

Е. Ф. Упорова, К. П. Петров, Д. И. Прокопьев (Ижевск). Зависимость отдаленных исходов от продолжительности стационарного лечения больных очаговым туберкулезом легких

Изучены отдаленные результаты лечения 265 больных очаговой формой туберкулеза легких в зависимости от продолжительности первого этапа терапии в стационаре. 73,5% обследованных составили мужчины. В оптимально трудоспособном возрасте — от 20 до 50 лет — было 79,8% больных. У половины больных заболевание выявлено при флюорографических осмотрах, у остальных — при выполнении клинического минимума обследования лиц, обратившихся за медицинской помощью в общую лечебную сеть. Симптомы интоксикации различной степени выраженности отмечены у 43,4% больных, выделение микобактерий туберкулеза по данным бактериологического исследования — у 21,8%. Односторонний процесс диагностирован у 68,7%, двусторонний — у 31,3%. Почти половина больных (41,1%) страдала сопутствующими заболеваниями, из них 4,8% — алкоголизмом и столько же — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

71 больной находился на лечении в стационаре менее одного месяца, 58 — до двух месяцев, 67 — до трех месяцев и 69 — более трех месяцев, хотя всем больным планировалось длительное лечение, с соблюдением этапности. Невозможность соблюдения принципа длительной терапии была связана с рядом причин, среди которых большое место занимают нарушения режима. На внебольничном этапе бытовые условия не играли существенной роли для полноценного лечения, основное значение имела социальная дисциплинированность.

Наши исследования позволяют отметить, что длительная изоляция больных очаговым туберкулезом от семьи и производственного коллектива, их бездеятельность не оправданны. Это, будучи не основным фактором выздоровления, становится причиной проявления иждивенческих настроений, тунейства и алкоголизма среди определенной категории больных. Отсюда следует, что затраты здравоохранения и убытки производства необоснованны при длительном стационарном лечении больных очаговым туберкулезом. Стационарное лечение больных очаговым туберкулезом легких необходимо только при наличии микобактерий туберкулеза и симптомов интоксикации.

УДК 616.438—007.61—071.1:614.47

Доц. К. Е. Красноперова (Казань). Анамнез прививок у детей с гиперплазией вилочковой железы

У детей с гиперплазией тимуса резко повышена чувствительность к действию разнообразных внешних раздражителей и к изменению гомеостаза. Им свойственна склонность к развитию дисфункций различных систем, в частности органов дыхания, что проявляется частыми простудными заболеваниями с затяжным течением и формированием аллергического компонента.

С целью изучения реакции организма детей с тимомегалией на введение разного рода вакцин при профилактических прививках проанализированы анамнестические данные о прививках у 80 детей раннего возраста — от 0 до 3 лет — по материалам истории развития, а также с использованием метода интервью среди матерей. У всех детей был отягощенный фон развития (патология пренатального и интранатального периодов), что обусловило формирование состояния вегетодистонии, констатированного уже при рождении ребенка. Для контроля обследовано 14 детей с благополучным течением пренатального периода (1-я группа). У части детей (3,7%) с неблагоприятным интранатальным периодом были противопоказания к прививкам с периода новорожденности.

При выявлении синдрома тимомегалии (2-я группа) детям временно отсрочивали проведение прививок. В результате специфических проб (р. Манту) у 14% этих детей развилась клиника поствакцинальной аллергии или выража (в контрольной группе — у 3,9%). Довольно часто у детей 2-й группы наблюдалось развитие острой респираторной вирусной инфекции, а в ряде случаев — и бактериальной инфекции на сроках 2—3 нед после любой прививки. После проведения БЦЖ в условиях роддома среди детей контрольной группы склонность к простудным заболеваниям составила 28,4%; в группе детей с гиперплазией тимуса она повышалась до 31,2%. Кроме того, у детей с измененной реактивностью развивались такие характерные для периода новорожденности варианты гнойной инфекции, как острый гематогенный остеомиелит верхней челюсти, гнойный мастит (14%). Единичными были кожные проявления экссудативного диатеза. В последующем у большинства детей (97,5%) на месте внутрикожного введения БЦЖ образовывался рубчик. При введении полиомиелитной вакцины довольно высокой была заболеваемость (по типу ОРВИ) и в контрольной группе. В единичных случаях наблюдался судорожный синдром (в анамнезе — неонаталь-