

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ДИФТЕРИЙ У ДЕТЕЙ, ПОЛНОЦЕННО ПРИВИТЫХ ДИФТЕРИЙНЫМ АНАТОКСИНОМ

К. В. Лаврова

Из кафедры детских инфекционных болезней (зав. — доц. В. Л. Эбертс) Томского медицинского института

Хотя более легкое течение дифтерии у привитых, по сравнению с непривитыми, общепризнано, однако в отношении сравнительной характеристики острого периода при дифтерии у привитых дифтерийным анатоксином и непривитых существует два мнения. Одни считают, что активная иммунизация на длительность первого (острого) периода не оказывает никакого влияния и, следовательно, очищение зева от налетов, улучшение общего состояния наступают в те же сроки, что и у непривитых (Е. М. Борок, Н. А. Никитина, Н. И. Нисевич). Другие отмечают, что у активно иммунизированных острый период протекает более благоприятно: налеты сходят быстрее, общее состояние улучшается раньше, чем у непривитых, и в картине зева чаще наблюдается односторонность поражения миндалин (А. Д. Левашева, В. Н. Азбелев, Н. П. Кудрявцева, Н. К. Белая, В. Л. Ольшевская, Е. М. Дмитриева-Равикович, С. Н. Розанов). При этом у привитых отмечается в большем количестве случаев несоответствие между степенью тяжести общего состояния и величиной налета (при выраженной интоксикации налеты носят ограниченный, локализованный характер).

В связи с этим нами проводилось изучение течения дифтерии у больных, полноценно привитых, в сопоставлении с непривитыми.

Полноценно привитыми мы считали таких детей, у которых была закончена подготовительная иммунизация и обязательно проведена первичная ревакцинация или даже возрастная ревакцинация при соблюдении правильной дозировки дифтерийного анатоксина и положенных интервалов между инъекциями (согласно инструкции Минздрава СССР от 16/IV-53 г.). В случае отсутствия своевременной повторной ревакцинации прививка считалась неполноценной.

Группа наблюдавшихся больных, полноценно привитых в прошлом, состояла из 178 мальчиков и 172 девочек. Из них 198 ревакцинированы однократно и 152 — дважды. 170 детей посещали детские учреждения. Для контроля была взята под наблюдение группа больных (139 мальчиков и 134 девочки), которым противодифтерийная иммунизация никогда не проводилась. Две трети заболевших среди непривитых не посещали детские учреждения.

Возраст всех заболевших детей колебался от 1 года до 13 лет. Однако среди полноценно привитых преобладали больные, главным образом, дошкольного возраста, в то время как среди непривитых фигурировали дети ясельного и дошкольного возрастов в одинаковом количестве.

Основная масса заболевших полноценно привитых детей (79,8%) перенесла дифтерию зева. Больных с другими локализациями было 20,2% (дифтерией гортани и комбинированными формами — по 6,8%, дифтерией носа — 4,0% и дифтерией других редких локализаций — 2,6%).

В группе непривитых дифтерия зева встретилась в 63,4%, дифтерия гортани — в 14,3%, комбинированные формы в 15,0%, дифтерия носа — в 4,8% и дифтерия редких локализаций — в 2,5%.

Относительно меньшее число больных дифтерией гортани среди полноценно привитых, по-видимому, связано с возрастом, так как среди полноценно привитых было меньше детей ясельного возраста, где чаще встречаются случаи крупа. Также и комбинированные формы дифтерии у полноценно привитых, в отличие от непривитых, встречались реже, что можно объяснить преобладанием в этой группе детей дошкольного возраста.

Разница в течении дифтерии среди полноценно привитых и неприви-

тых выражалась не только в различиях локализаций дифтерии, но и в тяжести заболеваний.

У полноценно привитых «легкая» локализованная форма дифтерии зева встречалась в 75,3%, а среди непривитых — в 52,6%. Хотя частота распространенной формы дифтерии зева в сравниваемых группах (привитых и непривитых) была почти одинакова (2,1 и 2,9%), однако токсическая форма встречалась вдвое реже среди полноценно привитых (22,6%), по сравнению с группой непривитых (44,5%). К этому следует добавить, что среди полноценно привитых течение токсической дифтерии зева было более доброкачественным.

Субтоксическая дифтерия зева (то есть наиболее «легкая» в токсической группе) среди полноценно привитых больных наблюдалась в 49,2%, а в группе непривитых — в 37,7%, в то время как токсическая дифтерия III степени (самая тяжелая) встречалась среди полноценно привитых почти втрое реже (в 3,2%), чем среди непривитых (в 10,4%).

Дифтерия гортани среди полноценно привитых также протекала легче. Так, больные со стенозом III степени отмечались в группе полноценно привитых в 8,3%, всех случаев крупа, а среди непривитых — в 25,6%.

Как же протекал первый период дифтерии у привитых и непривитых?

Длительность острого периода в 2, 3, 4 и 5 дней встречалась чаще среди полноценно привитых, а свыше 5 дней — у большинства непривитых. К 5 дню болезни завершение острого периода наблюдалось уже у 62% полноценно привитых, в группе непривитых — лишь у 46,9%. Та же закономерность отмечалась и при сопоставлении длительности острого периода в зависимости от тяжести процесса — отдельно при локализованной дифтерии зева и при токсической. При токсической дифтерии среди непривитых не отмечалось больных с длительностью острого периода в 3 дня, а в группе полноценно привитых у 4,7% он к этому сроку уже закончился.

Общее состояние в группе полноценно привитых после специфического лечения, в сравнении с непривитыми, улучшалось гораздо быстрее. К 5 дню болезни удовлетворительное общее состояние определялось среди полноценно привитых у 83,4% заболевших, а среди непривитых — лишь у 66,8%. Температура нормализовалась к 5 дню болезни среди первых в 61,0%, у вторых — в 50,3%. Очищение зева от налетов также наблюдалось раньше среди полноценно привитых, чем в группе непривитых. На другой день после специфического лечения зев очистился у 5% полноценно привитых, а в группе непривитых этого не наблюдалось ни разу.

Поражение одной миндалины фибринозным воспалением при дифтерии зева отмечено у полноценно привитых в 21,6% случаев, а среди непривитых — в 15,2%. Несоответствие выраженности местного процесса с проявлениями общей интоксикации у полноценно привитых с токсической дифтерией зева устанавливалось в 40,4%, в группе непривитых — лишь в 25,8%.

Течение второго периода болезни у полноценно привитых было более гладким, чем у непривитых. Специфические осложнения у привитых наблюдались лишь в 4%, а у непривитых — в 13,5%. Общее количество специфических осложнений среди полноценно привитых составляло 11,1%, в группе непривитых — 32,2%.

Второй период у полноценно привитых завершился полным выздоровлением в 99,2%, а у непривитых — в 95,7%. Летальность у полноценно привитых была всего лишь 0,8%, а у непривитых — 4,3%.

1. Азбелев А. Д. Тр. Московского об-ва ин-та эпидемиол., микробиол. и инфекц. бол. им. И. И. Мечникова, М., вып. 5, 1951. — 2. Белая Н. К., Ольшевская В. Л., Дмитриева-Равикович Е. М., Розанов С. Н. Дифтерия. Орг.-метод. материалы, М., 1954. — 3. Борок Е. М., Никитина Н. А. Вопр. педиатр., охр. матер. и дет., 1941, 2. — 4. Кудрявцева Н. П. Дифтерия у привитых. Автореф. докт. дисс., 1955. — 5. Левашева А. Д. Сов. педиатрия, 1935, 2. — 6. Нисевич Н. И. Педиатрия, 1945, 4.

Поступила 12 февраля 1959 г.

ПРИМЕНЕНИЕ АРМИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТИ

Асп. В. М. Сироткин

Из кафедры нервных болезней (зав.— проф. Л. И. Оморков) Казанского медицинского института, на базе отделения нервных болезней Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

С целью уменьшить или «снять» функциональную неполноценность нервных аппаратов, удаленных от очага органического повреждения и пораженных вторично (рефлекторно) (Н. В. Лазарев), особенно широкое применение получили антихолинэстеразные препараты физостигминового ряда.

Наиболее демонстративно действие антихолинэстеразных препаратов при миастении, симптоматическое лечение которой стало возможно со времени синтеза простигмина — прозерина (Walker), быстрое и значительное улучшение от которого расценивается даже как диагностический признак миастении (Eaton, 1943; Sainbier, 1957).

Однако временный характер терапевтического эффекта препаратов группы физостигмина побуждает испытывать вновь синтезированные средства из числа фосфорорганических соединений.

В нашей клинике с этими целями применялся смешанный этиловый *m*-нитрофениловый эфир этилфосфиновой кислоты — армин, синтезированный в Казани А. И. Разумовым (1950) и рекомендованный М. А. Алуф (1955) в качестве сильнейшего антихолинэстеразного средства, превосходящего как ингибитор эзерин, прозерин и фосфакол.

В соответствии с инструкцией к клиническому испытанию препарата, были использованы минимальные дозы армина у 5 больных миастенией. Четверо из них ранее антихолинэстеразной терапии не подвергались. Все 5 больных реагировали на «прозериновую пробу» отчетливым клиническим улучшением и обнаружили так называемую миастеническую реакцию при фарадизации мышц и нервов. В двух случаях тяжелой миастении и в одном случае средней тяжести наблюдалось генерализованное поражение всей скелетной мускулатуры с нарушениями дыхания во время кризов. В двух остальных случаях на фоне умеренного снижения мышечной силы в конечностях преобладали окуло-бульбарные расстройства.

Влияние разовых введений 2 мл 0,01% раствора армина подкожно на силу и работоспособность мышц у страдающих миастенией исследовалось динамометрически и эргографически. Все больные миастенией, не леченные ранее прозеринном, на введение армина реагировали увеличением мышечной силы (по динамометру) и работоспособности (эргографически). Стимулирующее действие разовых введений армина отмечалось при помощи эргографа еще спустя 2,5—3 часа после инъекции и количественно не превышало эффекта от равновеликих доз прозерина.