

аллергической фазой. В токсико-дистрофической фазе активность ферментов и уровень иммуноглобулинов были ниже, чем в другие фазы сепсиса, что подтверждает ограниченные возможности организма детей с дистрофией проявлять активный иммунологический ответ и требует проведения пассивной иммунотерапии в более полном объеме. Под влиянием интенсивной антимикробной и иммунотерапии [1] все показатели у детей, поступивших в токсико-аллергической и токсико-септической фазе заболевания, повышались по сравнению с исходными. У детей с токсико-дистрофической фазой сепсиса активность ферментов лейкоцитов оставалась на том же уровне, а у части больных даже снижалась. В результате лечения у них увеличивалось содержание только иммуноглобулинов, чему способствовала, по-видимому, массивная иммунотерапия. Более низкий уровень иммунологических показателей при этой фазе сепсиса, обусловленный, вероятно, более длительным течением заболевания, определяет необходимость энергичной терапии.

Все больные с различными формами сепсиса получили 4—5 курсов антибактериальной терапии. Такое лечение, с одной стороны, снижало количество осложнений и летальность при септических заболеваниях, но, с другой, могло привести к нарушению равновесия между микро- и макроорганизмами, к нарушению биоценоза кишечника, что отрицательно сказалось бы на процессах иммуногенеза. С целью предупреждения дисбактериоза кишечника и своевременного его лечения всем больным проводили анализ кала на состав кишечной флоры. Отмечено, что у детей, больных сепсисом, на фоне антибактериальной терапии происходит снижение количества бифидобактерий, в разведении до 10^{-4} и появляется лактозоотрицательная кишечная палочка, количество которой может достигать миллиарда на 1 г фекалий. Нередко обнаруживается протей, золотистый стафилококк, цитробактор и синегнойная палочка. В нескольких анализах определялся ассоциированный дисбактериоз (стафилококк + гемолитическая кишечная палочка, стафилококк + лактозоотрицательная кишечная палочка, стафилококк + протей и другие сочетания). Больным с дисбактериозом кишечника назначали специфическое лечение колибактерином, бифидум-бактерином, лактобактерином, бификолом, давали ферментные препараты, интестопан и другие средства. При анализе изменений кишечной микрофлоры в процессе лечения этими препаратами констатирована нормализация биоценоза почти у половины больных к моменту выписки из стационара, у остальных намечались сдвиги к нормализации микрофлоры. Изучение приживаемости кишечной палочки M_{17} показало, что к концу лечения она составляла 20—30% общего количества кишечной палочки.

Таким образом, организм ребенка первого года жизни способен к активному иммунологическому ответу при септической инфекции. Интенсивная антибактериальная и иммунотерапия способствует благополучному исходу заболевания. Во избежание развития дисбактериоза кишечника, нередко осложняющего течение заболевания, рекомендуется параллельно с антибиотикотерапией назначать препараты, нормализующие кишечную флору.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мальцев С. В., Архипова Г. Р. Казанский мед. ж., 1977, 5.

Поступила 30 сентября 1980 г.

УДК 616.988.25—002.957.71

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Л. Я. Перлина, Р. А. Сабирова, Ф. А. Ситдилов

Городская инфекционная больница (главрач — Ю. М. Овчинников) г. Набережные Челны

Реферат. Представлены данные о вспышке энтеровирусной инфекции в 1979 г. Под наблюдением находилось 113 больных. Среди различных клинических форм этой патологии выделялся серозный менингит и малая болезнь.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, серозный менингит, малая болезнь.

Энтеровирусная инфекция регистрируется в виде спорадических случаев, локальных вспышек и в виде крупных эпидемий, возникающих в весенне-летний период. Под нашим наблюдением находилось 113 человек, у которых диагноз энтеровирусной

инфекции был подтвержден клинко-эпидемиологически и выделением из спинномозговой жидкости вируса Коксаки. Пик заболеваемости отмечался в августе — сентябре.

Были установлены следующие клинические формы: энтеровирусная лихорадка (малая болезнь) — у 38,8% больных; серозный менингит — у 44,2%; болезнь Борнхольма — у 3,5%; герпетическая ангина — у 3,5%; комбинированные формы — у 10%.

Больные с энтеровирусной лихорадкой поступали в стационар на 1—2-й день болезни с жалобами на повышение температуры (37,5—39°) и головную боль. У всех больных наблюдалась инъекция сосудов склер и гиперемия слизистой оболочки передних дужек мягкого неба и задней стенки глотки, мелкая зернистость, которая держалась еще 2—3 дня после исчезновения гиперемии. У 75% больных выслушивался систолический шум на верхушке.

У 24,4% больных была повторная рвота на фоне головной боли и наблюдались признаки раздражения менингеальных оболочек. После люмбальной пункции состояние больных улучшилось. Ликвор был без изменений. Все перечисленные симптомы держались кратковременно — 2—3 дня, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8,9 дня.

Из 50 больных серозным менингитом в первые три дня болезни госпитализировано 37. Все больные жаловались на головную боль и рвоту, у 82% наблюдалась лихорадка; при поступлении в стационар субфебрильная температура была у 52%, выше 38° — у 30%; у 18% больных в течение всего периода болезни температура была в пределах нормы.

В стационаре лихорадка наблюдалась 1—2 дня у 64% больных. В общей сложности она держалась, как правило, 2—4 дня. У всех больных продолжались интенсивные головные боли, 10% жаловались на головокружение, 14% — на боли в животе. У 1 больной серозный менингит сочетался с герпетической ангиной, которая появилась во время 2-й волны. У 69% больных оказался положительным симптом Кернига при отсутствии ригидности затылочных мышц, у 8% больных менингеальных знаков не обнаружено, а у 18% их наличие было сомнительным.

Большое значение в диагностике мы придавали отсутствию брюшных рефлексов при отрицательных менингеальных знаках. При люмбальной пункции у 5% таких больных был подтвержден серозный менингит. Люмбальная пункция приносила всем больным облегчение. Плеоцитоз колебался от 26 до 320 клеток. Глобулиновые реакции были отрицательными. Содержание белка в ликворе было равно 1,6—2,0 г/л; определялась клеточно-белковая диссоциация. У большинства больных (68%) менингеальные симптомы исчезали ко 2—4-му дню лечения.

Обращала на себя внимание тяжесть течения энтеровирусного менингита у взрослых (12 чел.). Как правило, пациенты жаловались на сильную головную боль, не стихавшую до 8—10-го дня пребывания в стационаре, головокружение, рвоту. Менингеальные знаки у всех были отчетливыми и держались до 6—8 дней.

У 2% больных наблюдалась энцефалитическая реакция (потеря сознания, судороги). Тяжесть состояния больных определялась синдромом ликворной гипертензии (длительность жалоб на головную боль, рвоту, головокружение) и возможным отеком мозга. Волнообразное и рецидивирующее течение было у 4% больных. Течение энтеровирусных менингитов благоприятное и доброкачественное. Все больные были выписаны с выздоровлением (не только по клиническим, но и по лабораторным данным).

Средняя продолжительность госпитализации составила 18,8 дня. После выписки больных направляли в клинику на диспансерный учет к невропатологу.

Заболевание герпетической ангиной начиналось остро, с подъема температуры до 38°. Дети становились беспокойными, отказывались от еды, жаловались на боли в горле. В зеве на фоне яркой гиперемии дужек и мягкого неба выступали везикулезные мелкие высыпания, которые на 2—3-й день лопались и оставляли после себя эрозии, окруженные красным венчиком. Эрозии чаще располагались на передних дужках, язычке, небе. Как правило, явлений афтозного стоматита при герпетической ангине не было. Течение доброкачественное, средняя продолжительность пребывания в стационаре — 9,7 дня.

Эпидемическая миалгия (болезнь Борнхольма) характеризовалась острым началом, подъемом температуры до фебрильных цифр, головной болью, рвотой, приступообразными болями в животе у 75% больных и в грудной клетке у 25%. Стул оставался оформленным. Один ребенок был консультирован у хирурга с целью исключения аппендицита. При локализации боли в области груди больные дышали поверхностно и боялись глубоко вдохнуть. У всех больных были воспалительные изменения слизистой

оболочки неба, дужек и задней стенки глотки. Рентгенография органов грудной клетки не обнаруживала патологии. Средняя длительность госпитализации при миагрии равнялась 8,5 дня.

ВЫВОДЫ

1. Серозный менингит и малая болезнь являлись ведущими клиническими формами энтеровирусной инфекции и наблюдались в 83%.
2. Для энтеровирусного серозного менингита характерны выраженность гипертензионного синдрома, изменение ликвора по типу умеренной клеточно-белковой диссоциации.
3. Течение заболевания при всех клинических формах энтеровирусной инфекции было благоприятным.

Поступила 29 апреля 1980 г.

УДК 616.921.8—085.962.4

ЛЕЧЕБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОКОКЛЮШНОГО ГИПЕРИММУННОГО ГАММА-ГЛОБУЛИНА

Проф. М. Е. Сухарева, канд. мед. наук Н. М. Булатов, канд. мед. наук М. С. Петрова, канд. мед. наук Р. Г. Мухутдинова, Л. М. Зорина, канд. мед. наук Г. Г. Ахмадуллина, Г. П. Гриценко, М. И. Елманова, Л. И. Исаченко, Э. В. Дудышкина, М. Г. Ахметова, Н. Ш. Ахметзянова

Клиническое отделение детских инфекций Московского НИИЭМ им. Г. Н. Габричевского (директор — доктор мед. наук Д. П. Никитин), Казанский НИИЭМ (директор — канд. мед. наук Т. А. Башкирев)

Реферат. Противокклюшной гипериммунный γ -глобулин, изготовленный Казанским НИИЭМ, является специфическим препаратом. Его эффективность изучена у 56 из 120 больных детей. Установлено, что он оказывает благоприятное лечебное действие при неосложненном коклюше, уменьшает тяжесть и длительность течения коклюшной инфекции. Его рекомендуется применять при тяжелой форме коклюша, преимущественно у детей «повышенного риска» (в возрасте до года и у более старших при наличии отягощенного преморбидного фона).

Ключевые слова: коклюш, лечение, гипериммунный γ -глобулин.

Начиная с 1977 г. мы проводили изучение лечебной эффективности экспериментальных серий противокклюшного γ -глобулина, изготовленного на производственной базе Казанского НИИЭМ из крови доноров, предварительно иммунизированных коклюшной моновакциной Ташкентского НИИВС по специально разработанной схеме. В готовом препарате коклюшные агглютинины содержались в титре 1:320 — 1:400.

Под наблюдением было 120 больных коклюшем детей, находившихся на лечении в детской инфекционной больнице № 4 и детской клинической больнице № 2 им. Русакова г. Москвы.

23 ребенка (1-я группа) получали только противокклюшный γ -глобулин, 33 (2-я гр.) — противокклюшный γ -глобулин в сочетании с антибиотиками, 38 (3-я гр.) — в основном антибиотики, остальные 26 детей (4-я гр.) получали симптоматическое лечение, включавшее аэротерапию, витамины, десенсибилизирующие средства (3 и 4-я группы были контрольными). Следует отметить, что больные 2-й группы получали обычно только один курс лечения антибиотиками на протяжении 3—10 дней, главным образом в связи с внутрибольничным заражением ОРЗ, в то время как в 3-й группе до 25% детей получали на протяжении 20—30 дней 2—3 курса антибиотикотерапии.

Дети в возрасте до года составляли подавляющее большинство. Однако в 1 и 2-й группах оказалось больше детей первых шести месяцев жизни (76,8% при 43,7% в контрольных группах).

Все больные, за исключением 1 в основных и 2 в контрольных группах, не были привиты против коклюша. Не отличались группы больных и по преморбидному состоянию.

Сроки госпитализации и начала лечения в опытной и контрольной группах больных совпадали. Лечение гипериммунным γ -глобулином начинали в день поступления или на следующий.

У всех больных 1 и 2-й групп и у 59 детей контрольных групп течение коклюша к началу лечения было неосложненным. Преобладали среднетяжелые формы коклю-