

На правах рукописи

В. М. БУБНОВА

**О СТРУКТУРЕ, КЛИНИЧЕСКОЙ
ХАРАКТЕРИСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

(758 Детские болезни с детскими инфекциями)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

СВЕРДЛОВСК

1968

На правах рукописи

В. М. БУБНОВА

О СТРУКТУРЕ, КЛИНИЧЕСКОЙ
ХАРАКТЕРИСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

(758 Детские болезни с детскими инфекциями)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

СВЕРДЛОВСК

1968

Работа выполнена на кафедре детских инфекционных болезней Свердловского государственного медицинского института и в городском отделе здравоохранения.

Научный руководитель — доктор медицинских наук профессор В. С. ДУБРОВА.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук профессор Т. Э. ВОГУЛКИНА.

Кандидат медицинских наук Ю. П. ЧУГАЕВ.

Отзыв дан Свердловским научно-исследовательским институтом охраны материнства и младенчества.

Автореферат разослан «25» 7 1968 г.

Защита диссертации состоится «25» 11 1968 г.
на заседании Ученого Совета Свердловского Государственного медицинского института (ул. Репина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке медицинского института. Адрес: ул. Ермакова, 7.

Ученый секретарь Совета доцент З. М. МЕЛЬНИКОВА.

За годы Советской власти в нашей стране достигнуты значительные успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями.

В настоящее время одной из важнейших задач органов здравоохранения, поставленных решением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 14/I—1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР», является борьба за дальнейшее снижение острых желудочно-кишечных заболеваний у детей.

Многочисленными исследованиями доказана ведущая роль инфекционного фактора в развитии острых кишечных расстройств у детей раннего возраста (О. С. Воронина, 1960; Е. Н. Хохол, 1960; М. С. Маслов, 1962; Н. И. Нисевич и А. Г. Аванесова, 1962; Е. В. Авдеева, 1965).

Установлен и тот факт, что в группе острых желудочно-кишечных заболеваний у детей большое место занимает дизентерия (Б. Г. Ширвиндт, 1957; А. И. Доброхотова, 1959; И. С. Винтовкина, 1960; Ю. Е. Бирковский, 1965; Г. С. Постол, 1966).

Вместе с тем, как показывают исследования (Н. И. Зацепин, 1958; А. А. Андрушук, 1961; Э. М. Новгородская, 1961; Л. Б. Хазенсон, 1964; Б. Е. Гресь, 1965), около 20—30% всех острых кишечных расстройств у детей раннего возраста вызываются серотипами энтеропатогенной кишечной палочки.

В последние годы определенное значение приобрели поражения желудочно-кишечного тракта у детей стафилококковой этиологии, составляющие около 6—11% всех острых кишечных расстройств (Г. А. Тимофеева и соавт., 1966; Е. А. Герасимова, 1966; М. И. Гринзайд, 1966).

На салмонеллез, как одну из причин острых кишечных заболеваний у детей, приходится не более 2—9%, на что указывают ряд исследователей (В. Н. Ильенко и Г. А. Ковалева, 1960; Э. А. Горницкая, 1961).

После внедрения вирусологических методов исследования появились работы, установившие роль некоторых энтеровирусов в этиологии желудочно-кишечных заболеваний у

детей (Л. В. Власова, 1962; М. С. Идина, 1964; А. Л. Стручковская и соавт., 1967).

Однако согласно данным литературы, в 15—50% этиология желудочно-кишечных заболеваний у детей раннего возраста остается невыясненной (З. И. Капкова, 1965; Т. Ф. Рябинская и соавт., 1966).

Изучение этиологической структуры острых кишечных инфекций у детей в различных географических условиях имеет практическое значение, позволяющее более целесообразно проводить противоэпидемические и профилактические мероприятия.

Большое значение придается изучению начального периода острых кишечных заболеваний у детей, ибо наблюдаемые клинические проявления дизентерии у детей в виде стертых форм, общность кишечного синдрома приводят к большим затруднениям при постановке правильного диагноза.

Необходимым является изучение взаимосвязи клинических проявлений острых кишечных инфекций у детей и течения болезни в преморбидном состоянии заболевших, т. к. более легкое течение дизентерии и других кишечных заболеваний у детей ряд авторов связывают с изменением их реактивности и предшествующего состояния (А. А. Березина, 1964; Е. А. Герасимова, 1966; В. Н. Новикова, 1967).

Репаративный процесс при кишечных заболеваниях также зависит от преморбидного состояния ребенка, условий среды, куда он попадает, т. к. постинфекционная сенсibilизация обуславливает малую устойчивость организма и высокую его чувствительность к различным вредностям внешней среды (Ф. М. Добржанская, 1957; В. Н. Гольдина, 1958; Ю. К. Полтева, 1960).

Обращает на себя внимание и значительная заболеваемость дизентерией детей — воспитанников детских яслей, которая за последние годы не имеет тенденции к снижению (Е. И. Дьякова и соавт., 1961; В. И. Лебедев, 1964; Е. Б. Кривогорский, 1965). Выяснение причин заболеваемости дизентерией в детских яслях и изыскание мер, направленных на предупреждение заноса дизентерии в детские учреждения, имеют большое практическое значение.

Исходя из вышеизложенного, нами в данной работе изучались:

1. Этиологическая структура острых желудочно-кишечных заболеваний у детей.

2. Структура и клиническая характеристика желудочно-кишечных заболеваний у детей первого года жизни.

3. Особенности клиники острой дизентерии у новорожденных детей.

4. Остаточные явления и функциональные нарушения после перенесенных желудочно-кишечных заболеваний у детей первого года жизни.

5. Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение заноса дизентерии в детские учреждения и изучение, в связи с этим, вопроса о профилактической и диагностической ценности дизентерийного бактериофага.

1. Структура острых желудочно-кишечных заболеваний у детей по материалам диагностических кишечных отделений г. Свердловска

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в гор. Свердловске за последние годы снижается, но незначительно. Так, если показатель заболеваемости дизентерией детей первых двух лет жизни на тысячу детей принять в 1952 г. за 100, то в 1959 г. он равен 52, в 1961 г. — 48,8 и в 1967 г. — 36. Заболеваемость хронической дизентерией среди детей до 2 лет за последние 6 лет снизилась в 15,4 раза. Достигнуты значительные успехи в снижении больничной летальности. Так, за 16 лет по г. Свердловску, больничная летальность от дизентерии у детей первого года жизни снижена в 30,4 раза и составила в 1967 г. 0,25%.

Успехи в снижении заболеваемости и смертности от кишечных инфекций несомненны, однако проблема их далека от разрешения.

Изучение этиологической структуры острых желудочно-кишечных заболеваний по материалам диагностических кишечных отделений г. Свердловска за 1965—1967 гг. показало, что уровень их на протяжении трех лет был почти одинаков и основное место занимала дизентерия, составившая 49,2% всех больных из числа прошедших и подтвержденная бактериологически у 54,3% детей. Хроническая дизентерия составила 0,7%; кишечная колиинфекция 6,3%, стафилококковый энтероколит 7,4%, сальмонеллез 0,7% и вирусная диарея 0,04%. Простая и токсическая диспепсия установлены у 1,8% больных, глистная инвазия и лямблиоз — у 1,9%. Желудочно-кишечные заболевания невыясненной этиологии составили 13,6%, бактериовыделители дизентерии

0,3% и больные с соматическими заболеваниями 18,06%. Следовательно, нами установлено, что кишечные заболевания у 78,6% больных имели инфекционную природу.

Возраст детей был следующим: до 1 года — 36,2% детей, от 1 до 2 лет — 26,2%, с 2 лет и старше — 37,6%. Больные дизентерией и сальмонеллезом были детьми первых двух лет жизни, кишечной колиинфекцией — первого года жизни, а стафилококковым энтероколитом — первого полугодия жизни. Простая и токсическая диспепсия, вирусная диарея установлены только у детей 1 года, кишечная инфекция неясной этиологии — у половины больных первого года жизни.

Интересным и важным является изучение совпадений клинических и амбулаторных диагнозов у поступивших больных. Совпадение диагноза при дизентерии составило 43,9%, при кишечной колиинфекции — 4,7%, при стафилококковом энтероколите — 11,5%, при токсической диспепсии — 25% и при простой диспепсии — 33,8%. Следовательно, у большинства детей уточнение причины кишечных дисфункций было затруднено.

Обращает на себя внимание и тот факт, что 58,3% больных с желудочно-кишечными заболеваниями направлялись в стационар позднее третьего дня болезни, а если учесть, что половина из поступивших (52,6%) являлись детьми дошкольных детских учреждений, то становится понятным, какое эпидемиологическое значение имеет ранняя госпитализация детей и совершенствование методов клинико-лабораторной диагностики.

2. Структура и клиническая характеристика желудочно-кишечных заболеваний у детей первого года жизни

Изучая желудочно-кишечные заболевания у 381 ребенка первого года жизни, поступившего в различные периоды года в детские инфекционные больницы г. Свердловска за 1964 и 1965 гг., нами установлено, что в структуре кишечных заболеваний основное место занимала острая дизентерия, составившая половину всех больных — 207 детей или 54,3%.

Хроническая дизентерия выявлена у 5 больных, что составило 1,3%, кишечная колиинфекция — у 79 (20,8%), стафилококковый энтероколит — у 37 (9,7%), вирусная диарея — у 5 (1,3%), токсическая и простая диспепсия — у 34 (9%) и кишечная инфекция неясной этиологии — у 14 детей, что составило 3,6%. Эти данные свидетельствовали, что у детей

первого года жизни острые кишечные расстройства по своей природе в основном являлись инфекционными. При сравнении структуры желудочно-кишечных заболеваний в различные периоды года нам не удалось выявить больших различий. Это еще раз подтвердило, что сезонный фактор в заболеваемости детей первого года жизни существенной роли не играет, состояние же реактивности ребенка имеет большое значение, что подчеркивают и ряд исследователей (А. П. Казанцев, 1959; В. В. Фомин, 1965).

Мы наблюдали дизентерию чаще у детей второго полугодия жизни, кишечную колиинфекцию и стафилококковый энтероколит у больных первых шести месяцев жизни. Вирусная диарея, простая и токсическая диспепсия и кишечная инфекция неясной этиологии выявлены были преимущественно у детей после шести месяцев.

Установлено, что преморбидное состояние значительной части детей было измененным. Так, среди заболевших желудочно-кишечными заболеваниями 28,4% детей, особенно среди больных дизентерией и кишечной колиинфекцией, находились на смешанном и искусственном вскармливании, в то время как удельный вес детей первого года жизни в г. Свердловске на искусственном и смешанном вскармливании не превышал 12%.

Мы имели возможность также выявить, что хроническое расстройство питания II и III степени имелось у 31 ребенка, что составило 8,1%. В то же время в г. Свердловске хроническое расстройство питания II и III степени у детей первого года жизни наблюдалось у 0,9% детей, т. е. в 9 раз реже, чем среди заболевших желудочно-кишечными заболеваниями. Известно, что при гипотрофии значительно нарушаются процессы обмена веществ, снижается активность пищеварительных ферментов, страдает функция центральной и вегетативной нервной системы (О. Д. Китайгородская, 1941; М. С. Маслов, 1952; О. А. Синявская, 1961). Пораженность рахитом была установлена у 40,4% детей, проявления экссудативного диатеза — у трети наблюдаемых больных.

В анамнезе у 13,1% детей были указания на перенесенные желудочно-кишечные заболевания, а 36,4% больных перенесли и другие заболевания. Таким образом, неболевшие дети составляли лишь 50,5%.

Согласно данным литературы за последние годы увеличилось число стертых и атипичных форм кишечных инфекций (Н. И. Ипатова и Г. М. Роговский, 1962; Е. М. Павлович,

1964; А. Г. Егорова, 1966). В связи с этим мы тщательно изучили клиническую картину желудочно-кишечных заболеваний, стремясь выявить симптомы, характерные для того или иного заболевания.

Одним из ведущих симптомов при всех желудочно-кишечных заболеваниях являлось изменение характера стула. Наблюдения показали, что при острой дизентерии у 84,1% детей стул был энтеритный со слизью, колитный стул со слизью выявлен у 14,5% детей, колитный со слизью и кровью — у 4,4%. Частота стула не превышала 5—6 раз в сутки. Тенезмы отмечались у незначительной части больных и лишь у детей второго полугодия жизни. Кишечные расстройства продолжались в среднем 3 недели. У 5 детей с хронической дизентерией стул был колитный со слизью. Бактериологическое подтверждение дизентерии составило лишь 18,8%, основным возбудителем являлись бактерии Зонне. Данные копроцитограмм свидетельствовали о наличии выраженного воспалительного процесса в кишечнике у половины больных. Реакция агглютинации с целью диагностики проведена у 17 детей, из них у 7 была положительной. Следовательно, диагноз дизентерии в основном ставился на основании клинических данных.

При кишечной колиинфекции дисфункция кишечника проявлялась умеренным учащением стула, которое не превышало 15 дефекаций в сутки. У большинства больных стул был водянистый, энтеритного характера (86,1%), примесь слизи определялась не всегда. Колитный стул без слизи выявлен у 13,9% детей. Метеоризм наблюдался у половины всех больных. Стул нормализовался в течение 3 недель. Возбудителями кишечной колиинфекции в основном были энтеропатогенные кишечные палочки 0₁₁₁, реже 0₅₅ и 0₂₆. У половины больных в первые дни заболевания в копроцитограмме выявлялась лейкоциторрея.

При стафилококковом энтероколите 70,2% детей имели энтеритный стул с примесью слизи, 27% — колитный со слизью и 2,8% — колитный со слизью и кровью. Частота стула не превышала 8—10 раз в сутки. В первые 3 недели стул нормализовался у 64,8% больных, у 35,2% нормализация стула наступила на 5—6 неделе. При бактериологическом исследовании патогенный стафилококк выявлялся повторно в первые дни заболевания, число колоний при этом было велико. В копроцитограмме характерных изменений не найдено.

У больных токсической диспепсией и вирусной диареей стул был энтеритного характера у всех больных, учащенный

до 7—10 раз в сутки. При простой диспепсии у большинства больных стул был также энтеритный. При кишечной инфекции неясной этиологии стул энтеритного характера наблюдался у 10 больных, из них у 6 — с примесью слизи. Отсюда следует, что при различных желудочно-кишечных заболеваниях стул чаще имел энтеритный характер.

Следует отметить, что повышение температуры было у 23,7% больных острой дизентерией и у 24,1% — больных кишечной колиинфекцией. Стафилококковый энтероколит у 29 больных из 37 протекал с нормальной температурой. Выраженная температурная реакция была у большинства больных токсической диспепсией и вирусной диареей. При простой диспепсии субфебрильная температура наблюдалась у 3 больных из 26, при кишечной инфекции неясной этиологии у 10 из 14 детей. Следовательно, гипертермия при желудочно-кишечных заболеваниях наблюдалась нечасто и преимущественно при токсической диспепсии и вирусной диарее.

Рвота в начале заболевания дизентерией выявлена у трети больных, чаще при тяжелом течении, при кишечной колиинфекции — у 21,5% детей. Особенностью рвоты при кишечной колиинфекции являлся ее упорный характер, выявленный у 45% больных, имевших этот симптом. У 5 больных стафилококковым энтероколитом была рвота обычно в начале заболевания. Токсическая диспепсия и вирусная диарея почти у всех больных сопровождалась рвотой. При кишечной инфекции неясной этиологии и простой диспепсии рвота наблюдалась редко.

Анализируя начальные симптомы заболевания при острой дизентерии, мы выявили при тяжелом течении обменные расстройства, в частности, нарушение водно-солевого обмена, который у части детей (30,3%) сопровождался падением в весе и снижением саливации (28,9%). Дети с хроническим расстройством питания первоначально в весе теряли больше и медленнее восстанавливали его. У детей на смешанном и искусственном вскармливании падение веса было более значительное, нежели при грудном вскармливании, что статистически достоверно ($P < 0,001$), значительнее снижалась и саливация ($P < 0,001$). Падение веса у больных кишечной колиинфекцией наблюдалось в 37,9%, понижение саливации в 34,1%, причем, как и при дизентерии, выявлена зависимость указанных симптомов от состояния питания и вскармливания заболевших. Падение веса и снижение саливации были почти у всех больных токсической диспепсией

и лишь у отдельных детей при прочих желудочно-кишечных заболеваниях. Следовательно, обменные процессы были более нарушены при дизентерии, кишечной колиинфекции и токсической диспепсии. Следует отметить, что анорексия была у 22,8% детей с кишечными заболеваниями, однако чаще установлена при дизентерии и стафилококковом энтероколите. У больных дизентерией и кишечной колиинфекцией, находившихся на смешанном и искусственном вскармливании, понижение аппетита было выражено сильнее.

Расстройство гемодинамики, выражавшееся в бледности кожных покровов, наблюдалось у 46,8% больных острой дизентерией, у половины больных — кишечной колиинфекцией и трети больных — стафилококковым энтероколитом. У 7 из 8 больных токсической диспепсией была также резкая бледность кожных покровов. У отдельных больных бледность кожных покровов наблюдалась при кишечной инфекции неясной этиологии, простой диспепсии и вирусной диарее.

Таким образом, проведенный анализ показал, что симптомы общей интоксикации чаще были выражены у больных острой дизентерией, кишечной колиинфекцией и токсической диспепсией и зависели от преморбидного состояния заболевших и тяжести течения процесса.

Наши исследования позволили заключить, что легкое течение дизентерии было у 43% больных, среднетяжелое — у 47,9% и тяжелое — у 9,1%. Тяжесть течения зависела от возраста и характера вскармливания детей. Течение процесса в большинстве случаев было острым, затяжное течение дизентерии (26,6%) находилось в зависимости от предшествующего состояния заболевших: у детей на смешанном и искусственном вскармливании затяжное течение дизентерии наблюдалось чаще, что статистически достоверно ($P < 0,001$). Осложнения, в основном пневмонии, выявлены у 19,8% больных. Хроническая дизентерия у 3 из 5 детей имела легкое течение и у 2 больных — среднетяжелое.

В отличие от дизентерии, кишечная колиинфекция протекала несколько тяжелее. Так, легкое течение было у 39,2% больных, среднетяжелое — у 40,5% и тяжелое — у 20,3%. Решающую роль на тяжесть течения кишечной колиинфекции оказывала реактивность организма, на что указывает и ряд авторов (Б. Г. Ширвиндт, 1961; П. Н. Пудзенко, 1961; В. М. Афанасьева, 1964). Тяжесть течения кишечной колиинфекции зависела не только от преморбидного состояния заболевших, но и от вида возбудителя: тяжелые формы наблюда-

лись при кишечной колиинфекции, обусловленной кишечной палочкой O_{111} . Можно также отметить, что более тяжелое течение кишечной колиинфекции было у заболевших в зимне-весеннее время года, что, по-видимому, связано с пониженной иммунологической реактивностью детей в этот период. Осложнения наблюдались значительно чаще, чем при дизентерии (51,9%), в виде пневмоний. Почти у половины больных детей наблюдались катары верхних дыхательных путей, выявляясь в момент заболевания или на 2—3 недели болезни. У преобладающего большинства больных кишечной колиинфекцией течение болезни было острое, затяжное течение наблюдалось у 11,3% детей. У детей с хроническим расстройством питания чаще наблюдалось затяжное течение ($P < 0,001$).

Течение стафилококкового энтероколита было легким у двух третей больных, осложнения же составили 30% (в основном пневмонии и отиты).

Вирусная диарея и токсическая диспепсия характеризовались обычно среднетяжелым течением. Легкое течение болезни было почти у всех больных простой диспепсией и у 50% детей — с кишечной инфекцией неясной этиологии.

Проведенный анализ показал, что желудочно-кишечные заболевания имели определенные клинические признаки, позволяющие еще до получения лабораторных данных судить о характере кишечных расстройств. В связи с изменением преморбидного состояния детей, улучшением их вскармливания течение кишечных заболеваний стало более легким.

3. К клинической характеристике острой дизентерии у новорожденных детей

Многие исследователи (Б. Ф. Шаган, 1959; П. Ф. Здродовский, 1963; Ю. В. Гулькевич, 1966) считают, что организм новорожденного ребенка обладает пониженной иммунологической реактивностью.

Фактический же материал по клинике дизентерии у новорожденных детей показал, что наряду с атипичными формами, наблюдается и типичное течение. Доказательством этого служат наши данные клинического наблюдения острой дизентерии у 11 новорожденных детей. Следует отметить, что состояние реактивности было измененным у большинства заболевших. Беременность и роды у 6 матерей протекали с осложнениями.

Проведенные наблюдения показали, что симптомы общей интоксикации и расстройство гемодинамики были у 8 больных и выражались в бледности кожных покровов и цианозе носогубного треугольника. Падение в весе наблюдалось у всех в момент заболевания. Недоношенные дети более продолжительное время не прибывали в весе, но в дальнейшем имели большую прибавку в весе, нежели доношенные. Повышение температуры было у трех больных, причем длительность лихорадочного периода составляла 2—5 дней.

Одним из ведущих симптомов дизентерии являлось изменение характера стула. Последний был кашицеобразный у всех больных и содержал большое количество слизи, а у 5 больных — примесь крови. Частота стула не превышала 5—7 дефекаций в сутки. Бактериологически дизентерия подтверждена у 8 детей, при этом выделены дизентерийные бактерии Зонне. Копроцитологическое исследование указывало на воспалительный процесс в кишечнике у всех больных.

Легкое течение дизентерии выявлено у 5 детей, среднетяжелое — у 5 и тяжелое — у 1. Все дети с тяжелым и среднетяжелым течением имели отягощенный анамнез, у них длительно держалась анорексия и плоская кривая веса. Заболевание протекало остро и закончилось выздоровлением у 10 детей, один ребенок умер. Таким образом, дизентерия у новорожденных детей имела типичное течение.

4. Катамнез у детей, переболевших желудочно-кишечными заболеваниями на первом году жизни

Необходимо изучение вопроса об остаточных изменениях и функциональных нарушениях после перенесенных желудочно-кишечных заболеваний, т. к. следует согласиться с И. М. Беркович (1947), О. С. Ворониной (1960), В. М. Дергачевым (1966), О. Н. Базюк (1967), что истинное выздоровление после дизентерии и кишечной колиинфекции отстает от так называемого клинического.

Изучение в течение года катамнеза у 320 детей, перенесших на первом году жизни желудочно-кишечные заболевания, показало, что выздоровление спустя 6 мес. после перенесенной дизентерии наступило у 151 ребенка из 191, что составило 79,1%. Оформленный стул наблюдался у 79,1% детей, неустойчивый 1—2 мес. — у 7,9% и неустойчивый 3 мес. — у 13% детей. Переход в затяжную и хроническую форму дизентерии установлен у 11,5% детей и зависел от

тяжести перенесенной дизентерии, сроков госпитализации и характера вскармливания детей. Первые 3 мес. недостаточно прибывали в весе 17,3% детей, страдали анорексией — 18,3% и имели проявления анемии — 7,3%. Проявление этих симптомов зависело от исходного состояния детей в период заболевания.

После перенесенной кишечной колиинфекции выздоровление через 3 мес. наступило у 51 ребенка из 63, что составило 80,9%. Оформленный стул был у 80,9% детей, неустойчивый 1—2 мес. — у 7,9% и неустойчивый 3 мес. — у 11,2%. Неустойчивый стул чаще наблюдался у детей, перенесших кишечную колиинфекцию 0_{III}. Выделение кишечной палочки в первые 3 мес. выявлено у 5 детей и только у перенесших кишечную колиинфекцию 0_{III}. Плохо прибывали в весе 9 детей, анорексия была выражена у 6, анемия — у 6 детей. Эти симптомы, как и при дизентерии, зависели от преморбидного состояния заболевших.

Перенесенные дизентерия и кишечная колиинфекция не отражались в дальнейшем на физическом развитии детей.

Период реконвалесценции после стафилококкового энтероколита был благополучен: у 26 детей из 29 через месяц наступило выздоровление. Неустойчивый стул был у 3 детей.

Из 11 детей, перенесших кишечную инфекцию неясной этиологии, у 8 выздоровление наступило в первый месяц. Оформленный стул был у 10 детей, у 1 ребенка выявлен неустойчивый стул в течение двух месяцев, у него же стойко держалась анорексия.

6 детей, перенесших токсическую диспепсию, развивались хорошо. Через месяц один ребенок, имевший неустойчивый стул, при обследовании выделил кишечную палочку 0₂₆ и диагноз у него изменен на кишечную колиинфекцию.

Из 15 детей, перенесших простую диспепсию, лишь у половины через месяц наступило выздоровление. Оформленный стул был у 13 детей, неустойчивый 1 мес. — у двух. Плохо прибывали в весе 4 ребенка, у трех была анорексия, у одного анемия. Указанное выше позволяет думать, что у части детей причина дисфункции кишечника в острый период была не уточнена должным образом.

Следовательно, у большинства детей после перенесенных желудочно-кишечных заболеваний период реконвалесценции был благополучен и установленные сроки диспансеризации, на наш взгляд, являются вполне достаточными.

5. К вопросу о профилактике желудочно-кишечных заболеваний в детских яслях

Литературные данные свидетельствуют о преобладающем распространении дизентерии среди воспитанников детских яслей (И. А. Шитов, 1964; Л. И. Насонкина и соавт., 1966), при этом причины высокой заболеваемости связывают с новым приемом детей в детские ясли и несвоевременной изоляцией заболевших.

В г. Свердловске заболеваемость дизентерией детей, посещающих детские ясли, не имеет тенденции к снижению, несколько возрастая в период массового приема в детские учреждения. В связи с этим, нас интересовали профилактические мероприятия, которые предупреждали бы занос кишечных заболеваний в детские учреждения.

Особый интерес представляло изучение состояния здоровья 2573 детей, принятых в детские ясли г. Свердловска в период массового приема детей, т. е. с августа по октябрь 1964 г. Следует отметить, что поступившие дети в основном были в возрасте старше 1 года (74,2%). У 5,7% детей выявлено хроническое расстройство питания I степени, у 12,5% — проявления активного рахита и у 5,5% — экссудативного диатеза. Каждый четвертый — пятый ребенок на первом году жизни частично или полностью был лишен грудного молока. Указания на перенесенные желудочно-кишечные заболевания имелись у 21,6% детей, причем половина из них перенесли дизентерию. А если учесть, что 47,3% детей имели в анамнезе указания на перенесенные катары верхних дыхательных путей, то становится понятным, что состояние здоровья у некоторой части принятых детей в детские ясли было измененным. Следовательно, подготовку детей в условиях поликлиники к посещению детских яслей следует улучшить.

Изучение динамики заболеваемости у поступающих детей в изоляторы детских яслей за 1964—1967 гг. показало, что в первые 5 дней, в связи с желудочно-кишечными заболеваниями, возвращалось на участок в 1964 г. 12,7% детей, в 1967 г. — 9,9%. Удельный вес дизентерии среди заболевших составил в 1964 г. 56,8%, в 1967 г. — 32,9%. По поводу соматических заболеваний возвращалось в поликлинику в 1964 г. 4,8% детей, в 1967 — 4%. Таким образом, можно утверждать, что изоляторы играют большую роль в

предупреждении заноса заболеваний в детские ясли при приеме вновь поступающих детей.

Интерес представляло изучение связи между заболеваемостью дизентерией в различных районах г. Свердловска и выявляемостью таковой у вновь поступающих детей в детские ясли. Так, если в 1966 г. в г. Свердловске заболеваемость дизентерией составила 98, на 10 000 населения, а удельный вес выявленной дизентерии в изоляторе детских яслей 3,6%, то в Верх-Исетском районе, где на протяжении ряда лет регистрируется самая низкая заболеваемость дизентерией, заболеваемость составила 76,5 на 10 000, а в детских яслях при приеме детей выявлена лишь у 1,9% детей. Наоборот, в Чкаловском районе заболеваемость дизентерией составила 121,7 на 10 000 населения и выявлена дизентерия при приеме в детские ясли у 4,4% детей. Однако по другим районам города подобной зависимости мы не установили, и, по-видимому, на уровень заболеваемости детей дизентерией влияет не только таковая в районе, но не меньшее значение имеет состояние здоровья детей, эффективность диспансеризации в условиях поликлиники и качество подготовки детей к посещению детских учреждений.

Заслуживает внимания и дальнейшего изучения вопрос о профилактической и диагностической ценности поливалентного дизентерийного бактериофага, ибо попытки многих авторов (В. П. Блохов, 1961; С. И. Тополянская и соавт., 1965; С. А. Погорельская и соавт., 1965) на протяжении ряда лет применять бактериофаг указывают, что последний забыт преждевременно.

По методике, предложенной профессором СГМИ В. С. Дубровой, поливалентный дизентерийный бактериофаг был применен с профилактической целью у детей вновь поступающих в детские ясли старше 6 мес. и неболевших последние полгода желудочно-кишечными заболеваниями. В 1964 г. в детские ясли принято 8 682 ребенка, дизентерийный бактериофаг дан 6 468 детям, дисфункции кишечника возникли у 631 ребенка, что составило 9,6%. У значительной части детей дисфункции кишечника были однократные и расценены, как проявления дисбактериоза. У 297 детей кишечные расстройства держались продолжительное время и дети были госпитализированы в диагностические кишечные отделения, где у них установлены следующие диагнозы: у 197 — острая дизентерия, у 5 — хроническая дизентерия,

у 27 — энтерит, у 55 — кишечная инфекция неясной этиологии и у 13 детей — дисбактериоз кишечника.

Нас интересовал вопрос о характере клинических проявлений дизентерии, вызванной приемом дизентерийного бактериофага. Изучение 102 историй болезни детей, находящихся на лечении с дизентерией в детских больницах №№ 4, 5, 15 г. Свердловска за период с августа по октябрь месяц 1964 г., показало, что заболевшие дети получали дизентерийный бактериофаг с первого дня поступления в детские ясли. У большинства детей (84,3%) дисфункции кишечника наблюдались в первые 5 дней с момента приема бактериофага. Дети направлялись в диагностические кишечные отделения с подозрением на дизентерию. Большинство поступивших детей были второго года жизни (62,7%). При заболевании удовлетворительное состояние наблюдалось у 63 детей и среднетяжелое — у 39.

Острое начало болезни выявлено у 82,2% детей и проявлялось кишечными расстройствами. Стул был энтеритный, зеленого цвета, со слизью у 69,6% детей, колитный со слизью — у 28,5% и колитный со слизью и кровью — у 1,9%. Частота стула не превышала 5—7 раз в сутки, тенезмы и податливость ануса наблюдались у трех больных. Бактериологически дизентерия подтверждена в 40,1% случаях, основными возбудителями были бактерии Зонне.

Повышение температуры выявлено у 9,8% детей, симптомы общей интоксикации — у отдельных больных. Легкое течение дизентерии установлено у 51,5% детей, среднетяжелое — у 48,5%. Осложнения составили 37,2%. Острое течение дизентерии было у 94 больных и затяжное — у 8.

Таким образом, применение поливалентного дизентерийного бактериофага у детей, вновь поступающих в детские ясли, с профилактической целью не оправдалось. Наоборот, была установлена диагностическая ценность дизентерийного бактериофага в смысле выявления детей, больных стертыми формами дизентерии. В период наблюдения за этими детьми нами установлено, что клинические проявления дизентерии, вызванной приемом бактериофага, характеризовались дисфункцией кишечника при общем удовлетворительном состоянии, симптомы общей интоксикации отсутствовали.

ВЫВОДЫ:

1. При анализе работы диагностических кишечных отделений г. Свердловска нами выявлено, что острые кишечные

заболевания у детей в 78,6% имели инфекционную природу.

Дизентерия по удельному весу занимала основное место, составляя 49,2% всех больных. Уровень кишечной колиинфекции не превышал 6,3%, стафилококкового энтероколита — 7,4%, сальмонеллеза — 0,7%. У 13,6% больных установить этиологию кишечных расстройств не удалось.

2. Необходимо совершенствовать методы ранней клинико-лабораторной диагностики, особенно стертых и атипичных форм кишечных инфекций, т. к. половина поступивших детей в диагностические кишечные отделения — дети дошкольных детских учреждений, и уточнение этиологической структуры кишечных расстройств у них имеет большое эпидемиологическое значение.

3. Отсутствие сезонного подъема заболеваемости дизентерией у детей первого года жизни указывает на то, что в эпидемиологии дизентерии у этих детей контактно-бытовой источник является основным. Это диктует необходимость выявления источника инфекции в семье, т. к. дети заражаются от взрослых.

4. Нами, как и другими авторами, отмечено, что возникновению желудочно-кишечных заболеваний у детей первого года жизни благоприятствуют ряд факторов: искусственное и смешанное вскармливание, гипотрофия, рахит, экссудативный диатез.

5. Изучение клинической симптоматики желудочно-кишечных заболеваний выявило, что тщательно собранный клинический анамнез оказывает неоценимую услугу в диагностике, т. к. у детей раннего возраста лабораторные исследования не всегда оказывают помощь.

6. В связи с улучшением материально-бытовых условий населения и изменения преморбидного состояния заболевших, течение желудочно-кишечных заболеваний стало более легким, значительно реже отмечаются затянувшиеся и хронические формы.

Так, легкое течение дизентерии было у 43% больных, среднетяжелое — у 47,9% и тяжелое — у 9,1%. Кишечная колиинфекция характеризовалась легким течением у 39,2% детей, среднетяжелым — у 40,5% и тяжелым — у 20,3%. Течение стафилококкового энтероколита в основном было легким у 62,1% детей и среднетяжелым — у 37,8%. Прочие желудочно-кишечные заболевания, кроме токсической диспепсии, характеризовались легким течением.

7. При дизентерии и кишечной колиинфекции выявлена

прямая зависимость симптомов общей интоксикации и тяжести течения болезни от преморбидного состояния детей, особенно большую роль играло вскармливание детей.

8. Анализ клинического течения дизентерии у новорожденных детей указывает на высокий реактивный потенциал новорожденного ребенка.

9. Период реконвалесценции у большинства детей, перенесших желудочно-кишечные заболевания на первом году жизни, протекал благополучно.

Так, после дизентерии через 6 мес. выздоровление наступило у 79,1% детей, после кишечной колиинфекции через 3 мес. — у 80,9%, после стафилококкового энтероколита через мес. — у 82,7% детей. Через месяц были здоровы и дети, перенесшие прочие кишечные заболевания. Но как на течение острого процесса, так и на период репарации оказывало влияние преморбидное состояние детей.

10. В предупреждении заноса острых кишечных инфекций в детские ясли изоляторы играют большую роль.

11. В период подъема желудочно-кишечной заболеваемости массовый прием детей в детские ясли не оправдан, т. к. возможный прием детей, больных стертой формой дизентерии или находящихся в инкубационном периоде, увеличивается.

12. Надежда на профилактическое применение дизентерийного бактериофага у детей, поступающих в детские ясли, не оправдывалась. Наоборот, нами установлена диагностическая ценность бактериофага в смысле выявления детей, больных стертыми формами дизентерии или бессимптомных бактерионосителей.

13. Анализ материала показал, что в г. Свердловске, наряду с совершенствованием противоэпидемических мероприятий, одним из ведущих резервов для снижения заболеваемости острыми кишечными инфекциями в раннем детском возрасте является улучшение работы детских поликлиник по профилактике и лечению гипотрофии, рахита, экссудативного диатеза, улучшения вскармливания детей.

Диссертация объемом 214 страниц машинописного текста состоит из шести глав, содержит 52 таблицы и 15 рисунков.

Указатель литературы 29 страниц включает 373 работы русского издания и 51 — иностранного.

СПИСОК

опубликованных работ по диссертации

1. Материалы по профилактике дизентерии в физиологических яслях г. Свердловска. Тез. докл. на межобластном совещании по борьбе с желудочно-кишечными инфекциями, Пермь, 1965, стр. 22—23.
2. К клинической характеристике острой дизентерии у новорожденных детей. Сборник докладов научно-практ. конф. по охране здоровья детей, Свердловск, 1967, стр. 68—70.
3. О катанестических наблюдениях за детьми, перенесшими острую дизентерию на первом году жизни. Там же, стр. 74—76.
4. О применении дизентерийного бактериофага в диагностике дизентерии у детей. Там же, стр. 89—91.

Материалы диссертации доложены на:

1. Межобластном совещании по борьбе с желудочно-кишечными инфекциями (Пермь, май, 1965).
2. Межобластном совещании по борьбе с инфекционными болезнями (Челябинск, июнь, 1966).
3. Межведомственном совещании по снижению заболеваемости кишечными инфекциями, проводимом Министерством здравоохранения РСФСР (Свердловск, май, 1968).