

тановлено, что при хорошем терапевтическом эффекте значительное снижение кровотока в зоне полости отмечено только в 15% случаев, у больных 2 и 3-й групп — соответственно в 58% и 66%. Выраженность нарушения кровотока за пределами полости также была различной в зависимости от последовавшей динамики. Совпадение рентгенологических данных и результатов радионуклидных методов было наибольшим при благоприятном течении заболевания.

Была изучена дыхательная функция методом радиопневмографии ^{133}Xe у 99 больных с деструктивными формами туберкулеза легких. Оказалось, что радиопневмография является более информативной для оценки функционального состояния легкого при деструктивном туберкулезе, чем сканирование с МАА- ^{131}I . Данные как рентгенологических и радионуклидных исследований, так и каждого из нуклидных часто не совпадают между собой, поэтому целесообразно их сочетанное применение и комплексная оценка полученных результатов.

УДК 616.24—002.1—053.3—06:616.345:[616.15+ 616.34—008.3]—07:576.8.077.3:547.962.4

Г. К. Буланова, Л. В. Курашвили, Л. П. Ремизова, Г. А. Каткова, Л. Л. Ксенофонтowa, Т. Н. Новосельцева, Т. В. Вертяшкина, А. В. Митрофанова, Л. И. Щетинина (Пенза). Уровень иммуноглобулинов в копрофильтратах и сыворотке крови детей, больных пневмонией, осложненной дисбактериозом кишечника

Задачей настоящей работы было изучение содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови и копрофильтратах у детей с острой пневмонией, протекающей на фоне дисбактериоза кишечника.

Под нашим наблюдением находилось 77 детей первого года жизни, у которых была диагностирована очаговая пневмония. У 34 (44,2%) больных пневмония имела неосложненное течение, у 43 (55,80)—осложненное: с кишечным синдромом (у 34), обструктивным (у 3), обструктивным и кишечным синдромами (у 6).

Преморбидный фон у больных был неблагоприятным: рахит диагностирован у 36 (46,7%) детей, гипотрофия — у 35 (45,4%), анемия — у 41 (53,2%), экссудативный диатез — у 17 (22,1%).

У всех детей обнаружено нарушение состава кишечной микрофлоры: слабо выраженный дисбактериоз — у 39 (50,6%), выраженный и резко выраженный — у 38 (49,3%).

При исследовании содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови мы отмечали повышение уровня IgG в остром периоде пневмонии и снижение их в периоде стихания. Так, средний уровень IgG в остром периоде пневмонии, протекающей на фоне слабо выраженного дисбактериоза кишечника, достигал $79,7 \pm 5,8$ мкмоль/л, в периоде стихания — $63,1 \pm 2,7$ мкмоль/л ($P < 0,02$). При пневмонии, осложненной резко выраженным дисбактериозом, уровень IgG снижался в периоде стихания заболевания до $60,8 \pm 2,7$ мкмоль/л, что ниже, чем у здоровых детей ($71,4 \pm 2,2$ мкмоль/л, $P < 0,01$).

При пневмонии с обструктивным синдромом уровень IgG и А в сыворотке крови оказался выше, чем у детей с пневмонией без синдрома обструкции бронхов — соответственно $83,4 \pm 6,4$ и $68,9 \pm 2,9$ мкмоль/л ($P < 0,01$), $7,8 \pm 0,6$ и $5,8 \pm 0,8$ мкмоль/л ($P < 0,05$). Мы склонны считать, что обструкция бронхов у больных связана главным образом с бронхоспазмом, поскольку у этих детей были проявления экссудативного диатеза, а у $1/3$ из них в анамнезе отмечено наличие пищевой или лекарственной аллергии, эозинофилия. Кроме того, дисбактериоз кишечника вызывает сенсibilизацию к условно-патогенной микрофлоре, а у всех обследованных детей пневмония протекала на фоне нарушенного биоценоза кишечника.

Нами установлено, что при пневмонии, протекающей с кишечным синдромом на фоне резко выраженного дисбактериоза кишечника, содержание IgM в сыворотке крови снижено до $0,9 \pm 0,1$ мкмоль/л, у больных пневмонией без кишечного синдрома — $1,4 \pm 0,1$ мкмоль/л ($P < 0,01$).

По нашим данным, IgG в копрофильтратах не определялись, а уровень IgA и M колебался от 0,02 до 0,4 г/л. Концентрацию иммуноглобулинов в копрофильтратах более 0,15 г/л мы относили к высокой. При пневмонии без кишечного синдрома высокий уровень IgA отмечен у 16,1% больных, IgM — у 19,3%. При наличии кишечного синдрома высокая концентрация IgA в копрофильтратах встречалась у 75% детей ($P < 0,01$), IgM — у 38,1% ($P > 0,05$), при этом содержание IgA повышалось в 2,6 раза (по средним данным), а IgM — в 1,9 раза.

Нами выявлена зависимость содержания IgA и M в копрофильтратах от нарушения биоценоза кишечника: чем выраженнее дисбактериоз кишечника, тем выше уровень иммуноглобулинов в копрофильтратах.

При включении в комплексную терапию пневмонии биопрепаратов, нормализующих микрофлору кишечника (бифидумбактерина, лактобактерина), нами установлено значительное повышение IgA в копрофильтратах (в 66,6% случаях, $P < 0,05$) и IgM в сыворотке крови ($1,2 \pm 0,1$ мкмоль/л, $P < 0,05$); у детей, не получавших биопрепаратов и зубобтиков, — соответственно в 32,5% и $0,8 \pm 0,1$ мкмоль/л.

Таким образом, у детей с пневмонией, осложненной дисбактериозом кишечника, выявлены значительные сдвиги в системе местной и гуморальной иммунологической

защиты, что выражалось в изменении содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови и копрофильтратах. Характер этих нарушений зависел как от периода и тяжести пневмонии, так и от выраженности дисбактериоза. С нарастанием последнего достоверно увеличивалась концентрация IgA и M в копрофильтратах. Включение в комплексную терапию эубиотиков повышало концентрацию IgA в копрофильтратах и IgM в сыворотке крови, что подтверждает теоретическое обоснование их применения.

УДК 616.981.49

Л. Л. Гельфанд, А. А. Сорокин (Казань). Гастроинтестинальные формы сальмонеллеза, вызванного *S. infantis* и *S. typhimurium*

Мы изучали особенности клиники сальмонеллеза, вызванного *S. infantis* и *S. typhimurium*. Первый тип сальмонеллеза был диагностирован у 160 больных (1-я группа), второй — у 56 (2-я группа). Примерно половина больных была в возрасте от 21 года до 40 лет. Заболеваемость наблюдалась равномерно в течение года и носила спорадический характер. Инкубационный период колебался от 2 до 24 ч независимо от вида возбудителя.

Разнообразие клинических форм у больных обеих групп затрудняло первичную диагностику — лишь 13,7% больных 1-й группы и 7,2% из 2-й поступили в клинику с диагнозом сальмонеллеза. По тяжести течения заболевания преобладали легкие формы. У пациентов обеих групп были преимущественно гастроэнтеритические и энтеритические формы болезни. Заболевание начиналось остро с развития желудочно-кишечного и инфекционно-токсического синдромов. Клинические проявления у больных сальмонеллезом в зависимости от вида возбудителя представлены в таблице.

Сравнительная частота симптомов при сальмонеллезе (%)

Симптомы	<i>S. infantis</i>	<i>S. typhimurium</i>
Острое начало	80,0	85,0
Головная боль	83,2	85,0
Слабость	86,9	94,0
Озноб	57,5	64,0
Температура тела:		
субнормальная	0,6	1,8
нормальная	20,6	12,5
субфебрильная	44,3	21,4
38,1°—39°	33,7	46,4
39,1° и более	0,6	17,9
Стул:		
жидкий зеленый	66,7	44,7
жидкий со слизью	15,2	28,5
жидкий со слизью и кровью	16,6	25,0
оформленный	1,5	1,8
Боли в животе:		
разлитые	7,5	7,1
схваткообразные	6,3	30,6

Как видно из таблицы, при сальмонеллезе, вызванном *S. typhimurium*, был отмечен несколько более выраженный токсикоз. Лейкоцитоз у больных 1-й группы констатирован в 19% случаев, сдвиг до палочкоядерных лейкоцитов — в 75,7%, анэозинофилия — в 48,0%; у больных 2-й группы — соответственно в 12,4%, 87,7%, 84,0%.

Серологические исследования (реакция пассивной гемагглютинации) на первой неделе заболевания были отрицательными у больных обеих групп, на второй неделе выявлялось нарастание антител у 77% больных 1-й группы и у 30% из 2-й группы.

Длительность диареи и бактериовыделения оценивали с учетом проводимого

лечения. У больных, получавших только патогенетическую терапию (солевые растворы внутривенно и через рот, витамины, стол № 4 и № 4а), продолжительность диареи была короче, чем у больных, леченных химиопрепаратами. Независимо от вида сальмонеллы возбудитель выделялся повторно при лечении химиопрепаратами чаще, чем при патогенетической терапии.

Проведенный анализ свидетельствует, что сальмонеллез, вызванный *S. typhimurium*, протекает тяжелее и ведет к более частому развитию гастроэнтероколита, чем обусловленный *S. infantis*. Химиотерапия гастроинтестинальных форм сальмонеллеза у взрослых малоэффективна, так как увеличивает длительность диареи и задерживает санацию организма от возбудителя.

УДК 618.492:618.33—007.29

Т. А. Миронова, В. С. Денисова, Э. А. Говоровская (Пермь). Врачебная тактика при сросшихся двойнях

Двойные уродства плода являются казуистической редкостью. Из 31300 родов за 3 года по г. Перми роды сросшейся двойней констатированы у 3 рожениц. Пренатальная диагностика сросшейся двойни трудна. Диагностируется данное сложное уродство, как правило, только в периоде изгнания.

Нами проведено трое родов сросшейся двойней. Роженицы были в возрасте от 21 года до 27 лет. У 2 из них беременность была второй, у одной — первая. У повторнородимых первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем (у одной) и медицинским абортom (у второй). Генетическая предрасположенность отмечена у одной из 3 рожениц, проявилась она в рождении матерью женщины живых, срос-