

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. Возможность 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.

При постановке проб на С-реактивный белок использовалась методика, описанная Андерсоном и Маккарти, с некоторым упрощением. В капилляр с диаметром просвета 0,5—0,7 мм набиралась на высоту 3 см кроличья иммунная антисыворотка к С-реактивному белку. Затем в таком же объеме набиралась сыворотка больного. Несколькими качательными движениями сыворотки перемешивались, после чего капилляр в вертикальном положении ставился в пластилин. Штатив оставлялся при комнатной температуре. Результаты реакции учитывались через 16—18 часов. Если образовывался преципитат высотой 1 мм, реакция считалась слабо положительной, при высоте столба в 2—3 мм — положительной, 4 мм и больше — резко положительной.

Специфическая антисыворотка к С-реактивному белку была приготовлена на кафедре микробиологии ВМОЛА им. С. М. Кирова П. М. Пашинным путем иммунизации кроликов С-реактивным белком, полученным из плевральной жидкости больного лимфогрануломатозом.

Всего было выполнено 143 исследования.

В разгаре заболевания у всех больных средней тяжести проба на С-реактивный белок была положительная (у 10 — резко положительная, у 12 — положительная и у 1 — слабо положительная). При легкой форме заболевания только у 5 (из 27) проба была слабо положительной, у остальных — отрицательной.

С началом выздоровления почти у всех больных, за исключением трех, перенесших дизентерию средней тяжести, проба дала отрицательные результаты. Перед выпиской С-реактивный белок обнаруживался только у одного больного. У него в разгаре заболевания проба была резко положительная, в начале реконвалесценции — отрицательная. Появление С-реактивного белка перед выпиской можно связать с тем, что за 5 дней до исследования больному была проделана провокация иммуногеном для определения полноты выздоровления (иммуноген внутрь утром, натошак, первый день 3 таблетки, второй день — 6 таблеток). После дачи иммуногена клинических признаков обострения заболевания не было, при контрольной ректороманоскопии патологических изменений слизистой прямой и сигмовидной кишок не отмечалось. Других каких-либо факторов, которые могли бы служить причиной появления С-реактивного белка, у данного больного не обнаруживалось, и он был выписан. Однако через неделю у него появились боли в животе, а спустя месяц развился выраженный рецидив заболевания. Следует заметить, что провокация иммуногеном перед выпиской проводилась еще у 5 больных. У всех последующая постановка пробы дала отрицательные результаты, рецидивов заболевания не было.

Небольшой процент положительных проб у больных с легкой формой заболевания, наиболее трудной для распознавания, ставит диагностическую ценность этого исследования при дизентерии под сомнение. Однако реакция на С-реактивный белок в этих случаях имеет прогностическое значение и может оказать помощь в распознавании развивающихся осложнений. По нашему мнению, дальнейшие поиски в этом отношении следует направить по линии выявления значения пробы на С-реактивный белок для дифференциального диагноза от других заболеваний, сопровождающихся геморрагическими явлениями в кишечнике, — амёбиаз, балантидиаз, некоторые сальмонеллезы и др. Нужно также накапливать наблюдения по использованию пробы на С-реактивный белок для определения полноты выздоровления после провокации иммуногеном.

Довольно четко выявляется параллелизм между глубиной патологических изменений в кишечнике больных и наличием С-реактивного белка. У всех больных, у которых во время обследования проба давала положительные результаты, одновременно отмечался геморрагический процесс в толстом кишечнике, о чем свидетельствовали слизисто-кровянистый стул или результаты ректороманоскопического исследования. Обратные отношения, когда клинически у больных выявлялся геморрагический синдром со стороны толстого кишечника, а проба на С-реактивный белок давала отрицательные результаты, наблюдались только в трех случаях, причем в конце заболевания с легким течением.

У всех 10 здоровых проба на С-реактивный белок дала отрицательные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бух Ф. Л. Пат. физиол. и exper. тер., 1958, 3.— 2. Пашинин П. М. Тр. ВМОЛА им. С. М. Кирова, 1960, т. 110; Лаб. дело, 1961, 5.— 3. Петров Р. В. и Кабаков Е. Н. Клин. мед., 1959, 5.— 4. Шмерлинг Л. А. и Пашинин П. М. ЖМЭИ, 1961, 3.— 5. Anderson H. C. a. McCarty. Am. J. Med., 1950, v. 8.— 6. Antonini C., Zilli A. Rec. progr. med., 1956, 20, 1.— 7. Hedlund P. Scand. J. Clin. a. Lab. Invest., 1957, 9, 3.— 8. Madsen T. Nord. Med., 1958, 59, 13.— 9. Sicca G. T., Del-Bono N. Reforma med., 1957, 71, 25.

Поступила 16 августа 1961 г.