

При постановке диагноза поллиноза необходимо тщательно собирать аллергологический анамнез. Следует обратить внимание на возникающие в сезон цветения трав, деревьев и сорняков катары верхних дыхательных путей и вазомоторные риниты, протекающие без изменения со стороны крови, без температуры и не поддающиеся лечению обычным методом. Больных, страдающих рино-конъюнктивальным синдромом, бронхиальной астмой, контактными дерматозами, экземами, крапивницей, отеком Квинке, нейродерматозами и др., имеющими круглогодичное течение, но с ухудшением состояния в весенне-летний период года, необходимо направлять на консультацию к аллергологу для выявления пыльцевого аллергена. У аллерголога имеются возможности провести детальное обследование, а при установлении пыльцевого аллергена назначить специфическую гипосенсибилизирующую терапию.

Поступила 31 января 1974 г.

УДК 616—056.3:616—053.2/5

К ВОПРОСУ СТАНОВЛЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

А. Г. Шамова

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Под нашим наблюдением было 200 детей с проявлениями сочетанных форм аллергии (77 девочек и 123 мальчика в возрасте: до года — 104, 2—3 года — 47, 4—6 лет — 30, 7—11 лет — 16, 12—14 лет — 3). При изучении анамнестических данных у 38,7% детей установлена наследственная отягощенность в виде проявлений бронхиальной астмы, экземы, ангио-невротического отека и уртикарных высыпаний, различные аллергические реакции на употребление медикаментов и определенных видов пищи.

При всей значимости наследственных факторов нельзя исключить возможность сенсибилизирующих воздействий на плод во время беременности при различных нарушениях плацентарного барьера. Последнее наблюдается при токсикозах беременности, хронических интоксикациях, острых заболеваниях матери и т. д. Нами установлено, что 65,5% матерей, наряду с отягощенным аллергическим анамнезом, имели токсикозы беременности, перенесли заболевания респираторно-вирусной этиологии, принимали лекарства.

У 82,8% детей с сочетанными формами аллергии развитию аллергических реакций и заболеваний предшествовали проявления экссудативного диатеза; у больных с астмой и астматическим компонентом он отмечался в 85,4%. Высокий процент экссудативного диатеза обнаруживается в сочетании с вакцинальной и лекарственной аллергией.

На почве измененной реактивности респираторные заболевания носят рецидивирующий или затяжной характер. Применяющееся длительно и повторно лечение антибиотиками и сульфаниламидами усугубляет нарушение реактивности.

Среди факторов, влияющих на формирование сочетанных форм аллергии, особое значение имеют профилактические прививки у детей с отягощенной аллергической наследственностью и проявлениями экссудативного диатеза.

Большую роль в формировании сочетанных форм аллергии играют повторные вирусные и бактериальные воздействия (различные катары верхних дыхательных путей), а также лекарственные антибактериальные средства, применяемые повторно и бесконтрольно, особенно в периоде новорожденности (что нами отмечено в 21,1% наблюдений). По суммарным подсчетам, 200 обследованных нами детей подвергались 812 вирусно-бактериально-лекарственным воздействиям и получили 120 переливаний крови и ее компонентов (плазма, гаммаглобулин).

Поскольку экссудативный диатез расценивается как самое раннее проявление аллергически измененной реактивности, следует при первых его симптомах (опрелостях, себорее) организовать индивидуальное наблюдение за ребенком. Необходимо учитывать особенности конституции при проведении вскармливания, при подготовке к вакцинации, назначении лекарственной терапии в связи с заболеваниями. Нельзя забывать, что так называемые острые респираторные заболевания и явления катара верхних дыхательных путей (насморк, острое затруднение носового дыхания, чихание и слезотечение с гиперемией склер) сами могут иметь аллергический генез.

Первичные гиперергические реакции на вакцинальные антигены должны привлечь внимание врачей. При этом следует проводить тщательный предвакцинальный осмотр, обследование и предвакцинальную гипосенсибилизацию.

Особенно должно насторожить врачей присоединение к острым респираторным заболеваниям астматического компонента. В таких случаях необходимо назначение комплексной неспецифической десенсибилизирующей терапии.

Поступила 4 февраля 1974 г.

УДК 616.988:615.375

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ИММУНОФЛУОРЕСЦЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

О. И. Пикуза

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 2-й детской клинической больницы (главрач — В. К. Мельникова)

Иммунофлуоресценция по Кунсу является одним из высокодостоверных способов ранней диагностики респираторных вирусных инфекций [2 и др.]. Задачей нашего исследования являлась детальная разработка данного метода применительно к клинической практике. Мы использовали прямой способ иммунофлуоресценции для этиологической расшифровки аденовирусной инфекции, гриппа и парагриппа. Обследование больных выполняли по методике, разработанной в Институте вирусологии АМН СССР им. Д. И. Ивановского проф. Е. С. Кетиладзе и сотр. (1964). Для окраски препаратов применяли флуоресцирующие гаммаглобулины: противогриппозные (поливалентные типов А-2, В и к вирусу гриппа А-2), противопарагриппозные (2 и 3-го типов) и к аденовирусам (2, 3, 4, 7-го типов), которые получали из Каунасского предприятия бактериологических препаратов Научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены, а также из Института эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамален АМН СССР.

Проведено клинико-лабораторное обследование 967 детей, госпитализированных во 2-ю детскую больницу г. Казани с диагнозами: острое респираторное заболевание, пневмония, бронхит. Мазки из носа брали в первые три дня поступления в клинику и у 270 детей — повторно на следующий день. Всего исследовано 3846 препаратов, окрашенных флуоресцирующими антителами.

812 (83%) обследованных детей были моложе 3 лет (из них 254 — новорожденные). Вирусная этиология заболевания органов дыхания была расшифрована у 43% больных. Наиболее часто диагностировалась аденовирусная инфекция — у 27,6% детей, причем у новорожденных она была выявлена в 34,2% (у 87 из 254); грипп был установлен у 11,1% больных и парагрипп — у 4,3%.

Следует отметить, что из 458 детей с пневмонией вирусная природа заболевания констатирована у 222 (48,5%). Эти данные ставят под сомнение целесообразность госпитализации больных с диагнозом пневмонии в соматические отделения. Наши наблюдения показали, что такие дети могут быть источником внутрибольничных вспышек респираторных заболеваний. В связи с этим следует подчеркнуть высокую диагностическую ценность метода иммунофлуоресценции. Он обладает высокой чувствительностью у детей всех возрастных групп, в том числе у новорожденных, недоношенных и ослабленных. Комплексное иммунофлуоресцентное и серологическое обследование 157 детей показало, что на первом году жизни этот метод позволял установить точный этиологический диагноз в $61 \pm 5\%$ (у 58 из 95 больных), в то время как серологический 4-кратный прирост антител к вирусным антигенам в парных сыворотках крови был получен у 24 больных, т. е. почти в 2,5 раза реже.

Чрезвычайно важно, как мы могли убедиться, применение метода иммунофлуоресценции для определения длительности вирусыведения. В литературе подобных работ мы не нашли, за исключением исследований, проведенных А. А. Алексеевой и сотр. (1972) у взрослых. В динамике прямым методом иммунофлуоресценции нами обследовано 102 ребенка, из которых 64 страдали аденовирусным заболеванием и 38 — гриппом. Материал от больных брали от 2 до 9 раз как в разгаре болезни, так и в периоде реконвалесценции до получения 2 отрицательных результатов анализа.

Длительность свечения аденовирусного антигена составляла от 11 до 37 дней (в среднем у всех обследованных — $19,7 \pm 0,7$ дня). Выявленные нами сроки вирусносительства (до 37 дней) более продолжительны, чем указываемые некоторыми авторами по результатам вирусологических исследований [4 и др.]. Кроме того, у 8 детей из 64 мы констатировали свечение аденовирусного антигена и в периоде клинического выздоровления еще в течение 3—10 дней. Среди них 7 больных первого года жизни