

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 корреирования 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. Дашьян 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., Брусилловский Е. С. Аллергические эозинофильные заболевания. Киев, 1961. — 8. Рудой Д. Г. Здравоохр. 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 аденогипофиза.

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-

рону низких величин. Средние показатели на АКТГ — 42,3% (208 исследований) и на адреналин — 50,2% (118 исследований).

Отсюда видно, что в приступный период бронхиальной астмы функциональные возможности коры надпочечников снижены, но «силовое» соотношение ответных реакций на АКТГ и адреналин у детей с бронхиальной астмой аналогично соотношению реакций у здоровых детей — ответная реакция на адреналин выше, чем на АКТГ, что может указывать на наличие известных потенциальных ресурсов в коре надпочечников.

После ликвидации астматических явлений в легких при лечении без применения гормонов коры надпочечников произошло уравнение силы ответных эозинопенических реакций на АКТГ и адреналин. Реакции на АКТГ возросли до 47,4% (82 исследования), а на адреналин снизились до 46% (61 исследование).

После ликвидации астматических явлений в легких при лечении преднизолоном (курсы по 6—12 дней в убывающих дозах) показатели эозинспенических реакций, а также и их соотношение существенно не изменились. Эозинопенические реакции на АКТГ составили в среднем 40,2% (83 исследования), на адреналин — 51% (23 исследования).

В межприступный период бронхиальной астмы показатели эозинопенических реакций на АКТГ и адреналин были наивысшими, но они не достигали величин этих показателей у здоровых детей. Эозинопенические реакции на АКТГ составили 51,1% (41 исследование), на адреналин — 57,7% (21 исследование). Характерно, что в межприступный период восстанавливались силовые соотношения показателей реакции на АКТГ и адреналин, нарушенные при терапии без гормонов.

Таким образом, после ликвидации астматического состояния при лечении без гормонов отмечается усиление функциональной активности коры надпочечников, что происходит одновременно со снижением их потенциальных резервов (или с угнетением адренокортикотропной функции гипофиза). Восстановление потенциальных резервов коры надпочечников (или адренокортикотропной активности гипофиза) осуществляется в межприступный период.

Стероидная терапия краткими курсами, снимая астматические явления, предотвращала истощение потенциальных ресурсов коры надпочечников (или адренокортикотропной активности гипофиза).

ЛИТЕРАТУРА

Felber J. P., Reddy W. J., Selenkov H. A., Thorn G. W. J. *clin. endocrin.*, 1959, 19, 8.

УДК 616—002.5—616.831.9—002—615.724.8

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ МЕНИНГИТОМ

Е. В. Козина и В. Х. Гильманов

*Менингитное отделение (зав. — Е. В. Козина) Республиканской клинической больницы
г. Казани (главрач — К. Л. Свечников)
Руководитель — проф. А. Х. Хамидуллина*

Катамнез больных, излеченных от туберкулезного менингита путем введения стрептомицина интралиомбально, показал, что срок излечения при этом методе удлиняется. Пункции сами по себе травмируют ребенка, введение стрептомицина раздражает оболочки, поддерживает воспалительный процесс. Впоследствии развиваются осложнения в виде спинального лептопахименингита, лептопахименингомиелита и холестеатом области конского хвоста (П. М. Альперович и М. В. Вилихер, В. Е. Брык, М. М. Вилихер).

Согласно литературным данным, осложнения развиваются в различные сроки после клинического выздоровления от туберкулезного менингита. Заболевание начинается постепенно с болей в пояснично-крестцовом или нижнегрудном отделе позвоночника, которые иррадиируют в одну или обе ноги, развивается анталгический кифоз или кифосколиоз поясничного и грудного отделов позвоночника. У наблюдаемых нами больных костных деструктивных изменений на рентгенограммах не обнаружено.

Из 575 больных, излеченных от туберкулезного менингита, за период с 1954 по 1965 г. отдаленные последствия наблюдались у 14 больных (2,4%), из них 10 мужского и 4 женского пола. Светлый промежуток между выздоровлением и первыми клиническими проявлениями отдаленных последствий длился у 1 одного больного до двух лет, у 2 — до 3 лет, у 2 — до 4 лет, у 2 — до 5 лет, у 1 — до 6 лет, у 6 — до 8—9 лет.