

Б. А. АНДЖЕЛОВ

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ ОБ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

В настоящее время установлено, что среди кишечных расстройств у детей раннего возраста большой удельный вес составляют заболевания инфекционной природы. Этиология их разнообразна, но по клиническому проявлению они нередко сходны между собой, что и создает трудности для правильной диагностики. Для эффективной борьбы с ними важное значение имеет изучение этиологической структуры этих инфекций.

Одной из причин кишечных заболеваний считается дизентерийная инфекция. Бактериальная дизентерия в отношении этиологии должна характеризоваться как заболевание, вызываемое специфическими возбудителями дизентерийной группы.

Бактериальная дизентерия преимущественно поражает младший детский возраст. Поэтому некоторые авторы относили бактериальную дизентерию к числу детских инфекций. Но до сих пор этот вопрос не получил должного научного объяснения.

По мнению одних авторов, в основе детской заболеваемости лежит особая восприимчивость детей к дизентерийной инфекции. Это мнение не выдерживает критики в теоретическом отношении и не имеет никаких фактических обоснований.

По мнению других авторов, повышенной заболеваемости, быть может, содействует тесный контакт, склонность детей сосать и брать в рот пальцы, разные предметы и т. п. Среди факторов, способствующих заражению в этой возрастной группе, фактору «грязных» рук, возможно, принадлежит большая роль.

По данным Данилевича, заболеваемость в возрасте 1—4 лет в 2 раза больше (26,4) по сравнению с грудным и дошкольным (12,2), а у последних в 2 раза больше, чем у остальных групп. По данным Черниковой, заболеваемость раннего возраста составляла свыше 60% общей заболеваемости дизентерией, по данным Синая — 60—70% заболеваемости.

По Рогозину, показатель кишечных заболеваний среди детей в возрасте до 2 лет превышает этот же показатель среди взрослых в 6—8 раз.

В. М. Жданов указывает, что дизентерия занимает значительный удельный вес среди больных детей раннего возраста. Так, на долю детей младшего возраста (до 2 лет) за последние 3 года приходится от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ заболеваний (1953 г.).

По нашим данным, удельный вес детского возраста в заболеваниях дизентерией больше, чем у взрослых. Удельный вес детей раннего возраста в заболеваемости дизентерией составлял 34,5—35,9% (1953 г.).

Помимо клинически ярко выраженных случаев дизентерии встречаются в практике легкие формы бактериальной дизентерии, которые зачастую протекают весьма атипично; при этом клинические проявления могут быть неясно и неполно выражены, поэтому они в практике часто ошибочно принимались за поносные заболевания (за разные диспепсии и другие кишечные «невинные» заболевания). В этом заключалась одна из причин большого процента ошибочных диагнозов.

По нашим наблюдениям, повышение удельного веса дизентерии по отношению к диспепсиям от 17 до 27,5% указывает на то, что распознавание дизентерии явилось результатом, главным образом, отсева и случаев диспепсий на основании признаков, характеризующих клиническое течение так называемых стертых форм дизентерии, нередко подтвержденных бактериологически. Ребенок с поносным заболеванием должен быть всесторонне исследован, и лишь после подробного изучения представляется возможным утверждать или отвергать диагноз дизентерии.

Недифференцированность и недоразвитость червной системы в детском возрасте являются пока единственно удовлетворительным объяснением преобладания у детей самого раннего возраста так называемых атипичных форм дизентерии с неразвернутым кишечным синдромом.

Изучение анамнестических данных в целях установления рецидивирующих форм хронической дизентерии имеет важное значение. Согласно нашим наблюдениям, повторная заболеваемость дизентерией находится в пределах от 5,3 до 8%. Надо полагать, что в прошлом наличие поносных заболеваний у дизентерийных больных (с периодическим «обострением и «затишьем») говорит о том, что эти дети являются дизентерийными хрониками. Из этого следует, что преобладающей является острая форма дизентерии, поэтому ее ранняя диагностика, лечение и профилактика в проблеме дизентерии играют главную роль.

Вопрос о роли патогенной микрофлоры в этиологии детской диспепсии в литературе недостаточно был освещен. Этиологические факторы простой и токсической диспепсии у детей по данным некоторых авторов были весьма различны.

По мнению ряда авторов, диспепсия представляет токсический синдром, возникающий под влиянием энтеральной, либо парэнтеральной инфекции. Парэнтеральные инфекции (отит, грипп, пневмония) часто ведут к быстрому переходу простой диспепсии в тяжелую токсическую форму. По мнению ряда педиатров (Дулицкий, Ленский, Давидсон и др.), большую роль в этиологии диспептических поносов играют экзогенные факторы неинфекционного характера: перегревание ребенка, неправиль-

ное кормление, изменение состава молока кормящей (содержание молочного сахара, белков, углеводов и т. д.). По мнению Марфана и некоторых других, перечисленные факторы являются только предрасполагающими для развития диспепсии.

По данным некоторых авторов, при диспепсии иногда встречаются палочки Моргана и протей в значительном количестве.

У детей больных токсической диспепсией, как отмечает Тараторина, микрофлора кишечника очень разнообразна, наблюдается большое число микробных ассоциаций, причем в самых разнообразных комбинациях, но в основном преобладает ассоциация кишечной палочки с протеом.

На дизентерийную этиологию диспепсий указывали в работах Белоглазова, Харабковская, Данилевич, Константинова и др. Последние выделили из диспептического стула детей 20—22%, Никифорова — 20,9% дизентерийных палочек.

Литвак и Супранюк лабораторными исследованиями детей, имевших диспептические явления, прошедшие под диагнозом диспепсии, обнаружили у 22% детей дизентерийную инфекцию.

По Либинзону, при бактериологическом обследовании детей раннего возраста с различными диагнозами желудочно-кишечных заболеваний (колит, диспепсия, неустойчивый стул), в 20—30% выделялись возбудители дизентерии.

Отсюда вытекает, что вопрос об этиологии детских поносов еще не вполне разрешен. Мы не склонны думать, что поносные заболевания абсолютно во всех случаях имеют дизентерийную природу. Однако при клинических, бактериологических и эпидемиологических исследованиях выясняется, что значительный процент этих заболеваний имеет дизентерийную этиологию.

По нашим данным, общее количество всех поносных заболеваний обычно превосходит число случаев регистрируемых под диагнозом дизентерии в 3—5 раз более, причем они часто бывают и под диагнозами диспепсий, колитов, энтеритов, гастроэнтероколитов и т. п. Наличие в них дизентерии, по нашим данным, в 17—27,5% всего числа случаев должно считаться обоснованным современными данными.

Уменьшение удельного веса простой диспепсии от 38,9 до 36,3% и токсической диспепсии от 44,1 до 36,2% указывало на отсев из случаев диспепсий так называемых стертых легких форм дизентерии. На наш взгляд, на очереди стоит задача продолжать дальнейшую расшифровку всей массы поносов — простой диспепсии, токсической и т. п. — в направлении, главным образом, установления роли патогенных разновидностей кишечной палочки среди них.

С целью установления повторности заболеваний мы сочли необходимым изучить анамнестические данные. Так, например, повторная заболеваемость простой диспепсией, по нашим данным, находилась в пределах 0,6—2%, а повторная заболеваемость токсической диспепсией — 0,8—2,6%.

В последние годы, на основании данных, складывается суждение,

(В. Жданов), что значительная часть острых кишечных заболеваний у детей раннего возраста, проходящих под диагнозом простой и токсической диспепсии, а также других острых кишечных заболеваний, преимущественно связана с патогенными разновидностями кишечной палочки.

На патогенное значение кишечной палочки указывали в свое время Мечников, Габричевский, Циклинская, Минкевич, а за рубежом — Эшерри, Адам, Гольдшмидт и др. Но состояние в те времена микробиологической науки и лабораторной техники не позволяло выделить патогенные кишечные палочки из огромного количества непатогенных разновидностей. Это стало возможным только в последнее десятилетие.

По данным И. В. Голубевой, патогенные серотипы кишечной палочки у детей с острыми кишечными заболеваниями в возрасте до 2 лет обнаруживаются в 25% случаев, а высеваемость у детей старше 2 лет снижается вдвое. При соматических заболеваниях (пневмония, отит и другие), а также дизентерии высеваемость патогенных типов кишечной палочки у детей до 1 года колеблется от 12 до 15%.

По данным Э. М. Новгородской, удельный вес бактериологически документированных колиэнтеритов среди детей, госпитализированных с диагнозом диспепсии, составляет не менее 30—50%.

По данным Б. Е. Гресь, у детей в возрасте до 3 месяцев, госпитализированных с диагнозом диспепсии и дизентерии, патогенные серотипы кишечной палочки высеваются от 36 до 50%, а с диагнозом токсической диспепсии этот процент достигает 80%.

Как отмечает Б. Ширвиндт, по данным инфекционной клиники Педиатрического института Министерства здравоохранения РСФСР больные с диагнозом колиинфекции составляли одну пятую часть всех поступавших в диагностическое отделение. Их направляли в больницу преимущественно с диагнозом диспепсии (простой, субтоксической, токсической, парэтеральной), энтерита, дизентерии.

Патогенные разновидности кишечных палочек признаются так же возбудителями кишечных расстройств, протекающих по типу парэтеральной диспепсии, токсикосептических заболеваний новорожденных, дизентерии и даже общих алиментарных расстройств с интоксикацией (особенно кишечных у недоношенных).

Отмечается очень высокая контагиозность этих заболеваний маленьких детей, тогда как весьма низкая контагиозность отмечается у детей старшего возраста и взрослых.

Новые данные, приведенные выше, ставят перед медицинской наукой разрешение следующих задач: разработка и внедрение упрощенных методов бактериологической диагностики колиэнтеритов, поиски средств специфической терапии, разработка рациональных мер профилактики.

Բ. Հ. ԱՆՋԵԼՈՎ

ՈՐՈՇ ՏՎՅԱԼՆԵՐ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՍՈՐԻ
ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո տ մ

Բակտերիալ դիզենտերիան էտիոլոգիական տեսակետից պետք է բնութագրել որպես հիվանդություն, որը առաջանում է դիզենտերիային խմրի սպեցիֆիկ հարուցիչներից: Բակտերիալ դիզենտերիայով հիվանդանում են առավելապես փոքրահասակ երեխաները: Բակտերիալ դիզենտերիայի հստակ արտահայտված կլինիկական ձևերը ակտորոշվում են հեշտությամբ, մինչդեռ նրա առիպիկ, տրոբլած, թեթև կլինիկական ձևերի ակտորոշումը համեմատաբար դժվար է:

Մեր տվյալներով, դիսպեպսիաների նկատմամբ դիզենտերիայի տեսակարար կշռի մեծացումը 17% -ից մինչև 27,5% հանդիսանում է դիսպեպսիաների թվից դիզենտերիայի դեպքերի ավելի լրիվ հաշտնաբերման արդյունք: Լուծային բոլոր հիվանդությունների թվից դիզենտերիայի աչգալիսի տոկոսը ժամանակակից տվյալներով համարվում է հիմնավորված:

Դիզենտերիայով կրկնակի հիվանդությունը տատանվում է 5,3% -ից մինչև 8% -ի սահմաններում: Նրա խրոնիկական ձևերի որոշման համար կարևոր նշանակություն ունի անամնեստիկ տվյալների ուսումնասիրությունը:

Հասարակ դիսպեպսիայով կրկնակի հիվանդությունը տատանվում է 0,6% -ից մինչև 2% -ի, իսկ տոբսիկ դիսպեպսիայով՝ 0,8% -ից մինչև 2,6% -ի պայմաններում:

Ներկայումս հաստատվում է, որ վաղ հասակի երեխաների մոտ աղիքային սուր հիվանդություններ, որոնք ակտորոշվում են որպես հասարակ և տոբսիկ դիսպեպսիաները կամ աչլ աղիքային սուր հիվանդություններ, հիմնականում կապված են աղիքային ցուպիկի պաթոգեն սերոտիպերի հետ:

Անհրաժեշտ է շարունակել բոլոր տեսակի լուծերի (հասարակ և տոբսիկ դիսպեպսիաների և աչլ) հետազոտությունը հատկապես նրանցում աղիքային ցուպիկի պաթոգեն սերոտիպերի դերի որոշման ուղղությամբ: