

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 уравнивание 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 астматического состояния 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.

У 10 детей лечение было начато до и у 4 — после 10-го дня от начала заболевания. Все они получали стрептомицин эндолюмбально и внутримышечно.

8 больным было сделано от 60 до 80 люмбальных пункций с введением стрептомицина, 5 — от 100 до 120 и одному — 125 пункций. Все больные получали дегидратационную, а также десенсибилизирующую терапию, переливание крови, плазмы, витамины в комплексе; 5 детей получали фтивазид, 4 — ПАСК внутрь.

У наших больных были диагностированы следующие формы соматического туберкулеза (в разных фазах его активности): первичный туберкулезный комплекс — у 2, туберкулезный бронхоаденит — у 8, туберкулез периферических лимфатических узлов — у 1, милиарный туберкулез — у 1, инфильтративный туберкулез — у 2. Базилярная форма туберкулезного менингита была у 7, менинговаскулярная — у 5, спинальная — у 2 детей. Один ребенок поступил повторно с обострением базального менингита после предыдущего лечения.

У всех больных течение было длительным. Болезнь закончилась клиническим выздоровлением, без остаточных явлений. В течение 2 лет после выписки из стационара больные весной и осенью принимали амбулаторно курсы лечения фтивазидом и ПАСК.

Выписанные больные поддерживают связь с врачами отделения. 9 из них успешно учились в школе, 3 приступили к работе, 2 занимались домашней работой.

У 2 больных осложнения развивались остро, под влиянием неблагоприятных факторов (охлаждение, травма), у остальных — медленно.

Симптом «корешковых болей положения» был у 11 больных из 14. У всех больных наблюдалась сглаженность поясничного лордоза, болезненность паравerteбральных точек, симптом «остистого отростка» (И. Я. Раздольский).

Были положительные симптомы натяжения Ласега, Нери, Вассермана, Сикзара, у 50% — симптом ликворного толчка.

У большинства больных наблюдалось снижение или отсутствие ахиллова рефлекса, снижение тонуса ягодичных мышц и мышц голени. У одного больного были вялые парезы дистального отдела обеих ног.

Вегетативные расстройства (потливость, акроцианоз нижних конечностей) были у 5 больных. Некоторые больные жаловались на частые мочеиспускания.

Ликвор над холестеатомой всегда был патологически изменен. Содержание белка колебалось от 0,33 до 3,1 ‰, цитоз от 5 до 48—60.

6 детей из 14 были оперированы в нейрохирургическом институте им. Бурденко в Москве, 3 — в институте ортопедии и травматологии г. Казани.

С 1958 по 1965 г. под нашим наблюдением находились 385 реконвалесцентов после туберкулезного менингита, леченных без субарахноидального введения стрептомицина.

До 10-го дня от начала заболевания начато лечение у 363 больных, от 11 до 15-го дня — у 15, от 16 до 20-го дня — у 7.

Больным назначали строгий постельный режим на 2 месяца. Стрептомицин, ПАСК, фтивазид они получали согласно возрастной дозировке, стрептомицин в течение 4 месяцев, фтивазид и ПАСК — 10 месяцев. Одновременно больные дети получали витамины в комплексе, дегидратационную терапию, переливание плазмы. При цереброспинальных формах и при затяжном течении мы вводили гормоны. После 6—8-месячного лечения в стационаре детей переводили в санаторий «Обсерватория» или «Свияжск».

Базилярная форма туберкулезного менингита была у 264 больных, менинговаскулярная — у 78, спинальная — у 19, мезодизэнцефальная — у 24.

У наших больных, леченных без субарахноидального введения лекарственных препаратов, обострений процесса не было.

В результате лечения у всех детей активная форма туберкулезного менингита перешла в неактивную.

Остаточные явления отмечены у 96 больных: гидроцефалия — у 38, снижение интеллекта — у 3, атрофия зрительных нервов — у 13, частичная атрофия зрительных нервов — у 16, гемипарез — у 25, несахарный диабет — у 1. У 5 детей появились эпилептические припадки в различные сроки от момента выздоровления. Все эти 96 больных поступили в стационар на 12—15-й день болезни.

Осложнения развились у детей в возрасте до 7 лет, преимущественно при базилярной и менинговаскулярной формах туберкулезного менингита.

Следует отметить, что из 16 детей с частичной атрофией зрительных нервов у 13 в настоящее время острота зрения восстановилась (от 0,4 до 0,8).

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович П. М., Вилихер М. В. Журн. невропатол. и псих. 1962, 7. — 2. Брык В. Е. Пробл. туб., 1962, 1. — 3. Вилихер М. М. Журн. невропатол. и псих., 1964, 9. — 4. Раздольский И. Я. Опухоли спинного мозга и позвоночника. Медгиз, Л., 1958.