

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, детский сад).

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-

терийных больных, по данным ряда авторов, достигает в среднем только 40—50%. В третьих, при бактериологическом методе исследования ответ задерживается до 4—5 дней.

В клинике нами широко применяется наряду с бактериологическим методом исследования параллельно и серологический метод с хорошим результатом. Преимуществом серологического метода исследования является следующее: 1) техника серологической реакции чрезвычайно проста и доступна; 2) результаты исследования получаются в тот же день или на следующий; 3) серологический метод дает значительно больший процент положительных ответов, чем бактериологический.

Серологический метод исследования наряду с хорошими сторонами имеет и свои недостатки. Как известно, реакция агглютинации при дизентерии принадлежит к типу групповых реакций, следовательно, возможен ложный вывод при постановке диагноза дизентерии; поэтому всегда нужно тщательно учесть клиническую картину, а также и бактериологические данные. Ряд авторов (Нечаева, Рабинович, Плескунова) относит эти недостатки серологической диагностики к сугубо отрицательным.

На нашем материале мы не можем этого подтвердить, так как положительные групповые реакции имели место только в 8,3%, наиболее часто с сывороткой больных, у которых найдены палочки Шига-Крузе.

Кроме того, при повторных исследованиях в сомнительных случаях наблюдается нарастание титра, что подтверждает специфическую природу заболевания. „Групповые реакции обычно получаются с титром в 2—4 раза меньше, чем специфические, что может быть легко расшифровано при чтении результатов“. (Богданов и Короткин).

Многие авторы (Гейнес, Рабинович и др.) высказывают предположение, что чем моложе ребенок, тем меньше возможность для групповой реакции вследствие перенесенных инфекций.

Можно заключить, таким образом, что групповые реакции решающего значения не имеют.

Большим неудобством серологического метода является еще то обстоятельство, что невозможно сделать исследование ранее 5—7-го дня болезни, поэтому серологический метод восполняется бактериологическим. Оба способа исследования, дополняющие друг друга, являются могучим средством в руках педиатра при диагностике дизентерии у детей.

Переходим к рассмотрению нашего материала. За 1938 и 1939 гг. у 126 больных дизентерией детей была взята кровь на агглютинацию. Диагностическим титром нами принималось разведение не ниже чем 1:100. Получены следующие результаты.

Возраст детей.	3—6 мес.	6—12 мес.	1 год и больше	Всех случаев.
Число случаев	8	40	78	126
Число случаев с положит. результатом	0	30	75	105 (83,3%)
Число случаев с отрицат. результатом	8	10	3	21

Как видно из приведенной таблицы, положительная реакция агглютинации при дизентерии у детей раннего возраста получилась в 83,3%. Если исключить детей до 6 месяцев, то процент положительных результатов повышается до 89,7. Детей до 6 месяцев было 8. Кровь

на агглютинацию бралась дважды, и во всех случаях получен отрицательный результат; из этой группы 6 детей погибли; при аутопсии установлен диагноз дизентерии.

Таким образом, мнение Гейнса, что диагноз дизентерии у детей самого раннего возраста серологически подтверждается реже, так как способность к выработке антител тем слабее, чем моложе ребенок, нашло подтверждение и в наших исследованиях.

При рассмотрении вопроса, с какого дня заболевания серологическая реакция у детей, больных дизентерией, является положительной, мы видим, что на нашем материале, в соответствии с литературными данными, с 5—6-го дня заболевания имеется 32% положительных ответов, а в последующие дни (от 6 до 32 дн.) — 83,3%. Отсюда следует, что указание Розенберга и Свенсона о пригодности реакции агглютинации при дизентерии лишь в поздние сроки болезни подлежит пересмотру.

Наряду с серологической реакцией производилось и бактериологическое исследование, причем расхождений мы не встречали. Кроме того, все умершие от дизентерии дети с положительной реакцией агглютинации подвергались аутопсии, и диагноз дизентерии подтвердился.

Несмотря на всю важность вопроса о результатах реакции на отдаленных сроках после перенесенной дизентерии у детей, литература по данному разделу очень незначительна. Так, Богданов и Короткин на небольшом материале у взрослых установили, что реакция остается положительной через 3—5 месяцев по исчезновении клинических симптомов болезни. Поэтому авторы высказали предположение, что при дизентерии, как и при брюшном тифе, специфические агглютинины сохраняются долго, по крайней мере 4—6 месяцев.

Для изучения данного вопроса нами было взято на исследование 10 детей, которые лежали в клинике по поводу дизентерии, имели положительную реакцию агглютинации и выписались домой здоровыми. Эти дети были обследованы на дому 3 раза; при первых двух исследованиях у всех детей получена положительная реакция и только в 3-й раз, на 10—11-м месяце, получены отрицательные ответы.

Это дает нам право сделать предварительный вывод, что реакция агглютинации у детей, перенесших дизентерию, остается положительной 8—10 месяцев и дольше. Для уточнения этого вопроса необходимы дальнейшие наблюдения на большом материале.

Для выяснения вопроса, не встречается ли положительная реакция агглютинации и у здоровых детей, не болевших дизентерией, нами было взято в 1938 году (в эти же летние месяцы) для контроля 38 детей из Смоленского дома младенца и из детских яслей Западной ж. д., которые находились под наблюдением врачей с первого месяца жизни и никогда не болели ни дизентерией, ни другими поносами. Эти контрольные дети взяты в таком же возрасте, как и прошедшие через клинику больные дети. Ни у одного из обследованных 38 детей мы не получили положительного результата. Это дает право утверждать, что у здоровых детей реакция агглютинации является отрицательной.

Выводы

1. Реакция агглютинации при дизентерии у детей является ценным диагностическим признаком, особенно в нетипичных случаях, и дает право на применение специфического лечения.

2. Реакция агглютинации при дизентерии у детей оказывается положительной в 83,3% случаев.

3. Реакция агглютинации при дизентерии дает положительные ответы на 7—9-й день заболевания.

4. Групповые реакции не могут умалить диагностических достоинств этого способа, так как они проходят при сравнительно низком титре.

5. У детей, перенесших дизентерию, реакция агглютинации держится положительной в течении 8—10 месяцев и дольше.

6. Серореакция ускоряет постановку диагноза дизентерии; она очень легко выполняема, даже в условиях районных и сельских леч. учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилевич, Дизентерия у детей, 1929.—2. Ланговой, Рус. врач, № 29, 1907.—3. Тец, Педиатрия, № 1, 1938.—4. Богданов и Короткий, Сов. мед. № 7, 1938.—5. Гармиза и Спицина, Педиатрия, № 4, 1937.—6. Панцхверова, Сов. педиатрия, № 3, 1936.—7. Кучер, Горовский, Трахтенберг, Педиатрия № 4, 1938.—8. Агопов, Сов. педиатрия № 7, 1936.—9. Балабани Хохол, там же № 3, 1936.—10. Ионин, там же № 4, 5, 1935.—11. Кричевский, Глезерман и Консон, Педиатрия № 4, 1938.—12. Бубнова, Полтева, Педиатрия № 4, 1938.—13. Плескунова, Педиатрия № 4, 1938.—14. Сборник по дизентерии под редакцией Розена и др., 1936.—15. Рабинович и Нечаева, Сов. педиатрия № 3, 1936.

г. Смоленск, Киевское шоссе,
переулок Шевченко, д. 7, кв. 5.

С. Ф. НЕМШИЛОВ, В. В. АНАНЬЕВА И В. Н. ЧЕМОДАНОВ

К вопросу о роли крыс в эпидемиологии кишечных инфекций

Из кафедры микробиологии Казанского государственного медицинского института
(зав. кафедрой проф. Р. Р. Гельцер)

Брюшной тиф, дизентерия, паратифы и пищевые токсикоинфекции паратифозного типа с бактериологической стороны сравнительно хорошо изучены. Распространение этих заболеваний связано, главным образом, с такими факторами, как вода, мухи, бациллоносительство у людей; в отношении токсикоинфекций паратифозного типа — также сказывается недостаточность ветнадзора при убойе скота, антисанитарные условия перевозки туш, отсутствие надлежащего санитарного надзора при хранении и изготовлении различного рода пищевых продуктов. Вопрос же о нахождении вируса во внеэпидемическое время, например, зимой, изучен мало.

Опубликованные в литературе экспериментальные работы по этому вопросу не многочисленны и до некоторой степени противоречивы.

Так, Фрислебен (1927 г.), для разрешения вопроса являются ли находящиеся в кишечнике здоровых животных бациллы паратифа В патогенными для человека, исследовал 50 диких мышей и 10 диких крыс. Кроме кишечника у этих животных исследованию подвергались: кровь из сердца, печень, селезенка, лимфатические железы и почки. При этом у диких мышей были найдены 14 штаммов Гертнера и 12 штаммов паратифа В, из коих 10 оказались микробами мясных отравлений типа Фрайбург и 2 типа Бреслау. В результате исследования 100 крыс, автором были найдены 13 штаммов бацилл Гертнера и 6 штаммов бацилл мясного отравления типа Фрайбург. Обнаруженные микробы ни культурально, ни серологически не отличались от штаммов патогенных для человека. На основании этих данных автор приходит к выводу о воз-