

И. РОЗЕНБЕРГ

## О дизентерии у малых детей

Из советской больницы г. Калинина (главврач и зав. дет. инф. отд. И. Розенберг)

Дизентерия у малых детей изучена недостаточно. Поэтому я счел возможным поделиться нашим материалом, прошедшим через детское инфекционное отделение Советской больницы г. Калинина в 1938 г.<sup>1)</sup> По возрасту дети распределяются: до 11 мес. — 36,2%, 1 г. — 2 г. 11 м. — 55,6%, 3 — 7 л. — 8,2%.

При поступлении ребенка в больницу мы брали испражнения для исследования и находили бактерии в 23,6% случаев. По нашему материалу тяжесть заболевания играет незначительную роль при обнаружении дизентерийных бацилл: в легких случаях 19% положительных находок, в тяжелых случаях 24%. У малых детей мы не можем подтвердить указания авторов относительно резкого преобладания бацилл Шига при тяжелых формах. Из 33 положительных находок в легких случаях б. Шига найдены в 13 случаях, что составляет 39,4%; из 54 положительных находок при тяжелой дизентерии б. Шига найдены в 24 случаях — 46,3% — разница небольшая.

По данным многих авторов легче всего бациллы дизентерии обнаруживаются, если испражнения взяты до 5-го дня болезни. Мы получили положительные находки и в более поздние сроки, и на нашем материале не видно особенно большой зависимости между числом положительных бактериальных находок и днем болезни, когда испражнения взяты для исследования.

На всесоюзной конференции по борьбе с летними поносами в Ленинграде в 1934 г. договорились, что дизентерия не есть понятие клинико-бактериологическое, а понятие клинико-эпидемиологическое. Находка дизентерийных бацилл не обязательна для постановки диагноза. Имеет ли значение находка крови в испражнениях для постановки диагноза? В последней инструкции НКЗдрава в группе поносов имеется, кроме дизентерии, инфекционный гемо-колит. Об инфекционном колите без крови в этой инструкции не упоминается. А между тем у малых детей нередко местные явления не имеют большого значения, они не идут параллельно с общей тяжестью болезни. Нередки случаи дизентерии с тяжелыми токсическими явлениями и слизистым поносом без крови. Выделять инфекционные гемоколиты из группы инфекционных колитов не следовало бы. Всякий острый первичный колит, контагиозный и в эпидемическое время, есть дизентерия, независимо от положительной бактериальной находки, независимо от наличия крови в испражнениях.

<sup>1)</sup> Приведенные автором таблицы не могли быть помещены за недостатком места.

Я попробовал наш материал распределить по формам болезни. Много предложено клинических классификаций дизентерии.

Очень импонирует в настоящее время классификация, в основу которой положена реактивность организма. Проф. Доброхотова и сотрудники („Сов. педиатрия“, № 11, 1935 г.) исправили классификацию проф. Розенберга и предлагают следующие формы дизентерии:

1) Нетоксическая дизентерия, включающая 2 формы:

а) иммунореактивная или, попросту говоря, легкая форма, и б) реактивная форма, т. е. средней тяжести форма;

2) токсические формы дизентерии.

а) гиперэргическая форма с тяжелыми общими и местными явлениями; б) анэргическая форма — тяжелые общие явления при слабо выраженных местных явлениях; сюда же относятся случаи, протекающие клинически под видом токсической диспепсии, дающие по последним Моск. данным от 10 до 20% высева дизентерийных микробов; в) гипоэргическая форма у неполноценных детей с вялым течением, с тяжелыми септическими осложнениями;

3) хроническая форма.

Иммуно-реактивной или легкой формы дизентерии у нас было 24,3%, реактивной или средней тяжести — 37%, токсических форм (гипер-, ан-и гипоэргической) 31,7%. Анэргической формы было у нас всего 2 случая потому, что чаще всего у малых детей эти формы диагностируются, как токсическая диспепсия, а последняя госпитализировалась не в наше детское инфекционное отделение, а в детское терапевтическое отделение.

Упомянутая нас упоминаемая классификация?

Сами авторы этой классификации указывают на несоответствие тяжести клинической картины размерам анатомического поражения. При гиперэргической форме клинической картины мы у малых детей не видим гиперэргической воспалительной реакции в кишках.

Кроме того, не так уж редко встречаются гиперэргические формы у детей, у которых никак нельзя было бы ожидать гиперэргической реакции. Мы видели дизентерию с тяжелыми общими и местными явлениями, т. е. гиперэргическую форму у детей гипотрофиков, рахитиков и т. д. и могли бы привести не один такой пример.

Стало быть, не всегда тяжелую дизентерию с резко выраженными общими и местными явлениями удобно называть „гиперэргической“. Что касается „гипоэргической“ формы, то ее, как указывают авторы классификации, трудно отграничить от хронических форм.

Пока нет клинической классификации дизентерии, которая полностью удовлетворила бы клинициста.

Я считаю более приемлемой классификацию Данилевича, предлагающего делить формы дизентерии на легкие, средние и тяжелые с добавлением деления на формы острые, подострые, хронические.

Мы можем подтвердить данные авторов, что чем меньше ребенок, тем чаще при дизентерии обнаруживаются на вскрытии фолликулярные и катаральные формы колитов. Хотелось бы отметить, что 9 детей до года, у которых на вскрытии обнаружены крупозная и некротическая форма дизентерии, были до заболевания хорошего питания, нормотрофики. Повидимому, крупозная и некротическая формы колита — более „зрелая“ реакция (поскольку можно говорить о зрелой реакции у детей, умерших от тяжелой болезни). Это утверждение требует, конечно, проверки, так как материал наш недостаточен.

Осложнения встречаются при тяжелых формах дизентерии и тем чаще, чем моложе ребенок.

На первом месте среди осложнений у малых детей стоят пневмонии и отиты. Безбелковые отеки, которые раньше считались „закономным“ осложнением при тяжелой дизентерии, наблюдаются все реже и реже.

Из 8 детей, у которых обнаружен безбелковый отек, 6 поступили с запущенным заболеванием, больше, чем через месяц от начала болезни, лечились до поступления в больницу неправильно, питались во время болезни неполноценно и голодно. Невидимому, безбелковый отек есть не что иное, как голодный отек, и при правильном питании больного ребенка, особенно, если ребенок от еды не отказывается, встречается как исключение.

Из терапевтических мероприятий приведу те, которые проверены в нашей больнице.

Всеми признано, что в основе лечения дизентерии лежит правильное питание. Надо кормить ребенка разнообразной полноценной едой (протертым мясом, сливочным маслом, черствой булкой, сухарями, творогом, сметаной, сливками, протоквашей, кефиром, яйцом, картоф. пюре, кашами, киселями, мясным супом, фруктовыми и овощными соками и т. п.), не считаясь со стулом ребенка, а с его аппетитом и вкусами.

Детям грудного возраста, при недостатке грудного молока, следует предпочтительно перед другими смесями давать пахтание;  $\frac{1}{2}$  или  $\frac{2}{3}$  молока с концентрированным рисовым отваром (по Бессау) с молочной кислотой: 10% раствор кислоты 1 чайную ложку на 200 гр. смеси. Если мы сейчас редко встречаем безбелковые отеки, „атрофии e medico“, цынгу, как „осложнение“ дизентерии, мы этим обязаны повороту в отношении взглядов на лечебное питание при дизентерии.

Из медикаментов в первые дни болезни применимы слабительные. При болях в животе атропин в достаточных дозах (1:1000 — 3 — 4 капли 2 — 3 раза в день малому ребенку), грелки на живот, ванны, диатермия) малому ребенку от 0,3 — 0,6 А 25 — 50 минут). В медикаментах вяжущих (висмут, таннальбин) и так назыв. „дезинфицирующих“ (салол, бензонафтол) нет надобности. Уместно применять достаточное количество ферментов (пепсин с соляной кислотой, панкреатин).

В затянувшихся случаях следует попробовать 5% раствор пептона (0,3; 0,5, 1,0), яблочную диету по Моро.

К сожалению, маленькие дети от яблок отказываются. При анорексии в случае отказа ребенка от еды иной раз неплохие результаты получаются от малых доз инсулина (2 — 5 единиц 1 — 2 раза в день) с глюкозой.

От специфического лечения мы у малых детей большого эффекта не видели.

Противодизентерийная сыворотка — замечательное средство при токсической дизентерии у старших детей и взрослых в первые дни болезни, у маленьких детей оказывается недействительной. Бактериофаг дизентерийный мы применяли в небольшом числе случаев, так как раздобыли его поздно и в недостаточном количестве. Впечатление у нас от бактериофага неплохое, если он применен в первые дни болезни, во всяком случае, вреда от него мы не видели.

Очень большое значение имеет организация хорошего ухода, чи-

стый воздух, достаточное количество ухаживающего персонала, белья, предметов ухода, достаточное количество грудного молока.

При лечении тяжелой дизентерии малых детей, грудное молоко—незаменимое средство, и следует обеспечить им в достаточном количестве детские стационары.

### Выводы

1. Дизентерией следует называть всякий первичный острый колит контагиозный и в эпидемическое время.

2. День заболевания не имеет особого значения для положительных бактериальных находок.

3. При классификации форм дизентерии лучше всего клинически делить дизентерию на формы легкую, среднюю, тяжелую, на формы острую, подострую, хроническую.

4. У малых детей, умерших от дизентерии, патолого-анатомически чаще встречаются формы катаральные и фолликулярные. Отдельные случаи крупозно-некротические, являясь реакцией более „зрелой“, встречаются, повидимому, у более крепких детей.

5. У малых детей нередко, как осложнение, встречаются пневмония и отит.

6. При полноценном питании безбелковые отеки как осложнение встречаются редко и чаще бывают у тяжело больных, поздно поступивших в больницу, неправильно леченных.

7. У детей в возрасте до 2—3 лет противодизентерийная сыворотка не эффективна.

8. При затянувшихся формах уместно, кроме других средств, применение пептона. При полной анорексии следует попробовать инсулин с глюкозой.

9. Грудное молоко—незаменимое средство при лечении дизентерии малых детей.

Поступила 17.VII. 1939 г.