

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ

А. И. Шварева

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Х. Хамидуллина,
научный руководитель — проф. **Е. Н. Коровая**)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова

В настоящее время реакции фагоцитоза как методу, позволяющему оценивать реактивные свойства организма, придают большое значение (А. Д. Адо, Т. Г. Николаев). Из многих способов исследования активности реакции ретикулэндотелиальной системы наиболее доступным и прямым является определение фагоцитарных свойств лейкоцитов крови.

Реакция фагоцитоза осуществляется под воздействием центральной нервной системы. Ее влияние на фагоциты крови распространяется через посредство медиаторов вегетативного отдела (С. Н. Метальников, Н. В. Пучков).

Фагоцитарный индекс — более чуткий показатель реактивности организма при ревматизме, чем внутрикожная проба со стрептококковым антигеном и моноцитограмма (Е. Н. Крылова, З. И. Малкин, Р. Ш. Дашевская и др.).

Мы определяли фагоцитарное число у 56 детей, больных ревматизмом (всего 162 исследования), и в порядке контроля у 25 здоровых. Исследования проводили утром натощак по методу Н. В. Пучкова и С. М. Титовой, модифицированному Р. Ш. Дашевской.

Для определения фагоцитарного числа подсчитывается количество карминовых зернышек, поглощенных 100 сегментированными лейкоцитами. Отношение числа фагоцитарных карминовых зернышек к 100 сегментированным лейкоцитам выражается десятичной дробью, так как знаменатель в данном случае число постоянное (100), а выражение десятичной дробью наиболее просто и удобно для регистрации.

В возрасте от 3 до 7 лет было 11 детей.

Фагоцитарное число у здоровых составляло 1,41, а у больных — 0,59, причем разница в 0,82 существенна, т. е. вызвана заблуждением, и надежность нашего утверждения равна 99%.

Фагоцитарное число непостоянно в течение ревматического процесса. Так, в начале лечения оно равнялось 0,87, в конце — 0,46, но разница в 0,41 случайна.

У больных сердечной формой ревматизма фагоцитарное число составляло 0,59, разность с показателями у здоровых в 0,82 существенна с надежностью утверждения 99%.

У больных хореей фагоцитарное число составляло 0,61, разность с показателями у здоровых в 0,8 существенна, надежность утверждения 99%.

В группе младшего школьного возраста (от 8 до 12 лет) было 30 детей.

Фагоцитарное число у здоровых детей составляло 0,66, а у больных — 0,45, причем эта разность существенна, вызвана заблуждением, надежность утверждения — 99%.

Фагоцитарное число непостоянно в течение ревматического процесса. Так, в начале лечения оно равнялось 0,54, а в конце лечения — 0,42, но разность в 0,12 случайна.

У больных сердечной формой ревматизма фагоцитарное число составляло 0,49, но разность с показателем у здоровых в 0,17 случайна.

У больных хореей фагоцитарное число составляло 0,42, причем разность с показателем у здоровых в 0,24 существенна, надежность утверждения — 99%.

В группе подростков (от 13 до 16 лет) было 13 детей.

Фагоцитарное число у здоровых равнялось 1,03, а у больных 0,40, причем разность в 0,63 существенна, надежность нашего утверждения — 99%.

Фагоцитарное число непостоянно в течение ревматического процесса. Так, в начале лечения оно равнялось 0,44, а в конце лечения — 0,35, но разность в 0,09 случайна.

У больных сердечной формой ревматизма фагоцитарное число составляло 0,42, разность с показателем у здоровых в 0,61 существенна, надежность утверждения — 99%.

У больных хореей фагоцитарное число было равным 0,31, разность с показателем у здоровых в 0,72 существенна, надежность утверждения 99%.

При сопоставлении показателей у больных сердечной формой и хореей разность во всех возрастных группах оказалась случайной.

Фагоцитарная активность при ревматизме изучалась немногими авторами. Как терапевты, так и педиатры указывают на то, что фагоцитарная активность при ревматизме снижается. При тяжелом течении ревматического процесса чаще всего наблюдается резкое ее снижение. Падение фагоцитоза свидетельствует об обострении процесса. В случаях, заканчивающихся смертью, фагоцитарный показатель выражает

полную ареактивность. Если ребенок выписывается в хорошем состоянии, но с пониженным фагоцитозом, то можно ожидать наступления новой атаки. Особенности фагоцитарной активности у детей, больных ревматизмом, в зависимости от возраста не изучались.

При ревматизме у детей всех возрастных групп фагоцитарное число было ниже, чем у здоровых, как при поступлении в клинику, так и при выписке.

Фагоцитарное число было снижено независимо от формы ревматизма. Наиболее низкое фагоцитарное число наблюдалось при тяжелом течении ревматического процесса.

Изучение фагоцитарной активности лейкоцитов является тонким иммунобиологическим тестом, характеризующим реактивность ребенка на разных этапах ревматического процесса и помогающим более правильно подойти к прогнозу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверкисян С. О. Педиатрия, 1956, 6. — 2. Бендерская С. М. Педиатрия, 1959, 7. — 3. Берман В. М. Тр. VII Всесоюз. съезда детских врачей, 1959. — 4. Воробьев Л. В. ЖМЭИ, 1960, 3. — 5. Ворожцова Н. Я. В кн.: *Вопр. педиатрии*, Свердловск, 1960. — 6. Гаврилов Г. А. Сб.: *Ревматизм у детей*, Медгиз, Л., 1959. — 7. Дашевская Р. Ш. Фагоцитарная активность лейкоцитов при ревматизме. Автореф. канд. дисс., Казань, 1958. — 8. Полушкина-Спаская З. А. Уч. зап. Горьковского мед. ин-та, 1958, в. V. — 9. Раппопорт Ж. Ж. Педиатрия, 1961, 2. — 10. Сергеева Е. В. Педиатрия, 1958, 12. — 11. Федорова Е. В. Педиатрия, 1960, 12.

УДК 616—002.77—615.361

КОМПЛЕКСНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЕРДЦА

А. Б. Болгарская

*Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова*

В последние годы большое внимание уделяется изучению функционального состояния надпочечников при сердечной недостаточности. Большинство авторов находит снижение функциональной способности коры надпочечников.

В то же время рядом авторов установлено, что сердечные глюкозиды могут оказывать действие только в присутствии гормонов коры надпочечников. Lindner, Stoklaska (1956), Krick (1960) смогли путем дачи кортикоидов восстановить ответную реакцию организма на дигиталис. Л. В. Иевлева и соавт. (1965), Fabre (1956) наблюдали отчетливый результат от применения мочегонных средств на фоне гормональной терапии, в то время как до назначения гормонов диуретики оказывались неэффективными или слабо эффективными. Р. Г. Межебовский и О. А. Гусева (1962), И. А. Касирский и Л. М. Петрова (1959), Riemer (1958) отмечают хорошее влияние стероидных гормонов у ряда больных с рефрактерной сердечной недостаточностью.

Однако в связи с тем, что стероидные гормоны в то же время обладают отрицательным катаболическим действием, для его нейтрализации некоторые авторы (Г. Л. Спивак, 1964; Bertola и сотр., 1962) рекомендуют применять глюкокортикоиды в комбинации с анаболическими стероидами, которым, помимо прямых анаболических, присущи и антикатаболические свойства.

Мы применяли для лечения больных декомпенсацией при ревматических поражениях сердца катаболические и анаболические гормоны.

В связи с тем, что при сердечной недостаточности, протекающей по правожелудочковому типу, в патологический процесс неминуемо вовлекается и печень, при контроле за эффектом лечения мы исследовали функциональное состояние печени с помощью определения активности холинэстеразы методом Хестрина и динамики белковых фракций сыворотки крови.

Под нашим наблюдением было 117 больных ревматическими поражениями сердца с декомпенсацией. Из них декомпенсация II А стадии на почве ревматического миокардита наблюдалась у 13 больных, декомпенсация вследствие ревматических пороков II А стадии была у 56, II Б стадии — у 23, III стадии — у 25 больных.

Активность ревматического процесса I степени была у 16, II степени — у 68, III степени — у 33 больных. Активность I степени наблюдалась в основном у боль-