

У 1 больного внутривенное применение аминазина в комплексе с влажным обертыванием сняло клоникотонические судороги и снизило температуру через 1—2 часа с 42 до 37,2°.

У 2 больных мы наблюдали ортостатический коллапс.

Из 33 больных умерло 2. У одного (в возрасте 3 недель) была токсико-септическая пневмония (мелкоочаговое абсцедирование), у другого (в возрасте 5 месяцев) — токсическая пневмония и гипертрофия II—III ст.

Применение аминазина в комплексном лечении детей раннего возраста, больных пневмонией, способствует регуляции несовершенной, незрелой нервной системы детей, расширяет возможность применения гемотрансфузии в ранние сроки болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев И. Н. Сов. мед., 1963, 8.— 2. Вельтишев Ю. Е. Педиатрия, 1958, 11.— 3. Гайдашев Э. А. Там же, 1964, 1.— 4. Доброгаева А. Ф. и Любошиц Э. С. Здравоохран. Белоруссии, 1961, 8.— 5. Исаков Ю. Ф., Пугачев А. Г. Педиатрия, 1958, 7.— 6. Лабори А., Погенар П. Гибернотерапия в медицинской практике. Медгиз, М., 1956.— 7. Невзорова Т. А. Аминазин в клинической и амбулаторной практике, Медгиз, М., 1961.— 8. Осипов А. И., Гудоло В. Я. Вопр. охр. мат. и дет., 1963, 5.— 9. Рашка Б. Педиатрия, 1961, 11.— 10. Старосельская А. М. и др. Там же, 1961, 10.— 11. Титова А. И. Там же, 1963, 9.— 12. Шадурский К. С. В кн.: Применение аминазина в акушерско-гинекологической практике. Минск, 1962.— 13. Чарный А. М. Патология гипоксических состояний. Медгиз, М., 1961.

УДК 616.988

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШЕК АДЕНОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

Д. К. Баширова и Р. Я. Хайруллина

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Республиканская СЭС Минздрава ТАССР
(главврач — Б. Л. Якобсон)

Мы наблюдали локальную вспышку аденовирусной инфекции в 1963 г. в специализированном санатории «Глубокое озеро» г. Казани и в 1964 г. в детских яслях зверосовхоза «Бирюли» Зеленодольского района.

В санатории «Глубокое озеро» в группе из 20 детей переболело 9 (возраст — от 2 до 4 лет).

В детских яслях «Бирюли» из 42 детей переболело 25 и в поселке — 4 (27 детей были в возрасте от 6 мес. до 3 лет и двое 9 лет).

В обоих коллективах вспышка заболевания произошла в июле—августе.

Источник вспышек установить не удалось. Однако можно было полагать, что в санаторий инфекцию занес Эдик В., 2 лет 9 мес., поступивший в группу 16/VII 1963 г. и заболевший респираторной инфекцией 26/VII 1963 г. До этого заболеваний среди детей не было. С 31/VII по 5/VIII в этой группе заболело еще 8 детей. Клиника заболевания у них была однородной.

Вспышка осталась локализованной, так как эта группа детей находилась в отдельном коттедже и своевременно были приняты карантинные мероприятия.

В детских яслях зверосовхоза «Бирюли» первые заболевания были отмечены 29/VI и 30/VI 1964 г. в младшей группе. С 7/VII по 23/VII в обеих группах ежедневно заболевало по 2—3 ребенка. У всех заболевших (23 ребенка) наблюдался респираторный синдром.

Распространению инфекции в яслях способствовал тесный контакт детей младшей и старшей групп. Спальные комнаты были смежными. Лишь после изоляции больных из групп и разобщения спальных комнат удалось добиться прекращения заболевания.

В поселке «Бирюли» наблюдали случаи семейного заражения.

Как в санатории, так и в детских яслях вспышка респираторной инфекции наступала через 6—7—10 дней после первых заболеваний и охватывала 45—50% всего коллектива. Продолжительность ее колебалась от 6 до 16 дней. Карантинные мероприятия способствовали быстрому прекращению вспышки. Заболеваний среди взрослых не было.

Первые заболевания были расценены как грипп, острый катар дыхательных путей и бронхит. Лишь в период массовой заболеваемости детей был клинически установлен диагноз аденовирусного заболевания с последующим лабораторным подтверждением.

Клиника респираторного заболевания была прослежена у 38 детей (у 14 — с легкой формой и у 24 — со среднетяжелой).

У детей в возрасте от 6 мес. до 2 лет болезнь, как правило, протекала более тяжело. Заболевание начиналось внезапно, с повышения температуры до 38–39° и нарушения самочувствия. У 27 больных лихорадка держалась от 2 до 5 дней, у 3 — 9 дней. У 2 детей температурная кривая была двугорбой. У большинства больных температура снижалась литически.

У всех заболевших с 1-го дня отмечались те или иные проявления катара верхних дыхательных путей, которые держались 3–6 дней. Острый ринит с серозным, а иногда с серозно-гнойным отделяемым был у 30 больных, гиперемия зева или выраженный фарингит — у 24.

У 36 больных был конъюнктивит, чаще двусторонний. Обычно один глаз был поражен сильнее, чем другой. Катаральный или фолликулярный конъюнктивит был у 25 детей, пленчатый — у 13 (у 10 грудного возраста и у 3 — старшего).

Конъюнктивит, как правило, возникал на 2–3-й день болезни. Наблюдалась гиперемия конъюнктивы и отек век с серозно-гнойным отделяемым по утрам. У части больных к 3–5-му дню заболевания отек век усиливался, на слизистой хрящевой части века и переходной складки появлялись плотные, островчатые или сплошные налеты бело-серого цвета, трудно снимаемые, схожие с наложениями при дифтерии глаз. Клиническое выздоровление наступало на 2–4-й неделе.

У 9 детей с 1-го дня болезни был кашель, который длился 6–8 дней. Бронхит с 1-го дня болезни был у 2 больных, с 2–4-го дня — у 8.

У всех больных определялось умеренное увеличение шейных лимфатических узлов, они были безболезненными и эластичными.

У 6 детей в 1-й день болезни была рвота и у 4 из них — жидкий стул без патологических примесей 1–3 раза в сутки в течение 3–7 дней. У 21 больного был плохой аппетит, обложенный язык (1–3 дня). У 3 детей возник язвенный стоматит. У 21 больного была тахикардия. Гнойный отит как осложнение наблюдался у 1 больного.

12 детей были госпитализированы. Лечение было в основном симптоматическим. Лишь при тяжелом течении болезни и наличии опасности наложения вторичной инфекции применялись антибиотики широкого спектра действия. Детям, болевшим конъюнктивитом, промывали глаза раствором фурацилина 1:5 000, закапывали раствор рибофлавина 1:10 000 и закладывали за веко суспензии кортизона.

Аденовирусная природа вспышек была подтверждена серологически. В 14 парных сыворотках крови больных, в РСК обнаружено более чем четырехкратное нарастание титра антител к аденовирусному антигену.

У части больных аденовирусная инфекция протекала афебрильно, без нарушения самочувствия. Несмотря на ринит и конъюнктивит, эти дети продолжали посещать детские ясли. Только активный осмотр всего коллектива позволил их выявить.

В младших возрастных группах интоксикация, пленчатый конъюнктивит, диспепсические явления и бронхит наблюдались чаще.

УДК 616.12—073.97—616.12

КОРРЕГИРОВАННЫЕ ОРТОГОНАЛЬНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

Э. А. Озол

Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав. — канд. биол. наук Н. П. Зеленкова) и II кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Научный консультант — проф. Л. М. Рахлин

Коррегированные ортогональные отведения ЭКГ, основанные на строгих физических принципах, привлекают к себе все больше внимания. Особый интерес вызвало мнение некоторых исследователей (Джонстона, Пипбергера и сотр. и др.), указавших, что 3 коррегированных ортогональных отведения содержат в себе почти всю диагностическую информацию, которая в настоящее время получается лишь применением 12 общепринятых отведений. Было высказано убеждение, что 3 коррегированных ортогональных отведения в будущем заменят существующую систему из 12 отведений и что лишь в некоторых случаях возникнет необходимость дополнять 3 ортогональных отведения небольшим количеством грудных. Однако практическая ценность новых отведений может быть определена лишь в результате изучения выявляемых с их помощью изменений ЭКГ при различных сердечных заболеваниях и патологических состояниях.