

оболочки неба, дужек и задней стенки глотки. Рентгенография органов грудной клетки не обнаруживала патологии. Средняя длительность госпитализации при мигалгии 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 ротовом 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-

ша. Тяжелая форма коклюша наблюдалась в основных группах у 18% больных, в контрольных — у 16%. Пневмония возникла у 8 больных.

Противококлюшный γ -глобулин вводили по 3 мл ежедневно в течение 3—4 дней (на курс 9,0—12,0 мл). Чтобы выяснить, как влияет доза γ -глобулина на течение коклюша, 9 больным на курс лечения давали 7 доз по 6,0 мл γ -глобулина на каждое введение.

В связи с поздней госпитализацией больных у 4 из них (7,1%) γ -глобулин был применен на 1-й неделе от начала болезни, у 34 (60,7%) — на 2-й неделе, у 12 (21,4%) — на 3-й и у 6 (10,7%) — на более поздних сроках; таким образом, почти 70% больных получали препарат на протяжении первых 2 недель от начала болезни.

Результат лечения считали хорошим, если число приступов кашля снижалось с 25—30 до 4—8 в сут, исчезала рвота, прекращались остановки дыхания, полностью исчезал или заметно уменьшался цианотичный оттенок кожи, улучшались самочувствие, сон и аппетит; умеренным — если прекращались остановки дыхания и заметно уменьшалась дыхательная недостаточность, а в остальном динамика улучшения также была несомненной, но не столь значительно уменьшались число и тяжесть приступов кашля. При замедленной динамике улучшения (свыше 7—8 дней), когда нельзя было исключить зависимость улучшения от естественного течения болезни, эффект лечения считали сомнительным, при отсутствии положительной динамики в течении коклюша лечение оценивали как неэффективное.

Положительный результат получен у 71,4% больных, из них у 42,8% хороший и у 28,6% умеренный. У 14,3% больных эффект был сомнительным и у 14,3% γ -глобулин не оказал положительного действия. Выраженный лечебный эффект наблюдался и при тяжелых формах коклюша: хороший — у 7 из 10 больных, умеренный — у 2, и только у 1 он оценивался как сомнительный. При среднетяжелом течении коклюша положительный результат отмечен у 28 больных (у 15 — хороший, у 13 — умеренный), у 6 детей лечебный эффект был сомнительным и у 7 отсутствовал.

Веским доказательством лечебной эффективности противококлюшного γ -глобулина является выраженная положительная динамика течения коклюша на 3-й неделе болезни т. е. в сроки, когда при естественном течении болезни отмечается разгар и нарастание симптомов заболевания. У 32 из 56 больных (57,1%), леченных противококлюшным γ -глобулином, уменьшение частоты и тяжести приступов кашля наступило между 14 и 20-м днями болезни, у 16 (28,6%) — на 4-й неделе, у 8 (14,3%) — в более поздние сроки. В контрольной группе на 14—20-й день болезни частота и тяжесть приступов кашля уменьшились только у 5 (7,8%) из 64 больных, на 4—5-й неделях — у 50 (78,1%), а у 9 (14,1%) детей болезнь затянулась и облегчение кашля наступило лишь на 6-й неделе. В группе детей, получавших только противококлюшный γ -глобулин, выраженная тенденция к обратному развитию заболевания наблюдалась у 52,2% уже на 3-й неделе болезни и у 34,8% — на 4-й. Средняя длительность пребывания в стационаре детей 1-й группы составила 11,3 дня, хотя, как было указано ранее, в этой группе было больше детей с тяжелой формой коклюша.

Применение антибиотиков не оказывало заметного влияния на течение болезни и не укорачивало времени пребывания больных на койке. Средняя длительность пребывания в стационаре детей, леченных только антибиотиками, составила 21,5 дня.

У больных 2-й гр., которые получали комбинированное лечение специфическим γ -глобулином в сочетании с антибиотиками, обратное развитие коклюша наблюдалось в те же сроки, что и у больных 1-й группы (у 60,6% — на 3-й, у 24% — на 4-й неделе болезни). Сходное соотношение сроков обратного развития болезни в этих группах мы объясняем применением противококлюшного γ -глобулина, а большая длительность госпитализации детей 2-й группы (25,4 дня) связана с присоединением острого респираторного заболевания в стационаре.

При введении γ -глобулина на 1 и 2-й неделях болезни положительный результат достигнут у 92% больных (хороший — у 60,5%, умеренный — у 31,5%), при введении препарата на 3-й неделе болезни — только у 5 пациентов из 12. Эффект от применения γ -глобулина на 4—5-й неделях был сомнительным либо отсутствовал. Зависимости исхода лечения от вводимой дозы препарата на нашем относительно небольшом материале выявить не удалось.

В литературе имеются данные о снижении гиперлейкоцитоза у больных коклюшем под влиянием γ -глобулина; в наших наблюдениях подобного действия его не отмечено.

Противококлюшный донорский γ -глобулин не вызывал клинически выраженных нежелательных реакций даже при применении 3—7 доз его.

Поступила 25 марта 1980 г.

УДК 616.24—002.2.2—036.17—052.21

ЗАТЯЖНЫЕ И РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Л. А. Кузнецова, О. И. Пикуза

Кафедра детских болезней (зав.—проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. При анализе 500 историй болезни новорожденных детей с пневмонией констатируется, что частота рецидивирующих и затяжных пневмоний составила 14,8%; факторами, влияющими на их возникновение, являются пневмококкоз, суперинфицирование, незрелость организма ребенка, неблагоприятный преморбидный фон.

Ключевые слова: новорожденные, затяжные и рецидивирующие пневмонии, факторы риска.

1 таблица. Библиография: 7 названий.

Затяжные и рецидивирующие пневмонии занимают значительное место в респираторной патологии детей [5, 7]. Возникновение и развитие их зависят как от характера возбудителя, так и от состояния защитно-приспособительных механизмов организма [1—3, 6].

Целью наших исследований явилось изучение частоты затяжных и рецидивирующих пневмоний у новорожденных, факторов, способствующих их возникновению, особенностей клиники и лечения.

В 1976—1978 гг. в отделении находились на лечении 500 детей первого месяца жизни, больных пневмонией. У 74 из них (у 50 мальчиков и 24 девочек, поступивших в возрасте от 5 до 29 дней) заболевание приняло затяжной и рецидивирующий характер. Длительность пневмонии у них превышала 28 дней. Родились в срок 54 (73%) ребенка, остальные 20 (27%) были недоношенными, в том числе 18 — 2—3-й степени недоношенности. Из сопутствующих заболеваний врожденная гипотрофия установлена у 14,8% детей, перинатальное повреждение головного и спинного мозга — у 14,5%, местная стафилококковая инфекция (пиодермия, омфалит) и анемия — у 17,5%.

Анамнез матерей (возраст — от 19 до 28 лет) 52,6% детей был отягощен (токсикозы беременности, острые и хронические заболевания, профессиональные вредности).

Этиологию заболевания определяли на основании клинического наблюдения и обследования на группу респираторных вирусов методом прямой иммунофлуоресценции (с 6 флуоресцирующими глобулинами), а также серологически (РСК, РТГА с 8 антигенами). Вирусная природа заболевания при поступлении выявлена у 43 (58,1%) больных: грипп А-2 и В — у 16,7%, респираторно-синцитиальная инфекция — у 11,7%, аденовирусная инфекция — у 10%, микоплазма пневмонии — у 18%, у 5% детей обнаружено сочетание 2—3 вирусов.

У 61 из 74 детей затяжное течение заболевания было связано с рецидивами острой респираторной инфекции и пневмонии, обусловленными во всех случаях суперинфекцией; у 13 суперинфекции и рецидивов не было. Несколько чаще суперинфекция встречалась у новорожденных до 15-дневного возраста и у детей, матери которых имели отягощенный анамнез. Так, у больных в возрасте от 5 до 15 дней было в среднем по 2 суперинфекции, а у более старших детей — в среднем по 1,3 на одного ребенка. Внутрибольничное инфицирование было вызвано у 15,9% детей аденовирусом, у 13,6% — вирусами гриппа А-2 и В, у 9% — наложением респираторно-синцитиального вируса, у 6,8% — вирусом парагриппа, у 45,7% этиология не расшифрована.

У 16,4% детей суперинфекция вызвала ухудшение общего состояния, повышение температуры, усиление катаральных явлений в верхних дыхательных путях. В легких оставалось жесткое дыхание и укорочение перкуторного звука в межлопаточных областях. У 83,6% наложение вирусов проявлялось не только симптомами острого респираторного заболевания — одновременно наблюдалось ухудшение в состоянии легочного процесса: вновь появлялась одышка, симптомы интоксикации, хрипы в