

вой зонд на протяжении всего периода разгара болезни.

Таким образом, несмотря на плановую иммунизацию против столбняка детей вакциной АКДС с последующей ревакцинацией населения, заболеваемость столбняком хотя и редко, но продолжает иметь место. Поэтому в случае угрозы развития столбняка при различного рода травмах необходима экстренная профилактика с учетом срока проведения последней прививки.

УДК 616.895.87—06:616.895.4—085

**Б. М. Омороков, А. Л. Гамбург, А. Г. Аронович, Ю. Н. Котелькевич (Саратов).** Лечение больных параноидной шизофренией с депрессивными состояниями

При лечении больных шизофренией со сложными депрессивно-параноидными состояниями широкое распространение нашли различные сочетания нейролептиков с антидепрессантами, однако тактика их применения разработана еще недостаточно.

Мы сопоставляли регресс психопатологической симптоматики и результаты терапии у трех клинически однородных групп больных шизофренией при различном порядке назначения компонентов тимонейролепсии.

Под наблюдением находилось 330 больных параноидной шизофренией с депрессивными состояниями (женщин — 176, мужчин — 154 в возрасте от 18 до 50 лет). У 206 человек болезнь длилась 5 лет, у 124 — более 5 лет. У 176 больных отмечалось непрерывное, у 154 — приступообразно-прогредиентное течение заболевания.

Для проведения тимонейролепсии использовались такие нейролептики, как трифтазин, тизерцин, галоперидол или лепонекс, и антидепрессанты — амитриптилин или мелипрамин.

Больным 1-й группы (75 чел.) сначала назначали нейролептик, а затем к лечению присоединяли антидепрессант; во 2-й группе (95) нейролептик и антидепрессант давали одновременно; 160 больных 3-й группы вначале принимали антидепрессант, а затем нейролептик.

Начальное лечение одним нейролептиком приводило к относительно небольшому числу удовлетворительных и хороших терапевтических ремиссий.

При одновременном назначении нейролептика с антидепрессантом параноидные и депрессивные симптомы редуцировались почти параллельно, притом в несколько большем объеме и в более короткие сроки, чем при первой схеме лечения. Наиболее ригидными являлись параноидный бред, психические автоматизмы, тусклая, монотонная или апатическая депрессия.

Назначение в начале курса антидепрессанта у больных с ведущим депрессивно-параноидным синдромом большей частью довольно быстро приближало к норме аффективность, что иногда сопровождалось дезактуализацией несистематизированного бреда, который после подключения нейролептика обычно проходил полностью.

У больных с преобладанием параноидных явлений при лечении антидепрессантами в зависимости от их спектра действия уменьшалась интенсивность депрессии и других аффективных расстройств — тревоги, напряженности, страха или апатии. Бредовые переживания при лечении амитриптилином иногда несколько дезактуализировались, а от мелипрамина в некоторых случаях даже обострялись. Добавление нейролептика большей частью приводило к окончательной ре-

дукции продуктивных и оставшихся аффективных психопатологических симптомов. Такой порядок применения компонентов тимонейролепсии оказался наиболее действенным.

Таким образом, вариант тимонейролепсии с предварительным назначением антидепрессанта является оптимальным, так как быстрее и полнее купирует различную психопатологическую симптоматику, чем с одновременным (параллельным с нейролептиками), особенно с отставленным их применением. Данное обстоятельство следует учитывать при проведении комплексной психофармакотерапии больных параноидной шизофренией с депрессивными состояниями.

УДК 612.782.5—002.3+616.22—002.1]—06:616.22—007.21—08:616.231—089.85

**В. М. Бобров, О. П. Кашникова (Ижевск).** Абсцессы надгортанника, язычной миндалины и острый подскладочный ларингит с развитием острого стеноза гортани

Одновременное сочетание абсцессов надгортанника, язычной миндалины и острый подскладочный ларингит с развитием острого стеноза гортани у больных пожилого возраста на фоне респираторно-вирусного заболевания встречается исключительно редко. Приводим собственное наблюдение, представляющее несомненный интерес для врачей-оториноларингологов.

Т., 54 лет, доставлена бригадой скорой помощи в ЛОР-отделение 08.10.86 г. с диагнозом: острый ларинготрахеит, стеноз гортани, грипп. При поступлении больная жаловалась на затрудненное дыхание, резкие боли в глотке, невозможность проглотить слюну, высокую температуру до 39°, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что с утра была высокая температура. Затрудненность глотания и дыхания появилась около 21 ч, когда пришла с работы. После наложения полуспиртового компресса на шею дышать стало еще хуже.

При поступлении в ЛОР-отделение общее состояние больной средней тяжести. Температура тела — 39°. Частота пульса — 118 уд. в 1 мин, АД — 22,6/13,3 кПа. Поверхностное дыхание, инспираторная одышка, втяжение над- и подключичных ямок, акроцианоз, посинение ногтевых валиков.

При осмотре ЛОР-органов слизистая оболочка полости носа цианотична, без патологических изменений. Болезненность при высовывании языка и давлении на него шпателем. При ларингоскопии: на корне языка имеется инфильтрация, слизистая оболочка гортани ярко гиперемирована, выраженный отек надгортанника, вестибулярных и черпаловидных складок. Голосовая щель не видна, при вдохе отчетная слизистая оболочка в виде воронки втягивается в предполагаемый просвет гортани. В приемном покое внутривенно введены 20 мл 40% раствора глюкозы, 30 мг преднизолона и 2 мл пипольфена. Дыхание не улучшилось, явления стеноза нарастают. Больная срочно переведена в операционную. В 23 ч под внутривенным общим обезболиванием выполнена трахеотомия. Разрез произведен через все слои, так как большую заинтубировать не удалось.

09.10.86 г. дыхание через трахеостому свободное. Больную беспокоят общая слабость, вялость, температура до 39°. Зеркальная ларингоскопия показала гиперемию слизистой оболочки, выраженный отек язычной миндалины и надгортанника; последние покрыты фибринозным налетом; вход в гортань не определяется. Язычная минда-

лина и надгортанник в виде бугров, на их левой половине в месте наибольшего выбухания (выпячивания) — белесоватые просветления. Скрытым ножом Тобольта вскрыты абсцессы надгортанника и язычной миндалины — выделилось обильное количество зловонного гнойного содержимого. Корданом произведено разведение разрезов. Взят флора на чувствительность к антибиотикам. Из гноя высаян стафилококк сапрофит, чувствительный к пенициллину и карбенциллину.

Анализ крови: Нб — 2 ммоль/л, эр.— 3,6 · 10<sup>12</sup>/л, цв. показатель — 1,0; тромбоц.— 288 · 10<sup>9</sup>/л; л.— 24 · 10<sup>9</sup>/л, п.— 7%, с.— 71%, лимф.— 20%, мон.— 2%, свертываемость крови — 3 мин; СОЭ — 14 мм/ч. Анализ мочи: отн. пл.— 1,026, белок — отрицательный.

Назначено лечение: пенициллин по 1 млн. ЕД через 4 ч внутримышечно и по 3 млн. ЕД внутривенно капельно на физиологическом растворе 2 раза в день; стрептомицин по 500 тыс. ЕД 2 раза в день внутримышечно, гемодез (400 мл) внутривенно, 10% хлористый кальций (10 мл) внутривенно, 40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно, 1% раствор димедрола (1 мл) внутримышечно, 2,0 мл камфоры подожжено. 11.10.86 г. из абсцессов корня языка и надгортанника выделяется гной. Отечность слизистой оболочки гортани уменьшилась, видны голосовые складки; в подскладочном пространстве — валикообразное утолщение слизистой оболочки, выступающее за края голосовых складок, суживающих просвет гортани до 2 мм. Голос сильный.

24.10.86 г. произведена ревизия трахеостомы и трахеи, удалены грануляции, поврежденные кольца передней стенки трахеи. Данное хирургическое пособие выполнено под местной поверхностной анестезией 5% раствором тримекаина. На следующий день температура нормализовалась; 29.10.86 г. — деканюляция. Трахеостома закрыта путем вторичного натяжения. 14.11.86 г. больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. Голос чистый.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с редкостью сочетания абсцессов надгортанника, язычной миндалины и острого подскладочного ларингита с развитием острого стеноза гортани у больной пожилого возраста. При снижении защитных сил организма на фоне респираторно-вирусной инфекции произошло острое, быстрое и бурное развитие заболевания (в общей сложности за 2 ч от момента появления первых признаков удушья до оказания помощи), потребовавшее срочной трахеотомии.

УДК 616:5—002.3—056.3—08:615.371:576.8.097

Г. Г. Нуреев, В. Ю. Дядькин, Е. В. Агафонова (Казань). Иммуноterapia бактериальными аллергенами больных хроническими пиодермитами

Целью настоящей работы было изучение аллерго-иммунологического статуса больных хроническими пиодермитами и влияния на него специфической иммунотерапии бактериальными аллергенами.

Аллергологическое обследование больных проводили путем постановки кожных проб с аллергенами золотистого стафилококка, пиогенного стрептококка и кишечной палочки. Для постановки тестов использовали новые бактериальные аллергены, разработанные Казанским НИИ эпидемиологии и микробиологии, очищенные от иммунологически инертного балласта методом колоночной геля-

фльтрации на сефадексе G-50. Эти аллергены содержат в одной диагностической дозе значительно меньше белка, чем коммерческие, приготовлены по методу Андо-Вержиковского и обладают высокой стандартностью приготовленных серий. Для подтверждения бактериальной сенсibilизации определяли параллельно с кожными тестами показатель повреждения нейтрофилов (тест ППН по Фрадкину) с бактериальными аллергенами. Имунный статус оценивали по показателям гуморального (уровень иммуноглобулинов по Манчини) и клеточного (РБТЛ с ФГА) иммунитета, а также системы нейтрофильного фагоцитоза (тест восстановления нитросинего тетразолия — НСТ-тест). В качестве контроля изучен иммунологический статус 20 здоровых добровольцев.

Под наблюдением находились 108 больных с различными формами хронических стафилодермий (фурункулезом, гидраденитами, вульгарным сикозом и тяжелыми формами угревой болезни). Длительность заболевания составляла от 2 до 10 лет. Обострения наблюдались от 3 до 8 раз в год и были связаны чаще всего с простудными факторами. Проводимое ранее лечение (антибиотики, поливитамины и др.) давало лишь временный эффект.

Бактериальная сенсibilизация была выявлена у 56 больных (у 16 — был фурункулез, у 3 — гидраденит, у 2 — сикоз, у 35 — абсцедирующие и конглобатные угри), причем у большинства на аллерген золотистого стафилококка. У части пациентов отмечалась поливалентная сенсibilизация. При бактериологическом исследовании материала из гнойников чаще всего выделялись белый и золотистый стафилококки.

#### Динамика аллергологических показателей в процессе специфической иммунотерапии

Аллергены	До лечения			После лечения		
	+	++	+++	+	++	+++
Золотистый стафилококк	12	19	7	18	1	—
Гемолитический стрептококк	13	5	1	15	2	—
Кишечная палочка	4	6	5	15	4	1

При иммунологическом обследовании 22 больных этой группы выявлены нарушения в системе клеточного иммунитета и фагоцитоза.

Полный курс специфической гипосенсибилизирующей терапии бактериальными аллергенами получили 56 больных. Для лечения использовали коммерческие бактериальные аллергены. При наличии бактериальной полисенсibilизации лечение проводили только одним препаратом, на который наиболее выражена кожная реакция гиперчувствительности замедленного типа.

В результате лечения выздоровление наступило у 14 больных, значительное улучшение — у 26, улучшение — у 10. У 6 больных эффекта не было.

Клиническая эффективность лечения сопровождалась отчетливо выраженным снижением показателей сенсibilизации организма не только к специфическому (лечебному), но и к неспецифическим бактериальным аллергенам (см. табл.).

Таким образом, характер иммунологических изменений в процессе специфической терапии очищенными бактериальными аллергенами свидетельствовал о положительном влиянии препаратов на имунный статус больного: повышался уровень функциональной активности клеточного иммунитета и системы фагоцитоза. Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови существенно не изменялось.