

Лечение брюшного тифа хлористым барием.

Проф. К. М. Руткевича (Краснодар).

Брюшной тиф по длительности своего течения и возможности появления осложнений и ряда сюрпризов принадлежит к категории тех заболеваний, где врач у постели больного находится в таком же положении, как и его окружающие,—с момента установки диагноза он не может, даже приблизительно, ничего сказать ни о продолжительности самой болезни, ни о характере ее течения, а вся его борьба с тифом ограничивается лишь симптоматической терапией. Поэтому уже с давних пор усиления врачебного мира были направлены в сторону отыскания способов специфического лечения этой болезни. Серо- и вакцинотерапия брюшного тифа не дали, однако, еще осязательных практических результатов, ибо, хотя некоторые авторы и указывают при них на укорочение срока болезни и понижение % смертности, но думаю, что здесь могут играть роль и другие факторы, напр., характер эпидемии брюшного тифа, степень госпитализации больных и пр.

Оставляя в стороне вопрос о серо- и вакцинотерапии, как не входящий в наши рамки, я хотел бы коснуться лишь медикаментозного лечения брюшного тифа. И здесь дело обстоит весьма печально. Увлечение *antipyretica* давно уже прошло, и в настоящее время стараются их избегать, за исключением особых показаний. Применение *antiseptica*, основанное на ложном представлении, что данная болезнь гнездится лишь в кишечнике, теперь также не пользуется никаким престижем, и назначение их в настоящее время имеет целью скорее успокоить окружающих больного, есть назначение *ut aliquid fiat*. При таком печальном положении дела я думаю, что всякая попытка в этом направлении с более или менее благоприятными результатами заслуживает нашего внимания, почему и решаюсь представить те результаты, которые мною получены при лечении брюшного тифа хлористым барием.

Среди лекарственных средств, предложенных в последние годы для лечения этой болезни, особенное внимание привлекли препарат кремневой кислоты *Siliquid*, *Na salicylicum*, стомозин и уротропин. Что касается салициловокислого натра, то, по мнению *Hilgermann'a*, он обладает бактерицидным действием в отношении тифозных палочек, что и дает основание для применения его у постели больного. *Siliquid*,—коллоидальный раствор кремневой кислоты,—по мнению *Thoma, Schwarza и Kloepper'a* связывает токсины, быть может, вызывает активирование протоплазмы и увеличение антитоксинов; наблюдения с интравенозным введением больным этого средства дали укорочение течения тифа и значительное улучшение общего состояния больных. *Gibaldi* наблюдал благоприятные результаты, иногда даже купирование болезни, от внутривенного введения стомозина. Напротив, применяя внутривенно уротропин, *Chalier* и *Grandmaison* не могли отметить влияния его ни на продол-

жительность болезни, ни на смертность от нее,—улучшалось лишь при таком лечении самочувствие больных. Проверка всех этих средств ведется в настоящее время в моей клинике д-ром А. Ф. Чудиновой, и результаты ее будут в скором времени сообщены в печати.

Еще в 1908 г. нами было выяснено действие солей бария на сердце и кровеносные сосуды как у хладнокровных, так и у теплокровных животных, в том числе и собак. Это действие проявляется, во-первых, поднятием кровяного давления, зависящим от сужения сосудов, во-вторых, возбуждающим влиянием на тормозящий аппарат сердца и на сердечную мышцу. При экспериментальном исследовании можно различать в действии бария на сердце три фазы: фазу первичного замедления, фазу диссоциации и фазу вторичного замедления; последние две фазы зависят от непосредственного действия бария на сердечную мышцу. Со стороны некоторых авторов было указано на возможность замены хлористым барием наперстянку, я, однако, убедился, что соли бария в действии на сердце не только должны быть поставлены ниже наперстянки, но можно думать, что при имеющемся поражении сердечной мышцы и сосудов они могут принести вред больному. К такому же заключению пришел и проф. Орловский, который нашел, что существующая в зависимости от поражения миокарда аритмия под влиянием хлористого бария усиливается, и вообще при страдании сердечной мышцы и сосудов средство это дает ухудшение.

Подметив у некоторых больных чрезвычайно благоприятное действие хлористого бария на течение брюшного тифа, я время от времени продолжал применение этого средства, причем, имея в виду возможность нежелательного его действия на сердце, я применял его лишь в тех случаях, где мышца сердца была здорова. Сначала я назначал брюшнотифозным больным хлористый барий каждые 2 часа, но затем, имея в виду экспериментальные данные, свидетельствующие, что неблагоприятное действие хлористого бария на сердце быстро проходит при прекращении введения его, я стал применять это средство не чаще 3 раз в день. При этом я должен оговориться, что, тогда как при экспериментальных исследованиях хлористый барий вводился непосредственно в кровь, брюшнотифозным больным он назначался *per os*. В отношении дозировки я шел ощупью, осторожно,—сначала применял маленькие дозы, от 0,06 до 0,1, затем дозы эти постепенно повышались, и, наконец, я остановился на дозе 0,5, даваемой три раза в день. Обычно лекарство применялось не более 6—7 дней подряд, после чего производился перерыв на 3—5 дней, а затем уже новое назначение средства. Более длительная дача имела место лишь в тех случаях, где больные переносили хлористый барий вполне хорошо. Внутривенно я его не применял, ибо не был уверен в чистоте препарата. В общем средство это переносилось хорошо, но у некоторых больных, как и при экспериментальных наблюдениях, отмечались то перистальтика кишек с поносами и небольшими болями, то частое мочеиспускание с дизурическими явлениями, а у одной больной средство это пришлось отменить в виду вызываемой им рвоты. Наблюдения начаты были мною еще 2 года назад, но, так как брюшной тиф в клинике попадает не так уже часто, то общее число их равняется пока всего 35.

Излагая их результаты, я должен прежде всего отметить хорошее самочувствие больных при лечении хлористым барием,—явления токсемии

у них быстро проходили, и больные совершенно не имели вида тифозных, у них появлялся хороший аппетит. Вторая особенность заключалась в появлении у некоторых больных новых розеол уже после падения температуры, когда апирексия существовала уже 2—3 дня. Пульс под влиянием хлористого бария несколько замедлялся, но не всегда; при появлении же учащения его или экстрасистол дача средства прекращалась. Вредного влияния хлористого бария на почки не отмечалось, моча не представляла заметных изменений.

Из 35 леченных случаев в двух наступила смерть,—в одном вследствие профузного кишечного кровотечения, в другом—благодаря присоединившейся пневмонии. Т. о., повидимому, хлористый барий, несмотря на свои сосудосуживающие свойства, не предохраняет от кровотечения, и в случае осложнения действие его, повидимому, ослабевает,—быть может в силу вторичной инфекции.

Температура на 1-й или на 2-й день после назначения хлористого бария обыкновенно понижалась, затем снова слегка повышалась, и, наконец, наступало или постепенное, литическое падение ее (случай I), или же критическое (случай II).

Случай I. Болен 8-й день. Жалуется на озноб, жар, головную боль. В 1918 г. перенес сыпной тиф. Питание среднее, кожа суха, горяча, язык обложен, пульс 88, тоны сердца чисты, систолическое раздвоение I тона на верхушке и аорте. В легких явления бронхита. Живот мягок, селезенка выходит на 2 пальца из-под ребер, плотна; печень мягка, неболезненна; тонкие и толстые кишки без изменений. Диагноз—*typhus abdominalis*. 9-й день: t° 38,8°—38,6°, пульс 84, дикротичен, лейкоцитов 4.400, р. Widal'я 1:200, розеолезная сыпь на коже живота и груди, сонливость. 11-й день: t° 38,4°—38,8°, пульс 84, дикротичен, стул нормальный, увеличенная селезенка, розеола, небольшой кашель. 14-й день: t° 38,2°—38,2°, пульс 84, обложенный язык, сонливость, больной безучастен к окружающему, розеолезная сыпь; назначен хлористый барий 3 раза в день по 0,5. 16-й день: t° 37,6°—38,4°, пульс 80, испражнения жидки, 1 раз в день, та же розеолезная сыпь, сонливости нет. 18-й день: t° 37°—38,8°, самочувствие лучше, появился аппетит; пульс 64, на коже живота розеола, селезенка увеличена, плотна. 20-й день: t° 36,8°—37,4°, пульс 64, язык чист, запоры, та же розеолезная сыпь. 22-й день: t° 36,2°—37,1°, пульс 68, розеола, самочувствие хорошее. 24-й день: t° 36,2°—36,8°, розеола. 25-й день: розеола, чувствует себя здоровым.

Случай II. Болея 7-й день. Головная боль, жар, общая слабость, отсутствие аппетита, жажда, запоры. Пульс 100, язык обложен, кожа горяча, на животе 5—6 розеол. В легких изредка сухие хрипы. У верхушки сердца систолический шум и акцент II тона. Живот умеренно вздут, печень выходит на 1 палец из-под ребер, мягка, селезенка на 2 пальца, плотна, подвздошная кишка слегка чувствительна. Мочеиспускание затруднено. Диагноз—*typhus abdominalis, insuf. mitralis*. 8-й день: t° 39°—39,8°, реакция Widal'я 1:150, лейкоцитов 3.400. 10-й день: t° 38,9°—39,6°, пульс 104, дикротичен, язык обложен, запоры, папулезная розеолезная сыпь, назначен хлористый барий 0,5×3. 11-й день: t° 38,8°—38,6°, пульс 88, кашель, небольшая тошнота, испражнения 1 раз в сутки, жидкие, розеола. 12-й день: t° 37,8°—39,5°, пульс 92, стула нет, сухой кашель, селезенка увеличена, плотна, новая розеолезная сыпь. 14-й день: t° 38,3°—38,8°, пульс 88, язык чист, запоры, розеола побледнела, в легких сухие хрипы. 16-й день: t° 37,8°—38,4°, самочувствие хорошее, пульс 84. 16-й день: t° 36,4°—36°, пульс 88, ночью пот, язык чист, больная хочет встать с постели, появился аппетит, испражнения после клизмы, бледные розеола. 17-й день: t° норм., пульс 68, розеол нет, значительный аппетит, самочувствие хорошее, в сердце тот же систолический шум у верхушки. 19-й день: пациентка чувствует себя здоровой.

Реже сразу на 1-й или на 2-й день наступал кризис.

Случай III. Болен 7-й день. Общая слабость, разбитость, t° 39°—39,4°. Перенес в 1917 г. возвратный тиф и в 1920 г.—сыпной. Пульс 90, язык обложен, на коже живота и груди розеолезная сыпь. В легких сухие хрипы. Тоны сердца чисты, систолическое раздвоение I тона у верхушки и на аорте. Живот слегка

вздут, селезенка выходит на 1 палец из-под ребер, плотна, тонкие и толстые кишки неболезненны, в крови палочки Eberth'a. Диагноз—typhus abdominalis. 8-й день: t^0 38,8⁰—39,2⁰, язык обложен, сонливость, пульс 92, те же розеола, отсутствие аппетита, лейкоцитов 5,000. 9-й день: t^0 38,6⁰—39,4⁰, пульс 90, розеолезная сыпь, сухой кашель, сонливость. 10-й день: с утра назначен хлористый барий 0,5×3, t^0 38,2⁰—37,8⁰, пульс 88, розеола, увеличение селезенки. 11-й день: t^0 36,4⁰—36,8⁰, пульс 68, небольшой пот, розеола нет, стул нормальный. 12-й день: t^0 норм., пульс 56, розеола нет, испражнения нормальны, есть аппетит, самочувствие хорошее. 13-й день: чувствует себя здоровым.

Что хлористый барий действительно оказывает заметное влияние на кривую, t^0 при брюшном тифе, — мною было проверено неоднократно путем прекращения дачи лекарства. Так, в случае IV больной получал хлористый барий в течение 4 дней, и температура у него постепенно падала до нормы, но с момента прекращения дачи лекарства она снова пошла вверх, и только новая дача лекарства в течение 5 дней дала выздоровление.

Случай IV. Болен 13-й день, озноб, жар, головная боль, обложенный язык, t^0 38,4⁰—38,8⁰, пульс 90, на коже нижней части груди и живота довольно обильная папулезная розеола. В легких сухие хрипы. Левая граница сердца по сосковой линии, систолический шум у верхушки, акцент II тона. Живот слегка вздут, желудок на 2 пальца выше пупка, печень выходит на 1 палец из подреберья, мягка, неболезненна; селезенка не прощупывается; соесим и ileum без изменений. Стул после клизмы. Реакция Widal'a 1:200, количество лейкоцитов 4,000. Диагноз—typhus abdominalis, insuf. mitralis. 15-й день: назначен хлористый барий по 0,5 3 раза в день; t^0 37,7⁰—38,4⁰, пульс 88, те же розеола, обложенный язык, стул после клизмы. 16-й день: t^0 37,4⁰—38,2⁰, пульс 84, стул 1 раз, полужидкий; небольшой кашель. 18-й день: t^0 37,2⁰—37,6⁰, пульс 80, бледные розеола, язык влажный, стул жидкий 1 раз, самочувствие удовлетворительное; хлористый барий прекращен. 20-й день: t^0 37⁰—38,8⁰, вновь озноб, жар, пульс 88, обложенный язык, новые розеола. 21-й день: t^0 37,6⁰—39⁰. 22-й день: опять назначен хлористый барий; t^0 37,6⁰—38,4⁰, пульс 88, кашель, селезенка не прощупывается, стул после клизмы. 24-й день: t^0 37,2⁰—37,4⁰, пульс 84, самочувствие лучше, стул после клизмы, те же розеола. 26-й день: t^0 36,6⁰—37,6⁰, пульс 80, запоры, появился аппетит. 28-й день: t^0 36,6⁰—36,8⁰, пульс 72, пациент чувствует себя здоровым.

Независимо от типа кривой непосредственно после дачи хлористого бария всегда наблюдалось известное понижение температуры, которое затем сменялось повышением и последующим литическим или критическим падением температуры; реже это понижение было окончательным.

Как показали наши наблюдения, не всегда, однако, хлористый барий при своем назначении дает уже в начале болезни падение температуры и выздоровление, — здесь все зависит от силы инфекции и реакции организма. В середине тифа, даже в тяжелых случаях, а особенно в конце его, назначение этого средства, как я убедился, всегда дает положительный эффект, но в начале — не всегда, и для получения выздоровления приходится назначать его повторно с перерывами. Иллюстрацией сказанного может служить наш случай V, где хлористый барий был назначен на 13-й день болезни, причем, хотя в других случаях сплошь и рядом в этот день болезни получалось падение t^0 до нормы, здесь произошло лишь временное понижение ее, заменившееся затем новым подъемом, несмотря на дачу лекарства, и только спустя 9 дней новое назначение хлористого бария дало окончательный эффект.

Случай V. Болея 10 дней. Жар, ломота в конечностях, головная боль, запоры, t^0 39⁰—39,6⁰, пульс 104, язык обложен, дрожит при высовывании. На коже живота 2—3 розеола. В правой нижней доле легкого крупные влажные хрипы. Тоны сердца чисты, систолическое раздвоение I тона у верхушки и на аорте.

Живот вздут, печень мягкая, выходит из-под ребер на I палец, селезенка не прощупывается, coecum и ileum без изменений, сигмовидная кишка нечувствительна. Р. Vidal'я 1:200, лейкоцитов 4.200. Диагноз — typhus abdominalis. 12-й день: t^0 38,4—40,2°, пульс 100, язык обложен, дрожит, розеола, селезенка не прощупывается. 13-й день: t^0 38°—39,4°, пульс 100, назначен хлористый барий 0,5×3. 14-й день: t^0 38,2°—39,4°. 15-й день: t^0 37,5°—39,5°, пульс 84, язык обложен, тоны сердца чисты, испражнения после клизмы. 17-й день: t^0 37°—38,4°, пульс 88, самочувствие лучше, язык влажный, запоры. 18-й день: t^0 вновь повышается (37°—39,2°), пульс 80, в легких сухие хрипы, розеол нет; хлористый барий отменен. 19-й день: t^0 у. 37,6°, в. 40,2°. 20-й день: t^0 38,4°—40°, пульс 114, вздутие живота, розеол нет, селезенка не прощупывается, сонливость. 22-й день: t^0 38,4°—39,8°, пульс 108, розеол нет, тоны сердца чисты. 24-й день: 38,6°—39,8°, пульс 100, на коже живота розеолезная сыпь, запоры, сонливость. 27-й день: t^0 38,6°—39,6°, пульс 102, те же розеола, сонливость. 28-й день: вновь назначен хлористый барий; t^0 38,6°—39,4°, пульс 100, новая розеолезная сыпь, запоры, селезенка не прощупывается. 29-й день: t^0 38,4°—38°. 30-й день: t^0 37,4°—38,2°, пульс 88, розеола, самочувствие значительно лучше, сонливости нет, тоны сердца чисты. 32-й день: t^0 37,4°—38,2°, пульс 88, те же розеола, появился аппетит. 34-й день: t^0 37,4°—37,8°, влажный язык, аппетит, стул после клизмы. 36-й день: t^0 37°—37,4°, пульс 82, розеолезная сыпь, самочувствие хорошее. 38-й день: t^0 норм., чувствует себя удовлетворительно, розеолезная сыпь. 40-й день: t^0 норм., пульс 80, розеол нет, здорова.

Что касается способа действия хлористого бария при брюшном тифе, то для меня он пока неясен. Грубые опыты показали, что на тифозную палочку, повидимому, средство это не действует, но необходимы еще детальные бактериологические исследования и, прежде всего, повторные гемокультуры у тифозных при лечении хлористым барием для выяснения влияния его на тифозную бактерию, что не могло быть выполнено мною за неимением соответственной обстановки. Кроме того, думается мне, важно выяснить влияние хлористого бария и на развитие иммунитета у брюшнотифозных больных, ибо появление розеол при нормальной температуре у некоторых больных говорит как бы за то, что инфекция в организме еще имеется налицо, но она не дает уже обычных клинических проявлений. Все это—задача будущих исследователей.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Hilgermann. Münch. med. Woch., 13, 1926.—2) Schwarz. Münch. med. Woch., 42, 1925.—3) Kloeppel. Münch. med. Woch., 43, 1926.—4) Chalier et Grandmaison. Deut. med. Woch., 49, 1926.—5) Giralaldi. Münch. med. Woch., 47, 1925.—6) Орловский. Русск. Врач, 6—9, 1909.—7) Руткевич. О влиянии солей бария в магnezии на сердце и кровеносные сосуды. Дисс. 1908.