

температура стала субфебрильной (при поступлении была гектической), мальчик стал спокойнее, появился аппетит. На 7-й день лечения произведена операция (М. Р. Рокицкий), удалено правое легкое. После операции продолжали вводить морфоциклин в течение 4 дней. Выздоровление.

Никаких осложнений при лечении морфоциклином мы не наблюдали.

УДК 616—001.17—612—017.3—616.981.25

УРОВЕНЬ АЛЛЕРГИИ К ГЕМОЛИТИЧЕСКОМУ СТАФИЛОКОККУ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Ю. В. Филиппов и В. Ф. Новиков

Клиника детской хирургии (зав.—доц. Г. М. Славкина) Саратовского медицинского института

Ожоговая болезнь — процесс интенсивной аллергической и иммунологической перестройки организма [11]). Источниками аллергизации могут быть продукты распада тканей организма [6, 7, 12], частые переливания крови и кровезамещающих жидкостей [2]. У подавляющего числа обожженных уже с первых часов в ожоговых ранах обнаруживаются различные ассоциации гноеродных микробов. Нарушение барьерной функции кожи, снижение иммунобиологической защиты создают благоприятные условия для проникновения микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности в кровь. При глубоких ожогах больше 10—15% поверхности тела бактериемия выявляется в 59—65% [3]. Длительная инфекция в ожоговой ране может явиться одним из основных факторов сенсibilизации больного.

С помощью внутрикожных проб с аллергеном гемолитического стафилококка мы исследовали уровень аллергии замедленного типа к гемолитическому стафилококку в различные периоды ожоговой болезни у детей. Выбор аллергена обусловлен тем, что стафилококк является самым частым микробом ожоговой раны [1, 4].

Обследован 51 ребенок в возрасте 3—15 лет с глубокими ожогами площадью от 3 до 50% поверхности тела. Для контроля обследовано 40 здоровых детей. Для внутрикожной реакции мы использовали аллерген НИИЭМГ (г. Казань) в дозировке одна кожная доза в 0,1 мл. Результат реакции учитывали через 24 и 48 часов. Оценку реакции производили по рекомендуемой НИИЭМГ схеме. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики.

У здоровых детей внутрикожная реакция с аллергеном гемолитического стафилококка была слабо положительной (+++, диаметр гиперемии — $17 \pm 1,5$ мм).

Больные были разделены на три группы.

У 27 детей 1-й гр. глубокие ожоги занимали от 3 до 15% поверхности тела. Активная хирургическая тактика и относительно небольшая площадь глубокого ожога позволили предупредить у них ожоговое истощение. У больных этой группы уровень аллергии к стафилококку в первые дни и в период ожоговой инфекции был достоверно ниже ($P < 0,02$), чем у здоровых детей. Внутрикожная реакция оценена у них как сомнительная (+, диаметр гиперемии — $11 \pm 1,9$ мм). К моменту выписки из стационара реакция стала положительной (+++, диаметр гиперемии — $21 \pm 4,5$ мм), однако различие с уровнем аллергии у здоровых детей не достоверно.

У 16 детей 2-й гр. с площадью глубокого ожога от 15 до 50% поверхности тела несмотря на активную хирургическую тактику и интенсивную инфузионную и трансфузионную терапию развилось ожоговое истощение. У всех больных этой группы в I и II периоды болезни и особенно в период ожогового истощения все внутрикожные реакции оказались отрицательными. У 4 погибших больных они оставались отрицательными до самой смерти. У остальных в начале периода выздоровления уровень аллергии к стафилококку стал соответствовать ее уровню у здоровых детей (+++, диаметр гиперемии — $18 \pm 4,2$ мм). Перед выпиской из стационара получены резко положительные результаты, значительно большие, чем у здоровых детей (+++), диаметр гиперемии — $37 \pm 2,3$ мм, $P < 0,001$).

3-ю гр. составили 8 детей с деформациями после обширных глубоких ожогов со сроками от одного до нескольких лет. Результаты внутрикожных проб у этих больных достоверно превышали контрольный уровень и оценены как положительные (+++, диаметр гиперемии $28 \pm 4,2$ мм, $P < 0,02$).

Общая закономерность состоит в следующем: чем тяжелее ожог, тем больше снижен исходный уровень аллергии к гемолитическому стафилококку в первые 3 периода ожоговой болезни и тем выраженнее сенсibilизация в конце периода выздоровления и в отдаленные сроки после ожога. По литературным данным, с нарастанием тяжести ожога снижается иммунобиологическая реактивность организма [5, 8], значительно подавляется антителообразование [3, 9]. Уровень общей иммунологической реактивности (ОИР) организма резко снижается в первые же дни после глубокого ожога больше 10% поверхности тела. В период ожогового истощения низкий уровень ОИР наблюдается у 90% больных.

Указанные работы позволяют объяснить полученные нами результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богословский Г. И. V научн. конф. по проблеме «Ожоги». Л., 1967.—
2. Долгина М. И. III конф. по проблеме ожогов. Л., 1965.—
3. Иванова С. П., Краснопевцева О. С. V научн. конф. по проблеме «Ожоги». Л., 1967.—
4. Коваленко Л. Н., Асланян А. А., Корнеев В. В. Там же.—
5. Краснопевцева О. С., Минкин А. А. Там же.—
6. Кушко О. В. В кн.: Ожоги. Патогенез, клиника и лечение. Л., 1962.—
7. Меерсон Е. М. III научн. конф. по проблеме ожогов. Л., 1965.—
8. Петров М. М. В кн.: Ожоги. Патогенез, клиника и лечение. Л., 1962.—
9. Сахновская Г. К. IV научн. конф. по проблеме «Ожоги». Л., 1965.—
10. Федоров Н. А. В кн.: Ожоги. Патогенез, клиника и лечение. Л., 1962.—
11. Федоров Н. А., Скуркович С. В., Фрейман В. Т., Музыченко А. П. Пат. физиол. и эксперим. тер., 1959, 6.—
12. Федоровский А. А., Лайнбург Д. Е. III научн. конф. по проблеме ожогов. Л., 1965.—
13. Яковлев А. М., Краснопевцева О. С., Путерман-Липерт Ф. Э. В кн.: Ожоги. Патогенез, клиника и лечение. Л., 1962.

УДК 616.521

ПРОТЕИН В ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ

Канд. мед. наук В. П. Сергеев

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.—проф. Г. Г. Кондратьев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Республиканский кожно-венерологический диспансер ТАССР (главрач — А. В. Максютова)

Экзема является заболеванием аллергической природы. В патохимическом звене аллергических реакций повышается содержание биологически активных веществ (гистамин и др.), ряда протеолитических ферментов (трипсин, катепсин), изменяется соотношение ионов К, Na, Ca, Mg и др. Влияние этих веществ приводит к повышению проницаемости сосудов, возникновению экссудации, инфильтрации, зуда кожи, лежащих в основе клинических проявлений экзематозных реакций.

Одним из частых патологических процессов в сложном патогенетическом механизме экземы является изменение белкового состава сыворотки крови больных, выражающееся в большинстве случаев в уменьшении альбуминов и увеличении γ -глобулинов.

Л. П. Цыркунов, изучая в эксперименте влияние сенсибилизации эпоксидными смолами и их отвердителями на белковые фракции сыворотки крови, отметил уменьшение уровня альбуминов и α_1 -глобулинов и повышение γ -глобулинов. Нашими исследованиями (В. П. Сергеев и А. А. Дрегаллина) установлено, что сенсибилизация морских свинок аппликацией 2,4-динитрохлорбензола (ДНХБ) сопровождается уменьшением содержания альбуминов, α_2 - и γ -глобулинов и повышением α_1 - и γ -глобулинов.

Устранение диспротеинемии улучшает деятельность печени, стимулирует кортикостероидную функцию надпочечников и некоторых других эндокринных желез, тем самым оказывает десенсибилизирующее влияние. Поэтому применение методов, направленных на нормализацию белкового состава сыворотки крови больных, в частности на устранение гипоальбуминемии, может иметь существенное значение в комплексной терапии экземы. В этом направлении заслуживает внимания сообщение Де Дуланта и Санчес-Мурос об успешном лечении страдающих некоторыми дерматозами, в частности хронической экземой, внутривенным капельным введением сывороточного альбумина человека. Альбуминовая фракция инактивирует биологически активные вещества, высвобождающиеся в патохимическом звене аллергических реакций.

В последние годы при целом ряде заболеваний с успехом применяются новые отечественные препараты «альбумин» и «протеин», изготовленные из сыворотки плацентарной крови и содержащие 20—25% чистого альбумина или с небольшой примесью α - и β -глобулинов. Об использовании этих препаратов плазмы в дерматологической практике мы не встретили сообщений в литературе.

В эксперименте на морских свинках и при лечении больных истинной и микробной экземой нами испытан «протеин», изготовленный в Казанском ИЭМ. Это пастеризованный раствор стабильных белков в концентрации 4,3—4,8%. Он не содержит термолabile белков — фибриногена и γ -глобулинов, состоит из альбуминов (80—95%), α и β -глобулинов (20—5%). Препарат не требует растворителя, хранится в жидком виде при комнатной температуре, в результате пастеризации в нем устранена угроза переноса вируса гепатита.