

К вопросам о лечении амёбной дизентерии и о токсическом влиянии эметина.

Д-ра мед. **А. Л. Шварца** (Ташкент).

Дизентерийные заболевания являются для некоторых местностей СССР довольно частыми, причем наряду с бациллярными формами встречаются и амёбные, имеющие место особенно в субтропическом климате, или близко подходящем к нему, как в Средней Азии, в Туркестане. Около года тому назад я опубликовал в печати сообщение по вопросу о лечении амёбной дизентерии (Врач. Обозрение, 1926, № 4). В моем распоряжении был обширный материал до 500 случаев, как стационарных, так и амбулаторных, во время дизентерийной эпидемии с конца 1924 г. до августа 1925 г. в Палестине. Материал этот разрабатывался мною без намеренного подбора, так сказать, подряд: наряду с очень тяжелыми случаями здесь были средние и более легкие.

Наблюдая эту дизентерийную эпидемию и применявшиеся здесь обычные методы лечения, я уже в самом начале натолкнулся на несколько случаев, возбуждавших мое подозрение в виду токсических явлений у больных, пользовавшихся эметином и в виду неожиданного иногда летального исхода. Такие токсические явления особенно часто наблюдались у детей раннего возраста — от 1 до 2 лет. В дальнейшем я убедился, что мои подозрения действительно оправдались, и это обстоятельство с одной стороны побудило меня к сугубой осторожности с эметином у детей, а с другой — привело меня к мысли предпринять систематические наблюдения над лечением дизентерии вообще. Сама собой напрашивалась мысль, насколько в самом деле эметин специфичен при амёбной дизентерии и насколько он, следовательно, неизбежен. В литературе, у Guy Larosche'a, я нашел обширный материал как клинический, так и экспериментальный, согласно которому влияние эметина как у животных, так и у людей находится в зависимости от способа введения его в организм и дозировки. Так, при внутривенном введении может наступить смертельный исход уже при дозах значительно ниже предельных: Балманн наблюдал смертельный исход после введения общего количества 0,4 эметина, а Gugliemette при введении 0,1 получил такой глубокий обморок, с которым он едва справился.

Дозы в 0,05 при подкожном введении не вызывают обычно острых симптомов отравления, но при длительном применении даже таких доз могут обнаруживаться симптомы со стороны сердца, именно тахикардия и падение кровяного давления, со стороны центральной нервной системы — общая слабость, астения, боли по ходу нервов, парезы, понижение сухожильных рефлексов и явления пелиневроза, со стороны желудочно-кишечного канала — понос и рвота. Эти токсические явления наступают не сразу, а постепенно и стоят, очевидно, в связи с медленной элиминацией

эметина и, следовательно, с накоплением его в организме. С другой стороны некоторые авторы склонны объяснять указанные симптомы нечистотой препарата в зависимости от способа приготовления эметина, его давности и способа сохранения (Doptor). Наконец, и индивидуальная чувствительность к медикаменту играет также здесь известную роль. В толь-ко что опубликованной работе Mattei (октябрь 1926 г.) о выделении эметина из организма автор проливает свет на истинную причину некоторых непонятных ранее случаев отравления эметином: точными количественными определениями он мог установить, что общее количество эметина, выделяемого втечении курса лечения, составляет около $\frac{1}{6}$ впрыснутой суммы, и что после окончания или перерыва лечения (впрыскиваний) выделение эметина происходит толчками, так что периоды усиленного выделения этого средства чередуются с периодами слабого выделения, или даже прекращения выделения; общее же выделение эметина, напр., до 60 сантиграммов, заканчивается втечении 5—8 недель. В виду этого Mattei рекомендует возобновлять лечение эметином не ранее 2 месяцев после окончания предыдущего курса, причем необходимо повторными анализами убедиться в элиминации всего предыдущего эметина.

• В отношении дозировки эметина, на основании исследований Chaurfard'a, Francsone, Nutinal'я и Mattei, рекомендуется начинать впрыскивания с 4 до 12 сантиграммов, смотря по весу больного, и ограничиваться общим количеством 0,9—1,0, не больше; достигши этого предела, следует прекратить введение эметина minimum на 1 месяц. При этом Mattei рекомендует внимательно следить за больным и, как только у последнего замечается нетвердая походка, немедленно прекращать лечение. У детей Mattei советует быть очень осторожным с дозировкой и дает следующую приблизительную схему:

до 1	года	начать с	0,005,	общая	сумма	не более	0,05
"	1— 2 г.	"	0,01	"	"	"	0,1
"	" 2— 5 л.	"	0,02	"	"	"	0,2
"	" 5— 9 л.	"	0,03	"	"	"	0,3
"	" 9—15 л.	"	0,04	"	"	"	0,4.

Для иллюстрации токсичности эметина я привел в своей статье несколько историй болезни, прослеженных в клинической обстановке. В дополнение к ним я могу привести еще несколько позднейших наблюдений.

1. И. Ф., 19 лет, поступил в госпиталь через 5 дней после начала заболевания и до самой смерти (через 18 дней после поступления) получал по 2 подкожных впрыскивания в день по 0,05 эметина, всего 36 впрыскиваний (1,8 грм.). В стуле амебы были находимы почти до конца жизни; понос все время не прекращался, t° 38°—39°. На 5-й день в истории болезни отмечено: большой анэмичен, слаб. Через три дня: неукротимая рвота и икота, живот мягкий, не вздутый, общее состояние тяжело. Еще через 2 дня: рвота и икота прекратились. Через 3 дня тоны сердца глухи, еле слышны, конечности холодны и цианотичны. Через 2 дня затем больной погиб при прогрессирующем падении сердечной деятельности.

2. Ребенок И., 10 месяцев, заболел 10/IV поносом до 10 раз в день. 11/IV найдены амебы, введено 0,1 эметина, клзмы с иатреном, стул 8—9 раз. 12/IV тенезмы и рвота, эметин 0,01, рвота; ребенок побледнел, пульс малого наполнения, лицо одутловато (моча нормальна), стул такой же, найдены амебы. 13/IV 0,01 эметина, стул такой же, общее состояние то же; физиологические вливания, камфора, адrenalin. 14/IV рвота и непрерывная тошнота, голова свешивается на грудь. 15/IV status idem, стул 3—4 раза. 17/IV ребенок беспокоен, судороги и exitus.

3. Ребенок 4 месяцев, поступил под наблюдение 13/VII, на третий день болезни; частый понос со слизью, вес 9,5 фун.; температура 38°—39°, кормится грудью, слабого сложения, кожные покровы и слизистые слабо окрашены, легкие и сердце

без уклонений, живот несколько вздут; ежедневно эметин подкожно по 0,01 дважды в день, всего 14 раз (0,14). 19/VII ребенок очень слаб, вял, непрерывная тошнота. 20/VII рвота не прекращается до смерти, стул все время жидкий, 3—4 раза в день со слизью, амебы все время. 20/VII exitus.

4. Ребенок 10 месяцев, хорошо развитой и упитанный, заболел 2/VI поносом; стул желтый, жидкий, без слизи, 3—4 раза в день, температура нормальна. общее состояние хорошее. 3/VI в стуле слизь, крови нет, стул мазевидной консистенции, эметин 0,01. 4/VI и 5/VI эметин 0,01, стул 3 раза, такой же. 6/VI ребенок побледнел, беспокоен, подергивание лицевых мышц, несколько раз рвота, пульс слабее, стул 3 раза, желтый, мазевидный; рвота, подергивания в различных мышечных группах, вечером приступ общих судорог в течение 2 минут. К утру смерть при нарастающей слабости сердца.

5. Ребенок 1½ лет, поступил под наблюдение 17/VI, на 3-й день болезни. Ребенок хорошо развит, общее состояние хорошее, сердце и легкие—нормальны, печень и селезенка—тоже, стул слизистый, с кровью, 6 раз в день; ранее уже получил 2 инъекции эметина по 0,015; аппетит хороший. 18/VI стул 12 раз, такой же есть амебы, ребенок беспокоен, вял, аппетит хуже. 20/VI стул 4 раза, тенезмы, prolapus recti, пульс 130—140, худшего наполнения, лицо бледное, ребенок апатичен и мало двигается. 21—22/VI st. idem, тошнота, подергивания лицевых мышц, стул 5 раз, тенезмы меньше, амеб нет. 24/VI рвота 3 раза, общее состояние значительно ухудшилось: лицо бледное, бескровное, пульс 140, рвота, стул 4 раза, мазевидный, амеб нет. 23/VI exitus.

Я ограничиваюсь этими случаями, окончившимися летально, и не привожу многих других, где также наблюдались токсические явления после эметина, но дети постепенно оправались, хотя и медленно.

Что касается лечебного действия эметина на дизентерийный процесс, то и позднейшие мои наблюдения подтверждают мои прежние выводы: эметин оказывает благоприятное влияние в случаях легких или средней тяжести, но оказывается бессильным или мало действительным в случаях тяжелых, а тем более в случаях с глубокими местными поражениями кишки или с тяжелыми симптомами общей интоксикации.

В позднейших французских работах, наряду с указаниями на благоприятные результаты от эметина, встречаются также и сдержанные отзывы. Так, Ravaut указывает на благоприятный эффект эметина только при свежих острых формах и на совершенно безрезультатное применение этого средства в затянувшихся формах болезни, а тем более при наличии кист. Есть также новые указания на благоприятное влияние эметина на абсцессы печени амебного происхождения, даже в тех случаях, где уже образовался гной.

После эметина второе место в ряду „специфических“ средств против дизентерии французские врачи уделяют стоварсолу, о котором я уже имел случай высказаться. Удобство его, пожалуй, только в том, что его можно давать внутрь, и, следовательно, применение его как бы доступнее. Но за то лечение стоварсолом длительно, иногда продолжается месяц, а хронические случаи требуют даже нескольких месяцев; кроме того, он иногда вызывает сильные коликообразные боли в животе и раздражение желудка в виде тошноты и рвоты.

За последнее время французские врачи выдвинули для лечения дизентерии и другие препараты органических соединений мышьяка. Так, Ravaut рекомендует арсенобензол для внутреннего употребления, в виде таблеток по 0,1 несколько раз в день; дозы эти хорошо переносятся и не вызывают желудочно-кишечных расстройств. Лечение арсенобензолом обещает быть полезным в затяжных случаях с образованием кист. Кроме внутреннего употребления арсенобензола та же французская школа сове-

тует прибегать к внутривенному вливанию этого препарата, чередуя его с подкожными впрыскиваниями эметина. Такой метод, однако, едва ли может быть рекомендован в детской практике. При нем производится 10 впрыскиваний эметина в возрастающих дозах, от 0,03—0,04 до 0,08, и 9 внутривенных вливаний новарсенобензола или неотрепарсенала, причем лечение занимает 30—35 дней.

Наконец, в случаях старых, особенно упорных, некоторыми авторами (Dale, Lebeuf, Lavandier) предлагалось воспользоваться комбинацией висмута с эметином в виде препарата бисметина (двойная иодистая соль висмута и эметина). Этот препарат в дозах 0,15—0,30, в форме желатиновых капсуль, дается по 3—6 штук в течение 10—12 дней, после чего эти приемы можно повторять 3—4 раза, с промежутками минимум в месяц; к указанному внутреннему лечению в упорных случаях с кистами рекомендуется присоединять местные кишечные промывания из арсенобензола, по 0,15—0,30 на 500,0 воды, или из электраргола (10 куб. с.).

Уже одно обилие перечисленных методов указывает на весьма относительную ценность их при лечении дизентерии, ибо в случае их действительности и рациональности, а тем более специфичности, не было бы надобности в таком обилии разных предложений и комбинаций.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Mense. Handbuch der Tropenkrankheiten, 1924.—2) Guy Laroche. Journ. medic., 1921.—3) Ravaut. Traitement de l'amibiase, 1926.—4) Petridis. Le monde med., 1926.—5) Doptor. La dysenterie amibienne, 1922.
-