

Киевский институт усовершенствования врачей  
Луганский медицинский институт  
Республиканское научно-медицинское общество  
иммунологов и аллергологов  
Отдел экологии и природопользования  
Луганской областной государственной администрации

# **МАТЕРИАЛЫ**

**НАУЧНОЙ СЕССИИ**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ  
ИММУНОЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ»**

**Киев — Луганск, 1992**

было провести четкую грань между вариантами митис и гравис. 51 больной был направлен в стационар с бактериологически подтвержденным диагнозом, но повторно возбудитель выделен только у 12 (23,5%). Как выяснилось, большинство этих больных до поступления в стационар получало антибактериальную терапию.

Таким образом, при постановке диагноза «дифтерия» необходимо прежде всего ориентироваться на клинико-эпидемиологические данные, особенно в условиях современной неблагоприятной обстановки.

## ПОКАЗАТЕЛИ РПГА У БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЕЙ

И. В. Шестакова, Н. М. Козалева, Н. Ч. Корчинский

Киев

Обследовано в РПГА с дифтерийным антитоксическим диагностикумом 160 сывороток крови больных дифтерией, находившихся на лечении в клинике инфекционных болезней Украинского медицинского университета во время вспышки заболевания в 1991 г. Из них мужчин 69 (43,1%), женщин 91 (56,9%). По возрасту: от 15 до 29 лет — 77 (48,1%), 30—39 лет — 29 (18,1%), 40—49 лет — 30 (18,8%), 50—59 лет — 19 (11,9%), 60 лет и старше — 5 (3,1%). Диагноз дифтерии у 69 (43,1%) больных установлен на основании типичной клинической картины заболевания, данных эпиданамнеза, у 91 (56,9%) подтвержден бактериологически. Преобладала локализованная форма дифтерии ротоглотки — 80 (50%), у 28 (17,5%) распространенная, у 32 (20%) токсические и субтоксическая, у 1 (0,6%) гипертоксическая, у 17 (10,6%) комбинированная формы дифтерии ротоглотки, у 2 (1,3%) изолированная дифтерия гортани. Исследование уровня антитоксического иммунитета всем больным производилось до начала лечения противодифтерийной сывороткой.

Получены следующие результаты у больных, обследованных на 1—5 сутки болезни: при локализованных формах у 12 больных титр от 0 до 1:20, у 11—1:40—1:80, у 9—1:160, у 1—1:320. При распространенной форме у 10—0—1:20, у 8—1:40—1:80, у 4—1:160. При комбинированной у 6—0—1:20, у 1—1:80. При токсических и субтоксической у 15—0—1:20, у 3—1:40—1:80, у 2—1:160, у 1—1:640. У 1 больного дифтерией гортани 1:40. У больного гипертоксической формой 1:10.

Показатели РПГА у больных, обследованных на 6—10 сутки болезни, были следующие: при локализованных формах у 8 больных 0—1:20, у 14—1:40—1:80, у 15—1:160—1:320, при распространенной у 1—0, у 1—1:40, у 2 1:160, у 2—1:320, при токсических и субтоксической у 3—0—1:10, у 4—1:40, при комбинированной у 2—0—1:20, у 3 1:40—1:80, у 2—1:160, при дифтерии гортани у 1 больного 1:40.

На II сутки болезни и позже обследовано 10 больных с локализованной формой из них у 3—0—1:20, у 4—1:40—1:80, у 2—1:160, у 1—1:320. Из 4 больных токсическими и субтоксической формами у 2—0, у 2—1:160. У 2 больных комбинированной дифтерией титр антител 1:160.

Таким образом, дифтерия, в том числе и токсические ее формы, может развиваться на фоне высоких показателей уровня анитоксического иммунитета, что позволяет предполагать участие в патогенезе заболевания кроме токсина других факторов патогенности возбудителя и заставляет пересмотреть значение протективного титра антител.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТАРИВИДА В ТЕРАПИИ ХОЛЕЦИСТИТОВ, СОПУТСТВУЮЩИХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТАМ**

**А. В. Шкурба**

**Киев**

У больных вирусными гепатитами нередко возникают реактивные холециститы или обостряются хронические. Лечение этих процессов довольно сложная проблема, так как наличие гепатита препятствует назначению ряда химиопрепаратов, небезразличных для печеночных клеток. Подбор химиопрепарата с помощью антибиотикограммы желчи при вирусных гепатитах, осложнившихся холециститами, невозможен из-за противопоказаний к дуоденальному зондированию, способному вызвать в этой ситуации холестаза. По той же причине не используются в терапии в разгар желтухи желчегонные средства.

Одним на препаратов, практически не влияющим на паренхиму печени, с достаточно широким спектром антимикробного действия, является таривид — антибиотик из группы оксипи-нолкарбоновой кислоты.

Таривид был применен у 21 больного в желтушном периоде вирусных гепатитов «А» и «В» осложнившихся холециститами, в суточной дозе 400 мг. разделенной на 2 приема. Примененные до этого другие антибактериальные средства (ампициллин, нитроксолин) эффекта не дали. Курс лечения таривидом составлял