

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 адаптивно-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-

лизированных в специализированное отделение для новорожденных детской больницы № 7 г. Казани в 1979—1980 гг. Непосредственно из роддомов поступило 19 детей, с педиатрического участка — 54 ребенка. В зависимости от характера основной патологии дети были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 29 детей с локальной гнойной инфекцией (пнотермией, омфалитом, гнойным конъюнктивитом). 2-й группу составили 27 доношенных новорожденных с клинико-лабораторной картиной пупочного и кожного сепсиса. В 3-й группе было 17 недоношенных детей с сепсисом, из них 3 ребенка умерли в результате присоединения язвенно-некротического энтероколита с перфорацией и развитием перитонита.

Изучение анамнестических данных обнаружилоотягощенный пренатальный фон у всех детей 3-й и 18 детей 2-й группы. В силу различных причин лишь 12 детей (16,4%) с первых дней жизни находились на естественном вскармливании, остальные прикладывались к груди на 3—5-е сутки, длительное время получая сцеженное донорское молоко. Докармливали в стационаре 18 детей (24,7%).

Изучение особенностей микрофлоры, высеваемой из фекалий у детей с гнойно-септическим процессом, показало, что количественный спектр микробных ассоциаций во многом определяется характером основного заболевания. У детей 1-й группы наблюдались умеренные сдвиги в кишечной микрофлоре. Основной нормальной представитель микрофлоры кишечника — бифидофлора обнаруживалась в достаточно высоком разведении фекалий у 86,2% детей. Условно-патогенные штаммы кишечной палочки, чаще всего гемолизующие, выделены у 34,5% больных. Общее количество кишечной палочки было в пределах нормы или слегка уменьшено. Кокковая флора в содержимом толстого кишечника у детей данной группы обнаруживалась редко (у 7), у 3 больных высеяна клебселла.

Бактериологическое исследование фекалий у детей с генерализованным сепсисом установило более выраженные изменения аэробной и анаэробной микрофлоры кишечника. Нарушение бифидофлоры отмечено у 58,7% больных, причем у 37,3% детей отсутствие роста бифидофлоры в минимальном разведении сочеталось с другими проявлениями дисбактериоза. У недоношенных детей с сепсисом наблюдалось весьма характерное сочетание нарушений: отсутствие или низкое содержание бифидофлоры (70,6%) на фоне увеличения количества лактозонегативной и гемолизующей кишечной палочки (29,4%). Общее количество кишечной палочки у детей данной группы было снижено в 5—10 и более раз по сравнению с нормой, то есть до 28—30 млн. в 1 г, а у 9 детей облигатная кишечная палочка не высевалась вообще. Удельный вес кишечной палочки со слабыми ферментативными свойствами был увеличен в среднем до 30%. Наибольшее количество атипичной гемолизующей кишечной палочки (от 15 до 100%) высевалось у детей с тяжелым течением пупочного сепсиса при явлениях кишечной дисфункции, длительно получавших массивную антибактериальную терапию с первых дней рождения. Одновременно у них отмечалось увеличение кокковых форм в общей сумме микробов (в среднем до 35—41%), в то время как у детей с «малой» стафилококковой инфекцией аналогичная флора высевалась в 2 раза реже (у 21,4%).

Гемолизующий стафилококк обнаружен в фекалиях 5 детей 7—9-дневного возраста с сепсисом, поступивших непосредственно из роддома, у 4 из них стафилококк высеян также из содержимого гнойных очагов, у 2 новорожденных — из крови. Однако четкой корреляции между характером дисбактериальных сдвигов и частотой бактериемии нами не установлено. В то же время отмечен параллелизм между флорой кишечного содержимого и гнойных очагов. Выделения кокковой флоры из гнойничковых элементов кожи, содержимого пупочной ранки, конъюнктивы глаз сопровождалась преобладанием кокковых форм в кишечном содержимом (в 32,8—51,3%). У 8 детей с сепсисом из различных очагов получена смешанная флора, в том числе из крови — золотистый стафилококк, из содержимого кишечника — протей (у 4) и синегнойная палочка (у 3) на фоне резкого уменьшения облигатной кишечной палочки и бифидобактерий вплоть до полного их отсутствия. Грибы типа кандиды выделены у 17,6—25,8% детей с сепсисом на фоне увеличения кокковой флоры и отсутствия кишечной палочки. Высев протей колебался от 7,4 до 23,5%, синегнойной палочки — от 11,8 до 22,3% и характеризовал клинически тяжелую картину пупочного сепсиса, преимущественно у недоношенных. Интересно отметить, что у детей, поступивших в отделение непосредственно из роддома, примерно вдвое чаще отмечались более выраженные отклонения в кишечной микрофлоре, чем у тех, кто был направлен с педиатрического участка (соответственно 78,9 и 46,3%).

Таким образом, анализ количественных показателей микрофлоры толстой кишки у новорожденных с гнойно-септической патологией установил отчетливую зависимость характера микробных ассоциаций от тяжести и течения процесса. Проявления кишечного дисбактериоза, обнаруженные нами у значительного числа новорожденных с сепсисом, особенно у недоношенных, можно объяснить несовершенством иммунобиологических механизмов у детей с отягощенным пренатальным фоном: состоянием здоровья матери, неблагоприятным течением беременности и родов, поздним прикладыванием к груди, ранним применением антибиотиков и т. д. С другой стороны, изменение кишечной микрофлоры оказывает неблагоприятное воздействие на неспецифические защитные факторы, значительно ослабляя их. По нашим наблюдениям, кишечный дисбактериоз осложнял течение основного заболевания, усиливал проявления

интоксикации, ухудшал прогноз, что, по-видимому, было связано с проникновением условно-патогенных микробов и их токсинов в кровь и внутренние органы.

Исходя из этого, следует более активно проводить профилактику и терапию дисбактериоза у новорожденных детей при гнойно-септических заболеваниях, назначая соответствующие биопрепараты (бифидумбактерин, бификол, бактериофаги различных групп). Кроме того, необходимо шире пользоваться препаратами, мобилизующими защитные силы организма (лизосимом, продигозаном, хлорофилиптом), комбинированными продуктами лечебного питания у детей более старшего возраста (биолактом, молочным лактобактерином и естественными продуктами питания, обогащенными защитными факторами).

УДК 616.981.48—053.2

Г.Г. Надырова, А. Я. Петрянин, Т. С. Семенова, Г. С. Подряднов, Н. В. Петрова, З. З. Искандерова, В. В. Анисимова (Казань). Клинические особенности кишечной колиинфекции у детей, обусловленной ЭПКП 0-142

В детской инфекционной больнице г. Казани на стационарном лечении в 1980—1981 гг. находились 46 детей с кишечной колиинфекцией 0-142. Следует отметить их позднее поступление в стационар. Так, из 46 больных в первые 3 дня от начала заболевания поступило 16 детей, с 4 на 6-й день болезни — 18, позже 6-го дня от начала заболевания — 12 человек.

Мы обратили внимание на следующие возрастные различия в распространенности колиэнтеритов, этиологически связанных с ЭПКП 0-142: до 1 мес. — 16, до 2 мес. — 11, до 3 мес. — 4, от 3 до 6 мес. — 9, от 6 мес. до 1 года — 1, старше 1 года — 5 больных. Из наших данных видно, что указанная инфекция поражает преимущественно новорожденных и детей первого полугодия жизни.

По тяжести болезни распределялись следующим образом: легкие формы наблюдались у 12, средней тяжести — у 24, тяжелые формы — у 10 больных. Таким образом, более чем у $\frac{2}{3}$ детей констатированы легкие и среднетяжелые формы заболевания.

У большинства заболевших (42 чел.) был неблагоприятный преморбидный фон: недоношенность, рахит, гипотрофия, анемия. Дети находились на искусственном вскармливании.

У 31 ребенка кишечная инфекция сочеталась с такими тяжелыми заболеваниями, как сепсис, пневмония, фурункулез, острая респираторно-вирусная инфекция.

Начало заболевания у 34 детей было острым. У 30 больных температура повышалась до 37—38°, у 5 — до 38—39°, у 1 — до 39,5°. Лихорадка держалась в среднем в течение 3—5 дней. У 32 больных выявлялись такие симптомы интоксикации, как вялость, снижение аппетита, тошнота, рвота, срыгивания, приглушенность сердечных тонов, тахикардия. Рвота и срыгивания не имели упорного характера и наблюдались в первые 3—5 дней от начала заболевания.

Со стороны желудочно-кишечного тракта у 36 детей отмечались вздутие, урчание и разлитая болезненность живота при пальпации. Симптомы дистального колита не определялись ни у одного больного. Стул по консистенции был жидким или полужидким, у половины больных — с примесью слизи, у 2 детей — с кровью в виде прожилков в течение 1—2 дней. Из испражнений у всех пациентов выделены ЭПКП 0-142. Лечение больных и диетотерапия осуществлялись по общепринятой схеме. У всех 46 детей наступило полное клиническое выздоровление.

Таким образом, наблюдения за больными, страдающими кишечной инфекцией 0-142, позволяют отметить, что болеют ею преимущественно новорожденные и дети первых месяцев жизни. Заболевание протекает, как правило, в форме острого энтерита в легкой и среднетяжелой форме. Рвота и срыгивания не имеют упорного характера и определяются в первые 3—5 дней от начала заболевания. Высокая температура — до 37—38° держится 3—5 дней. Со стороны желудочно-кишечного тракта чаще наблюдаются вздутие, разлитая болезненность при пальпации живота. Летальных исходов от кишечной колиинфекции 0-142 не было.

В целях профилактики колиэнтеритов 0-142 в детских стационарах необходимо строго соблюдать гигиенический и санитарно-дезинфекционный режимы и своевременно направлять в инфекционный стационар детей с дисфункцией кишечника.

УДК 616.361—009.2—053.2—07:616.36—008.8—07

Н. А. Черкасова, В. П. Булатов (Казань). Диагностическое значение состава желчи при дискинезиях желчевыводящих путей у детей

Одной из наиболее частых форм холепатий у детей является дискинезия желчевыводящих путей. Нами изучены в порции В желчи уровни силовых кислот, холестерина, билирубина и желчных кислот в зависимости от вида дискинезий у 50 больных холепатией.

Под наблюдением было 32 мальчика и 18 девочек; возраст детей — от 7 до 14 лет. Все больные были разделены на две группы: 1-ю составили 32 ребенка с диски-