

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

А. И. Ширинская, Д. К. Баширова

*Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова) Казанского
ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Реферат. Описана клиника коклюша у детей грудного возраста. Отмечены характерные осложнения, изложены основные принципы патогенетической терапии.

Под нашим наблюдением было 233 больных коклюшем ребенка первого полугодия жизни: 63 в возрасте 1—3 мес. (1-я группа) и 170 — от 3 до 6 мес. (2-я группа). У 22,3% больных была легкая и у 77,7% — среднетяжелая и тяжелая формы коклюша. 117 детей к моменту заболевания находились на смешанном и искусственном вскармливании, у 51 из них (43,6%) имелись рахит и гипотрофия. Большинство детей поступило в стационар поздно, в судорожном периоде заболевания.

Основным симптомом начальной стадии коклюша был простой нарастающий кашель, не поддающийся лечению. У 7 детей 1-й группы и у 32 детей 2-й группы кашель сопровождался насморком и чиханием. Лишь у 69 больных в возрасте от 3 до 6 месяцев отмечено кратковременное незначительное повышение температуры.

Типичный приступ судорожного кашля наблюдался только у 4 детей 1-й и у 33 детей 2-й группы, у остальных кашель был приступообразным, без выраженных реприз. В частоте приступов кашля у пациентов 1 и 2-й групп не было существенной разницы. У 71,4% детей число приступов составляло от 20 до 40 в сутки; у 22,3% — до 10 и у 6,3% — от 11 до 20. У 81,6% больных приступ кашля длился 1—2 мин. и более. Приступы кашля сопровождалась покраснением лица ребенка или цианозом (последнее — у 42,8% детей в 1-й гр. и у 27,9% во 2-й), а у 56,2% — рвотой. У 11,1% больных отмечен цианоз лица вне приступа кашля.

Число детей, у которых возникала остановка дыхания, в 1-й гр. составило 47,6%, а во 2-й — 14,7%. Как правило, она бывала кратковременной и наступала не чаще 1—3 раз в сутки, во время приступа кашля. Лишь у 5 больных ее частота достигала 8—10 раз в сутки. У 39 детей (из 55) период, во время которого наблюдались остановки дыхания, длился 1—3 дня, у 8 детей — 4—5 дней и у 8 — 8—15 дней.

У большинства пациентов удавалось купировать остановку дыхания и ослабить кашель применением 1% раствора хлоралгидрата в комплексе с другими средствами.

Точечные кровоизлияния в области лица чаще наблюдались у детей старшего возраста. Кровоизлияния в склеры глаз были выявлены у 3,1% больных в 1-й гр. и у 9,4% во 2-й, отечный синдром, чаще только отек век, — соответственно у 17,7 и у 21,7%. В периоде судорожного кашля у 10,5% детей 1-й гр. и у 27% детей 2-й гр. регистрировалось значительное повышение температуры, что было обусловлено осложнением со стороны бронхо-легочной системы.

Ослабление кашля у 6,4% детей наступило к 5-му дню от начала лечения, у 34,3% — к 6—10-му, у 35,2% — к 11—20-му и у 24,1% (больные с осложненным течением коклюша) — после 20-го дня. Средняя продолжительность судорожного периода у наших больных была 23,1 дня с колебаниями от 5—10 до 34 дней, что в условиях лечения зависело от тяжести течения заболевания.

У 95,3% больных 1-й группы и у 100% больных 2-й группы наблю-

далась реакция бронхо-легочной системы в виде сухих или крупно-пузырчатых влажных хрипов. Перкуторно выявляемые изменения в легких, чаще коробочный оттенок звука или его укорочение, установлены у 28,5% детей первых месяцев жизни и у 44,1% больных в возрасте от 3 до 6 месяцев. Течение коклюша у подавляющего большинства больных сопровождалось характерными гематологическими сдвигами: у 70% больных обнаружен лейкоцитоз (от 15 до $148 \cdot 10^3$ в 1 мкл) с лимфоцитозом (свыше 60%) при нормальной СОЭ.

За период наблюдения до 1965 г. умерло 6 больных с осложненным течением коклюша: 4 ребенка в возрасте первых 3 месяцев жизни (6,3%) и 2 в возрасте от 3 до 6 месяцев (1,2%). После 1965 г. летальных исходов не было, но у 2 детей из 1-й группы, перенесших тяжелую форму коклюша, развились спастические параличи и снижение интеллекта. Таким образом, коклюш у детей грудного возраста остается тяжелым инфекционным заболеванием, сопровождающимся реакцией бронхо-легочной системы. У 36,3% больных коклюш был осложнен пневмонией.

У детей первых месяцев жизни в 2,5 раза чаще по сравнению с группой детей 3—6 месяцев наблюдался укороченный катаральный период, в 1,5 раза чаще — цианоз лица и в 3 с лишним раза чаще — остановка дыхания. Это, несомненно, свидетельствует о более тяжелом течении коклюша у детей первых трех месяцев жизни.

Лечение детей грудного возраста, больных коклюшем, целесообразно проводить в стационаре. Терапия должна быть комплексной, включать антибиотики, гамма-глобулин, нативную плазму, витамины, ионизированный воздух, кислород; для купирования приступов кашля рекомендуется давать 1% раствор хлоралгидрата по 1 чайной ложке с молоком 2—3 раза в день в течение 5—7 дней. При отсутствии эффекта можно назначить аминазин (0,5—1 мг/кг массы тела больного), седуксен (2 мг/кг массы тела) в течение 5—7 дней. При длительных остановках дыхания в комплекс лечения необходимо добавить оксипутират натрия (50—100 мг/кг массы тела больного) с целью повышения устойчивости ткани мозга к гипоксии.

Поступила 15 марта 1977 г.

УДК 616.61—008.6+616.91/93]:362.147

О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Г. К. Кустарников, Л. Т. Пименов, В. С. Осинцева

Кафедры инфекционных болезней (зав.— проф. А. И. Чукавина) и госпитальной терапии (зав.— проф. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

Реферат. У 242 переболевших геморрагической лихорадкой с почечным синдромом изучено функциональное состояние почек через 2—3 года (у 67 из них — также через 6—8 лет) с помощью традиционных клинических исследований, бактериологических и радионуклидных методов. Полное выздоровление в течение наблюдаемого срока наступило у 47,9% обследованных; у 14,5% выявлен хронический пиелонефрит и у 37,6% — нарушения функции почек. Полученные данные свидетельствуют о необходимости диспансерного наблюдения за переболевшими ГЛПС не менее 6 мес., а у отдельных реконвалесцентов — и в более отдаленные сроки.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) занимает большое место среди природно-очаговых инфекций в Удмуртской АССР. За последние десятилетия накоплен большой материал по эпидемиологии, патологической анатомии и клинике острого периода: