

кортикостероидной терапией у 20 из них применяли лейкеран и у 18—гепарин. Единичные пациенты получали метиндол и дипиридамола.

При возникновении ранних рецидивов болезни — в первые 2—3—6 мес после клинико-лабораторной ремиссии — мы повторяли первоначальную схему лечения ребенка, не превышая ранее вводимых доз кортикостероидных препаратов. Ввиду того, что опасность побочного действия кортикостероидов увеличивается с каждым новым курсом терапии, при рецидивах болезни следует применять их более короткими курсами.

Мы считаем, что поддерживающая терапия не обязательна для всех больных и показана в основном тем, у кого наблюдались быстрый рецидив или неполная ремиссия после одного курса лечения. Вместе с тем опасность рецидива остается реальной и на фоне поддерживающей терапии.

Врачебная тактика при поздних рецидивах, возникающих в конце первого, на втором году и позже после наступления ремиссии, должна отличаться от первоначальных схем лечения. Методом выбора, согласно нашим наблюдениям, является комбинированная терапия лейкераном в комплексе с малыми дозами преднизолона (0,25—0,5 мг на 1 кг массы тела в сут). Лучший эффект с прекращением рецидивов болезни отмечен у больных с «чистым» нефротическим синдромом. Эффект от одного лейкерана или азатиоприна в лечении первичного гломерулонефрита менее значителен [5].

Основанием для применения гепарина, метиндола, дипиридамола в сочетании с иммунодепрессантами является наличие при гломерулонефритах внутрисосудистой коагуляции, отложение фибрина в клубочках почек. Учитывается также их антикомплемментарное действие, свойство уменьшать протеинурию [1, 4]. При повторных рецидивах болезни, по нашим данным и наблюдениям других авторов, чаще создаются протромботические состояния. Биохимический синдром, характеризующий готовность к тромбозам, складывается из гиперхолестеринемии, гиперфосфолипидемии, повышения концентрации фибриногена и протромбинового комплекса, снижения альбуминов в сыворотке крови, тромбоцитоза и др. Поэтому назначение антикоагулянтов особенно показано при повторной реактивации нефротического синдрома. Мы применяем гепарин и другие антикоагулянты в комплексе с кортикостероидами или цитостатическими препаратами. Лечение только гепарином эффекта не дает [1—3 и наши данные]. Включение антикоагулянтов в комплексную терапию позволяет вызвать ремиссию у больных с тяжелым течением болезни, рефрактерным к обычному лечению. Одновременно можно использовать и диуретический эффект гепарина.

Данные, полученные в результате диспансеризации детей с нефротической формой гломерулонефрита, показывают, что наиболее часто рецидивы болезни возникают в первые два года клинико-лабораторной ремиссии. Вероятность возникновения рецидива после 4—5 лет ремиссии небольшая. Следовательно, необходим правильный подбор активной комбинированной терапии в период ранних рецидивов нефротического синдрома. Одновременно следует проводить комплекс мероприятий, направленных на устранение факторов, вызвавших повреждение базальной мембраны клубочков. Важное значение имеет санация хронических очагов инфекции и интоксикации в организме больного ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наумова В. И. Педиатрия, 1976, 4.—2. Bone J. M., Valdes A. J. e. a. *Kidney Int.*, 1975, 8, 2.—3. Border W. A., Wilson C. B., Dixon F. J. *Ibid.*, 1975, 8, 3.—4. Gindicelli C. P., Lagrue G., Masbernard A. H. *J. Urol. Nephrol.*, 1975, 81, 9.—5. Lagrue G., Bernard D. e. a. *Ibid.*, 1975, 81, 9.

Поступила 7 июня 1977 г.

УДК 616.988.55—053.2—078.734

МОНО-ТЕСТ ХОФФА И БАУЭРА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

Доц. Ю. А. Ушаков, доц. Н. А. Максимова, канд. мед. наук
Г. Ф. Гагина, Т. В. Фатьянова

Кафедра детских инфекционных болезней (зав.—чл.-корр. АМН СССР проф. Н. Р. Иванов) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Реферат. Изучен моно-тест Хоффа и Бауэра у 103 детей с инфекционным мононуклеозом в разные сроки болезни, с учетом тяжести и возраста больных. У 70,9% детей, главным образом старше 3 лет, были выявлены в сыворотке крови гетерофильные антитела, способные давать реакцию агглютинации на стекле с эритроцитами

лошади. Результаты серологической реакции зависели от сроков болезни; тяжесть клинических ее проявлений не оказывала влияния. Простота методики, минимальное количество используемой крови больных, немедленное получение результатов реакции позволяют рекомендовать моно-тест Хоффа и Бауэра в качестве метода экспресс-диагностики инфекционного мононуклеоза, особенно у больных старшего возраста.

Ввиду многообразия клинических проявлений инфекционного мононуклеоза у детей его диагностика до сих пор представляет известные трудности. Те клинические методы, которые используются в практике, явно недостаточны для установления диагноза. Изменения периферической крови, обычно подтверждающие диагноз мононуклеоза, могут встречаться и при других заболеваниях вирусной природы (ОРВЗ). В связи с этим широкое распространение получили вспомогательные серологические методы исследования, основанные на выявлении в сыворотке больных инфекционным мононуклеозом повышенных титров гетерофильных антител к эритроцитам разных животных. В последнее время заслуженное признание клиницистов получила реакция агглютинации на стекле с эритроцитами лошади, предложенная Хоффом и Бауэром (1965) под названием «моно-теста» и обладающая высокой специфичностью. Значительные преимущества этого метода перед другими заключаются в его простоте, немедленном получении результата реакции и минимальном количестве используемой крови [1].

Нами моно-тест Хоффа и Бауэра применен у 103 детей с инфекционным мононуклеозом (возраст: до 3 лет—24, от 3 до 7 лет—48, старше 7 лет—31). Только 32 больных поступили в стационар с диагнозом инфекционного мононуклеоза; 56 детей были направлены с диагнозом «ангина» (фолликулярная, лакунарная, пленчатая, грибковая); у 5 была заподозрена дифтерия зева, у 5—эпидемический паротит, у единичных больных—острое респираторное заболевание, лимфаденит.

В первые 3 дня болезни госпитализированы 27 детей, до 7-го дня болезни—55, остальные 21—на 2-й неделе заболевания. Заболевание начиналось, как правило, остро (в 96%): с подъема температуры до субфебрильной и высокой, увеличения шейных лимфоузлов (в 95%), явления назофарингита (в 93%) и тонзиллита (в 89%).

У 60,2% детей инфекционный мононуклеоз протекал в среднетяжелой форме; тяжелые и легкие формы встречались почти с одинаковой частотой.

Лихорадочный период продолжался у 43 детей 1 неделю, у 39—до 2 недель, и только у 21 ребенка—дольше. Значительное увеличение печени наблюдалось у 89 детей, селезенки—у 68. У 4 детей инфекционный мононуклеоз осложнился пневмонией, у 4—афтозным стоматитом, у 1—отитом. Исход заболевания у всех пациентов был благополучным.

Как показало исследование периферической крови в динамике заболевания, гематологические сдвиги независимо от тяжести мононуклеоза и возраста больных характеризовались преимущественно лейкоцитозом, преобладанием мононуклеаров, появлением атипичных широкоплазменных лимфоцитов и плазматических клеток, ускоренным оседанием эритроцитов.

Исследуя моно-тест Хоффа и Бауэра, мы получили положительный результат у 73 больных, главным образом (в 91,8%)—у детей старше 3 лет (см. табл. 1).

Таблица 1

Реакция Хоффа и Бауэра у больных инфекционным мононуклеозом

Возрастные группы	Число больных	Положительная реакция		Отрицательная реакция	
		абс. число	%	абс. число	%
До 3 лет	24	6	25	18	75
От 3 до 7 лет	48	37	77,1	11	22,9
От 7 до 10 лет	17	16	94,1	1	5,9
Старше 10 лет	14	14	100	—	—
Всего	103	73	70,9	30	29,1

Полученные нами данные полностью согласуются с выводами других авторов о значительно большей частоте отрицательных серологических реакций у детей раннего возраста [2, 5]. У больных мононуклеозом до 6 лет редко находят положительные серологические данные [4]. Это объясняется несовершенством иммунологической системы в этом возрасте—неспособностью организма отвечать достаточно высоким титром гетерогенных антител.

Следовательно, среди факторов, влияющих на результаты серологических исследований, в первую очередь надо назвать возрастную реактивность организма [1].

Установлена и определенная зависимость результатов серологических исследований от сроков заболевания (табл. 2). Положительные реакции выявлялись преимущественно в первые 2 недели заболевания (80,8%) с последующим спадом на 3 и 4-й неделях болезни. Кроме того, при катamnестическом наблюдении за 26 реконвалес-

Таблица 2

Результаты исследования моно-теста Хоффа и Бауэра в разные сроки заболевания

Время обследования (сроки заболевания)	Число больных	
	с положительной реакцией	с отрицательной реакцией
1-я неделя . . .	27	24
2-я неделя . . .	32	6
3-я неделя . . .	13	—
4-я неделя . . .	1	—
Всего . . .	73	30

центрами инфекционного мононуклеоза установлено снижение титров гетерофильных антител к концу 2-го месяца у большинства детей: у 21 ребенка положительная реакция перешла в отрицательную, у 4 — в сомнительную. Только у 1 ребенка старше 10 лет реакция Хоффа и Бауэра оставалась положительной в течение 1 года. Наши наблюдения подтверждают мнение многих авторов, что первые две недели болезни являются оптимальным сроком выявления положительных результатов серологических исследований при инфекционном мононуклеозе [1,2].

Сопоставляя частоту характерных для мононуклеоза клинических симптомов (ангина, назофарингит, лимфаденит, гепато-лиенальный синдром, лихорадка) и сдвиги в формуле белой крови у больных с серопозитивными и серонегативными реакциями, мы не получили достоверных различий ($P > 0,05$).

Результаты наших исследований свидетельствуют, что моно-тест Хоффа и Бауэра обладает достаточно высокой специфичностью и может быть использован в качестве метода экспресс-диагностики инфекционного мононуклеоза, особенно у больных старшего возраста. Диагностическая ценность моно-теста более высока на 1—2-й неделях болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нисевич Н. И., Казарин В. С., Гаспарян М. О. В кн.: *Инфекционный мононуклеоз у детей*. М., «Медицина», 1975.—2. Чирешкина Н. М. В кн.: *Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова) у детей*. М., «Медицина», 1973.—3. Hoff G., Bauer S. JAMA, 1965, 194, 351.—4. Scholz H. Kind. ärztl. Pr., 1968, 11, 505.—5. Sigler A. T. Johns. Hopk. med. J., 1970, 126, 6.

Поступила 7 февраля 1978 г.

УДК 616.74—009.125—053.2

О КОНГЕНИТАЛЬНОЙ МИАТОНИИ И ГИПОТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

В. И. Марулина

Кафедра нервных болезней детского возраста (зав. — проф. А. Ю. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Результаты обследования 68 больных с симптомокомплексом миатонии дают основание предполагать, что в патогенезе этого страдания лежит повреждение в родах шейного отдела позвоночника и позвоночной артерии с вторичной ишемией ретикулярной формации ствола мозга. Выяснение механизма возникновения и развития миатонического синдрома имеет важное значение при выборе патогенетически обоснованной терапии.

Патогенез гипотонических состояний в детском возрасте является одним из наименее изученных вопросов в невропатологии детского возраста. Даже при конгенитальной миатонии Оппенгейма не установлен патоморфологический субстрат заболевания. В последнее время высказано мнение, что конгенитальная миатония представляет собой полиэтиологичную группу заболеваний.

Наши наблюдения над 68 больными с симптомокомплексом миатонии, сопоставление неврологических, рентгенологических, электрофизиологических (ЭМГ, РЭГ и др.) и патоморфологических данных позволяют считать, что основными причинами возникновения миатонии являются повреждение позвоночных артерий в родах и вторичная ишемия ретикулярной формации ствола мозга. Клинические проявления патологии ретикулярной формации известны относительно мало. Один из своеобразных синдромов ее поражения — синкопальный вертебральный синдром, при котором вследствие воздействия деформированных шейных позвонков на стенку позвоночных артерий развивается пароксизмальная диффузная мышечная гипотония.

При натальных повреждениях шейных позвонков позвоночная артерия страдает уже в момент родов, и аналогичная ишемизация ствола не пароксизмальна, а перма-