

1. Сигал А. М. Ритмы сердечной деятельности и их нарушения. Медгиз, М., 1958. — 2. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. Медгиз, М., 1957. — 3. Ясиновский М. А. и Бойко Г. Ф. Изменения сердца при ревматизме (по электрокардиографическим данным). Госмедиздат УССР, Киев, 1956.

УДК 616.24—002—616.155.35

О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

А. В. Жиликова и В. И. Горемыкин

Кафедра факультетской педиатрии (зав. — доц. Л. Е. Лагутина)
Саратовского медицинского института

В последнее время в связи с многочисленными профилактическими прививками, широким применением различных лекарственных препаратов, особенно антибиотиков, отмечается нарастание числа сенсibilизированных детей (А. Д. Адо, Е. Х. Ганюшина, Ю. Ф. Домбровская и др.).

На фоне измененной реактивности респираторные заболевания нередко уже с самого начала имеют токсико-аллергический характер, протекают длительно с развитием астматического синдрома (Ю. Ф. Домбровская и др.). В других случаях сенсibilизация развивается на протяжении данного инфекционного процесса и обуславливает второй аллергический период в течении заболевания (А. А. Колтыпин, Е. Х. Ганюшина и др.). Клинические проявления аллергии у детей многообразны; помимо затяжных и рецидивирующих форм пневмоний, астматического синдрома, могут наблюдаться сыпи, лихорадки, диспепсии, катары верхних дыхательных путей (Ю. Ф. Домбровская, М. А. Дадашьян и др.).

Современные методы специфической диагностики аллергических состояний сложны и недоступны широкому кругу врачей.

Многие исследователи указывают на тесную связь между аллергией и эозинофилией. Однако определение процентного содержания эозинофилов в крови страдает большими неточностями.

Наиболее правильное представление о количестве эозинофилов в периферической крови может дать метод подсчета их в абсолютных величинах, предложенный Р. Дунгером еще в 1910 г. По данным В. Лавкович и И. Кржеминьской-Лавкович, эозинофилы периферической крови у здоровых детей грудного возраста не претерпевают значительных колебаний. В конце 2-й недели абсолютное количество их — около 275 клеток в 1 мм^3 крови, и на этом уровне они удерживаются длительное время. В. Е. Предтеченский нашел, что их содержание колеблется в пределах 75—300 клеток в 1 мм^3 крови.

Мы изучали количественные колебания эозинофилов в периферической крови у детей первых трех лет жизни, страдающих острыми пневмониями.

Предварительно мы определяли абсолютное количество эозинофилов по методу Дунгера у 50 здоровых детей в возрасте от 1,5 месяцев до 3 лет. Наиболее часто наблюдались колебания в пределах 40—400 клеток в 1 мм^3 крови, что мы и приняли за норму.

Динамика эозинофилов в периферической крови изучалась у 144 детей, страдающих мелкоочаговой пневмонией.

Из них только 30 (20%) ранее ничем не болели, у остальных в анамнезе были катары верхних дыхательных путей (у 40), пневмонии (у 41), корь (у 6), коклюш (у 2) и другие заболевания (у 25).

У 93 детей (63%) были сопутствующие заболевания: рахит I и II ст. (у 34), экссудативно-катаральный диатез (у 18), гипотрофия II ст. (у 2). У 39 было несколько сопутствующих заболеваний: рахит I и II ст. и экссудативно-катаральный диатез (у 25), рахит I—II ст., экссудативно-катаральный диатез и гипотрофия I ст. (у 2), рахит I—II ст. и гипотрофия I ст. (у 12).

Исследования крови проводились в динамике патологического процесса и в период клинического выздоровления.

В остром периоде заболевания эозинофилы отсутствовали у 8 больных, у остальных количество их колебалось от 1 до 4%. При одновременном подсчете эозинофилов по методу Дунгера анеозинифилия и резко выраженная эозинопения (число эозинофилов до 40 клеток в 1 мм^3 крови) найдены у 50 детей, а при вычислении истинного процентного содержания эозинофилов¹ число детей с содержанием эозинофилов от 1% увеличилось до 71.

¹ Для вычисления истинного процентного содержания эозинофилов подсчитанное число эозинофилов в 1 мм^3 крови относилось к числу лейкоцитов в 1 мм^3 и выражалось в процентах.

Сочетание эозинопении с лейкопенией считается признаком понижения иммунной сопротивляемости (И. А. Кассирский, Г. А. Алексеев). Мы выявили 26 таких детей. Помимо основного заболевания, у них был рахит I—II ст. и гипотрофия I—II ст.

Из 23 детей с затяжной рецидивирующей пневмонией с астматическим синдромом эозинофилия (от 401 до 2053 клеток) наблюдалась у 18. Из 14 детей с повторными катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей эозинофилия отмечалась у 4, из них у 2 была аллергическая сыпь. У тех детей, у которых пневмония протекала с дисфункцией желудочно-кишечного тракта (9), катаральным отитом (4), стоматитом (6), мы не нашли эозинофилии. При параллельном подсчете эозинофилов в мазках эозинофилия от 5 до 17% обнаружена лишь у 11 детей.

Сроки возникновения эозинофилии были различны. В первые 7 дней от начала заболевания эозинофилия развилась у 6 детей, на 14—30-й день — у 18. Наиболее часто она возникала у детей с экссудативно-катаральным диатезом.

Эозинофилия была нестойкой и под влиянием десенсибилизирующей терапии быстро угасала.

Таким образом, определение числа эозинофилов в периферической крови может быть использовано для выявления надвигающейся угрозы аллергических реакций и коррегирования терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. и Польшер А. А. Современная практическая аллергология. Медгиз, М., 1963.
2. Ганюшина Е. Х., Домбровская Ю. Ф. Аллергия и аллергические заболевания у детей. Медицина, М., 1964.
3. Домбровская Ю. Ф. Педиатрия, 1959, 1.
4. Дашамян М. А. Аллергия и аутоаллергия. Баку, 1963.
5. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. Медгиз, М., 1962.
6. Колтыпин А. А. Патогенетические основы клинической классификации острых инфекционных болезней у детей. Медгиз, М., 1948.
7. Лернер Л. П., Брусиловский Е. С. Аллергические эозинофильные заболевания. Киев, 1961.
8. Рудой Д. Г. Здоровоохр. Таджикистана, 1957, 2.
9. Лавкович В. и Кржеминьска-Лавкович И. Гематология детского возраста. Варшава, 1964.

УДК 616.248—615.361.814.3—615.361.45

ЭОЗИНОПЕНИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА АКТГ И АДРЕНАЛИН У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ю. Д. Беляев

Детская больница № 25 г. Горького (главрач — Е. М. Смольянинова)

Эозинопеническая реакция периферической крови в ответ на введение АКТГ (проба Торна) позволяет ориентировочно судить о функциональных возможностях коры надпочечников. Более достоверным этот эозинопенический тест становится при неоднократном применении средств, стимулирующих стероидогенез (Felber и соавт.).

Привлекает к себе внимание возможность последовательного использования эозинопенических реакций на АКТГ и адреналин с целью выявления функциональных возможностей коры надпочечников. При этом сочетании осуществляется неоднократная стимуляция стероидогенеза с различных уровней нейрсгуморальной регуляции: непосредственно с коры надпочечников и аденгогипофиза.

В задачу настоящей работы входило изучение функциональных возможностей коры надпочечников по данным эозинопенических проб на АКТГ и адреналин у детей с бронхиальной астмой в сравнении со здоровыми детьми. Обследование проводилось в течение 2 дней подряд: в 1-й день изучалась эозинопеническая реакция на введение 20 ед. АКТГ (проба Торна), на 2-й — реакция на адреналин (0,3 мл в разведении 1:1000). Обследование проводилось утром, натощак. Подсчет эозинофилов осуществлялся по методике Дунгера в счетной камере с сеткой Горяева до и через 3 часа после введения АКТГ и адреналина.

Под наблюдением находилось 140 здоровых детей и 211 больных бронхиальной астмой (возраст — от 1 до 14 лет). Давность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 лет. У 128 детей (60,6%) бронхиальная астма протекала на фоне хронической пневмонии и у 107 (51,1%) в анамнезе был экссудативный диатез.

У здоровых детей показатели эозинопенических реакций на АКТГ и адреналин колебались в пределах 50—100% при средних арифметических на АКТГ — 80,4% (140 исследований) и на адреналин — 84,6% (125 исследований).

В приступный период бронхиальной астмы показатели эозинопенических реакций колебались от 0 (вплоть до извращенной реакции) до 100% с четким сдвигом в сто-