

Кафедра детских болезней (зав.—проф. Ю. В. Макаров), Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.—С. В. Сенкевич) Казанского медицинского института и 2-я детская клиническая больница Казани (главврач—В. П. Кривцун)

Проблема колибациллеза у детей раннего возраста еще не может считаться окончательно разрешенной. По-прежнему представляет большой интерес разработка различных методов ранней диагностики колиэнтеритов.

Одним из наиболее высокочувствительных методов идентификации патогенных кишечных палочек является метод флуоресцирующих антител (Е. А. Кабанова, Г. А. Стычинский, Е. В. Белогорская, Петуели и Линдер).

По нашим данным (1), применение этого метода позволило установить большую распространенность колиинфекции среди детей первых двух лет жизни с кишечной дисфункцией в виде жидкого стула (высеваемость патогенных кишечных палочек — 33,3%).

Ответ при этом методе исследования мы получали через 18 часов с момента взятия испражнений у больного, так как производили подращивание бактерий в термостате на косяках со средой Эндо, препарат делали из микробной культуры выросших бактерий.

Перед нами встала задача разработки и применения в работе диагностического кишечного отделения экспресс-метода диагностики колиэнтеритов.

Флуоресцирующие антитела можно использовать для выявления патогенных кишечных палочек в испражнениях без предварительного подращивания микробов (Эрих Раймерс). В этом случае ответ получается уже через час с момента взятия испражнений.

Методика. На предметное стекло, обезжиренное в смеси Никифорова, наносили пипеткой 4 маленьких капли дистиллированной воды. Испражнения с пеленки брали платиновой петлей (достаточно одной петли) и вносили в каждую каплю дистиллированной воды. Затем препарат подсушивали на воздухе, фиксировали в пламени спиртовки и окрашивали флуоресцирующими антителами, полученными из агглютинирующих сывороток типов 026, 055, 0111 и 145. Окраска производилась во влажной камере в течение 30 мин, после чего препарат промывался в меняющемся физиологическом растворе.

При просмотривании препарата в ультрафиолетовом микроскопе в положительных случаях были прекрасно видны патогенные кишечные палочки, имеющие овальную форму и яркое специфическое свечение по периферии. По этим признакам патогенные кишечные палочки легко можно отличить от иногда встречающихся в препарате других светящихся объектов (кокков, дрожжей, глыбок и пр.).

Мы убедились, что большое значение имеет техника приготовления мазка. Густые мазки с большим количеством испражнений являются негодными, так как при микроскопии обнаруживается довольно яркое свечение препарата, так что клетки патогенных кишечных палочек невозможно рассмотреть. Капля дистиллированной воды с внесенными в нее испражнениями должна быть только слегка мутной, чем удастся значительно уменьшить неспецифическое свечение препарата.

Этим экспресс-методом нами исследованы испражнения у 163 детей с жидким стулом. Патогенные кишечные палочки обнаружены у 21 больного (12,8%). Таким образом, процент положительных результатов получен приблизительно такой же, что и обычным бактериологическим методом исследования (11,2%), но экспресс-метод дает огромное преимущество во времени (через 1 час вместо трех суток).

Однако экспресс-метод по точности результатов уступает методу флуоресцирующих антител с подращиванием бактерий на среде Эндо. Поэтому экспресс-метод должен применяться для самой ранней диагностики колиэнтеритов, но с обязательным параллельным исследованием испражнений методом флуоресцирующих антител с подращиванием бактерий на среде Эндо.

Метод флуоресцирующих антител открывает перед педиатрами широкие диагностические возможности по раннему выявлению колиинфекций у детей, позволяет точно контролировать эффективность лечения, помогает всестороннему изучению этого заболевания.

Благодаря применению метода флуоресцирующих антител во 2-й детской клинической больнице Казани выявилось в 3,4 раза больше больных колиэнтеритом, чем при обычном бактериологическом методе исследования (1).

Так, в 1961—1962 годах в этой больнице находилось на лечении 192 больных колиэнтеритом. Из них детей в возрасте до года было 140 (72,9%), от года до 2 лет — 42 (21,8%), от 2 до 3 лет — 10 (5,2%).

127 детей из 192 (66,1%) не посещали детские учреждения, 65 (33,8%) были направлены из яслей.

¹ Доложено на совместном заседании общества детских врачей и эпидемиологов, инфекционистов и микробиологов ТАССР 13/VI 1963 г.

Случаи колиэнтерита выявлялись на протяжении всех месяцев года, но наибольшее число их падало на летне-осенний период (126 из 192) с максимальным числом их в июле (42 из 192), а минимальным в феврале (4 из 192).

Большинство больных поступало в диагностическое кишечное отделение по поводу острого желудочно-кишечного заболевания (167 из 192) с диагнозами диспепсия (простая, субтоксическая и токсическая), колиэнтерит (?), энтерит, острая дизентерия (?), пищевая интоксикация, острый гастрит, гастроэнтерит.

У 25 детей расстройство пищеварения рассматривалось как парэнтеральная диспепсия при основном заболевании: пневмонии, отите, гриппе.

Необходимо отметить, что в первые 3 дня болезни было госпитализировано только 82 ребенка из 192 (42,7%), 110 (57,2%) позже, в том числе после 10 дня — 34 (17,7%).

Наиболее часто (39,1%) выделялся серотип 0111, реже (26,5%) — серотип 055, еще реже (17,2%) — серотипы 026 и 145.

Все наблюдавшиеся нами заболевания колиэнтеритом мы подразделяли на легкие, средне-тяжелые и тяжелые.

К легким мы относили заболевания, протекавшие с нормальной или реже с субфебрильной температурой, с жидким стулом от 2 до 7 раз в день обычно без рвоты, реже с однократной рвотой в первые 1—2 дня болезни.

При средне-тяжелых формах всегда наблюдались повышение температуры от субфебрильных цифр до 38,0°, частая рвота в первые дни болезни, водянистый стул от 3 до 8 раз в день с примесью негнойной слизи или без нее, признаки токсикоза и эксикоза были выражены нерезко.

При тяжелых формах температура доходила до 38,0°—40°, рвота была упорной, наблюдался частый (от 5 до 15 раз) жидкий водянистый стул, признаки токсикоза и эксикоза были выражены резко.

При всех формах заболевания в 56,3% в кале было много лейкоцитов, в 5,7% были и эритроциты.

Наиболее часто наблюдались легкие формы заболевания (у 103—53,6%), несколько реже — средне-тяжелые (у 73—38%) и еще реже тяжелые формы (у 16 детей — 8,3%). Два ребенка из 192 (1,04%) умерли.

Оказалось, что заболевания, вызванные серотипами 026, 055 и 145, по тяжести клинического течения существенно не отличаются друг от друга, но серотип 0111 закономерно реже находился при легких формах и довольно часто — при тяжелых.

Серотипы кишечной палочки при различных формах колиэнтерита

Серотип	Число больных	Тяжесть заболевания		
		легкая	средне-тяжелая	тяжелая
026	33	25	8	—
055	51	30	20	1
0111	75	26	35	14
145	33	22	10	1
Итого	192	103	73	16

Средне-тяжелые и тяжелые формы заболевания встречались наиболее часто у детей в возрасте до 9 месяцев (у 68 из 107—63,5%), у детей 9 месяцев и старше чаще были легкие формы (у 60 из 85—70,6%).

При клиническом исследовании больных у большинства нетрудно было исключить дизентерию, но у 11 детей (из 192) в кале было много лейкоцитов и единичные эритроциты, что вызвало подозрение у лечащего врача на дизентерию, однако высев патогенных штаммов кишечных палочек позволил распознать колибациллярную инфекцию. У 4 больных (из 192) был поставлен предварительный диагноз — пищевая токсикоинфекция, который был изменен после высева из фекалий патогенных кишечных палочек (тип 145-3, 0111-1).

При ранней госпитализации, быстром распознавании колинфекции и правильном лечении быстро наступали нормализация стула и улучшение общего состояния детей. 22 ребенка из 192 (11,4%) лечились на дому фталазолом, биомицином, синтомицином, у них были длительно жидкий стул и кратковременное улучшение. Этиология поноса была распознана только в стационаре, и уже через 5—7 дней с начала лечения мицерином у детей был нормальный стул.

Из осложнений колиэнтерита самым частым был отит (у 78 из 192—40,6%), на втором месте стояла пневмония (у 22 из 192—11,4%). У 10 детей (5,2%) наблюдалась пиурия, у 8 (4,1%) — молочница, у 3 (1,5%) — стоматит.

1. Колиэнтерит у детей на дому часто не распознается педиатрами, а проходит под диагнозами других острых желудочно-кишечных заболеваний: диспепсия, дизентерия, энтерит, гастроэнтерит, пищевая токсикоинфекция и пр.

2. Экспресс-метод является ценным диагностическим методом в работе детских диагностических кишечных отделений для раннего предварительного распознавания колиинфекций.

3. При пользовании экспресс-методом следует параллельно производить под-расчивание бактерий на среде Эндо с окрашиванием их флуоресцирующими антители-лами.

4. Заболевания, вызванные серотипами 026, 055 и 145, по тяжести клинического течения существенно не отличаются друг от друга. Серотип 0111 закономерно реже вызывает легкие формы и довольно часто — тяжелое течение заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белогорская Е. В. Казанский мед. ж., 1963, 2. — 2. Кабанова Е. А., Глубокина А. И. ЖМЭИ, 1958, 1. — 3. Кабанова Е. А., Мордвинова Н. Б. и др. ЖМЭИ, 1960, 11. — 4. Колиэнтериты. М., 1962. — 5. Стычинский Г. А. Лаб. дело, 1961, 12. — 6. Petuely T., Linder G. Arch. Kinderheilk., 1958, Bd. 158. — 7. Reimers E. Monatsschrift für Kinderheilkunde. 1962, Bd. 110, H. 5.

Поступила 3 июля 1963 г.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

Доц. А. Е. Резник и С. Б. Перельштейн

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. А. Е. Резник) Казанского медицинского института на базе 2-й инфекционной больницы Казани (главврач — М. И. Ковалерчик)

В последние годы наметилась определенная тенденция к снижению перехода острой дизентерии в хроническую (4—5% вместо 13—14,2% в 1956—1958 гг., по данным И. Л. Богданова и Г. И. Хоменко, 1956; Л. Д. Левиной, 1958; З. И. Красовицкого, 1959; М. К. Каштановой, 1960; Г. П. Папаскуа, 1960). И все же удельный вес хронической дизентерии еще значителен. Длительность течения заболевания, трудности дифференциальной диагностики, лечения, эпидемиологическая значимость придают значительную важность проблеме хронической дизентерии. Многолетний опыт работы в этой области дает нам возможность еще раз обратить внимание на диагностические трудности при распознавании хронической дизентерии, на необходимость выяснения причин формирования этого заболевания, изучения особенностей течения его у каждого больного. Лишь правильная оценка указанных данных, полученных при всестороннем обследовании больных, позволяет индивидуализировать лечебный процесс и достичь стойких результатов лечения.

Мы проанализировали клиническое течение у 1187 больных хронической дизентерией, лечившихся во 2-й инфекционной больнице Казани с 1956 по 1962 гг.

Мужчин было 622 (52,4%), женщин 565 (47,6%). В возрасте от 16 до 20 лет было 52 больных (4,4%), от 21 до 50 — 892 (75,2%), старше — 243 (20,4%). Продолжительность течения заболевания колебалась от 3 месяцев до 4 лет и более; от 3 до 6 месяцев — у 179 (15,1%), 7—12 месяцев — у 290 (24,4%), 1—2 г. — у 282 (23,8%), 2—4 г. — у 277 (23,3%), свыше 4 лет — у 159 (13,4%) больных.

Большая часть больных неоднократно находилась на стационарном лечении, но после выписки у них вновь наблюдались обострения и рецидивы хронической дизентерии.

Тщательный опрос позволил нам установить перенесенную больными в прошлом острую дизентерию. Хроническая дизентерия у 978 (82,4%) больных развилась непосредственно вслед за острым заболеванием. У 209 (17,6%) больных клинические проявления болезни получили развитие после относительного благополучия длительностью от 1—2 недель до 1—2 месяцев.

Переходу острой дизентерии в хроническую способствовали, по-видимому, следующие причины: отсутствие лечения в начале болезни у 274 (23,1%) больных; нерациональное амбулаторное лечение у 149 (13,6%); выписка из больницы с неполным выздоровлением у 75 (6,3%); хронический гастрит — у 342 (28,8%); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 19 (1,6%); хронический холе-