

Из комбината Охмадет им. Крупской, Киев.
(2-я Филия Киевского Института Охмадет)
Директор д-р **Ф. Шапило.**

О дифтерии среднего уха.

(К клинике и эпидемиологии дифтерии).

Любавская З., Рейдерман И., Рыскина Р.

Детский дом Комбината им. Крупской, в котором живет 60—65 детей в возрасте от 1 до 4 лет, набирает своих воспитанников из карантина, помещающегося в Музейном городке (б. лавра). Последний набор детей был сделан 8/X 31 г., при чем принято 12 детей, размещенных в первых 4 х группах. В течение двух лет до этого в Детском доме не было ни одного случая дифтерии. Последнее исследование на бациллоносительство, давшее отрицательный результат, сделано в августе 1931 года.

В карантине в августе и июле 1931 года было несколько случаев дифтерии, и в этот период все дети, в том числе и переведенные к октябрю в детдом Комбината им. Крупской, активно иммунизированы анатоксином. Все вновь принятые дети предварительно проверены на бациллоносительство в носу и зеве. Ни у одного из них дифтерийные палочки не обнаружены.

25/X, т. е. через две недели после приема новых детей, заболевает дифтерией зева 3-летний ребенок Б. из 3 й группы. Он переведен в больницу; а 27/X дети и весь персонал проверены на бациллоносительство в зеве и в носу. Нужно отметить, что в то время группы детей имели отдельно спальни и игральки, но столовая, ванная и уборная были общие, потому и дети и персонал всех групп имели тесное общение. Обнаружено двое бациллоносителей среди персонала и трое среди детей (Могилка IV гр., Августюк II гр. и Губер III гр.). У Могилки в это же время появились типичные выделения из носа и обильная течь из уха. После введения 10.000 ед. антидифтерийной сыворотки выделения быстро исчезли.

Под влиянием рассказа о дифтерии среднего уха, которую один из нас (И. Р.) имел случай диагностировать и наблюдать в городе у ребенка врача (речь о нем дальше), д-р Розман (врач карантина) в январе 32 г. исследовала выделения из уха ребенка Гурского и получила рост дифтерийных палочек на среде Löffler'a. Так как дети, принятые в детский дом 8/X, были в карантине в тесном контакте с этим ребенком, то 28/I у Полякова (II гр.) и Прокопенко (I гр.), у которых обнаружены выделения из уха, сделан посев гноя на среде Löffler'a. Лабораторией Ц. Р. П. установлена чистая культура палочек дифтерии. 29/I заболевают дифтерией зева I ребенок I гр. и один ребенок IV группы. 30/I взяты для исследования выделения из ушей остальных 3-х карантинных детей с отитами (Немцевич I гр.), Олейник и Григорович (II гр.). У всех обнаружены палочки дифтерии. Все эти дети получили сыворотку и отправлены в I рабочую больницу.

3/II весь дом опять проверен на бациллоносительство. Оно обнаружено у 2 х санитарок и у 5 детей разных групп. Одновременно, чтобы исключить возможность подмешивания палочек вследствие бациллоносительства

из наружного слухового прохода, 10 детей со здоровыми ушами проверены на бациллоносительство в наружном ухе (соскоб серы влажным тампоном), проверен на бациллоносительство лекпом, ухаживавший за больными ушами и его инструменты. Результат был отрицательный. 23/II заболел дифтерией зева ребенок Судаков IV группы. 28/II появились обильные гнойные выделения из уха у Удинковой из IV гр., у которой раньше отита не было. В гное обнаружена дифтерийная палочка. Так как в то время усилились сомнения в том, не идет ли речь о бациллоносительстве при банальном отите, сыворотка не вводилась, а производилось обычное лечение сухими турундами. Выделения прекратились через 10 дней, но 28/III у нее же температура 37,5, типичная дифтерия носа и новые выделения из уха. После инъекции сыворотки (12.000 ед.) выделения из носа и уха быстро исчезли на этот раз окончательно. В то же время (в конце марта) заболел отитом Михайлюк II гр., и у него также обнаружены палочки дифтерии. Он тоже не лечился сывороткой. Ему было введено 50.000 ед. сыворотки уже в конце апреля. Но выделения из уха после этого не исчезли.

Таким образом, в детском доме, в котором 2 года не было случаев дифтерии, который незадолго до приема новых детей весь был проверен на бациллоносительство, после приема детей, не имевших палочек Löffler'a в носу и зеве, появилось 5 случаев дифтерии зева и носа и серия бациллоносителей среди персонала и детей разных групп. В дальнейшем оказалось, что из принятых в октябре детей, у 8-ми на протяжении времени дифтерийные палочки обнаружены в гнойных выделениях из ушей.

3/IV пять детей, находившихся в больнице с 30/I, вернулись в детский дом. У трех из них выделения из ушей продолжались. 7/IV у всех трех снова обнаружены дифтерийные палочки. К середине июня из общего количества 8-ми детей у 5-ти были незначительные выделения из ушей, но дифтерийные палочки еще можно было обнаружить. Это все дети, у которых дифтерийный отит обнаружен через долгое время после начала заболевания, определить которое нет возможности. Все три случая дифтерийного отита, диагностированные и леченные сывороткой рано, дали обычное для дифтерии исчезновение явлений.

Выделения из ушей исследовались в лабораториях Центральной санитарной станции I рабочей больницы, в Центр. раб. пол. Было сделано несколько десятков посевов на среде Löffler'a и ни разу не было сомнительного результата. Неизменный ответ: „Рост дифтерийных палочек“, и в некоторых случаях: „Чистая культура дифтерийной палочки“. В виду особого интереса, проявленного лабораториями к данному, не совсем обычному материалу, во всех лабораториях культуры демонстрировались консультантам (проф. Бенъяш, д-р Дроботько), иногда без предупреждения об исходном материале, и ответ был от всех один и тот же. Мы не ограничивались посевами на среде Löffler'a. Marfaud, Chevaby, Garatet van Beneden указывают, что трудно при помощи этой среды отличить палочки дифтерии от дифтериеподобных, особенно от *b. cutis communis* и в особенности там, где речь идет о материале, взятом с кожи и с ее продолжения (ноздри, ухо, конъюнктива). Они требуют проведения культур через сахарный ряд.

Из 7-ми посевов, сделанных непосредственно перед введением сыворотки, получено только 4 чистых культуры. В остальных препятствием

была какая-то палочка типа *Protheus*, имевшаяся в гное и, благодаря своим протеолитическим свойствам, разлагавшая среду. Из 4-х чистых культур 3 дали типичное для дифтерии разложение глюкозы.

В других случаях идентичность палочек Löffler'a достаточно доказана обычным для дифтерии быстрым лечебным действием специфической сыворотки, в одном из них наличием типичной пленки на бараб. перепонке. Их вирулентность доказана 5 случаями дифтерии, которые имели место именно в тех группах, где были большие отитом дети.

К июню 1932 года, через несколько месяцев после проведения специфического и симптоматического лечения, выделения почти исчезли. Сутки не чистили ушей, чтобы иметь материал для посылки в лабораторию. Новое проведение через сахарный ряд, сделанное в этот период, дало типичный рост на глюкозе только в одном случае, как раз наиболее свежем. Это обстоятельство не может поколебать правильности ранее полученных данных. Упоминается об этом потому, что и в этот период посев на среде Löffler'a дал несомненный, „красивый“, по словам бактериологов, рост дифтерии. А это служит напоминанием для клиницистов, бактериологов и эпидемиологов о том, что посев на среде Löffler'a недостаточен для идентификации палочек дифтерии. Факт этот имеет немалое значение.

Остается решить вопрос, являются ли эти несомненно настоящие и по всей видимости вирулентные дифтеритные палочки, обнаруженные в целой серии гнойных отитов, этиологической причиной этих отитов, или здесь имеет место бациллоносительство дифтерии, присоединившееся к банальным отитам. Это легко решить для группы, которая поддавалась специфической терапии. Значительно труднее дело там, где отиты имели хроническое течение.

Дифтерийные отиты известны с 1880 года, когда их описал Burkhardt-Marian. Они редко первичны, появляясь часто по миновании острых явлений дифтерии зева. В сыровороточную эру они стали редко диагностироваться. Urbantschitsch и Koraë считают, что речь идет о бациллоносительстве при обычном отите. Aviragnet, Weil-Hallé et Marie утверждают, наоборот, что хроничность течения обуславливает вторичная кокковая инфекция, присоединившаяся к нераспознанному первичным дифтеритич. воспалениям среднего уха. Зато Alexander, Marfaу, Chevaléy, Meyer, Göppert, Schadel, Nussbaum и мн. другие сообщают об *otitis media purulenta*, вызванном дифтерийными палочками.

Göppert, Alexander, Blechmann считают дифтеритическое гнойное воспаление среднего уха доказанным, если найдены палочки дифтерии и получен эффект от сыровороточного лечения. Однако, последнее обстоятельство, хотя оно часто наиболее убедительно, не может служить безошибочным критерием. Здесь нужно принять во внимание, что дифтерия уха диагностируется поздно, когда действие сыворотки не может уже быть эффективно, как в первые дни. Кроме того, нужно учесть особенности течения т. н. хронической дифтерии и дифтерий без ложных пленок. Они подробно описаны Marfan'ом и его клиникой (Nuti-nel, Martin, Chevaléy) как особый вид клинического течения дифтерии у грудных и маленьких детей, при котором нет ложных пленок, а имеются обыкновенные слизисто-гнойные катарры, нагноения, язвы кожи (пупок, ретроаурикулярные складки, уши и т. д.). Клинически здесь ничего похожего на дифтерийную интоксикацию старших детей. У грудных детей эта *diphtherie sans fausses membranes* частая причина острых расстройств питания, тяжелого течения бронхо-пневмонии и фактор, оказывающий роковое влияние на детскую смертность в клиниках и закрытых детских учреждениях. Хронические формы беспалочных дифтерий, не поддающиеся лечению сывороткой, тянутся долго, исчезают на время после инфекции, чтобы потом

появиться вновь. Widowitz приводит серию разных гнойных процессов с палочкой дифтерии в гное, причем в некоторых получен эффект от лечения сывороткой, и говорит о „дипатогенности“ дифтеритной палочки, т. е. о ее способности в одних случаях давать ложные мембраны, а в других быть возбудителем обыкновенного нагноения. Клиническое описание, которое дают напр. Alexander, Pfundler-Schlossmann и Aviragner, Weil-Halle et Marie в *Traité Roger-Widal-Teissier*, до известной степени совпадает с этим представлением о дипатогенности.

В острых случаях характерны отечность прилегающих к уху частей лица, увеличение регионарных для уха желез, серозно-кровянистые выделения из уха, в которых иногда можно видеть ложные мембраны. Дифтерийные палочки можно иногда найти только в жидкости, полученной после прокола. Иногда серо-белая пленка на бараб. перепонке. В процесс может быть захвачен и сосцевидный отросток, мозговые оболочки. Описание таких случаев носят казуистический характер. Они не диагностируются потому, что о них просто не думают, не помнят.

Один такой случай пришлось наблюдать нам. В начале ноября один из нас (И. Р.) был приглашен к больному 2-летнему ребенку врача. Ребенок экзудатик с значительной гипертрофией кольца Waldeyer'a. 10 дней температура 37,6—38,5; гипертрофия и гиперемия миндалин, лимфаденит с необычной локализацией: увеличены 3 отечные железы вокруг уха, перед козелком, под и за ушной раковиной. Серозные выделения из уха. Подозрительные серозно-кровянистые выделения из носа. Последние взяты для исследования. Приглашен отиатр. На следующий день отмечен рост палочек дифтерии в выделениях из носа. Отиатр сообщает о странной картине в ухе, в которой главная особенность заключается в необычной близости барабан. перепонки к исследуемому глазу. Введена антидифтеритная сыворотка (12,000 ед.). Явления в ухе, сопоставленные с реакцией регионарных для уха желез и с дифтерией носа, нами предположительно объяснены дифтерийным отитом. Исследование выделений из уха подтверждено это предположение. Эффект введения сыворотки сказался быстро. Выделения из носа исчезли через 2 дня, тра ушла, железы в этот же срок резко уменьшились, и совсем исчезли лишь через неделю. По словам пр. доц. М. С. Головчинера, который с этого времени взял под свое наблюдение ребенка, на барабане была типичная серо-белая пленка, из-за которой барабан казался необычайно близким и которая кровила при осторожных попытках снять ее ланцетом. После ее отделения образовались грануляции, которые держались необычайно долго и чрезвычайно медленно заменялись нормальной тканью. Полное выздоровление. Однако, дифтерийный отит диагностируется тогда, когда он перешел в хроническое состояние, и тогда картина уже такова, какой она была у наших детей-хроников по описанию пр. доц. Головчинера М. С. Значительное разрушение барабана с одним отверстием, в одном случае с выпадением косточек, с грануляцией на слизистой среднего уха, длительное выделение гноя без участия сосцевидного отростка и без запаха, отсутствие улучшения или медленное улучшение, несмотря на тщательный и квалифицированный уход, наклонность к рецидивам. Дело доходит иногда до больших разрушений, до перехода на внутреннее ухо.

По словам Margan'a, дифтерийный отит почти всегда комбинируется с дифтерией носа или зева, которые могут совпадать с ним, предшествовать ему и следовать за ним. Это подтвердилось и на нашем материале. Знание этого факта может помочь поставить правильный диагноз в затруднительном случае.

Какое значение имеет эта клиническая форма дифтерии, так мало известная широким кругам наших врачей? Не является ли она особенностью закрытых детских учреждений, одним из проявлений госпитализма, как это из осторожности предполагает Margan для беспленчатой дифтерии маленьких детей? Часто это, вероятно, так и есть. Кроме наших случаев из детского дома, 5 из которых занесено из карантина, в этом последнем были еще случаи дифтерийных отитов. Однако, мы видели и диагностировали острый дифтерийный отит и вне закрытых детских учреждений. Отдельные случаи отитов, зигоматитов, мастоидитов описывают Alexander, Nurrbaum, Widowitz, Costa, Garot et van Bewelen и др.

Их раннее распознавание важно, так как своевременное специфическое лечение может предотвратить их переход в хроническую разрушающую форму. Кроме того, хронические дифтеритические отиты имеют и эпидемиологическое значение, вследствие связанного с ними хронического бациллоносительства. Они могут быть источниками эпидемий, особенно в детских коллективах, где хронических отитов не мало и где о их дифтеритической этиологии зачастую никто не подозревает. Малое количество случаев в нашем доме объясняется, повидимому, своевременной, предшествовавшей контакту, активной иммунизации детей.

Попутно мы считаем себя обязанными подчеркнуть недостаточность посевов на среде Löffler'a для идентификации палочек дифтерии. При ясной клинической картине действуешь и без посева. Этим способом можно довольствоваться при эксудативной ангине, при подозрении на круп. Там же, где в зеве имеются лишь катарральные явления у старших детей или особенно где речь идет об исследовании на бациллоносительство, посев на среде Löffler'a явно недостаточен. В первом случае следствием является гипердиагностика дифтерии. Она причиняет неприятности ребенку и его близким (инъекция сыворотки, госпитализация), она стоит денег государству, она искажает в сторону уменьшения цифры летальности дифтерии, она извращает наши данные об эффективности активной иммунизации, давая больше, чем есть в действительности число заболеваний привитых.

Примененная, как критерий, для определения бациллоносительства, она бывает из нормальной колеи жизнь отдельного ребенка и целого коллектива.

Поэтому в обоих этих случаях следует требовать идентификации дифтерии более надежным способом.

Из факультетской терапевтической клиники Казанского Государственного медицинского института — директор проф. З. И. Малкин — и кафедры фармакологии — директор проф. В. М. Соколов.

„К вопросу о роли гормонов в динамике кровообращения¹⁾“.

Доцент **Е. С. Алексеев** и ординатор **Т. П. Басова**.

Проблема кровообращения не решена в своих деталях до настоящего времени, и перед практическим врачом у постели б-го очень часто встает ряд вопросов о причинах и динамике возникновения отеков, одышки и других признаков кардиоваскулярных декомпенсаций. Новейшие методы функциональной диагностики, предложенные для изучения динамики кровообращения, как метод определения минутного объема крови, определение среднего кровяного давления, изучение газов крови, определение glutathion'a и др. в значительной степени приоткрывают перед нами завесу неизвестного и непонятого, но недостаточно объясняют всю сущность процесса, ибо в происхождении расстройства кровообращения может принимать участие масса самых разнообразных моментов и факто-

¹⁾ Доложено на краевом съезде врачей в Казани в 1934 г.