

К КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА¹

Асс. Е. В. Белогорская

Из кафедры детских болезней (зав. — проф. Ю. В. Макаров) Казанского медицинского института и 2-й детской клинической больницы (главврач — Л. Ф. Оловянникова)

Большинство педиатров (М. С. Маслов, Т. С. Соколова и др.) считает, что кишечные расстройства у детей раннего возраста чаще всего вызываются дизентерийной инфекцией, салмонеллами, вирусами, стафилококками, патогенными штаммами кишечной палочки, простейшими; возможно и грибковое происхождение такого рода заболеваний.

Поскольку при таком разнообразии этиологии клинические проявления часто сходны между собой, возникают трудности правильной диагностики, что и может повести к ошибкам.

С появлением работ Кауфмана (1943) об антигенной структуре кишечных палочек стала возможной лабораторная диагностика коли-инфекций.

Наши наблюдения, в соответствии с работами многих авторов, показали, что роль патогенных штаммов кишечной палочки в возникновении острых желудочно-кишечных расстройств у детей раннего возраста значительна и в Казани.

Мы поставили себе задачи выявления коли-инфекций при желудочно-кишечных расстройствах детей раннего возраста и изучение клиники этих заболеваний.

Нами проведено бактериологическое обследование испражнений 482 детей, находившихся на излечении во 2-й детской клинической больнице и обратившихся амбулаторно в поликлиническое отделение при той же больнице в период с 6/II по 9/IX 1958 г.

Возбудитель дизентерии выделен в 4,7%, салмонеллы не обнаружены, патогенные штаммы кишечной палочки (026, 055, 0111) высеяны в 11,2% случаев из общего числа обследованных детей, а при желудочно-кишечных заболеваниях недизентерийной этиологии — в 20,1%.

Нами получен наибольший процент высеваемости кишечных палочек у детей первых двух лет жизни (12,4%), особенно в возрасте от 6 до 12 мес. (14,4—15,3%), у детей старше 2 лет высеваемость оказалась очень низкой (2,8%).

При анализе коли-инфекций у 48 детей раннего возраста клиническая картина оказалась довольно разнообразной. Для более четкой характеристики симптомов мы подразделили их по течению на острые и затяжные формы коли-инфекций, а по тяжести (при остром течении заболевания) на легкую форму, средне-тяжелую и тяжелую. Кроме того, мы наблюдали случаи сочетания дизентерии с коли-инфекцией.

Коли-инфекция у детей раннего возраста чаще вызывала острую форму заболевания (32 из 48), реже встречалось затяжное течение (6 из 48). При остром течении заболевания наиболее часты легкие формы (17 из 32), которые развивались обычно у детей в возрасте ближе к году и старше при отсутствии перенесенных и сопутствующих заболеваний, при рациональном вскармливании.

Легкие формы, вызванные чаще кишечными палочками 026, 055, реже 0111, имели такую клиническую картину:

У ранее здорового ребенка или со слегка пониженным питанием, чаще при нормальной или реже — при субфебрильной температуре (до

¹ Доложено на совместном заседании обществ детских врачей и эпидемиологов, инфекционистов и микробиологов 8 января 1959 г.

37,5°) появлялся учащенный до 2—5—7 раз в сутки жидкий обильный, гомогенный стул, калового характера, большей частью желтой окраски с незначительной примесью негнойной слизи, воды в стуле было немного при небольшом учащении стула, при частоте 5—7 раз стул напоминал диспептический. В редких случаях в первые 2 дня наблюдалась рвота 1—2 раза в день; нарушений в легких и в сердце, при отсутствии сопутствующих заболеваний, не обнаруживалось. Живот был слегка вздут, в кишечнике у части детей отмечалось урчание, иногда наблюдалась анорексия. В копрограмме у большинства детей (15 из 17) форменных элементов крови не было, только у 2 детей в возрасте до 3 мес. местами были найдены скопления лейкоцитов. Исследование крови не давало отклонений в картине белой крови и РОЭ, если не было одновременно других заболеваний.

Кишечная дисфункция у большинства детей была кратковременной: от 1—2 до 5—7—8 дней, в нескольких случаях нормализация стула наступила через 1—2 дня без всякого лечения, но, несмотря на лечение антибиотиками и диетотерапию, отмечалось и более длительное течение, до 2—3 недель. Осложнения были редки.

При средне-тяжелой форме, вызванной у большинства детей кишечными палочками 026, 055, в первые два дня наблюдалось повышение температуры от 37,4 ° до 38,0°, появлялась очень частая рвота, ребенок становился вялым, одновременно наблюдалось появление учащенного, от 3 до 8 раз в день, жидкого стула, обычно желтого цвета, с примесью негнойной слизи, микроскопически с большим количеством жировых капель, без форменных элементов крови.

При объективном исследовании обнаруживались нерезко выраженные признаки токсикоза и обезвоженности. В крови — либо отсутствие отклонений от нормы, либо увеличение лейкоцитов от 14 000 до 24 000 с нейтрофилезом и нерезким сдвигом влево. Кишечная дисфункция продолжалась от 6 до 15 дней. У одного ребенка 1 года 2 мес. со слегка пониженным питанием, при грудном вскармливании с прикормом, заболевание проявилось неукротимой рвотой, продолжавшейся 4 дня, с повышением температуры до 37,5°, при этом стул оставался нормальным.

Под влиянием лечения при средне-тяжелой форме заболевания дети уже через 1—2—3 дня выходили из этого состояния, начинали прибывать в весе, только в редких случаях появлялись осложнения двухсторонним катаральным отитом.

Тяжелые формы заболевания развивались остро: температура повышалась от 38,2 до 40,0°, появлялась частая рвота, а на 2-й день болезни — учащенный жидкий стул, до 5—7 раз в день (в одном случае — до 15 раз), с примесью слизи, в кале микроскопически местами находили скопления лейкоцитов, быстро развивались признаки токсикоза, а затем и обезвоженности. Часто наблюдались осложнения — отиты, пневмонии, молочница. Прогноз в этих случаях должен быть крайне серьезным.

У 2 детей в возрасте 3 и 7 мес. при такой форме заболевания, вызванной кишечными палочками 0111, наступил летальный исход. Оба ребенка были в состоянии гипотрофии II степени на искусственном вскармливании. Детям проводилось комплексное лечение антибиотиками, капельными вливаниями дифференцированных солевых растворов по М. С. Маслову, сердечными средствами, применялась витамин- и диетотерапия, однако состояние их с каждым днем ухудшалось, присоединились осложнения, все это и привело к летальному исходу.

На секции была следующая картина: явления катарального энтерита, катарально-фолликулярного колита с кровоизлияниями в слизистую нисходящей кишки, дистрофические изменения внутренних органов, ателектазы в легких, истощение, молочница.

У одного ребенка в возрасте 17 дней была картина токсико-септиче-

ского состояния, сопровождающегося повышением температуры до 40°, отказом от груди, жидким стулом до 7 раз в сутки. Из кала высеяна кишечная палочка типа 026.

Наблюдения показали, что средне-тяжелые и тяжелые формы коли-энтеритов развивались у детей при сочетании ряда неблагоприятных для течения заболевания моментов: раннего возраста (первые 3 мес. жизни), ослабления организма перенесенными заболеваниями — диспепсиями, дизентерией, воспалением легких, фурункулезом, отитами, при наличии гипотрофии I и II степени и сопутствующих заболеваний (туберкулез, коклюш, пневмония, анемия). Этому способствовало и искусственное вскармливание, или ранний прикорм, а также раннее (до 3 мес.) смешанное вскармливание.

Затяжная форма коли-энтерита так же развивалась и у детей, ослабленных перенесенными заболеваниями, находившихся в состоянии гипотрофии алиментарно-инфекционной этиологии с признаками гиповитаминозов. Кишечная дисфункция была длительной, от 2 до 4 мес., характеризовалась жидким стулом от 2 до 4 раз в сутки с примесью незначительного количества слизи при нормальной температуре, анорексии и при нечастой рвоте после кормления.

В таких случаях, для повышения защитных сил организма, кроме антибиотиков, требуется систематически вводить плазму, кровь, нормальную сыворотку, необходима витаминно- и диетотерапия; только при этих условиях удастся справиться с кишечной дисфункцией.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что характер течения и тяжесть заболевания при коли-инфекциях зависят, прежде всего, от состояния макроорганизма, а не от типа возбудителя. Следовательно, все факторы, понижающие иммунобиологические свойства организма, предрасполагают к возникновению более тяжелых форм заболевания, а также к затяжному течению.

Диагностика коли-энтеритов на основании клинической картины крайне затруднительна, так как имеется много общего с желудочно-кишечными заболеваниями другой этиологии, поэтому во всех случаях необходимо бактериологическое подтверждение диагноза.

У 10 детей, больных дизентерией, одновременно была выявлена коли-инфекция, причем заболевание протекало по типу типичной дизентерии.

Лечение коли-инфекций мы проводили левомецетином, применяли витаминно- и диетотерапию, в тяжелых случаях, кроме того, боролись с обезвоженностью. Теперь предложен препарат мицелин в дозе 0,01 на кг веса.

ВЫВОДЫ:

1. При бактериологическом обследовании испражнений 482 детей по поводу кишечной дисфункции (в период с 6/II 1958 г. по 9/IX 1958 г.) патогенные штаммы кишечной палочки выделены в 11,2% случаев.

2. Клиническая картина коли-инфекций у детей раннего возраста крайне разнообразна: встречаются легкие, средне-тяжелые и тяжелые формы заболевания, а также затяжные кишечные дисфункции.

3. Тяжесть и течение заболевания в большей мере зависят от общего состояния и возраста заболевшего, а не от типа возбудителя; наиболее тяжело протекает заболевание в первые месяцы жизни.

4. Различные факторы, понижающие реактивность ребенка, а именно: раннее смешанное вскармливание, раннее введение прикорма, искусственное вскармливание, перенесенные заболевания, особенно кишечные и острые инфекции, а также сопутствующие заболевания — способствуют более тяжелому течению коли-энтерита.

5. В целях профилактики коли-энтеритов следует предупреждать заражение ребенка кишечными палочками (что особенно важно для новорожденных, недоношенных и в первые месяцы жизни). Кроме того, в це-

лях повышения сопротивляемости организма и предупреждения гипотрофии следует рекомендовать правильное грудное вскармливание и создание хороших условий внешней среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балабан В. Г., Елшина М. А., Мольченко Е. Ф. Педиатрия, 1958, 5. — 2. Голубева И. Мед. работник, 1958, 91. — 3. Давыдов В. П. Вопр. охраны матер. и дет., 1956, 2. — 4. Доброхотова А. И., Шапиро С. А. Сов. педиатрия, 1934, 4. — 5. Зацепин Н. И., Ступакова Т. Ф. Журнал микр., эпид. и иммун., 1957, 5. — 6. Казанцева М. Н., Цикули Р., Алексеев Л. Педиатрия, 1959, 1. — 7. Маслов М. С. Вопр. охраны матер. и дет., 1956, 2. — 8. Новгородская Э. М. Немчер Г. А. Вопр. охраны матер. и дет. 1956, 2. — 9. Цимблер И. В., Соколова Т. С., Хомицкая Т. А. Педиатрия, 1958, 5. — 10. Цимблер И. В. Педиатрия, 1957, 4. — 11. Шервиндт Б. Мед. работник, 1958, 81. — 12. Adam A., Froboese E. Zbl. ges. Kinderh., 1925, Bd. 17, S. 334. — 13. Kauffman F., Dupont A. Acta pathol. et microbiol. Scandinav., 1950, v. 27. — 14. Herweg J. C., Middelkamp N., Thornton H. K. Journ. Ped., 1956, 49, 5. — 15. Rehsteiner R., Wismann E. Schweiz. Med. Wochenschr., 1956, 39. — 16. Kotikas A. Zeitschr. f. Kinder., 1957, 79, 1.

Поступила 13 февраля 1959 г.

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ НОСА

Проф. М. Х. Файзуллин

Из 1-й кафедры рентгенологии и радиологии (зав.— проф. М. Х. Файзуллин)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

За 10 лет автор провел детальные рентгенологические, в том числе томографические, исследования 25 больных со злокачественными опухолями (14 раковых и 11 саркоматозных), 22 больных доброкачественными новообразованиями придаточных полостей носа (17 остеом, 2 фибромы, 1 остеохондрома, 1 хондрома и 1 цементома) и 40 больных с кистами гайморовых пазух. Эти наблюдения явились основой данной работы.

Злокачественные новообразования у большинства наших больных исходили из гайморовых пазух, реже — из решетчатого лабиринта. В одном случае рак возник из лобной пазухи. У двух больных саркомы исходили из альвеолярного отростка верхней челюсти и распространялись на полость носа и гайморову пазуху, а еще у одного саркома носа распространялась на решетчатый лабиринт.

Возрастное распределение больных представляется обычным, то есть рак наблюдался чаще в пожилом возрасте от 40 до 60 лет, а саркомы — до 25 лет.

Для своевременного установления диагноза, наряду с методами клинического обследования больных, должное место нужно отвести гистологическим исследованиям кусочков вырезанной подозрительной ткани и цитологическим исследованиям носового секрета, материала, добытого пункцией пазух, и, в отдельных случаях, клеточных элементов в промывных водах из пазух.

В качестве звена в цепи клинического исследования больного весьма важен методически правильный рентгенологический анализ, включая метод контрастного и послойного (томографического) изучения придаточных полостей носа.

Несмотря на то, что мы еще не располагаем достаточно разработанными данными по ранней рентгенодиагностике злокачественных опухо-