

При изучении роли бактериального фактора отмечено, что у большинства больных посев на флору был положительным. Из фаринго-трахеального содержимого высеивалась довольно разнообразная флора, но чаще были гемолитические формы стафилококка и стрептококка. Пневмококк был выделен только у 9 (6,9%) больных. У 22 (16,9%) человек из дыхательных путей высеяны 2—3 штамма микроорганизмов.

Таким образом, в процессе выяснения причин осложненного течения пневмонии у детей нами установлена прямая связь между изменением этиологии пневмонии и наличием смешанной (микст) инфекции — вирусной, бактериальной и вирусно-бактериальной ассоциации.

Вторым важным фактором, предрасполагающим к осложненному течению острой пневмонии, является возраст ребенка, в котором он перенес первую пневмонию. Первое заболевание острой пневмонией установлено в возрасте до 1 года у 90 (69,2%) и от 1 года до 3 лет — у 40 (30,8%) больных. В более раннем возрасте пневмония протекала особенно тяжело и давала разнообразные осложнения. В развитии бронхолегочных процессов большое значение имеет наследственная предрасположенность и вредные привычки. Так, 5 (3,8%) матерей и 48 (36,9%) отцов злоупотребляли алкоголем. 92 (70,8%) отца курили. 61 (46,9%) отец и 25 (19,2%) матерей страдали хроническими бронхолегочными заболеваниями.

Отягощенный преморбидный фон, перенесенный рахит (у 40 чел. — 30,8%), экссудативный диатез (у 13 чел. — 10,0%), гипотрофия (у 9 чел. — 6,9%) и анемия (у 9 чел. — 6,9%), безусловно, влияли на развитие пневмонии и ее необычно тяжелое течение.

Несвоевременная госпитализация и соответственно поздно начатое комплексное лечение, погрешности в терапии (недостаточная доза антибиотиков без определения чувствительности микрофлоры, игнорирование противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии, назначение неполного комплекса физиотерапевтических методов лечения и неудовлетворительная обеспеченность массажем) отмечены у 44 (33,8%) больных.

В последние годы на развитии осложнений в течении пневмонии сказывается и загрязненность воздушной среды города. В условиях неблагоприятной атмосферы (в районе интенсивного движения автотранспорта, промышленных предприятий), но без превышения допустимой концентрации в период заболевания проживал 21 (16,1%) больной, а к моменту настоящего исследования — 43 (33,1%) человека. При их обследовании в отдаленные сроки (от 15 до 30 лет) 18 (13,8%) человек признаны здоровыми. У 112 (86,1%) больных констатированы различные проявления хронических неспецифических заболеваний легких.

На основании жалоб больных на кашель и одышку, в связи с наличием катаральных явлений в бронхолегочной системе, рентгенологических и бронхографических изменений и бронхоскопической картины эндобронхита 61 (54,5%) человеку установлен диагноз хронического бронхита, 3 (2,7%) — хронической пневмонии, 28 (25,0%) — бронхоэктатической болезни. У 20 (17,9%) больных, оперированных по поводу бронхоэктазов, определен хронический бронхит, который, как следует отметить, сформировался также у страдающих хронической пневмонией и бронхоэктатической болезнью. Клинически и эндоскопически катаральный бронхит установлен у 34 (30,4%), гнойный — у 78 (69,6%).

Несмотря на то, что больных вызвали в клинику вне обострения заболевания, у 52 (40,0%) человек при клиническом и лабораторном исследовании (полный анализ крови, С-реактивный белок, белковые фракции, ферменты) установлен активный воспалительный процесс. Для оценки нарушений легочной вентиляции по данным спирометрии выделены два основных типа — обструктивный и необструктивный. Обструктивный тип нарушения вентиляции определен у 82 (63,1%), необструктивный — у 30 (23,1%), и только у 18 (13,8%) человек показатели вентиляции легких были в норме. Обследованные больные в детстве находились под диспансерным наблюдением, 65 (50,0%) — в подростковом возрасте, 60 (46,1%) — в юношеском.

Таким образом, тяжелые формы пневмоний смешанной этиологии, перенесенные детьми до трехлетнего возраста, при наличии неблагоприятного преморбидного фона и нерационального лечения чаще склонны к осложненному течению и формированию хронических неспецифических заболеваний легких у лиц молодого возраста. Такие дети нуждаются в преемственном и непрерывном диспансерном наблюдении у педиатров, подростковых врачей и терапевтов в целях профилактики развития и прогрессирования хронических неспецифических заболеваний бронхов и легких у взрослых.

УДК 616.935—053.2:612.017

Н. А. Романова (Казань). Дизентерия у детей с аллергически измененной реактивностью

Мы попытались выяснить, какое воздействие оказывает предшествующая аллергия организма на взаимоотношения аллергии и иммунитета у детей при дизентерии.

Для решения поставленной задачи были обследованы две группы детей, больных дизентерией, — с аллергически измененной (1-я) и неизмененной (2-я) реактив-

ностью организма. Параллельно изучению особенностей клинического течения болезни определяли клеточные факторы повышенной чувствительности (бласттрансформацию лимфоцитов, реакцию лейкоцитоллиза), показатели гуморального иммунитета (Ig M и G) и проводили кожную пробу с дизентеринном.

Реакция бласттрансформации лимфоцитов (БТЛ) исследована нами у 41 ребенка. Всего в динамике заболевания поставлено 185 культур клеток 31 больного дизентерией и 10 здоровых детей. Из общего числа обследованных у 17 детей реактивность организма была аллергически измененной (1-я группа) и у 14 — неизменной (2-я группа). БТЛ изучали при стимуляции фитогемагглютинином (ФГА), при стимуляции дизентерийным антигеном из шигелл Зонне (ДАЗ) в 3-дневной и без стимуляции (БС) в 5-дневной культуре клеток крови. Поставлено 180 реакций лейкоцитоллиза с 90 сыворотками от 42 больных, из которых 12 человек имели аллергически измененную реактивность. Кожную пробу проводили у 130 детей, 40 из которых имели аллергически измененную реактивность. Содержание иммуноглобулиновых (M, G) антител исследовали у 120 больных дизентерией. Из них с измененной реактивностью (1-я группа) было 58 человек, с неизменной (2-я группа) — 62 ребенка.

Результаты сравнительного анализа полученных данных позволили установить определенную закономерность в развитии аллергической реакции при дизентерии у детей с неизменной реактивностью (см. табл.). Специфическая сенсibilизация ор-

Иммуно-аллергические показатели в динамике острой дизентерии у детей с измененной и неизменной реактивностью организма

Иммуно-аллергические показатели	Группы детей					
	первая			вторая		
	1-я неделя болезни	2-я неделя болезни	3-я неделя болезни	1-я неделя болезни	2-я неделя болезни	3-я неделя болезни
Ig M*	1,8±0,1	2,2±0,1	2,0±0,1	2,1±0,1	2,3±0,1	2,2±0,1
Ig G	1,5±0,1	1,3±0,1	1,4±0,2	1,4±0,1	1,6±0,1	1,9±0,1
БТЛ с ФГА	25,2±5,6	31,8±2,2	40,2±9,9	14,4±4,0	32,7±4,6	40,9±5,6
„с ДАЗ	14,0±3,5	13,3±3,6	9,7±1,8	11,0±4,2	20,3±3,8	27,6±5,9
„с БС	16,3±6,6	7,6±2,2	7,7±1,8	6,5±1,9	13,5±2,8	17,0±2,3
Лейкоцитоллиз	0,12±0,03	0,03±0,01	0,1±0,02	0,1±0,02	0,13±0,02	0,11±0,01
Положительная кожно-аллергическая проба, %	75,0	70,0	75,0	66,7	82,3	60,0

Примечание: В таблице представлены обратные величины титров иммуноглобулинов (M, G x Ig).

ганизма у них выявляется в разгаре заболевания. Максимум ее выраженности наблюдается на 2-й неделе болезни. По мере выздоровления интенсивность ее уменьшается, но к моменту выписки не исчезает. При этом отмечено, что наиболее ранним показателем, отражающим специфическую сенсibilизацию, является реакция лейкоцитоллиза. Бласттрансформация лимфоцитов развивается позднее — на 2—3-й неделе болезни.

У больных с аллергически измененной реактивностью такой закономерности развития специфической сенсibilизации установить не удалось. Волнообразность развития аллергической реакции в динамике дизентерии обусловлена, по-видимому, нарушением координированного функционирования адаптационно-защитных механизмов их организма. Это отражается на состоянии специфического иммунитета, формирование которого, судя по уровню и динамике иммуноглобулиновых M- и G-антител, заторможено.

При сопоставлении аллергических и иммунологических показателей у детей обследованных групп удалось установить разную направленность этих двух процессов. У больных с неизменной реактивностью в динамике заболевания отмечается интенсификация иммунитета на фоне снижения алергизации организма. У детей с аллергически измененной реактивностью выработка иммунитета замедлена, а аллергическая реакция остается значительно выраженной в течение всего периода болезни.

УДК 616.94—053.31—02:616.34—008.87

Ю. В. Волкова, Н. А. Романова, Н. П. Чзанова (Казань). Кишечная микрофлора новорожденных детей при гнойно-септических заболеваниях

Целью нашей работы явилось изучение особенностей кишечной микрофлоры у новорожденных в зависимости от преморбидного фона и характера течения гнойно-септического процесса.

Под наблюдением находилось 73 ребенка в возрасте от 3 до 16 дней, госпита-