

В процессе грязелечения не отмечалось неблагоприятных изменений в морфологическом составе периферической крови, колебания РОЭ были незначительны и неоднородны.

У всех без исключения больных после курса санаторного лечения возрастала концентрация гемоглобина.

Опыт применения грязей «Голубого озера» для лечения подострых и хронических пояснично-крестцовых радикулитов свидетельствует о высокой их терапевтической ценности. В настоящее время на базе бальнеологических ресурсов «Голубого озера» развернуто строительство большого неврологического санатория.

УДК 616.981.551

## КЛИНИКА СТОЛБНЯКА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

(По материалам I инфекционной больницы г. Казани)

*Д. К. Баширова и В. Я. Давыдов*

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и кафедра инфекционных болезней  
(зав. — доктор мед. наук А. Е. Резник) Казанского ордена Трудового  
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В условиях мирного времени столбняк является довольно редким заболеванием. Тем не менее он должен находиться в поле зрения врачей многих специальностей, ибо заболевание столбняком чревато трагическим исходом.

Несмотря на применение сывороточной терапии и антибиотиков, столбняк продолжает оставаться заболеванием с высокой летальностью.

С 1955 по 1964 г. включительно в клинике находилось 30 больных столбняком: 5 дошкольников, 11 школьников, 14 взрослых (от 17 до 73 лет). Лиц мужского пола было 14, женского — 16. Жителей города и села было поровну (по 15 чел.). Большинство горожан проживало на окраинах.

В I квартале года заболел один, во II — 9, в III — 14 и в IV — 4 чел. Наибольшая заболеваемость наблюдалась в летние месяцы. С июня по август заболело 19 чел., из них 14 детей.

Из 24 больных, у которых нам удалось установить локализацию входных ворот инфекции, у подавляющего большинства были мелкие бытовые травмы. Ни одному из этих больных сыворотка с профилактической целью против столбняка не вводилась. У 6 больных (20%), несмотря на тщательный опрос и осмотр, входные ворота инфекции остались невыясненными. У 14 больных столбняк развился после мелких травм дистального отдела ноги или руки стеклом, гвоздем, щепкой, проволокой и др. Некоторые из них могли указать лишь на ушиб ноги или потертость кожи обувью. У 3 больных входными воротами инфекции была матка. Развитие столбняка у них наступило после криминального аборта. За последние 3 года случаев столбняка после абортов в Казани не было зарегистрировано.

У одного взрослого больного (инвалида с ампутированными ногами) столбняк возник после отморожения II ст. в области ягодич и закончился выздоровлением. Столбняк после отморожений в мирное время встречается редко. По данным Ф. С. Каргановой-Мюллер, к 1940 г. в русской литературе было описано 14 заболеваний столбняком после отморожений, и все они закончились летально.

Столбняк при пролежнях в крестцовой области мы наблюдали у одной больной, 73 лет.

У 5 детей локализация входных ворот была необычной. Один ребенок заболел столбняком после удаления зуба, у 2 в анамнезе был хронический гнойный отит с обострением за 7—14 дней до первых симптомов столбняка. Уши, как входные ворота для столбняка, описаны многими авторами. При гнойном отите хронического характера дети нередко используют для чистки ушей грязные предметы, с которыми могут быть внесены *cl. tetani*.

В литературе есть указания на возможность развития столбняка после укуса насекомых. В анамнезе у двух детей нам удалось установить укус клещей. Заболевание столбняком у них наступило через 2 недели после укуса. У этих детей какую-либо травму выявить не удалось; возможно, возникновение столбняка у них связано с укусом клеща.

Мы не смогли установить у наших больных влияние локализации входных ворот инфекции на продолжительность инкубационного периода. Чаще всего он колебался в пределах 7—14 дней (у 19 больных). У 3 больных он длился 3 дня, у 2 — более 3 недель. Самой опасной локализацией ворот инфекции при столбняке является матка и пупочная рана, ведущие в 80—100%, по данным литературы, к летальному исходу.

По нашему материалу течение заболевания с летальным исходом наблюдалось у всех 3 больных с локализацией ворот инфекции в матке. У 2 больных столбняком,

развившимся после травмы на туловище (отморожение и пролежни), было тяжелое течение болезни. Один больной умер. После травм конечностей наиболее тяжелые формы были у больных с глубокими ранами мягких тканей.

Столбняк по типу общего нисходящего был установлен у 27 больных, по типу местного или местного с переходом в общий — у 3. Восходящий столбняк не наблюдался.

На 1—3-й день болезни поступило в стационар 11, на 4—7-й — 15 и позднее — 4 чел.

Легкая форма была у 4, среднетяжелая — у 10, тяжелая — у 16 больных.

Клиника столбняка у взрослых и детей была несколько различна.

У взрослых заболевание начиналось с головной боли, недомогания, общих мышечных болей тянущего характера во всем теле, а затем развивался тризм и другие симптомы болезни. Появление болей в области травмы — входных ворот инфекции больные отмечали редко. Затруднение акта жевания к концу первого или второго дня болезни переходило в ясную картину тризма, напряжения мышц шеи, спины, живота и конечностей, затем развивались общие судороги. Температура у большинства больных была субфебрильной.

У детей подобное начало заболевания наблюдалось редко. У 8 детей первоначальной жалобой было нарушение глотания и жевания. У некоторых детей болезнь начиналась с общих судорог, затем присоединялась ригидность мышц. С первых дней болезни у детей обычно повышалась температура до 38—38,6° и держалась на этом уровне от 2 до 11 дней.

У 2 детей, в силу тяжелых судорог, течение столбняка осложнилось разгибательной контрактурой ног.

В картине крови у взрослых больных с большим постоянством, чем у детей, наблюдался умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом и ускоренная РОЭ. У 6 детей из 16 был умеренный лейкоцитоз, а у остальных нормоцитоз или лейкопения.

У 3 детей столбняк протекал с симптомами одностороннего пареза лицевого и глазодвигательного нервов.

Наиболее типичная клиника «лицевого» столбняка была у ребенка В., 9 лет, который поступил в клинику 1/IX 1961 г., на 10-й день болезни. Через неделю после удаления зуба у мальчика появилось затруднение акта жевания и глотания, тризм, парез левого лицевого нерва и птоз левого верхнего века. При поступлении в больницу самочувствие хорошее, воспаления в области удаленного зуба нет. Мальчик ходит, ригидности мышц туловища и конечностей не было. На 26-й день болезни наступило выздоровление.

Подобная же картина заболевания наблюдалась у девочки В., 12 лет, поступившей 21/VII 1961 г. на 7-й день болезни.

У больной внезапно появились непродолжительные судороги, после чего наступил тризм, нарушение акта глотания, но больная продолжала ходить. При поступлении в стационар были выявлены симптомы левостороннего пареза лицевого нерва и тризм. В течение суток были клонико-тонические судороги, преимущественно в верхней половине туловища.

На 19-й день болезни наступило выздоровление.

Переход местного столбняка в общий был отмечен у девочки С., 6 лет, поступившей в стационар 25/V 1956 г. До болезни был укус клеща в правое ухо. Мать удалила клеща зубами, а через 2 недели заметила у дочери перекос рта влево и сужение правой глазной щели. Девочка жаловалась на зубную боль и боли в груди. Затем присоединился тризм, общая ригидность мышц туловища и конечностей, судороги. Выздоровление наступило на 26-й день болезни.

Выздоровление наступало постепенно как у взрослых, так и у детей. Обычно к 7—16-му дню болезни исчезали общие судороги, к 10—24-му проходил тризм и к 18—30-му дню прекращалась ригидность остальных мышц.

Лечение наших больных было комплексным: уход, режим питания, противостолбнячная сыворотка, пенициллин, витамины, противосудорожные и наркотические средства.

Противостолбнячную сыворотку мы вводили внутримышечно, в зависимости от возраста больных в дозе от 50 до 400 тыс. АЕ на курс лечения, в течение 1—3 дней. Согласно старым инструкциям, в 1955—1956 гг. в ряде случаев больным противостолбнячную сыворотку вводили в дозах до 600—800 тыс. АЕ в течение 5—9 дней. Однако при сравнении клинического течения заболевания у этих групп больных мы не смогли выявить преимуществ длительного (свыше 3 дней) применения больших доз сыворотки.

Из 30 наблюдаемых больных умерло 7 (23,3%). У 6 больных, несмотря на раннее введение больших доз сыворотки (350 000 АЕ), смерть последовала в ближайшие 13—36 часов от начала лечения. Эти больные поступили в первые 2—3 дня болезни в тяжелом состоянии, с развернутой клиникой столбняка. Тяжесть течения у 3 больных была обусловлена локализацией входных ворот инфекции в матке, что способствовало интенсивному всасыванию тетанотоксина. У них болезнь развивалась через 10—13 дней после криминального аборта.

У одного больного о бурном развитии столбнячной инфекции свидетельствовал короткий инкубационный период (3 дня), у 2 больных были обширные входные ворота инфекции (рубленая рана руки и пролежни).

Лишь одна больная, 64 лет, поступила на 7-й день болезни с запущенной, нелеченной формой столбняка и умерла на 3-й день пребывания в больнице.

Смерть у 5 из 7 больных наступила на 3—5-й дни болезни, у 2 больных — на 9—10-й дни. У всех смерть наступала от асфиксии во время очередного приступа общих судорог. Ни одному из указанных больных с профилактической целью противостолбнячная сыворотка не была введена.

Сывороточная терапия не может гарантировать благоприятные исходы при тяжелых и очень тяжелых формах столбняка. Поэтому лечение должно быть комплексным с применением сыворотки, нейролегических препаратов, мышечных релаксантов, антибиотиков и других средств. Большое значение имеет также уход за больными.

Основная задача — предупреждение болезни. Для этого есть все предпосылки. Необходимо систематически разъяснять населению правила оказания первой помощи при ранениях и показания для обращения за медицинской помощью.

Профилактику столбняка при травмах и длительно не заживающих язвах рекомендуется проводить комбинированно и строго индивидуально с учетом аллергического состояния организма. Сначала вводят анатоксин, а через 30 мин. начинают вводить сыворотку (не менее 3000 АЕ). При этом следует обязательно выявить чувствительность организма и провести десенсибилизацию больного. Инструкцией предусмотрена постановка внутрикожной пробы со специально приготовленной сывороткой в разведении 1:100. При отсутствии реакции через 30 мин. вводят 0,1 мл неразведенной сыворотки, а еще через 30 мин. — внутримышечно всю остальную дозу сыворотки.

Если специально приготовленной сыворотки в разведении 1:100 нет, сначала вводят подкожно 0,1 мл, а через 30 мин. 0,2 мл цельной противостолбнячной сыворотки. При отсутствии местной и общей реакции через 1—1,5 часа после второй инъекции вводят всю дозу сыворотки внутримышечно. При введении сыворотки необходимо всегда держать в готовом виде адреналин и другие сердечно-сосудистые средства.

Всем женщинам с криминальными абортми необходимо вводить столбнячный анатоксин и противостолбнячную сыворотку в полной профилактической дозе.

Нецелесообразно введение противостолбнячной сыворотки с лечебной целью взрослым в дозе, превышающей 300—400 тыс. АЕ на курс лечения.

Наиболее тяжелым осложнением при введении сыворотки является анафилактический шок.

Приведенный нами материал показывает, что входными воротами для столбнячных микробов могут служить не только глубокие и обширные ранения, но также мелкие бытовые травмы, деструктивно-воспалительные изменения на коже, перфоративные гнойные средние отиты и пр.

Наряду с общим столбняком встречаются такие редкие формы местного столбняка, как «лицевой», который может быть ошибочно принят за понтинную форму полиомиелита, неврит лицевого нерва и т. д.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Матвеев К. И., Сергеева Г. И. ЖМЭИ, 1959, 2. — 2. Мазурин А. В., Нгуен Фу к Нги. В кн.: Столбняк у детей. Медгиз, М., 1963.

УДК 616.9—616.3—616—053.2—612—015.3

## СЫВОРОТОЧНЫЕ ЛИПОПРОТЕИДЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Л. А. Кузнецова*

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Ю. В. Макаров) на базе II детской клинической больницы (главврач — В. К. Мельникова) и ЦНИЛ Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Детальный анализ белковых комплексов сыворотки крови, отражающих состояние обменных процессов, позволяет объективно судить о глубине нарушений, происходящих в организме ребенка, об эффективности проводимой терапии, надежности излечения.

Мы провели, параллельно с клиническими наблюдениями, 2—6-кратные исследования белковых фракций и липопротеидов крови у 116 детей в возрасте от 2 мес. до 2 лет с острыми желудочно-кишечными заболеваниями (при поступлении ребенка в стационар, обычно на высоте заболевания; в период стихания клинических симптомов; в период реконвалесценции).