

Наиболее частой непосредственной причиной гибели плодов и новорожденных является асфиксия, которая составляет 68,8%. Родовые и акушерские травмы занимают второе место в структуре перинатальной смертности (9,8%). На третьем месте стоят пороки развития (8,5%). На внутри- и внеутробные инфекции приходится всего лишь 2,6%. Среди причин ранней смертности новорожденных асфиксии также занимают первое место, составляя 51,2%. Пороки развития разделяют второе место с послеродовой инфекцией (по 13,3%). Родовые и акушерские травмы в ранней смертности новорожденных, по нашим данным, занимают третье место (11,1%).

Структура перинатальной смертности у работниц химического производства мало отличается от таковой в целом по роду.

УДК 616.441—008.61

В. Н. Таракаева (Москва). Гиперпаратиреоз в детском и подростковом возрасте

Гиперпаратиреоз у детей, особенно в возрасте до 10 лет, представляет собой исключительную редкость. Мы наблюдали 10 больных, у которых заболевание началось в возрасте 10—19 лет.

Чаще всего первым признаком заболевания служила мышечная слабость и быстрая утомляемость. Иногда слабость была столь выраженной, что больной не мог стоять и сидеть. Гипотония мышц нижних конечностей приводит к изменению походки («утиная походка»). Больные «везут ноги», спотыкаются при ходьбе, с трудом поднимаются по лестнице. У 5 из них с самого начала возникли боли в стопах и было установлено плоскостопие. Этот признак мы отмечали чаще всего именно при развитии заболевания в молодом возрасте. Некоторые жалуются на жажду и выделение большого количества мочи, иногда белого цвета. Таким больным устанавливают диагноз «несахарного диабета» и безуспешно лечат адурекрином. Другие больные отмечают быструю значительную потерю веса, расшатывание и выпадение здоровых на вид зубов. Таким образом, у лиц молодого возраста гиперпаратиреоз имеет в основном те же характерные черты, что и у взрослых. Однако заболевание у них протекает легче, чаще поражаются кости, нежели другие внутренние органы. У молодых больных гиперпаратиреозом не было даже функциональных почечных расстройств, в то время как у взрослых эта патология наблюдалась всегда.

У 8 из 10 больных была костная форма заболевания, что подтверждает более выраженное действие паратиреоидного гормона на кости в растущем организме. Для этой формы характерны ноющие, тянущие боли в костях, длительно заживающие безоскольчатые, несимметричные, так называемые банановые переломы, образование деформаций, ложных суставов, эпюлидов.

При рентгенологическом исследовании у 1 больного была установлена остеопоротическая стадия. На рентгенограмме мягкие ткани казались более плотными, чем кости. Кость определялась лишь по тонкому кортикальному слою. У 7 больных на фоне остеопороза отмечались типичные кистозные изменения, чаще всего в костях бедра, голени, плеча или в тазовых.

Почти у всех больных (за исключением 3) обнаружено снижение концентрационной способности почек, повышение pH мочи, а у 2, кроме того, и нефрокалькулез. Часто отмечалась гиперкальциемия, гипофосфатемия, повышенные активности щелочной фосфатазы крови, а выделение кальция и фосфора с мочой колебалось в значительных пределах.

Нам приходилось дифференцировать гиперпаратиреоз молодого возраста с синдромом Фанкони, несовершенным остеогенезом, фиброзной дисплазией.

Гиперпаратиреоз у детей нередко расценивается как рахит, хотя исследование кальция сыворотки должно скорее навести на мысль об интоксикации витамином «D». Гипервитаминоз «D» и идиопатическая гиперкальциурия — только эти два состояния протекают у детей с повышением концентрации кальция в сыворотке, но наличие гипофосфатемии и уровень щелочной фосфатазы позволяют дифференцировать гиперпаратиреоз от этих страданий.

Все 10 больных оперированы: у 7 обнаружено по одной аденоме, у 2 — две аденомы, у 1 — три аденомы; у 1 больного выявлена гиперплазия околощитовидных желез. В настоящее время из 10 человек 8 практически здоровы, но как и все перенесшие паратиреоаденомэктомию они отличаются пониженным настроением и быстро утомляются.

УДК 616.981.25

Л. А. Литяева (Саратов). Биологические свойства энтеральных стафилококков, выделенных у детей раннего возраста

На носительство патогенных стафилококков обследован 81 ребенок в возрасте до 3 лет (до года — 49, до 2 лет — 20, до 3 лет — 12). За 3 месяца наблюдений заболеваний стафилококковой этиологии среди детей не зарегистрировано.

Для выявления носительства патогенных стафилококков мы проводили трехкратные бактериологические исследования испражнений посевом материала на желточно-солевой агар (интервалы между исследованиями — 12 дней). Отделяемое из зева исследовали однократно. Биологические свойства стафилококков изучены по общепринятым методикам (Н. Р. Иванов и соавт., 1971). Патогенность стафилококков оценивали по совокупности признаков: образованию плазмокоагулазы, лецитовителлазы, дезоксирибонуклеазы, сбраживанию маннита, наличию золотистого пигмента и гемолизу на кровяном агаре. Количественное определение α -токсина проводили по методике Вимола. Чувствительность к 7 антибиотикам — пенициллину, стрептомицину, тетрациклину, левомицетину, неомицину, мономицину, ристомичину и сулеме исследовали методом серийных разведений на плотной питательной среде. Фаготипирование стафилококков производили международным набором типовых стафилококковых фагов. Бактериоциногенную активность стафилококков изучали по методике Маррея-Шервуда в модификации Усвяцова (1966).

Выявлено 40 детей (из них 26 — в возрасте до года), из кишечника которых выделялись патогенные стафилококки, причем у 24 одновременно выделялись патогенные штаммы из зева.

Количественный анализ выросших колоний стафилококков показал, что у 13 носителей число их достигало 50—150, у 22 — более 170, у 5 наблюдался сплошной рост стафилококков.

При изучении биологических свойств 120 лецитовителлазных штаммов стафилококков, выделенных из кишечника носителей, обнаружено, что 82,3% обладали плазмокоагулирующей, 82,3% — дезоксирибонуклеазной, 92,5% — гемолитической активностью, 63% сбраживали маннит, 75% были слаботоксигенными, 12,5% обладали токсигенностью средней силы, 5% были высокотоксигенными, 7,5% не продуцировали токсин.

В результате исследования бактериоциногенных свойств энтеральных стафилококков установлено, что у 11 из 40 детей (27,5%) выделялись штаммы, оказывающие бактерицидное действие на стафилококки, выделенные от 15 больных.

Большинство штаммов были резистентными к антибиотикам: пенициллину (98%), стрептомицину (96%), тетрациклину (96%), левомицетину (79%), неомицину (72%), мономицину (73%), ристомичину (76%), к сулеме (76%). Устойчивыми одновременно к нескольким антибактериальным препаратам оказались: к двум — 9%, к трем — 24%, к четырем — 38%, более чем к четырем — 29%.

Из 66 исследованных штаммов стафилококков 68,3% типировались бактериофагами, из них 18,2% культур лизировались фагами I группы, 7,5% — фагами II группы, 29% — фагами III группы, 13,6% составили смешанную группу. Только 6 носителей в течение всего периода наблюдения выделяли стафилококки одной и той же фагогруппы. Параллелей между принадлежностью стафилококков к разным фаготипам и их антибиограммами не обнаружено.

Представляло интерес сравнить биологические свойства стафилококков, выделенных от здоровых детей и от больных с диареей стафилококковой этиологии.

Стафилококки, выделенные из кишечника больных, в большем проценте случаев продуцировали плазмокоагулазу, дезоксирибонуклеазу и α -токсин (показатели достоверности менее 0,001, результаты обработаны по критерию «хи-квадрат»). Различий в устойчивости к антибиотикам и принадлежности к фаготипу не обнаружено.

Анализ полученных данных показывает, что носительство патогенных стафилококков в кишечнике у детей закрытого коллектива высокое (48,1%), особенно у детей 1-го года жизни (65%), и что носители при определенных условиях могут быть источником стафилококковой инфекции в детских закрытых учреждениях.

УДК 612.118.221.2

Г. И. Зыбин (Волжск, МАССР). К использованию реакции пассивной гемагглютинации в эпидемиологической практике

Целью настоящей работы являлась оценка реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) как метода выявления скрытых источников дизентерии в расшифровке групповых заболеваний в детских дошкольных учреждениях.

РПГА ставили по общепринятой методике с эритроцитарным диагностикумом Московского института эпидемиологии и микробиологии. В качестве диагностических титров мы сочли возможным принять для дизентерии 1:200.

Была исследована сыворотка крови 516 обобщавшихся с большими дизентерией, все они подвергались обязательному 3-кратному бактериологическому обследованию, а персонал детских дошкольных учреждений — однократной ректороманоскопии кишечника в кабинете инфекционных заболеваний. РПГА была положительной с антигеном Зонне в титрах 1:200—1:1600 у 73 из 320 детей в возрасте от 3 до 6 лет (22,7%) и у 40 из 196 взрослых (20,4%).

Бактериологически носительство подтверждено у 27% детей и 13,7% взрослых и ректороманоскопически — у 14,3% взрослых — сотрудников детских дошкольных учреждений (воспитатели, няни и работники пищеблока).