперсаливация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лысенко А. Я. Руководство по тропическим болезням. — М., 1983. — С. 198—199; 245—247.
2. Найт Р. Паразитарные болезни: Пер. с англ. — М., 1985. — С. 112; 239—240.
3. Озерецковская Н. Н., Залькова И. С., Тумольская Н. И. Клиника и лечение гельминтозов. — М., 1984. — С. 41—42; 128—129.
4. Смирнов Г. Г. Медицинская гельминтология. — 1958. — С. 212—216.
5. Яроцкий Л. С. Шистосомозы. — М., 1982. — С. 133—134.

Поступила 13.09.88

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1989

УДК 618.10-006.6-035.7

В. П. Демидов, Л. Д. Островцев, И. П. Качанов, И. М. Островская, А. Б. Комиссаров, З. П. Сливинская, И. В. Касьянова, Э. К. Сарибекян, А. З. Науменко

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

МНИОИ им. П. А. Герцена

Заболеваемость раком молочной железы в СССР среди злокачественных опухолей у женщин переместилась на первое место. Только за 15 лет (с 1967 по 1981 г.) показатель заболеваемости возрос с 15,8 на 100000 населения до 29,0, число заболевших увеличилось в 2 раза [7]. Возрос и показатель смертности с 1970 по 1985 г. — с 5,1 до 8,7 на 100 000 населения.

Актуальность своевременной диагностики рака молочной железы играет большую роль, так как только при начальных стадиях 5-летняя выживаемость больных может считаться относительно удовлетворительной, составляя 91,8 % при I и 86,4 % при ПА стадиях [2, 3].

Трудности раннего распознавания рака молочной железы заключается не только в его бессимптомном или малосимптомном начале, но и в большом числе диагностических ошибок, допускаемых врачами, при начальных и распространенных формах рака. Ошибки возможны на всех этапах диагностики (при активном выявлении, обращении за помощью, уточняющем исследовании), но чаще они

возникают до осмотра больного онкологом — при профилактических осмотрах и у поликлинических врачей.

Причины диагностических ошибок могут быть разделены на объективные и субъективные [4]. Объективные причины связаны с несовершенством теоретических знаний, трудностями и несовершенством методов исследования. Для рака молочной железы они не имеют решающего значения. Субъективные причины включают недостаточную квалификацию врача, отсутствие онкологической настороженности, пренебрежение к полноценному и последовательному обследованию больного.

Проведенный в 1979 г. в МНИОИ им. П. А. Герцена анализ 950 историй болезни показал, что самообнаружение опухоли имело место у 84,4 % больных. При массовых профилактических осмотрах рак выявляется только у 2,1 % больных, при флюоромаммографии — у 4,5 %, при индивидуальных профилактических осмотрах — у 9 %. Спустя 8 лет мы еще раз проанализировали данные 587 историй болезни больных, лечившихся в