

в стадии эволюции и при экссудативной его форме при лечении следует учитывать:

а) нервно-психическое состояние; б) чувствительность к ультрафиолетовым лучам; в) данные изоморфного аффекта; г) состояние сосудисто-кожных реакций; д) результаты постановки общепринятых дермальных тестов.

4. У больных псориазом в стадии эволюции и при экссудативной форме должна соблюдаться величайшая осторожность при назначении симптоматической местной терапии.

Поступила 18 апреля 1958 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИОМИЕЛИТА ПО МАТЕРИАЛАМ 1-й ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ КАЗАНИ за 1957 г.

Асс. Д. К. Баширова

Из кафедры инфекционных болезней (зав.—доц. Н. П. Васильева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и 1-й инфекционной больницы (главврач—Д. П. Петров)

В нашей стране, по сравнению со странами Европы, Северной Америки и других стран, еще совсем недавно полиомиелит встречался лишь в виде спорадических случаев или мелких очаговых вспышек. В послевоенное время заболеваемость полиомиелитом увеличилась как за рубежом, так и в СССР. В 1955—56 гг. были отмечены первые эпидемические вспышки этой инфекции в большинстве районов нашей страны, в том числе и в Поволжье.

В Казани и районах ТАССР значительная заболеваемость полиомиелитом наблюдалась в 1957 г. В 1 клиническую инфекционную больницу Казани было направлено более 400 больных с подозрением на полиомиелит. Диагноз подтвердился у 196 чел. Среди них с паралитической формой было 177 (90,3%), с апаралитической 19 (9,7%).

Таким образом, основной группой были больные с паралитическим полиомиелитом со следующими клиническими формами: спинальная — у 108 чел. (61%); понтинная — у 43 (24,3%); смешанная (пonto-бульбо-спинальная) — у 24 (13,5%); энцефалитическая — у 2 (1,2%).

Среди больных с апаралитическим полиомиелитом abortивную форму имели 11 чел., менингеальную — 5 и менинго-радикулярную — 3.

В течение года больные поступали неравномерно. До июля поступали единичные больные, в июле и августе их число увеличилось, в сентябре достигло 57 человек. В ноябре поступило 11 человек.

Таким образом, отмечалась определенная, характерная для полиомиелита сезонность, охватывающая период с июля по октябрь. За это время поступило 121 человек (65%).

Поступление больных с апаралитической формой шло довольно равномерно, по два, или по одному человеку ежемесячно, что касается больных со смешанной и понтинной формами, то массовое поступление их было лишь через месяц после возникновения вспышки, давшей вначале преимущественно больных со спинальной формой.

Дети ясельного возраста составили 65% от общего числа больных, грудного возраста — 13%, школьники и дошкольники — 21%, взрослые — 1%.

Возрастной показатель не имел особой разницы по клиническим формам. Лишь менинго-радикулярная форма наблюдалась только среди детей дошкольного возраста.

Так же не удалось выявить особой разницы и по полу: мальчиков было 105, а девочек, включая 2 женщин, — 91.

Полиомиелит чаще всего наблюдался в группе неорганизованных детей. Лишь 20% больных были из коллективов, преимущественно детских яслей. Очаговость органичивалась 2—3 случаями, как это имело место и в Ленинграде.

Большинство больных были жителями города (157 человек). Почти половина городских больных (74) поступила из Ленинского района, в то время как остальные 83 были из всех остальных районов города, вместе взятых.

Как правило, больные поступали в конце первой и на второй неделе болезни. В первые 3 дня болезни поступило лишь 10,6%, на 4—7 день — 47,3%, на второй неделе — 33,1% и позднее — 9%.

Таким образом, госпитализация в большинстве случаев была сравнительно поздней, тем более, что в первые 3 дня болезни параличи или парезы появились у 42,6% больных, на 4—7 день — у 42,1% и на второй неделе — лишь у 11,2%.

Основной группой были больные со спинальной формой (61%). Наиболее редкой оказалась энцефалитическая форма (1,2%).

Препаралитическая стадия заболевания была выражена в той или иной степени у всех больных со спинальной, смешанной и энцефалитической формами. Лишь только в 4,2% случаев эту стадию не имели больные с понтинной формой. Продолжительность ее у большинства колебалась при спинальной форме от 4 до 7 дней, при понтинной и смешанной формах — 1—3 дня.

Одним из наиболее постоянных симптомов этой стадии заболевания была лихорадка. Ее не удалось отметить лишь в 18,6%, и только у больных с понтинной формой.

Типичная для полиомиелита двугорбая температурная кривая, которая, по Винокурову, встречается в 70%, у наших больных наблюдалась лишь в 9%. Это совпадает с данными Поповой по Московской области.

Лихорадка, как правило, была умеренной, в пределах 38—39°. Продолжительность ее зависела от клинической формы. При понтинной форме она чаще всего держалась 1—3 дня, при смешанной и энцефалитической — 4—7 дней, при спинальной — одинаково часто, как 1—3 дня, так и 4—7 дней.

Из других общеинфекционных симптомов встречались катаральное состояние верхних дыхательных путей (в 47,8%) и расстройства функции кишечника (в 33%). Оба симптома чаще имели место у больных со спинальной или смешанной формой, чем понтинной.

Что касается выраженности неврологических симптомов, то они имелись у всех больных со смешанной и энцефалитической формами и в 73% — у больных со спинальным полиомиелитом. При понтинной форме они отсутствовали более, чем у половины больных (26 человек).

Наиболее частым из неврологических симптомов оказался болевой синдром или симптом натяжения (в 38%); на втором месте по частоте стоял менингеальный синдром (20%), на третьем (16%) — вздрагивание и судороги. Остальные симптомы встречались значительно реже: общемозговые — в 12%, вегетативные расстройства — в 8,3%, энцефалитические — в 4,6% и расстройства функции тазовых органов — в 1,1%.

Болевой синдром чаще встречался у больных со спинальным полиомиелитом, чем у больных со смешанной, энцефалитической формой, не говоря уже о больных с понтинной формой. У последних он наблюдался лишь у 2 человек из 43. Менингеальный синдром, вздрагивание и судороги, энцефалитические симптомы, общемозговые, наоборот, чаще наблюдались у больных со смешанной, энцефалитической, чем спинальной формой.

У больных с понтинной формой полиомиелита значительно реже встречаются общеневрологические симптомы; чем тяжелее форма бо-

лезни, тем ярче и чаще такие симптомы, как менингеальные, энцефалитические, вздрагивание и судороги.

Параличи и парезы чаще всего наступали уже при нормальной температуре и, как правило, на первый день падения температуры до нормы. Так, у больных со спинальным полиомиелитом это замечено у 69 из 108.

Чаще всего поражались нижние конечности (40%), реже — ядра лицевого нерва (22,6%), еще реже — конечности и черепно-мозговые нервы (15%) и комбинированное поражение конечностей (12,9%). Наиболее редким было поражение верхних конечностей (8%).

Резкой разницы в частоте поражения правой или левой конечности и лицевого нерва отметить не удалось. Поражение правой и левой ноги было у одинакового числа больных. Поражение же правой руки было у 7 человек, а левой — у 4. Парез лицевого нерва справа наблюдался у 22 больных, слева — у 18.

Степень двигательных нарушений была различной. Это позволило, соответственно клиническим формам, выделить несколько групп больных. Так, больные со спинальным полиомиелитом были представлены тремя группами:

1) 72 чел. с картиной паралича или глубокого пареза; 2) 24 чел. с картиной пареза; 3) 12 чел. с легкими нарушениями, иногда лишь в виде изменений в рефлекторной сфере. При этом оказалось, что чем глубже двигательные нарушения, тем чаще у больных проявления общинфекционных и общеневрологических симптомов, особенно болевого синдрома. Так, например, в 1-й группе из 72 больных у 47 состояние было тяжелым или средней тяжести, у 29 развились парезы на фоне лихорадки, 55 имели неврологический синдром с резко выраженным болевым синдромом.

Глубина двигательных нарушений сказалась и на общем исходе заболевания. Клиническое выздоровление наблюдалось лишь у 5 чел. из 2 группы и у 10 чел. из 3 группы (у 13,8% больных спинальной формой). Четверо больных 1 группы, поступивших в клинику с картиной тетраплегии и расстройствами дыхания, умерли (3,7%).

В отличие от вспышек полиомиелита в Московской, Свердловской и других областях, в Казани наблюдался большой процент тяжелых форм (51%) и небольшой процент выздоровления (13,8%).

Больные с понтиной формой полиомиелита составили две группы: 24 чел. с выраженным парезом или параличом и 19 с легким парезом. У этих больных взаимосвязи между глубиной поражения ядер черепно-мозговых нервов и частотой и степенью выраженности общинфекционных и общеневрологических симптомов не было. Так, хорошее и удовлетворительное самочувствие в I группе имели 14 чел., во II группе — лишь 6. Глубина поражения ядер черепно-мозговых нервов отразилась на сроках восстановления функции лицевого нерва: оно начиналось с верхней ветви на 8—9 день болезни. При этом во II группе таких больных было больше (12), чем в I группе (6). Полное клиническое выздоровление к 40 дню болезни в I группе наступило лишь у 5 из 24, а во II группе — у 13 из 19.

Смешанная форма полиомиелита объединила 19 чел. с понто-спинальным полиомиелитом, 2 — с бульбо-спинальной формой и расстройством дыхания по периферическому типу, 3 с понто-бульбо-спинальным и расстройством дыхания по центральному типу.

По последовательности поражения во времени удалось выделить 3 группы больных:

1) у 5 чел. вначале проявлялось поражение черепно-мозговых нервов, а затем — конечностей — нисходящий тип;

2) у 12 чел. процесс начинался в спинном мозгу и достигал ядер черепно-мозговых нервов — восходящий тип;

3) у 7 чел. имелось одновременное поражение как ядер черепномозговых нервов, так и спинного мозга.

Наиболее тяжелое течение болезни было у больных 3-й группы.

Смешанная форма характеризовалась тяжелым течением. Из 21 больного только у 4 наступило выздоровление, двое больных умерли, у остальных было только улучшение. Восстановление обычно начиналось в обратной последовательности.

Энцефалитическая форма полиомиелита была диагностирована у 2 больных на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных (исследование спинномозговой жидкости).

Эти больные, дошкольного возраста, поступили в больницу из района, неблагополучного по полиомиелиту, на 2—3 день болезни в крайне тяжелом, бессознательном состоянии.

Ввиду редкости такой формы, приводим краткие выписки из историй болезни:

I. Б-ной 4-х лет. Заболел 28/VIII-57 г., повысилась температура до 39°, появился жидкий стул. 30/VIII состояние улучшилось, и он встал с койки, но при этом упал, и состояние к вечеру резко ухудшилось. Все дни ребенок сильно потел и по ночам вздрагивал. 30/VIII, на 3-й день болезни, поступил в клинику с подозрением на полиомиелит.

При поступлении сознание спутанное, бредит, адинамия. Гиперемия зева. Пульс учащен, тоны сердца приглушены. Незначительная ригидность мышц затылка, отсутствие кожных и сухожильных рефлексов.

31/VIII введены гамма-глобулин — 3 мл, внутримышечно пенициллин со стрептомицином, глюкоза, сердечные, дан кислород. Состояние не улучшилось, ребенок сонлив, бредит, сознание остается спутанным, временами делает беспорядочные движения руками и ногами. Периферический парез лицевого нерва слева. В спинномозговой жидкости белка 0,3%, цитоз — 104.

Анализ крови от 31/VIII: Л.— 18 600, РОЭ — 28 мм/час.

К концу четвертых суток появился стул цвета кофейной гущи, и в тот же день ребенок умер.

Патологоанатомический диагноз: полиомиелит, двустороннее воспаление легких.

II. Б-ной 7 лет. Остро заболел 28/VIII-57 г., повысилась температура до 39°, появилась головная боль. 29/VIII была 3 раза рвота, и родители заметили, что ребенок не удерживает голову.

29/VIII поступил в клинику с подозрением на полиомиелит. При поступлении состояние тяжелое, сознание спутанное, сонлив. Во внутренних органах особых отклонений от нормы не было. Ригидность мышц затылка, отсутствие кожных и сухожильных рефлексов с левой руки, судороги в левой руке, центральный парез лицевого нерва слева.

Ребенок получил 6 мл гамма-глобулина, глюкозу внутривенно, витамины.

30/VIII — температура 40,2°, ребенок не реагирует на окружающее. Введены еще 3 мл гамма-глобулина, глюкоза, сердечные средства.

В спинномозговой жидкости белка — 0,06%, цитоз — 52. Анализ крови: РОЭ — 12 мм/час, Л.— 14 400, с.— 50%, п.— 19%, л.— 28%, м.— 3%.

31/VIII температура — 41°, состояние крайне тяжелое, появились судороги в руках и ногах. Симптом Керинга с обеих сторон, кровавая рвота и носовое кровотечение. Пульс частый, малый. Ребенок умер.

Патологоанатомический диагноз: полиомиелит.

Анализ спинномозговой жидкости был сделан у 143 больных. В первые 10 дней болезни типичная для полиомиелита клеточно-белковая диссоциация была установлена у 81 больного (75%). Наиболее показательной она была у больных со спинальной, смешанной и энцефалитическими формами. Лишь больные с понтинной формой почти с одинаковой частотой имели как клеточно-белковую диссоциацию, так и нормальный цитоз (16 и 13).

У большинства (57 чел.) отмечалась умеренная клеточно-белковая диссоциация, с цитозом от 20 до 100, у 20 — от 100 до 700, и только 4 имели цитоз ниже 20.

В первые 10 дней болезни наблюдались белково-клеточная диссоциация (2 чел.) и воспалительная реакция (2 чел.).

Если в первые 10 дней болезни выявлялась характерная для полиомиелита клеточно-белковая диссоциация спинномозговой жидкости, то

после 10 дня болезни преобладание белково-клеточной диссоциации, как описано в литературе, не удалось наблюдать.

Такие соотношения были всего лишь у 4 больных из 35 исследованных после 10 дня болезни. С одинаковой частотой встречались клеточно-белковая диссоциация и нормальный цитоз (15 и 16). При этом цитоз был почти у всех ниже 20.

Примерно у трети больных после спинномозговой пункции наступало некоторое ухудшение состояния: усиливался болевой синдром и появлялась ригидность мышц шеи, спины и конечностей.

Спинномозговая пункция, вероятно, необходима лишь при сомнительных клинических данных.

Картина крови больных не была столь характерной, как другие показатели. Так, нормальное количество лейкоцитов отмечено у 100 больных, лейкоцитоз от 12 000 до 30 000 — у 36 и у 35 — лейкопения. 34 человека имели умеренно ускоренную РОЭ.

В отличие от литературных данных, в первые же дни болезни у 65 исследованных отмечалась эозинофилия, причем лишь 14 чел. из них страдали гельминтозами. Количество эозинофилов колебалось от 4—5 до 24%, у больных гельминтозами доходило до 44%. У тяжелых больных и давших смертельный исход наблюдалась анэозинофилия. Наиболее постоянным изменением в лейкоцитарной формуле был умеренный сдвиг влево (у 102).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аншелес И. М. Тр. ин-та эпидем., микробиол. и гиг. им. Пастера. Л., 1958.
2. Винокуров К. А. Эпидемический детский паралич. М., 1956.
3. Гаркави Э. А. и Луговкин В. П. Педиатрия, 1958, 4.
4. Кантер В. М. и Сысоева А. И. Педиатрия, 1958, 4.
5. Коновалов И. В. Эпидемический полиомиелит. Медгиз, 1957.
6. Морозова К. И. Тез. докл. 1-й научн. сесс. ин-та по изуч. полиомиелита, 21—25/V-57.
7. Футер Д. С. Вопр. охр. матер и дет., 1952, 2—8.
8. Он же. Острый эпидемический полиомиелит. Медгиз, 1958.

Поступила 16 декабря 1958 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТИРОВАННОГО ДИЗЕНТЕРИЙНОГО БАКТЕРИОФАГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ¹

С. Б. Перельштейн

Из кафедры инфекционных болезней (зав.—доц. А. Е. Резник) Казанского медицинского института и 2-й инфекционной больницы (главрач—М. И. Ковалерчик)

Вопрос о фаготерапии дизентерии возник почти одновременно с открытием бактериофага. Отзывы о результатах лечения бактериофагом были довольно разноречивы. Так, одни исследователи (И. А. Кассирский, 1939; Н. С. Полянский, 1946; и др.) не видели убедительного эффекта, другие получили хорошие результаты при лечении острой дизентерии (В. А. Крестовникова, 1943; А. Е. Резник, 1947; и др.).

Разноречивость в оценке результатов лечения препаратами фага и в дальнейшем снижении их лечебной эффективности были, по-видимому, связаны с тем, что бактериофаг, адаптированный к узкому кругу лабораторных культур, перестал действовать на возбудителей вследствие резкого изменения этиологического профиля дизентерии, происшедшего после 1940 года. С возрастанием роли многотипного вида дизентерийной палочки Флекснера и других возбудителей изготовление адекватных дизентерийных фагов стало затруднительным (В. С. Антадзе, 1955).

¹ Доложено на второй межинститутской конференции по бактериофагии 48—21/XII-59 г. в г. Тбилиси.