

3. Применение анатоксина в комплексном лечении дифтерии активирует фагоцитоз.

4. Определение фагоцитарного показателя у дифтерийных больных имеет практическое значение для оценки эффективности лечения и прогноза заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марисова А. П. ЖМЭИ, 1955, 2. — 2. Мечников И. И. Невосприимчивость в инфекционных болезнях. Акад. сбор. соч., т. VIII, М., 1953. — 3. Кудрявцева Н. П. Дифтерия у привитых, дисс., М., 1954. — 4. Спесивцева Е. И. ЖМЭИ, 1952, 9. — 5. Серебрянский И. Я. ЖМЭИ, 1951, 10.

Поступила 8 февраля 1962 г.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИОМИЕЛИТА

Е. С. Вальнева и Э. Е. Ширяк

Казанский детский санаторий этапного лечения полиомиелита (главврач — К. К. Боталова, научный руководитель — проф. Л. И. Шулуто)

Под нашим наблюдением находилось 82 ребенка в восстановительном периоде спинальной формы полиомиелита.

С давностью заболевания до года было 15 человек, до 3 лет — 29, свыше — 38.

В возрасте до 3 лет было 24 и старше — 58.

С поражением одной верхней конечности было 4 человека, одной нижней — 36, двух нижних — 24, с поражением мышц туловища и конечностей — 18.

Нами применялись два комплекса лечения. По первому лечилось 45 детей, а по второму — 37.

Первый комплекс. В течение первого месяца дети ежедневно получали инъекции 0,25% раствора азотнокислого секурина (20—30 инъекций на курс), и одновременно применялись на пораженную конечность и соответствующий сегмент спинного мозга 4 раза в день в течение 12—15 дней укутывания горячей шерстью Рашель по измененному методу Кенни.

После трехнедельного перерыва назначалось 10 подкожных инъекций 0,05% раствора прозерина через день. Параллельно применялись солено-хвойные ванны, которые чередовались с электрофорезом с хлористым кальцием и йодистым калием биполярно по 12—15 процедур на курс лечения.

Второй комплекс. Дети получали 0,5% раствор бромисто-водородного галантамина через день в возрастающей дозировке в количестве 10 инъекций на курс в сочетании с озокеритом на пораженную конечность и соответствующий сегмент спинного мозга аппликационным методом с последующей электростимуляцией пораженных мышц и нервов по точкам 12—15 раз ежедневно. После трехнедельного перерыва применялись дибазол ежедневно за 30 мин до массажа, солено-хвойные ванны через день (всего 12—15 ванн).

Результаты лечения оценивались по характеру изменений со стороны двигательной, рефлекторной и вегетативной функций. Во многих случаях эти данные подкреплялись исследованиями электровозбудимости мышц и нервов.

Увеличение мышечной силы на 1—2 балла по пятибалльной системе и нарастание мышечного тонуса расценивались как улучшение. Увеличение мышечного тонуса, нарастание мышечной силы на 2—3 балла, появление отсутствующих рефлексов и усиление имевшихся, уменьшение мышечных атрофий на 1—2 см и выше, уменьшение вегетативных расстройств оценивались как значительное улучшение. Отмечено, что в возрастной группе до 3 лет из 13 человек при лечении первым комплексом улучшение наступило у 7, значительное улучшение — у 4 и незначительное — у 2.

При лечении вторым комплексом из 11 человек улучшение наступило у 5, и у одного состояние не изменилось.

У детей старше 3 лет при лечении первым комплексом из 30 человек значительного улучшения не наблюдали, улучшение было у 10, незначительное улучшение — у 18 и без перемен — у 2 больных. При лечении вторым комплексом в этой возрастной группе значительное улучшение наступило у 8 и незначительное — у 4 из группы в 28 человек.

При первом комплексе у больных с давностью заболевания до года из 8 человек значительное улучшение получило 6, улучшение — 2. При втором комплексе с той же давностью заболевания из 7 человек у 3 было улучшение, а у 4 — незначительное улучшение.

При давности заболевания от года до трех лет у детей, лечившихся вторым комплексом, у 7 человек получено некоторое улучшение и у 7 — незначительное.

При лечении первым комплексом у 7 человек получено значительное улучшение, у 6 — улучшение, у 2 — незначительное улучшение.

При давности заболевания свыше 3 лет по первому комплексу лечилось 19 человек, из них улучшение получено у 12, незначительное улучшение и без перемен — у 7. При лечении вторым комплексом из 19 человек значительное улучшение наступило у 7 детей, улучшение — у 10 и незначительное улучшение — у 2.

Детям с тяжелой формой поражения (параличи и глубокие парезы) после первого комплекса через 3 недели назначали второй комплекс. У $\frac{2}{3}$ больных наступило улучшение.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Первый комплекс лечения целесообразно применять в возрасте до 3 лет и с давностью заболевания не более 2 лет.

2. При наиболее тяжелых поражениях следует начинать лечение с первого комплекса (учитывая давность заболевания и возраст больного) с последующим переходом на второй.

3. Второй комплекс рекомендуется применять в старшем возрасте и на наиболее поздних сроках от момента заболевания.

Поступила 10 декабря 1961 г.

ПРОБА НА С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ

Канд. мед. наук А. И. Иванов и П. М. Пашинин

Кафедра инфекционных болезней (нач. — проф. П. А. Алисов) и кафедра микробиологии (нач. — проф. А. А. Синицкий) Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

В последние годы наблюдаются в основном легкие формы дизентерии. Диагностика их и дифференциальная диагностика от других острых кишечных заболеваний часто очень сложна. Вместе с тем, до последнего времени вопрос о переходе острой дизентерии в хроническую форму остается одним из самых актуальных. Больные с дизентерией нередко выписываются из стационара недостаточно излеченными, так как нет точных показателей, по которым можно судить о полноте их выздоровления.

Привлекает внимание предложенная в последние годы проба на С-реактивный белок, позволяющий в сыворотке больного в связи с воспалительно-некротическими процессами в организме.

Динамика изменения количества С-реактивного белка при некоторых инфекционных заболеваниях (грипп, брюшной тиф, болезнь Боткина, инфекционный мононуклеоз и др.) изучалась многими авторами, и большинство из них отметило правильную закономерность появления С-реактивного белка в разгаре заболевания, что может служить для целей диагностики и прогноза. В доступной нам отечественной, а также иностранной литературе данных о применении пробы на С-реактивный белок у больных дизентерией мы не нашли.

Известно, что при острой дизентерии в толстом кишечнике всегда развивается воспалительный, а в ряде случаев и некротический процесс. Возможно проследить с помощью пробы на С-реактивный белок за тяжестью и динамикой изменений в кишечнике у больного дизентерией представлялась перспективной в смысле использования полученных данных для диагностики заболевания и определения полноты выздоровления в периоде реконвалесценции.

Нами исследовалась сыворотка крови на С-реактивный белок у 50 больных острой дизентерией, находившихся на лечении в клинике в 1959—60 гг. В возрасте от 17 до 20 лет было 14 человек, от 21 до 30 лет — 34 и старше — 2. Кроме того, проба ставилась с сыворотками 10 здоровых людей в возрасте от 20 до 25 лет.

Диагноз дизентерии основывался на клинических данных (ректороманоскопия и копроцитология). У 19 больных были выделены дизентерийные бактерии (у 14 вида Флекснера, главным образом типа С, и у 5 — бактерии Зонне). Из сопутствующих заболеваний были аскаридоз (2), трихоцефалез (2), лямблиоз (5), сочетание аскаридоза с лямблиозом (2).

При выраженной интоксикации, повышении температуры выше 38° и частоте стула больше 10 раз в сутки диагностировалась средняя тяжесть. Когда явления общей интоксикации были невыраженными, температура была субфебрильной, частота стула не превышала 10 раз в сутки, устанавливался диагноз легкой формы заболевания. Больных с тяжелым течением дизентерии не было. Средняя тяжесть заболевания была у 23, легкая — у 27.

Исследование на С-реактивный белок производилось почти всем больным трижды: в разгаре заболевания, в ближайшие 4—5 дней после снижения температуры до норм, то есть в начале реконвалесценции и перед выпиской.