

процесса в поздние сроки реконвалесценции подтверждают наличие хронического процесса в почках диффузного характера с четко устанавливаемыми функциональными нарушениями (возможное развитие нефросклероза).

Одной из причин длительного сохранения астено-вегетативного и почечного синдромов у переболевших ГЛПС является, видимо, снижение функциональных и адаптационных возможностей почек.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости диспансерного наблюдения за переболевшими ГЛПС не менее 6 мес., а у отдельных реконвалесцентов — и в более отдаленные сроки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Московская И. А. Клиника реконвалесцентного периода ГЛПС. Автореф. канд. дисс., М., 1974. — 2. Осициева В. С. Клинические поликардиографические и ренографические наблюдения над больными ГЛПС (по материалам Удмуртской АССР). Автореф. канд. дисс., Ижевск, 1970. — 3. Смородицев А. А. и соавт. Вирусные геморрагические лихорадки. Медгиз, М., 1963. — 4. Чудаков В. Г. Арх. патол., 1957, 10. — 5. Чумаков М. П. В сб.: Труды института полиомиелита и вирусных энцефалитов. М., 1965. — 6. Шапунова И. И., Филиппенкова Е. Д. Сов. мед., 1969, 2.

Поступила 19 июля 1977 г.

УДК 616.24—002—084

## ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ПНЕВМОНИИ

*Канд. мед. наук Л. И. Москвичева*

*Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета (зав.— доц. Л. С. Юданова)  
Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

**Реферат.** Одной из частых причин возникновения острых бактериальных пневмоний являются грипп и ОРЗ. Из 203 обследованных больных пневмонией у 155 ей предшествовали «гриппозные» заболевания. Поэтому для профилактики пневмонии целесообразно в комплекс лечения всех больных гриппом и больных острыми респираторными заболеваниями с симптомами бронхита включать антибактериальные препараты.

Касаясь вопроса профилактики пневмоний, следует упомянуть о так называемых «гриппозных» заболеваниях, в число которых, кроме гриппа, включаются и другие острые респираторные заболевания, как вирусные, так и бактериальные. Все они являются одной из основных причин возникновения пневмоний. Уменьшить процент осложнений можно путем рациональных профилактических мероприятий. Особое место в этом отношении занимают антибактериальные препараты — сульфаниламиды и антибиотики. Показанием для назначения антибактериальных препаратов гриппозным больным являются количественные и качественные изменения микробной флоры верхних дыхательных путей, способствующие возникновению бронхита и пневмонии [3].

Причиной пневмонии при гриппе могут быть вирусы, а также смешанная вирусно-бактериальная инфекция [2]. По мнению некоторых авторов, характер пневмонии при гриппе зависит не от вируса гриппа, а от взаимоотношения макроорганизма с бактериальной флорой, что в конечном итоге формирует тот или иной вид пневмонии [1]. Д. М. Злыдников приводит образное выражение французских врачей: «вирусы выносят приговор, а бактерии приводят его в исполнение».

Каждое острое респираторное заболевание (парагрипп, аденовирусная, риновирусная, реовирусная, синцитиальновирусная инфекции) характеризуется особенностями клинической картины, включая поражение бронхо-легочного аппарата от незначительных, неглубоких до дегенеративных, деструктивных, вплоть до некроза.

Механизм возникновения постгриппозных пневмоний представлен схематически на рисунке.

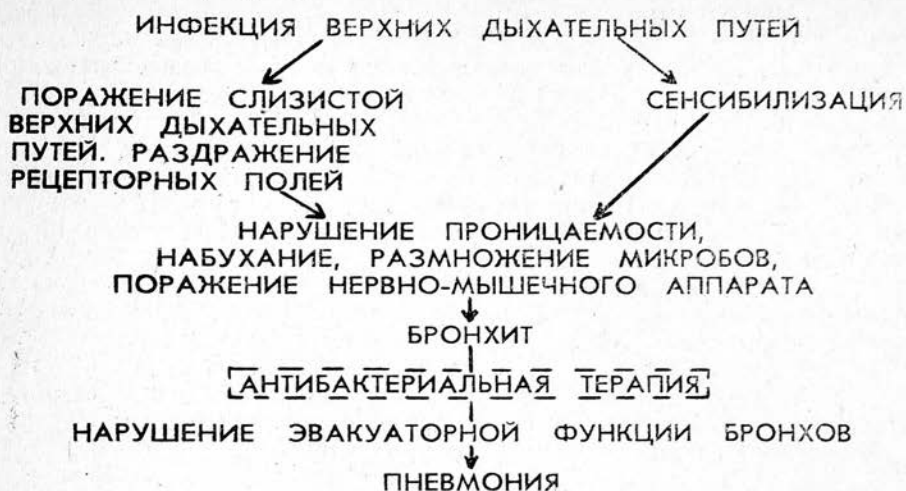


Схема возникновения постгриппозных пневмоний.

По нашему мнению, для предотвращения развития пневмонии надо лечить бронхит как пневмонию. С этой целью больным, страдающим гриппом, в комплекс лечебных мероприятий необходимо назначать на 3—4 дня антибактериальные препараты (в основном внутрь).

Анализируя 8469 историй болезней больных гриппом, мы встретились только с двумя диагнозами — грипп и острое респираторное заболевание. Можно высказать предположение, что даже такое разделение не является достоверным, потому что не проводились соответствующие лабораторные анализы. Следовательно, среди больных гриппом могли быть больные острыми респираторными заболеваниями, и наоборот. Более точная диагностика имеет весьма важное значение, так как наличие признаков поражения бронхов обязывает назначать антибактериальные препараты. Как показали наши прежние наблюдения, использование антибактериальных препаратов привело к резкому снижению таких осложнений, как пневмония и бронхит. Так, из 14 515 больных гриппом и острыми респираторными заболеваниями, в лечении которых в 1955, 1957, 1959 и 1962 гг. были использованы антибактериальные препараты, пневмониями заболели 179 (1,2%). По данным за 1975 год, процент осложнений пневмониями при антибактериальной терапии больных гриппом также оказался значительно меньше, чем при лечении только симптоматическими средствами.

Для уточнения причин возникновения воспаления легких обработаны истории болезни 203 больных пневмониями. У 155 из них (76,3%) пневмониям предшествовали грипп или острые респираторные заболевания. Лечение их до выявления воспаления легких было таким же, как и в группе больных с неосложненным гриппом.

Можно предположить, что неэффективность применявшегося лечения антибиотиками и сульфаниламидами обусловлена неправильным подбором антибактериальных препаратов и назначением их в недостаточной дозировке. Например, применяются сульфаниламиды непродолжительного действия по 0,5 г три раза в день. Часто нарушается инструкция о применении кристаллического пенициллина: делается одна или две инъекции в день. Подобная «терапия» не только способствует возникновению резистентных штаммов, но и приводит к развитию состояния «зависимости».

Второй причиной неэффективности антибактериального лечения у гриппозных больных может быть несоблюдение некоторыми больными рекомендованного им режима.

Третья причина состоит в вирусной этиологии заболевания. Мы попытались выяснить ее роль путем изучения результатов рентгенологического обследования всех 203 больных. Лишь у 18 из них были выявлены инфильтративные изменения в легких, у 170 — усиление бронхососудистого рисунка. Подобная рентгенологическая картина в какой-то степени свидетельствует о преимущественном поражении интерстициальной ткани, которое может иметь и вирусную природу, но в первую очередь заставляет подумать о возможной гипердиагностике пневмонии за счет бронхита.

Итак, мы считаем необходимым включать в комплекс лечения всех больных гриппом и больных острыми респираторными заболеваниями с симптомами бронхита антибактериальные препараты, которые значительно сокращают процент осложнений пневмониями. Подчеркиваем недопустимость применения малых доз сульфаниламидов и антибиотиков, так как это способствует формированию резистентных сульфаниламидо- и антибиотикозависимых штаммов микробов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Злыдников Д. М., Смородинцев А. А. Острые респираторные заболевания. Медицина, М., 1974. — 2. Молчанов Н. С., Ставская В. В. Клиника и лечение острых пневмоний. Медицина, Л., 1971. — 3. Смородинцев А. А. Грипп и его предупреждение. Медицина, М., 1974.

Поступила 12 октября 1976 г.

УДК 796.83:616.281—001—008.55:616.85

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОДНОКРАТНОЙ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ У БОКСЕРОВ

*Р. З. Кравец*

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. В. М. Сироткин) Оренбургского медицинского института*

**Реферат.** Клинические наблюдения показывают, что у боксеров, получивших нокаут, развивается длительная посттравматическая энцефалопатия.

Во время тренировок и турниров боксеры получают различной тяжести закрытые травмы головы, которые нередко в дальнейшем приводят к развитию травматической энцефалопатии. Установлено, что наиболее ранимыми являются вегетативно-сосудистая и вестибулярная системы на фоне нарушений корково-подкорковых соотношений (П. И. Готовцев, 1964, и др.).

В настоящей работе приводятся результаты систематического контроля за состоянием неврологического статуса у боксеров, получивших однократную травму (нокаут). Наблюдения проводились во время получения травмы, через 15 мин. (острейший период), через сутки, 3 дня, 1 неделю, 2 недели (острый период), 1 месяц, 3 месяца (поздний период), 6 месяцев и 10 месяцев (период остаточных явлений). Группу курируемых спортсменов составили 100 человек в возрасте от 19 до 25 лет со стажем занятий спортом 0,5 года. При многократном обследовании каждого спортсмена до момента получения травмы головы нарушений в их неврологическом статусе не определялось, заболевания центральной нервной системы в прошлом ни у кого из них не диагностировались.

У всех спортсменов вследствие травмы головы наступала кратковременная потеря сознания: 82 человека при ударе по голове утратили равновесие и оставались на полу в течение 3—12 сек. После этого 70 спортсменов жаловались на ощущение «легкости тела» и «ватных конечностей», 24 испытывали чувство «проваливания пола», 5 — раскачивания тела, «как на качелях», у 8 были зрительные нарушения в виде удаления или «набегания» предметов, 12 воспринимали неправильно контуры предметов, 8 травмированных отмечали гипераккузию, 12 — диплопию, 23 спортсмена не могли указать, где находился противник до удара.

В острейшем периоде травмы у подавляющего большинства спортсменов (87) установлена частичная амнезия на события, предшествовавшие удару в голову, 18 че-