

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

поражения и уровнем реактивности. Лишь у 26% уровень ОИР был удовлетворительным. У всех погибших больных наблюдалась отрицательная реакция на введение сыворотки.

У детей с ограниченными ожогами в первые дни и в период ожоговой инфекции внутрикожные реакции к стафилококковому аллергену оценены как сомнительные (+, диаметр гиперемии $11 \pm 1,9$ мм). Аллергическая реакция у них была достоверно ниже ($P < 0,02$), чем у здоровых детей. В этой группе высокий уровень ОИР обнаружен только у 6% больных, средний — у 36%, удовлетворительный — у 34%, у остальных низкий. Ни у одного из обследованных детей с глубокими ожогами площадью болезни (септическая пневмония, артрит) приводят к резкому снижению ОИР.

В период выздоровления происходило постепенное нарастание аллергической реакции до положительной (+++, диаметр гиперемии $21 \pm 4,5$ мм, различие с контрольной группой недостоверно) у детей с ограниченными ожогами и до резко положительной (++++) ($P < 0,001$) у детей с обширными глубокими ожогами. В период выздоровления отмечалось и нарастание ОИР. У 8 детей с деформациями после обширных глубоких ожогов со сроками от одного до нескольких лет результаты аллергических реакций достоверно превышали контрольный уровень и оценены как положительные (+++, $P < 0,02$).

Аналогичные результаты получены у больных с гематогенным остеомиелитом и стафилококковой деструкцией легких. В острый период болезни и при обострении хронического остеомиелита 85—90% реакций были отрицательными. В период выздоровления у детей старше 2 лет реакции стали положительными у больных со стафилококковой деструкцией легких (+++, $P < 0,02$) и резко положительными у больных с гематогенным остеомиелитом (++++) ($P < 0,001$).

Анализ ОИР в возрастных группах обожженных детей показал зависимость состояния иммунологической реактивности от возраста ребенка — чем моложе ребенок, тем ниже уровень ОИР. Установлено также, что исходы пластических операций связаны с ОИР. У больных с удовлетворительной ОИР процент приживления трансплантатов был ниже (50—80%), чем у больных со средним уровнем ОИР (90—100%).

Поступила 24 ноября 1973 г.

УДК 616—056.3:616.521

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В РАЗВИТИИ ЭКЗЕМЫ И НЕЙРОДЕРМИТА У ДЕТЕЙ

А. М. Потемкина

*Кафедра аллергологии (зав. — проф. Т. Б. Толпегина) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

В работе была поставлена задача выяснить роль пищевой аллергии в этиологии и патогенезе экземы и нейродермита у детей, так как, по данным литературы и нашим наблюдениям, у большинства больных отмечалась непереносимость ряда пищевых продуктов.

С этой целью помимо клинического осмотра совместно с дерматологом было проведено специфическое аллергологическое обследование: выяснение анамнестических данных, ведение пищевого дневника, элиминационная и провокационная диеты, кожное тестирование, реакции лейкоцитоллиза и дегрануляции базофильных лейкоцитов по Шелли, лейкопенический тест.

Под наблюдением находилось 70 детей: 38 с экземой и 32 с нейродермитом (возраст — от 6 месяцев до 15 лет).

Из анамнеза было выявлено наследственное предрасположение к аллергии у большинства больных экземой и нейродермитом (соответственно у 29 и у 20). Более чем в половине наблюдений констатировано неблагоприятное антенатального периода — токсикозы беременных, неправильное питание, инфекционные заболевания и повторный прием лекарственных препаратов в период беременности. Нарушения в диете кормящей матери также отмечались в анамнезе у многих больных.

Почти $\frac{2}{3}$ больных были переведены на раннее смешанное или искусственное вскармливание сладкими сухими молочными смесями, манной кашей, коровьим молоком, при этом первые кожные проявления возникали через 2—3 недели после введения этих продуктов в рацион ребенка. Симптомы дерматоза у ряда обследованных развивались на фоне грудного вскармливания, иногда после повторной дачи фруктово-ягодных соков (апельсинового, клубничного и др.), но чаще родители не могли установить причину заболевания.