

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ДИЗЕНТЕРИИ ЗОННЕ У ДЕТЕЙ

Д. К. Баширова, Р. К. Галеева, А. А. Сорокин, А. Ф. Мингазова,
А. Р. Шагидуллина, З. С. Тавлинова, Д. Ш. Хаертынова

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова) Казанского
ГИДУВа им. В. И. Ленина, 1-я городская инфекционная больница им. проф.
А. Ф. Агафонова (главрач — З. С. Тавлинова)

Реферат. Изучена клиническая эффективность и экономическая целесообразность разных методов лечения — с применением антибиотиков и без них — детей раннего возраста, больных легкой формой дизентерии Зонне. Установлено, что метод лечения существенно не влияет на сроки нормализации стула у них и на длительность пребывания их в стационаре. Комбинация антибактериальных средств (антибиотики + химиопрепарат) не имеет преимуществ перед моноантибактериальной терапией при легкой дизентерии Зонне с патологическим стулом. На этом основании дана рекомендация лечить детей с легкой формой дизентерии Зонне моноантибактериальным средством (фуразолидоном).

Ключевые слова: дизентерия Зонне, химиотерапия.

1 таблица. Библиография: 2 названия.

В общей структуре острых кишечных инфекций у детей по-прежнему доминирующее место занимает дизентерия. Несмотря на многочисленные исследования, вопросы рационального лечения дизентерии окончательно не разрешены. Продолжается применение антибиотиков широкого спектра, что вызывает повышение резистентности шигелл к ним, усугубляет свойственный дизентерии дисбактериоз [1, 2].

Целью наших исследований явилось изучение клинической эффективности и экономической целесообразности разных методов лечения (с применением антибиотиков и без них) детей раннего возраста, больных легкими формами дизентерии Зонне.

Под наблюдением находилось 306 детей в возрасте до 3 лет с бактериологически подтвержденной дизентерией Зонне. У 138 (45,1%) из них имелись клинические проявления болезни. Дизентерия у них протекала без выраженной интоксикации, с разжиженным стулом до 2—3 раз в сутки с примесью слизи или без таковой. Из этой группы детей 49 были госпитализированы в первые 4 дня болезни, 44 — на 5—8-й день, 29 — на 9—14-й день и 16 — позже 4-го дня болезни. У остальных 168 (54,9%) детей диагноз дизентерии (субклиническая форма) был документирован только бактериологически.

Неблагоприятное преморбидное состояние (сопутствующие, а также перенесенные в прошлом заболевания — глистная инвазия, ОРЗ и др.) было у 176 больных (57,5%).

В зависимости от способа лечения мы разделили больных на 3 группы. Больные 1-й группы (174) на фоне общей для всех 306 пациентов базисной терапии (диета, витамины, общеукрепляющие средства) получали химиопрепараты (фуразолидон, энтеросептол в отдельности или в комбинации) 5—7 дней, больные 2-й группы (61) — антибиотики (мономицин, неомицин, тетрациклин и др.) в течение 7 дней, больные 3-й группы (71) — те же антибиотики в комбинации с фуразолидоном, или энтеросептолом, или сульфаниламидами в течение 5—7 дней. Согласно нашей антибиотикограмме чувствительность шигелл оказалась самой высокой к мономицину и неомицину, поэтому они являлись ведущими в лечении больных 2—3-й группы. Состав всех трех групп был однородным по возрасту, преморбидному состоянию больных и клиническому течению дизентерии; число больных с патологическим стулом было несколько больше в 3-й группе (49%), чем во 2-й (37%) и 1-й (31%). Повторный высев шигелл до лечения зарегистрирован у 26,8% больных в 1-й гр., у 37 во 2-й и у 23,6% в 3-й.

Сравнительная оценка различных методов лечения острой дизентерии

Методы лечения	Сроки нормализации стула, дни	Повторное бактериовыделение после 1-го цикла лечения, %	Среднее число кой-ко-дней
Химиотерапия . .	4,8±0,4	2,6±1,2	16,8±0,4
Антибиотики . .	6,2±0,8	2,5±1,4	17,8±0,6
Антибиотики + химиопрепараты .	5,8±С,9	4,8±2,1	16,4±0,8
P	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Эффективность лечения мы оценивали по клиническому течению заболевания, а также по сро-

кам нормализации стула, длительности выделения возбудителя, средней продолжительности пребывания больного на койке (см. табл.).

Как видно из данных таблицы, нормализация стула у больных 1, 2 и 3-й группы происходила в среднем на $4,8 \pm 0,4$ -й, $6,2 \pm 0,8$ -й и $5,8 \pm 0,9$ -й день от начала 1-го цикла лечения соответственно. Несмотря на видимое различие, статистическая обработка показателей выявила недостоверность разницы между ними ($P > 0,05$). Следовательно, вид лечения не оказывал существенного влияния на сроки нормализации стула.

По суммарному анализу повторное бактериовыделение до лечения было установлено у 24,8% больных, после 1-го цикла лечения—лишь у 3,1%. Число больных, выделяющих шигеллы, после лечения уменьшилось достоверно в 8 раз ($P < 0,01$). При рассмотрении этого критерия в зависимости от метода лечения мы не смогли выявить существенной разницы между группами (см. табл.).

Чтобы уточнить влияние разных методов лечения на повторное бактериовыделение, мы проанализировали этот показатель по группам в зависимости от характера стула больных. Повторное бактериовыделение достоверно чаще регистрировалось у больных с патологическим стулом в 3-й группе (8,1%), чем в 1-й и 2-й (соответственно в 2,9% и 3,2%, $P < 0,05$). У больных с оформленным стулом такой разницы не было обнаружено ($P > 0,02$). Следовательно, использование комбинации антибактериальных средств (антибиотик + химиопрепарат) для санации организма от шигелл у больных с патологическим стулом не имеет преимуществ перед применением монопрепарата. Повторное выделение шигелл после лечения уменьшилось в 1-й группе в 10 раз, во 2-й—почти в 15 раз, тогда как в 3-й—примерно в 5 раз. У больных с оформленным стулом метод лечения не оказывал существенного влияния на процесс санации организма, что еще раз подтверждает ведущую роль неспецифических методов защиты. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных 1-й группы составила $16,8 \pm 0,8$, больных 2-й группы— $17,8 \pm 0,6$ и 3-й группы— $16,4 \pm 0,8$ дня ($P > 0,05$). В известной мере эти сроки неоправданно удлинены за счет проведения 2—3-кратных бактериологических обследований перед выпиской; между тем положительные результаты второго и третьего контрольных анализов составили всего 0,9 и 0,7%.

Средняя стоимость лечения химиопрепаратами одного больного составила 1 р. 50 коп.—почти в 2 раза меньше средней стоимости лечения антибиотиками (2 р. 69 коп.) и антибиотиками в сочетании с химиопрепаратами (2 р. 93 коп.).

Таким образом, метод лечения существенно не влияет на сроки нормализации стула у детей с легкой формой дизентерии Зонне и на длительность пребывания их в больнице. Комбинация антибактериальных средств (антибиотик + химиопрепарат) не имеет преимуществ перед моноантибактериальной терапией при легкой дизентерии Зонне с патологическим стулом.

Ввиду одинаковой клинической эффективности всех изученных видов лечения мы считаем, что при легких формах дизентерии Зонне следует отдавать предпочтение моноантибактериальным средствам, в частности фуразолидону, как наиболее экономически целесообразному.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов И. Л. Материалы научн. конф. «Кишечные инфекции». Клев, 1972.— 2. Покровский В. И., Туманов Ф. А. и др. Клин. мед., 1976, 4.

Поступила 17 января 1977 г.

ЛУДК 613.2+615.015.26]:616—056.3—053.2—092

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПИЩЕВОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Н. А. Романова, Д. И. Гарифуллина, Л. Е. Порошенко

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. Н. А. Романова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Изучены некоторые иммунологические механизмы пищевой и лекарственной аллергии у детей. Установлено, что показатели гуморального иммунитета (иммуноглобулины А, М и G, тест Шелли, реакция Уанье) зависят от формы алергодерматозов.