

ство заложенности носа, приступ многократного чихания, однократная рвота, затем наступил глубокий обморок. Врачи неотложной помощи застали больную в тяжелом состоянии: сознание спутанное, выраженная отечность и гиперемия лица, пятнистая, местами сливная сыпь на коже всего тела, руки и ноги холодные и бледные с цианотичным оттенком. Пульс 90, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД — 60/40. Дыхание везикулярное. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Введено внутривенно: 1 мл 0,06% раствора коргликона, 10 мл 10% раствора глюконата кальция, 60 мг преднизолона; внутримышечно: 2 мл 0,25% раствора пипольфена, 2 мл кордиамина, 1 мл 10% раствора кофеина. Состояние больной несколько улучшилось. Сознание ясное, АД 70/50. Больная срочно госпитализирована. В больнице внутривенно капельно введено 30 мг преднизолона, 10 мл 10% раствора глюконата кальция, 500 мл физиологического раствора. АД 100/70. Температура 37,1°. Со стороны ЭКГ патологии нет. Сахар крови 88 мг%. Гем. — 13,4%, Э — 4 130 000, ц. п. — 1,02. Л — 14 800, л. — 9%, м. — 5%, п. — 11%, с. — 75%; РОЭ 3 мм/час. У части нейтрофилов имеется токсическая зернистость. Моча без патологии.

В стационаре больная продолжала получать пипольфен и препараты кальция, а также преднизолон (в 1-е сутки — 90 мг, во 2-е — 30, в 3-и — 20, в 4-е — 10 мг. На 5-е сутки преднизолон был отменен. На 3-й день пребывания в стационаре аллергическая реакция полностью исчезла. Показатели крови пришли к норме. Больная выписана в хорошем состоянии.

УДК 616—002.77—616—07

А. А. Пештмалджан (Казань). Применение некоторых бактериальных аллергенов в диагностике ревматизма

Задачей настоящего исследования являлось применение бактериальных аллергенов в диагностике ревматизма и выяснение особенностей аллергии замедленного типа (АЗТ) в зависимости от клиники заболевания. Использовались бактериальные аллергены, полученные по Андо — Вержиковскому в аллергологической лаборатории Казанского НИИЭМ (МРТУ № 42). Больным ставили внутрикожно пробы со следующими аллергенами: гемолитическим стрептококком, гемолитическим стафилококком, протеем, кишечной палочкой (по общепринятой методике). Во всех случаях контролем служил боратный буфер. Часть пациентов одновременно дополнительно проверяли на аллергию к энтерококку, негемолитическому стрептококку, негемолитическому стафилококку, зеленящему стрептококку. Во всех случаях вводили одну кожную дозу аллергена (для выявления степени сенсибилизации к минимальному количеству аллергена и предупреждения возможных осложнений). Кожные пробы ставили при поступлении больных в клинику и через 1 и 2 месяца после лечения. Оценку полученных результатов производили непосредственно после введения аллергенов, через 20 мин., 2, 6, 12, 24, 48, 72, 96 часов. Положительной реакцией считали появление в месте введения аллергена гиперемии, инфильтрации, болезненности через 24 часа с угасанием к 48, реже к 72—96 часам. Гиперемию без инфильтрации расценивали как ложноположительную реакцию. Контрольные пробы с боратым буфером во всех случаях были отрицательными.

Под наблюдением находилось 218 больных (с ревматизмом — 146, ревматоидным полиартритом — 8, кардиотонзиллярным синдромом — 16, хроническими неспецифическими заболеваниями легких — 26, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с нормальной или повышенной кислотностью — 12). Контрольная группа состояла из 68 студентов, не имевших в анамнезе и объективно признаков хронических очагов инфекции.

В соответствии с характером лечения выделено 4 группы больных: 1-я, «стандартная» (59 больных), получала пенициллин по 100 000 ед. 6 раз в день в течение 12—15 дней, аспирин по 1,0 3—4 раза в день; 2-я (31 больной) — пенициллин, аспирин, гормоны (по обычной схеме, максимальная доза не более 30 мг в день в пересчете на преднизолон); 3-я (16 больных) — пенициллин, аспирин, энтеросептол (по 0,5 3 раза в день, 10 дней); 4-я (20 больных) — аспирин, энтеросептол (200 000 4 раза в день, 10 дней). По показаниям проводилась также симптоматическая терапия.

В контрольной группе реагировали на гемолитический стрептококк 5,1% больных, на гемолитический стафилококк — 4,82%, на протей — 3,6%, на кишечную палочку — 11,4%. При введении аллергенов зеленящего стрептококка, негемолитического стрептококка, негемолитического стафилококка, энтерококка были получены отрицательные результаты у подавляющего большинства обследуемых (в основном гиперемия без инфильтрации).

У больных ревматизмом отмечены оба типа реакций. При остром процессе в момент поступления кожные пробы проявлялись слабо. Затем в ходе лечения они становились более выраженными и снова уменьшались. Больные ревматизмом, как правило, реагировали не только на аллергены гемолитического стрептококка, но и аллергены гемолитического стафилококка, протей, кишечной палочки. Положительные пробы на 2, 3, 4 аллергена выявлены у 80,2% больных. Положительных проб на стрепто-

кокк выпало до лечения 74,7%, через 1 месяц после лечения — 60,6%, через 2 месяца — 49,1%, на гемолитический стафилококк — соответственно 73,2; 61; 41,8%, на протей — 63,4; 52,1; 49,3%, на кишечную палочку — 74; 56,7; 49,6%. Полиаллергия характеризовалась более торпидным течением процесса. У этих больных «стаж» болезни превышал 3—5 лет. В анамнезе у них констатированы частые ангины, кариес, наличие других очагов хронической инфекции.

Пробы с энтерококком, негемолитическим стрептококком, негемолитическим стафилококком были отрицательными или ложноположительными.

При сравнении динамики кожно-аллергических проб под влиянием различных способов лечения установлено более быстрое их угасание во второй группе по сравнению с первой. Применение энтеросептола несколько ускорило угасание проб с аллергенами кишечной палочки и протей. В группе с эритромицином отмечено умеренное подавление проб с аллергеном гемолитического стафилококка (остальные кожные проявления примерно такие же, как и в «стандартной» группе).

Явления полиаллергии наблюдались и при других заболеваниях, где имеет значение смешанная микробная флора. Из 16 больных с кардиотонзиллярным синдромом у 12 (75%) была положительная проба на гемолитический стрептококк, у 10 (62,5%) — на гемолитический стафилококк, у 11 (68,7%) — на кишечную палочку, у 9 (56,2%) — на протей. При хронических неспецифических заболеваниях легких в момент обострения положительные реакции отмечались на гемолитический стрептококк в 75%, на гемолитический стафилококк — в 58%, на протей — в 50%, на кишечную палочку — в 20%.

У больных с ревматоидным полиартритом положительные реакции были на гемолитический стрептококк и на гемолитический стафилококк, на другие аллергены реакции были сомнительными и отрицательными. У больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки без хронических очагов инфекции не удалось выявить достаточно четкой сенсибилизации к какому-либо аллергену. Реакций непереносимости к аллергенам не было ни в одном случае. Таким образом, примененные дозы аллергенов по переносимости соответствовали состоянию исследуемых.

ВЫВОДЫ

1. При ревматизме чаще всего наблюдается аллергия к гемолитическому стрептококку, а также к аллергенам гемолитического стафилококка, протей, кишечной палочки. Это можно расценивать как проявление поливалентной аллергии.
2. При ревматическом процессе с торпидным течением и неблагоприятным анамнезом в отношении очагов хронической инфекции необходимо ставить кожно-аллергические пробы со стандартным набором бактериальных аллергенов.

УДК 618.4—616—053.31—001

Л. П. Моисеевская (Куйбышев-обл.). Отдаленные последствия перенесенной внутричерепной родовой травмы новорожденных

В Доме ребенка № 1 с 1968 г. по ноябрь 1971 г. под особым наблюдением находилось 109 детей. Из них у 22 в справке родильного отделения стоял диагноз: нарушение мозгового кровообращения I—II ст. 19 детей поступили с ателектазом легких и асфиксией при рождении, 3 — с затяжной желтухой, 4 — после наложения полостных шипцов, 12 — от матерей, больных острым ревматизмом и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Под особое наблюдение были взяты также недоношенные дети (20 мальчиков, 29 девочек), родившиеся с весом 900—2300 г.

Из общего числа поступивших детей 17 наблюдались менее года, остальные дети находились под наблюдением до 3 лет.

С первых дней пребывания детей в Доме ребенка для них был создан оптимальный воздушный и температурный режим, правильное чередование сна и бодрствования; обеспечено правильное питание с достаточным введением жидкости и витаминов. Большое внимание уделяли рациональной организации режима с учетом состояния здоровья, степени физической зрелости и возраста ребенка. Индивидуальные переходные режимы были направлены на полное восстановление функции дыхания. Детям назначили удлиненный сон на воздухе, массаж и лечебную (дыхательную) гимнастику. Проводили профилактику повторных заболеваний.

Внутриутробная гипоксия, ацидоз, врожденная патология обмена веществ, истинная незрелость к сроку беременности, сопутствующие преждевременным родам, оказывают значительное влияние на развитие и заболеваемость недоношенных детей с внутричерепной родовой травмой. Заболеваемость этой группы детей на первом году жизни оставалась высокой. Первое место занимали пневмонии (12,1%), затем острые респираторные заболевания (8,4%), гнойно-септические заболевания (2,5%).

У детей с среднетяжелыми последствиями внутричерепной родовой травмы (в основном из числа недоношенных) отмечалось отставание в физическом развитии. Большинство из них страдает упорным срыгиванием, и при некотором насилии в кормлении