

О ТЕЧЕНИИ СОВРЕМЕННОГО БРЮШНОГО ТИФА У ДЕТЕЙ

Н. П. Васильева, Д. К. Баширова и М. Г. Валеева

Кафедра инфекционных болезней (зав.—доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, на базе Первой клинической инфекционной больницы Казани (главврач — З. С. Тавлинова)

Брюшной тиф у детей отличается большим разнообразием клинической картины. У маленьких детей нередко наблюдаются формы заболевания, напоминающие токсическую диспепсию, сепсис, менингит (Г. Ф. Вогралик, 1931; И. Р. Гершеневич, 1962 и др.).

Одной из особенностей клинического течения этого заболевания у детей является частота случаев, протекающих с ремитирующей лихорадкой и изменениями со стороны органов дыхания при отсутствии брадикардии (И. Ф. Филатов, 1895; В. С. Шмелева, 1953 и др.).

А. Г. Акулов (1960) отмечает, что часто при брюшном тифе у детей поражается сердечно-сосудистая система. Аритмию он наблюдал в 49,9%, а приглушение тонов сердца — в 95%. Он же делает выводы, что характерными начальными симптомами брюшного тифа у детей являются адинамия, потеря аппетита, обложенность языка, сухие губы, метеоризм, болезненность и урчание в правой подвздошной области, запор или понос.

Н. В. Дмитриева (1962) указывает на раннее вовлечение при брюшном тифе центральной нервной системы в патологический процесс. Более чем у половины детей (54,4%) начало заболевания было бурным.

Н. В. Дмитриева считает, что у детей при брюшном тифе наблюдается универсальное поражение органов и систем.

Широкое применение антибиотиков для лечения детей, больных брюшным тифом, приводит к изменению клинического течения этого заболевания.

Известно, что симптоматическая терапия брюшного тифа у детей укорачивает длительность лихорадочного периода (на 4—7 дней), интоксикация центральной нервной системы обычно исчезает в течение первых 4—7 дней от начала терапии. Снижаются частота и тяжесть осложнений брюшного тифа, а также частота рецидивов (Э. Н. Левинзон, 1960).

По данным И. Р. Гершеневич (1959), рецидивы при лечении антибиотиками могут возникать после продолжительной ремиссии (через 28—30 дней).

Мы изучали 157 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 16 лет, больных брюшным тифом. Из них дошкольная группа составляла 33% (52) и школьная 67% (105).

Преобладание больных школьного возраста совпадает с литературными данными (С. Д. Носов, 1957 и др.).

Заболевание брюшным тифом чаще возникает у неорганизованных в детские коллективы детей. Так, из 52 детей дошкольного и ясельного возраста 37 не посещали детских учреждений. Это служит подтверждением эффективности профилактических мер в детских учреждениях.

В период, сезонный для брюшного тифа, а именно — в июле — сентябре, поступило 50% школьников и 30% дошкольников. Дошкольники же поступали в больницу более или менее равномерно в течение года.

Большинство детей (96) госпитализировалось не ранее 2-й недели болезни. При этом $\frac{2}{3}$ больных переведены из соматических детских больниц с диагнозом брюшной тиф и только $\frac{1}{3}$ направлена непосредственно с участков. Это, безусловно, связано с большими затруднениями в диагностике в первые дни заболевания, особенно детей дошкольной группы. Об этом можно судить также по частоте поступления в больницу больных в первом периоде болезни. Школьники были направлены в стационар на первой неделе болезни в 28%, а дошкольники — лишь в 18%.

Выявились следующие особенности клинического течения брюшного тифа у детей. В литературе указано, что детям свойственно острое начало болезни. У наших больных оно было в 72% у дошкольников и в 55,5% — у школьников.

Ведущими симптомами начального периода брюшного тифа были: головная боль, отсутствие аппетита, вялость, бледность лица, лихорадка.

Основные признаки мезентерита (вздутие живота, напряжение мышц живота справа, урчание и боли в правой подвздошной области) были в той или иной степени у 75% больных.

Явления мезентерита четко определялись лишь со второй недели болезни и держались обычно не более 2 недель. Только у $\frac{1}{3}$ больных они были выражены в течение трех недель. Дисфункция кишечника наблюдалась у всех больных. В форме задержки стула она отмечена у $\frac{2}{3}$ больных. У $\frac{1}{3}$ больных в течение первых 2—7 дней стул был жидким — от 2 до 7 раз в сутки, но и у них затем наступали запоры.

Увеличение печени более отчетливое и продолжительное (до 5—6 недель) было у всех детей младшей группы. У 90% старших детей печень оставалась увеличенной лишь в течение двух недель.

Селезенка была увеличенной в 70% у старшей группы больных и у младшей в 60%.

Поражение сердечно-сосудистой системы при современном брюшном тифе в большинстве случаев не является глубоким, редко клинически диагностируется.

Свойственная брюшному тифу относительная брадикардия встречается не у всех больных. Так, в группе детей до 8 лет вообще преобладает тахикардия (60—80%), в группе старших детей относительная брадикардия была в 50% и к концу второй недели сменялась тахикардией.

Дикротия пульса улавливалась редко и, главным образом, у тяжелобольных. У школьников дикротию пульса мы наблюдали в 8%, а у дошкольников всего в 0,5%.

Глухость тонов сердца в обеих группах встречалась одинаково часто (20—22%).

Явления инфекционного сердца так же редки и колебались в пределах 7—10% в обеих группах.

У наших больных изменения со стороны легких, определяемые клинически, были нечасты. У школьников бронхиты и воспаления легких встречались в 18%, а у дошкольников — бронхиты в 13% и воспаление легких — в 5%.

Розеолезная сыпь в виде единичных элементов обычно наблюдалась на коже больных со 2 недели болезни и держалась, как правило, 2—3 дня. У школьников сыпь обнаружена в 80%, у дошкольников — в 60%.

Лихорадка у наших больных была постоянным симптомом. Выделить какой-то тип кривой при антибиотикотерапии не удается, так как лечение синтомицином или левометицином обрывает лихорадку уже на 3—5 день приема их. В связи с этим в группе детей старше 8 лет средняя продолжительность лихорадки у 55% больных составляла около двух недель, в группе до 8 лет у 60—70% — около трех недель.

Амфиболический период стал необязательным. Температура обычно критически падала до нормы и после 2—3 незначительных подъемов устанавливалась на нормальных цифрах.

Непродолжительная амфиболия (5—7 дней) встречалась в 46% у школьников, а у дошкольников — в 36,5% и была не более 2—3 дней.

Очень редко у детей наблюдалось тифозное состояние, у школьников — в 8%, а у дошкольников — в 3%.

Клинический диагноз у наших 157 больных подтвержден лабораторными данными.

Лейкопения до лечения и после антибиотикотерапии наблюдалась в группе старше 8 лет до 80%, в группе до 8 лет в 60%.

Ускоренная РОЭ наблюдалась в первой группе в 29%, в младшей — в 33%.

Положительный посев крови на брюшнотифозного возбудителя был в старшей группе больных у 53, в группе до 8 лет — у 46%.

Брюшнотифозная палочка высевалась чаще на 1—2 неделе и очень редко на 3 неделе от начала болезни (3% в группе старших детей).

Положительный результат при посеве испражнений был у 28% больных старше 8 лет и у 13% — до 8 лет.

Посев мочи был положительным у детей до 8 лет в 2%, старше 8 лет — в 11%.

Все больные получали комплексную терапию. Она состояла из строгого постельного режима, щадящей диеты. Из лекарственных средств назначались витамины, сердечные средства, левометицин или синтомицин. Антибиотики чаще давались непрерывным циклом (до 10—12 дня нормальной температуры) в возрастной дозе в начале цикла лечения, затем постепенно доза уменьшалась. Больные выписывались из стационара на 21 день нормальной температуры.

У наших больных рецидивы болезни отмечены не были.

ВЫВОДЫ

1. Брюшной тиф чаще встречался у школьников, чем у дошкольников.
2. Клиническое течение брюшного тифа у школьников напоминало таковое у взрослых, то есть были более выражены постепенное начало болезни, картина мезентерита, брадикардия, чаще встречалась розеолезная сыпь на коже, к 5—7 дню болезни увеличивались печень и селезенка.
3. У дошкольной группы больных течение брюшного тифа чаще стертое, легкое, с острым началом болезни, короткой лихорадкой и нечетко выраженной клинической симптоматикой, типичной для брюшного тифа.
4. Ввиду трудности клинической диагностики брюшного тифа на первой неделе болезни необходимо всем больным с неясной лихорадкой проводить посев крови и постановку реакции Видала.

Поступила 20 июня 1963 г.