

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 616.983:615.375

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 (главврач — 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 вирусовыделения. 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

родились недоношенными, а 2 страдали гипотрофией 1 и 2-й степени. Средняя длительность персистирования аденовирусов в организме составляла у них $25,7 \pm 2$ дня (от 17 до 32), тогда как болезнь длилась значительно меньше времени ($20,6 \pm 1,7$ дня).

Свечение гриппозного антигена в клетках цилиндрического эпителия носа продолжалось от 4 до 14 дней. В среднем $8,8 \pm 0,4$ дня, причем из 25 больных с осложненным течением гриппа у 15 сроки вирусывыделения были наиболее продолжительными — от 10 до 14 дней. Однако, в отличие от аденовирусной инфекции, носительства вирусов гриппа в периоде выздоровления не было выявлено ни у одного из наблюдавшихся детей.

Исследования показали, что метод иммунофлуоресценции является весьма ценным в распознавании этиологической природы респираторных вирусных инфекций в условиях детского стационара. Он позволяет установить точный клинический диагноз через 3—4 часа после взятия материала от больного, что имеет важное значение при осуществлении противоэпидемических мероприятий в отделении и в проведении своевременного, целенаправленного лечения детей. Данный метод экспресс-диагностики обладает высокой чувствительностью, независимо от иммунологической реактивности больных. Кроме того, он может быть использован для определения длительности сохранения вирусного антигена в организме и дает возможность выявить случаи носительства аденовирусов реконвалесцентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева А. А., Кетиладзе Е. С., Бондаренко Т. В., Зайцева Н. Д., Грушинская И. А., Жилина Н. Н., Константинова Л. А. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1972, 8.— 2. Жданов В. М., Дрейзин Р. С., Кетиладзе Е. С. *Вестн. АМН СССР*, 1966, 7.— 3. Кетиладзе Е. С., Жилина Н. Н., Меклер Л. Б., Наумова В. К., Орлова Н. Н., Ложкина А. Н., Нисевич Л. Л. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1964, 8.— 4. Красикова В. А., Счастный Э. И. *Педиатрия*, 1967, 1.

Поступила 5 ноября 1973 г.

УДК 616—001.17:612.017

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Г. М. Славкина, В. Е. Буханов, Б. Ф. Новиков, Ю. В. Филиппов

Кафедра детской хирургии (зав.—доц. Г. М. Славкина) Саратовского медицинского института

Целью работы было изучение состояния общей иммунологической реактивности (ОИР) у детей с ожогами, взаимосвязи уровня ОИР с течением и исходами ожоговой болезни, а также аллергии к гемолитическому стафилококку у детей с ожогами и гнойно-воспалительными заболеваниями.

Общую иммунологическую реактивность мы определяли с помощью внутрикожной реакции В. И. Иоффе. Использовали 0,001 мл сыворотки в 0,1 мл физиологического раствора. Результат учитывали через 18—20 часов. В зависимости от величины гиперемии уровень ОИР оценивали как низкий, удовлетворительный, средний и высокий, причем все внутрикожные реакции обязательно сравнивали с контрольными, произведенными одновременно на другом предплечье.

Аллергию замедленного типа изучали с помощью внутрикожных реакций с аллергеном гемолитического стафилококка производства Казанского НИИЭМ. Для реакции использовали 1 дозу аллергена. Результат учитывали через 24 и 48 часов.

ОИР изучена у 88 детей с ожогами разной степени и площади поражения. Дети были в возрасте от 1,5 мес. до 13 лет. Внутрикожные реакции с аллергеном гемолитического стафилококка изучены у 43 здоровых детей, у 51 больного с глубокими ожогами, у 50 со стафилококковой деструкцией легких и у 18 с острым и хроническим гематогенным остеомиелитом.

К стафилококковому аллергену у здоровых детей получены слабо положительные реакции (++), диаметр гиперемии $17 \pm 1,5$ мм).

У больных с обширными глубокими ожогами (свыше 15% поверхности тела) реакции с аллергеном гемолитического стафилококка оказались отрицательными. Анализ ОИР в этой группе свидетельствует о прямой зависимости между тяжестью