

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, выделения 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, тунеядства 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 наклонность 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 историй 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, констатируемого 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 наклонность 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-

ная травма ЦНС), кишечная инфекция неясной этиологии. При введении вакцины АКДС в группах в основном превалировала клиника простудных заболеваний со склонностью к рецидивирующему течению у детей с тимомегалией. Кроме того, у детей с большой вилочковой железой возникали различные аллергические реакции типа папулезной сыпи или тяжелой патологии по варианту злокачественного миокардита Абрамова—Фидлера—Стеффена.

После противокоревой прививки заболеваемость развивалась реже, вместе с тем во 2-й группе она была заметно выше, чем в 1-й. Повышалась заболеваемость после вакцинации против оспы, особенно у детей 2-й группы (ОРВИ, отит, конъюнктивит, в единичных случаях гнойный отит, панариций).

Весьма важным обстоятельством в оценке реакции макроорганизма на прививку является учет динамики массы тела. У большинства детей сравниваемых групп отмечена положительная динамика. Однако во 2-й группе выделялись, как исключение, единичные случаи дефицита массы тела после прививки и закрепление в последующем гипотрофии. Подобная реакция у одного ребенка наблюдалась при вакцинации против полиомиелита, у другого — при введении вакцины АКДС. По-видимому, эту своеобразную ситуацию нужно расценить как состояние пролонгированной стрессорной реакции организма детей из группы повышенного риска.

Следовательно, у детей раннего возраста при проведении профилактических прививок отмечается склонность к простудным заболеваниям, что отражает своеобразие развивающегося, незрелого организма с присущей ему дисфункцией растущих органов и систем. Однако у детей с тимомегалией частота осложнений была большей (в 1-й гр. — 23,9%, во 2-й — 47,05%). Проявлялись и другие варианты дисфункций (острый гематогенный остеомиелит верхней челюсти, гнойный мастит). Если учесть, что организму детей с гиперплазией тимуса свойственно состояние вегетодистонии, то становится ясной большая возможность реализации дисфункций систем и развития на этом фоне разнообразных аллергических реакций. В то же время данные анамнеза прививок в группе детей с тимомегалией ни в одном случае не выявили необычных характеристик, свойственных первичному (врожденному) иммунодефициту.

Приведенный материал свидетельствует о настоятельной необходимости своевременной санации организма детей с синдромом тимомегалии при отягощенном анамнезе развития и комплексного подхода к подготовке и проведению вакцинации.

УДК 616.36—002.14—08

Т. В. Жернакова, А. Н. Ныrkова (Ленинград). Компламин как патогенетическое средство в терапии больных вирусным гепатитом

Мы включили в комплексную терапию больных сывороточным гепатитом югославский лекарственный препарат компламин, который представляет собой соль никотиновой кислоты и ксантинового основания.

По нашим наблюдениям находилось 148 больных сывороточным гепатитом (142 чел. женского и 6 мужского пола в возрасте от 15 до 69 лет, в основном от 20 до 40 лет). У 28 из них гепатит протекал в тяжелой форме, у 102 — в среднетяжелой и у 18 — в легкой. Австралийский антиген был обнаружен у 40 человек. Часть больных получала компламин (1-я группа), другая часть — лишь общепринятую терапию (2-я группа). По тяжести течения болезни больные обеих групп распределялись равномерно.

Все больные с тяжелым течением гепатита получали глюкокортикоиды. Обследование больных проводили в период разгара желтухи, спада желтухи и в период реконвалесценции. Компламин назначали по схеме парентерально и перорально. С первых дней поступления в стационар больные получали компламин внутривенно капельно или внутримышечно медленно в дозе от 300 до 600 мг в течение 10 дней. С 5-го дня лечения парентеральное введение компламина дополнялось приемом таблеток (150 мг на прием после еды 3 раза в день). С 11-го дня лечения препарат назначали только в таблетках — по две 3 раза в день, суточная доза 900 мг, в течение 10—16 дней, а затем дозировка компламина постепенно уменьшалась до 300 мг в сутки. Эту дозу больные получали до выписки из стационара. Прием и введение компламина могут сопровождаться побочными явлениями в виде нерезко выраженного кожного зуда, красноты и ощущения жжения, которые исчезают через 10—15 мин после появления. У наблюдавшихся нами больных выраженных побочных реакций не было. При включении компламина в комплексную терапию больных гепатитом улучшалось их общее состояние: нормализовался сон, появлялся аппетит. Продолжительность интоксикации у больных, получавших компламин, при тяжелой форме гепатита была $13,6 \pm 1,3$ дня, а в контрольной группе — $25,7 \pm 2,1$ дня ($P < 0,001$), при среднетяжелом течении болезни — соответственно $8,6 \pm 0,7$ и $13,9 \pm 0,5$ дня ($P < 0,001$).

В результате лечения компламином существенно укорачивался желтушный период. При тяжелом течении болезни в 1-й группе больных длительность желтухи была $47,6 \pm 4,0$ дня, а в контрольной группе — $57,9 \pm 1,4$ дня ($P < 0,05$), при среднетяжелой форме болезни — соответственно $25,4 \pm 1,4$ и $37,1 \pm 2,7$ дня ($P < 0,001$), при легкой — $16,4 \pm 1,0$ и $21,1 \pm 2,3$ дня ($P < 0,05$).