

М. С. МЕССИНОВА

Сравнительная оценка специфических и неспецифических методов лечения дизентерии

Из II-й инфекционной больницы Горздрава г. Казани (главный врач К. И. Боговаров) и клиники инфекционных болезней КГМИ (зав. проф. Б. А. Вольтер)

Для лечения дизентерии предложено много различных методов как специфических, так и неспецифических: лечебная сыворотка, бактериофаг, вакцина, общее медикаментозное лечение, а также местное применение различных клизм: дезинфицирующих, вяжущих, масляных, и проч. За последнее время испытано облучение кварцем и диатермия на область живота. Все же вопрос о наиболее рациональном методе лечения до сих пор остается нерешенным. Результаты лечения дизентерии при всех перечисленных методах чрезвычайно неодинаковы. Причина этого, повидимому, кроется в том, что в большинстве случаев отдельные методы испытывались в различные годы, при различных по тяжести эпидемических вспышках.

Ввиду этого, представляет большой интерес сравнительное изучение различных методов лечения дизентерии.

Это побудило нас поделиться нашими наблюдениями, проведенными во II-й инфекционной больнице во время эпидемической вспышки дизентерии в Казани в 1939 году.

Среди прошедших через гемоколитное отделение больницы дизентерийных больных мужчины составляли 42%, женщины 36,6% и дети 21,4%. Возрастной состав больных от 0,5 года до 60 и более лет. Наибольшее число больных падает на мужчин в возрасте от 16 до 40 лет.

Эпидемическая вспышка 1939 года в Казани была относительно легкой: тяжелой формы заболеваний дизентерией было—32%, средней—38% и легкой—30%.

Продолжительность пребывания одного больного в стационаре составляла в среднем 9,9 дня, однако отдельные больные находились на койке 50—60 дней. Средняя летальность равнялась 6,2%, осложненных случаев было 4,5%. Большинство наших больных (35,4%) поступало в стационар на 3—4-й день болезни, а всего в течение первой недели заболевания поступило до 80%.

У 40,8% больных были бактериологически обследованы испражнения, причем положительных находок бактерий дизентерийной группы было всего 20,3%. Столь невысокий процент положительных находок объясняется отчасти некоторыми техническими погрешностями при заборе испражнений, а также нетяжелым характером самой вспышки.

Литературные данные отмечают очень широкие колебания в проценте положительных бактериологических находок—от 10% (Акатов) до 32,7% (Войко-Ясенецкая) и до 80% (Гартох, Клюева).

Наибольший процент среди выделенных возбудителей падает на дизентерийную палочку типа Флекснера—44,1%, затем Шига—36,8%, Гисса—19,1%.

Серологически были обследованы 60% больных, причем в 57% получены положительные результаты. Из них в 36,4% реакция агглютинации выпала с дизентерийной палочкой Флекснера, в 17,8%—с пал. Шига, в 2,4%—с пал. Гисса. Остальные 43,4% давали одновременно агглютинацию с несколькими штаммами.

Кровь для серодиагностики бралась нами главным образом с 4-го дня болезни. На 2—3-й дни болезни удалось взять кровь только у 15 больных, из них у четырех реакция агглютинации была положительная, что составляет 26,6%. На 4—5-й день реакция была положительная в 35%. Наибольший процент положительных серореакций мы имели, начиная с 6-го по 20-й день болезни.

Нам не удалось получить столь высокий процент положительных серореакций, как это имеет место у некоторых других авторов, которые получили, например, на 5-й день болезни положительную реакцию в 45—60%, а с 6-го дня и позже до 91—95%. Аржелас наблюдал агглютинацию в крови больных уже на 2-й день болезни в 62%, на 3-й день в 73,5%, а к началу 2-й недели в 90—100%.

Перейдем теперь к изложению применяемой нами терапии.

При поступлении в стационар все больные получали 1 раз слабительное в виде *ol. Ricini* 30—40 граммов. По методу дальнейшей терапии больные были разделены на 5 групп: I группа получала слабительное и медикаментозное симптоматическое лечение, II группа получала слабительное и смешанное специфическое лечение в виде комбинации дизентерийной сыворотки с бактериофагом, III группа—слабительное и противодизентерийную сыворотку, IV группа—слабительное и один бактериофаг, V группа—слабительное и облучение обл. живота кварцем.

Первая, наиболее обширная группа больных, состояла в 44,4% из мужчин, 38%—женщин, 17,6%—детей. Наиболее частый возраст этих больных 16—50 лет (55% всех больных этой группы). По тяжести заболевания эта группа была наиболее благополучной: в ней было всего 22% тяжелой формы, 38,7% с заболеванием средней тяжести и 39,2% легких случаев.

По бактериологическим и серологическим данным в 50% всех случаев причиной заболевания была палочка Флекснера.

Лечение проводилось обычным порядком: после приема *ol. Ricini* больные получали в течение 3—5 дней по 100—150 см³ 5% раствора сернокислого натрия, при сильных болях и тенезмах—подкожные впрыскивания атропина 1:1000 по 0,5 см³ или внутрь белладонну. В тяжелых случаях применялись подкожные и внутривенные вливания глюкозы с адреналином, а при значительных кишечных кровотечениях—раствор хлористого кальция внутрь или внутривенно. В очень тяжелых случаях и при сильных кровотечениях делались повторные переливания крови в количестве от 200 до 300 см³.

Результаты лечения были следующие: длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 12,4 дня. Улучшение общего состояния, уменьшение количества позывов, исчезновение крови и слизи в стуле отмечены: на 3-й день у 11,8% больных, на 4—5-е дни у 18,8% больных, на 6-7 дни у 31,4%, а всего до конца

первой недели у 62% больных. Осложнения наблюдались в 2%. Смертность составляла 4,5%.

Вторая группа больных получала комбинированное лечение: слабительное, анитоксическую противодизентерийную сыворотку, бактериофаг и необходимое медикаментозное симптоматическое лечение. В этой группе мужчин было 27,4%, женщин—30,3%, детей—42,3%. Преобладающий возраст до 5 лет и от 21 года до 30 лет.

В эту группу вошло тяжелых случаев 70,6%, случаев средней тяжести 27,4% и легких—2%.

Бактериологически и серологически, попрежнему, установлен тип Флекснера в 50% и тип Шига в 31,8% случаев.

Большая часть больных этой группы поступила на первой неделе заболевания: до 6-го дня поступили 70% больных. Лечение проводилось следующим образом. При поступлении давалась разовая доза *ol. Ricini* и одновременно вводилась анитоксическая противодизентерийная сыворотка в количестве 45—60 тыс. АЕ.; спустя 1—2 часа через мягкий катетер вводилось *per rectum* 10 см³ бактериофага. В тяжелых случаях на 2-й и 3-й дни повторялось введение сыворотки и бактериофага. Одновременно больные получали медикаментозное симптоматическое лечение—сердечные, глюкозу 4½% подкожно, при сильных тенезмах и болях в животе—атропин. В случаях средней тяжести сыворотка вводилась однократно, бактериофаг же повторяли на 2-й и 3-й дни по 10 см³.

Улучшение общего состояния, исчезновение крови и слизи в стуле на 3-й день лечения отмечены лишь у одного больного, на 4—5-й день в 7,4% случаев, на 6—7-й день в 15,6%, у основной массы больных исчезновение крови наблюдалось только к концу 2-й недели.

Средняя продолжительность болезни равнялась 20 дням. Осложнения наступили в 14,1%. Летальность равнялась 17,2%.

Третья группа, получавшая кроме слабительного только одну противодизентерийную сыворотку, состояла всего из 9 больных. Очень тяжелых из них было 6 больных, несколько менее тяжелых 3. Бактериологически и серологически были найдены палочки типа Шига. Трое больных были запущенными, поступили в больницу и им начато лечение только с 9—11-го дня болезни. Противодизентерийная сыворотка вводилась им внутримышечно повторно несколько раз, всего в среднем от 120 до 150 тыс. АЕ. Несмотря на тяжесть заболевания, улучшение с исчезновением крови и слизи в стуле наступило у 3 больных на 4-й день лечения, у одного больного на 6-й день и у 3 больных на 8-й день. В 2 случаях позднего поступления (на 9 и 11-й день) улучшения не наступило и больные погибли на 12-й и 15-й день болезни. Средняя продолжительность пребывания больных на койке равнялась 14,6 дня. Летальность—22%.

Четвертая группа больных получала слабительное и бактериофаг; в этой группе было мужчин 44,8%, женщин—36,2% и детей—18,9%. Превалировали больные в возрасте от 20 до 50 лет. Больных с тяжелой и средней формой заболевания было 92,8% и легких случаев—7,2%. Большинство больных поступило в стационар на 2—4-й день болезни. Бактериологическое исследование дало 29,2% положительных находок, из них палочка Шига получена более чем в 50% всех положительных случаев. Серологически положительная агглютинация наблюдалась в 69,7%, преимущественно с палочкой Шига,

Мы применяли бактериофаг per rectum, вводя его по 10 см³ через мягкий катетер подряд три дня. Улучшение общего состояния, уменьшение количества позывов, тенезмов и исчезновение крови и слизи мы наблюдали уже в первые два-три дня после применения фага.

Средняя продолжительность коежного лечения равняется 9,6 дня. Из числа больных, леченных фагом, умер только один больной, что составляет 1,4%.

Таким образом, несмотря на значительную тяжесть заболевания у больных, входящих в эту группу, применение бактериофага дало очень хорошие результаты.

Пятая, последняя, небольшая группа получила слабительное и облучение области живота лампой Баха. Облучение проводилось ежедневно по 5 минут на расстоянии 30 см., всего сделано от 3 до 6 сеансов. Все больные, леченные кварцем, поступили в стационар с ясно выраженной клинической картиной дизентерии. Серологическое исследование дало 38% положительных агглютинаций с дизентерийной палочкой Шига. Большинство случаев средней тяжести (63%). Тяжелых было 7,4% и легких 29,6%. Больные поступали в больницу по преимуществу на 3—4-й день болезни.

Улучшение отмечено было уже после 2 облучений. Уменьшались боли в животе, уменьшалось количество позывов, исчезала кровь в стуле. Оформленный стул после 3 облучений имелся у 37,4% больных, у 33,3% после 4 облучений, у 22,2% больных после 5 облучений. В 2-х случаях улучшение не наступило и после 6 облучений.

Средняя продолжительность болезни равняется 8,5 дням. Осложнений и смертельных исходов в этой группе больных не было.

От комбинированного лечения слабительным и облучением области живота кварцем мы имели хороший эффект в случаях средней тяжести и в легких. В тяжелых случаях результаты были недостаточными, пришлось перейти к применению более надежных средств (бактериофаг, сыворотка).

Подводя итоги нашему наблюдению нужно отметить, что ректальное применение бактериофага оказалось весьма активным методом лечения дизентерии. Несмотря на значительную тяжесть заболевания, группа больных, леченных бактериофагом, дала быстрое улучшение состояния, снижение температуры, исчезновение крови и слизи в испражнениях и проч. Длительность пребывания на койке была весьма небольшой—всего 9,6 дня, что намного короче контрольной первой группы (12,4% дня).

Весьма хорошие результаты дает также применение антитоксической противодизентерийной сыворотки, хотя длительность пребывания больных на койке в этой группе была больше, чем при обычном медикаментозном лечении (14,6 дня вместо 12,4 дня). Сравнительно высокой была и смертность (2 чел. из 9, леченных сывороткой), но это объясняется особенной тяжестью заболевания больных этой группы.

Во всех тяжелых, токсических случаях заболевания следует применять комбинированное лечение больных антитоксической сывороткой и бактериофагом.

Облучение ультрафиолетовыми лучами при дизентерии дало на первый взгляд наилучшие результаты: полное отсутствие смертельных исходов и самое короткое пребывание на койке. Однако на этих результатах сказался более легкий состав больных в данной

группе: $\frac{1}{3}$ этих больных отнесена к легким и $\frac{2}{3}$ к средним по тяжести формам. Под влиянием кварца у них наступало быстрое улучшение болей и значительное улучшение кишечных явлений, но все же ни в одном случае с более тяжелой формой заболевания не удалось ограничиться применением одного кварца, а приходилось переходить к другим более надежным методам.

Казань, Правая ст. Булака, 41, кв. 7.

А. И. КОЛЮ

К вопросу серологической диагностики дизентерии у детей раннего возраста

Из детской клиники Смоленского областного научного института ОММ (научный руководитель проф. А. Т. Петряева)

Дизентерия протекает у детей разнообразно. В атипичных случаях диагностика дизентерии, особенно у маленьких детей, крайне затруднительна. Распознавание болезни только по данным бактериологического исследования не всегда возможно, так как бактериологическое подтверждение даже в клинически ясных случаях несомненной дизентерии часто отсутствует, и, кроме того, бактериологическое исследование нередко указывает на дизентерийную этиологию диспепсий, имеющих совсем иную клиническую картину. Так, по данным клиники детских болезней МОКИ-Медвуза в 1937 г. из общего числа направленных в клинику с диагнозом токсической диспепсии, 23,7% чел. оказались больными дизентерией.

По сообщению Белоглазова, у детей при токсической диспепсии посевы на бактерии дизентерийной группы дали около 47% положительных ответов. Отсюда следует, что только при использовании всех методов исследования можно более точно определить этиологию разных групп детских поносов.

Одной из особенностей клинического течения дизентерии у детей раннего возраста является то, что она часто начинается с затяжных диспептических явлений — протравливания (Дригальский), сенсibilизации кишечника и организма (Сперанский), и спустя примерно три недели появляются характерные клинические симптомы болезни. Между тем, раннее распознавание дизентерии у детей грудного возраста является крайне важным, особенно в детском коллективе (ясли, детсад).

Важным диагностическим признаком дизентерии у детей младшего возраста, наряду с бактериологическими данными, является и серологическая реакция.

Сравнивая два способа диагностики дизентерии (бактериологический и серологический), наша клиника пришла к заключению о преимуществах серологической диагностики. Во-первых, бактериологический метод не всегда доступен, особенно в лабораториях районного центра и сельских местностях. Для получения хороших результатов надо соблюдать ряд условий: правильное взятие материала, многократность посевов, высокая квалификация лабораторных работников и т. д. Во-вторых, высеваемость дизентерийных палочек из испражнений дизен-