

В момент обращения все дети жаловались на кашель с мокротой; у всех наблюдались плохая упитанность, бледность, частые простуды и воспаления легких, начиная с самого раннего возраста. Данные физикального исследования иногда были очень скудными, особенно вне периодов обострения: немного сухих хрипов в левом легком сзади внизу, иногда нежный шум трения; в одном случае мы наблюдали характерные пальцы в виде барабанных палочек.

Решающее значение имело рентгеновское исследование, которое, однако, тоже не всегда сразу приводило к правильному заключению, так как тень хронической пневмонии скрывалась за тенью сердца и выявлялась только при просвечивании или на снимках, произведенных жесткими лучами, или профильных снимках.

Кроме ретрокардиальной тени, выявляются иногда смещение средостения влево и эмфизема непораженных отделов левого легкого, что свидетельствует о поражении (ателектазе) целой доли левого легкого; о том же говорит и резкая линейная граница пораженного участка, не соответствующего границам сегментов. Контрастное исследование выявляет различной формы бронхоэктазы (мешчатые, цилиндрические, смешанные). Расширение бронхов можно на жестких снимках видеть и без введения контраста.

В патогенезе ретрокардиальной хронической пневмонии, по-видимому, играет роль ателектаз нижней доли, или большого участка ее, или особой добавочной доли (паракардиальной). Такому ателектазу благоприятствует то, что у детей главный бронх левого легкого уже, чем правого. Благоприятствует этому и положение нижней доли левого легкого.

Лечение хронической ретрокардиальной пневмонии в периоды обострения обычно симптоматическое с применением антибиотиков. В периодах между вспышками следует настаивать на радикальной операции, так как длительность бронхоэктазов грозит развитием у ребенка амилоидоза. Перед операцией необходимо произвести бронхографию и правого легкого, в котором также может оказаться бронхоэктаз, как это и было у одной из больных.

Приводим краткую выдержку из истории б-ной, которая была под нашим наблюдением 10 лет и была излечена только операцией.

М-ва, 5 лет, направлена по поводу частых простуд с кашлем с диагнозом «туберкулезный бронхаденит». По словам матери, с детства часто страдает пневмонией. Упитанность понижена. Кожа и слизистые бледные, на шее прощупываются мелкие плотные железки. В обоих легких сухие, рассеянные, свистящие хрипы. Мокрота слизисто-гнойная, при многократных исследованиях ВК — РОЭ — 10 мм/час. Реакции Пирке и Манту отрицательные. При рентгеноскопии и рентгенографии жесткими лучами обнаружена ретрокардиальная тень с четкой наружной границей; на всем протяжении тени в вертикальном направлении более светлые тени расширенных бронхов, в верхнем отделе легкое эмфизематозно, средостение смещено влево. В дальнейшем клиническая картина не менялась, хотя девочка жила в хороших условиях. В 1954 г. в клинике проф. Куприянова подверглась лобэктомии нижней доли, которая оказалась цирротически уплотненной с множественными бронхоэктазами. После операции быстро поправилась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кевеш Е. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1952, 2. — 2. Кропачев А. М. Хроническая пневмония у детей. Медгиз, 1956.

Поступила 30 декабря 1958 г.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПОСТВАКЦИННОГО ПРИСТУПА ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

М. Д. Гликиштейн

Из Объединенной железнодорожной больницы ст. Вавилово (нач. — В. Д. Арефьева)
Уфимской железной дороги

Вакциноterapia является наиболее действенным методом терапии бруцеллеза. Чаще всего применяют стандартную поливалентную вакцину. Вопрос об использовании аутовакцин еще не достаточно разработан.

Вакцину вводят различными способами: подкожно, межмышечно, внутривенно, внутрикочно, комбинированно.

Дозировка вакцины зависит от состояния больного, его индивидуальных особенностей, реакции на предыдущее вливание, степени выраженности реакции, способа введения. Поэтому, естественно, дозировка может значительно варьировать.

Согласно работам ряда отечественных исследователей, а также зарубежных авторов, вакцинирование при бруцеллезе основывается на принципе воспроизведения целобной аллергической реакции в сенсibilизированном организме. Эта реакция выра-

жается в возникновении так называемого поствакцинного приступа, проявляющегося высокой температурой, ознобом, головной болью, усилением ломоты в суставах, рвотой и (в редких случаях) потерей сознания. Таково описание «классического» поствакцинного приступа.

Изыскивая наиболее эффективный способ введения вакцины и сравнивая силу поствакцинных приступов (которые являются критерием при выборе способа и дозировки), мы остановились на внутривенном как наиболее эффективным и действенным. Применяя методику Гульельмо у группы больных острым и первично-хроническим бруцеллезом, мы пришли к выводу, что руководствоваться ею как шаблоном нельзя.

Доза в 5 мл, введенная для определения сенсibilизации организма и не давшая желаемого эффекта, спустя 2—3 дня увеличивалась в 2—3 раза. Промежуток между инъекциями сокращался. Если вторая инъекция дала хороший поствакцинный приступ, то следующая доза увеличивалась нами незначительно (до 5 мл) или вовсе не изменялась. Аналогично проводились и последующие инъекции. В отдельных случаях приходилось прекращать вливания вакцины из-за слишком бурных поствакцинных реакций с судорогами и потерей сознания.

В течение поствакцинного приступа нами подмечены некоторые особенности.

У ряда больных в момент вливания вакцины появляются чувство дурноты, головокружение. Больные чувствуют слабость и испытывают потребность сейчас же лечь в постель. Приступ начинается исподволь, с потягивания, ломоты в суставах, сонливости. Спустя 3—4 часа после инъекции температура повышается до 38,5° (реже 39—40°), появляется проливной пот, и на высоте приступа больной засыпает.

Некоторые больные после инъекции вакцины никаких неприятных ощущений не испытывают. Они подчас скептически относятся к замечаниям персонала о возможной реакции. Приступ застает их на ногах, принуждая лечь. Эти больные обычно тяжело переносят приступ, который протекает у них с судорогами, рвотой, мучительной головной болью. На утро остаются значительная слабость, разбитость. Такая бурная реакция порой заставляет больных отказываться от вливаний, а врачей — уменьшать дозировку.

Согласно нашим наблюдениям, эффективность вакцинотерапии пропорциональна силе поствакцинных приступов.

Как правило, в острых случаях бруцеллеза с поражением опорно-двигательного аппарата, протекавших с высокой температурой, после первых двух-трех инъекций температура снижалась до субфебрильных цифр или же нормализовалась, и больные в состоянии были садиться на постели и впоследствии передвигаться с помощью костылей.

Довольно редко нами наблюдалась «извращенная» форма поствакцинной реакции. При этом приступ начинался в конце первых или в начале вторых суток и протекал довольно вяло. Температура в таких случаях не превышала 38°.

Однажды мы имели возможность наблюдать условнорефлекторный приступ у больной первично-хронической формой бруцеллеза. В день, когда обычно проводилось вливание, она была предупреждена, что на этот раз ей будет введена двойная доза вакцины. Таким образом, ее психика была подготовлена. Спустя час после вливания 3 мл физиологического раствора, появились проливной пот, озноб, температура 39,5°. При опросе выяснилось, что испытываемые в данный момент ощущения аналогичны предыдущим, то есть поствакцинным.

Особый интерес представляют наблюдения за поствакцинной реакцией у ряда больных первично-хронической формой бруцеллеза, которые поступали для противорецидивного лечения. Как обычно, мы применяли: синтомицин (левомицетин) + вакцинотерапию. Применения внутривенный метод введения вакцины, мы смогли убедиться, что в ряде случаев после первых вливаний поствакцинные приступы стали слабеть, протекали менее интенсивно, температура не повышалась выше 38°, и субъективные ощущения стали резко отличаться от наблюдавшихся при первом курсе вакцинотерапии. Попытки продолжать вливание вакцины не приводили к желаемым результатам — температура оставалась субфебрильной и колебаний не давала. Та же вакцина, введенная больным острой формой бруцеллеза, вызывала хорошие поствакцинные приступы. Примененный нами в этих случаях метод двухэтапной вакцинации (по Г. П. Рудневу) приступов не вызвал.

Мы заинтересовались этим явлением, но в доступной нам литературе не нашли на него ответа.

По-видимому, объяснение нужно искать в изменении реактивности макроорганизма под влиянием хронической инфекции. Это явление, названное нами «феноменом угасания», мы наблюдали у больных с запущенными формами заболевания, с необратимыми местными изменениями — в основном со стороны опорно-двигательного аппарата.

Описанный нами феномен отличается от так называемого вакцино-негативизма, под которым понимается полное отсутствие какой-либо реакции у больных бруцеллезом, после введения им вакцины, то есть состояние анергии.

Наши наблюдения подтверждают правильность выводов большинства авторов о результативности двухэтапной вакцинации, но, к сожалению, ни один из существующих методов не дал желаемого эффекта у больных с «феноменом угасания».

Поступила 28 октября 1957 г.