

Из детской санатории „Пионер“ в Евпатории (Консультант
проф. П. С. Медовиков. Главврач А. М. Михалкин)

О соотношении вегетативной настроенности, эозинофилии и глистных инвазий в детском возрасте.

Д-р П. С. Модератов и д-р М. В. Кухаренко.

Вопросу о глистозности в детском возрасте за последние годы в педиатрической литературе уделяется значительное внимание. Ряд авторов приводит по различным местностям СССР те или иные цифры обнаруженных глистных инвазий, и надо сказать, что эти цифры внушительны—от 70 до 100%. Такая частота нахождения глистозности дает право сказать, без боязни особенного преувеличения, что почти все детское население заражено глистами. Профилактические мероприятия, проводимые у нас в этом отношении, несомненно, правильны и ценны. Возникает только вопрос, на основании каких данных можно ставить диагноз наличия глистов у того или иного ребенка. Ведь для эффекта профилактики и получения результатов лечения необходимо знать, с каким видом глистов мы имеем дело в каждом данном случае. Конечно, в тех случаях, когда врачу приносят или точно описывают вышедшего глиста, или дают результат лабораторного исследования с положительным результатом, постановка диагноза не составляет трудностей. Бывает хуже в тех случаях, когда ни того, ни другого из указанных моментов нет. Нередко, как известно, тогда дают глистозное на авось и, надо сказать, не всегда безрезультатно (в смысле отхождения глистов). Однако, при отсутствии этих данных, там, где имеется возможность исследовать кровь на эозинофилию, считающуюся одним из ценных признаков глистозности, используют широко и эту возможность. Но тот, кто сравнивал эти результаты с результатами исследования кала, должен сказать, что эти результаты идут далеко не всегда параллельно. Правда, они часто совпадают, но нередко наблюдаются и расхождения, ставящие врача в некоторое затруднение. Эозинофилия по данным лаборатории, повторно проверенным, имеется, повторные же копрологические исследования дают отрицательный результат. Несмотря ни на что, во многих случаях дается то или иное глистозное и результата не получается. Невольно тогда встает вопрос, что для данного случая эозинофилия не доказательна. Других заболеваний, которыми бы можно было объяснить ее наличие, у ребенка не имеется. А таких случаев в практике каждого врача, несомненно, найдется достаточное количество. Можно, кроме того, отметить и другое положение, когда назначение глистогонных, при несомненном наличии глистов, не снижает процентного содержания эозинофилии в крови и не улучшает общего состояния ребенка, хотя глисты и отогнаны. И, наконец, безусловно каждому педиатру хорошо известны случаи несомненного глистозности без эозинофилии. Примером могут служить хотя бы случаи Брюннинга, Ланганса и Бишофа, наблюдавших тяжелые аскаридозные интоксикации без повышенной эозинофилии (3%), а также указания Каменецкого и Хоруженко (Лаб. пр., 29 г., № 7) о повышении эозинофилии в 9

случаях из 10, при отсутствии глистов. Д-р Кедров повышенную эозинофилию, равно как и реакцию Ефимова, считает не специфическими и нередко отсутствующими при наличии глистов. О непостоянной эозинофилии при глистных инвазиях говорят Плотников и Зерчанинов, обследовавшие 245 детей в возрасте от 6 до 12 лет.

Можно было бы привести еще целый ряд работ, указывающих на неполноценность этого признака для диагноза глистоносительства, но уже и приведенного достаточно, чтобы можно было поставить вопрос о диагностической ценности эозинофилии при глистоношении и поискать объяснений всем этим фактам.

Приводимое д-ром Конюс мнение Шиллинга о пороге раздражения для появления эозинофилии не объясняет тех случаев, когда при большой эозинофилии наблюдается малое отхождение глистов с одной стороны и продолжающееся держаться высоким процентное соотношение эозинофилов в дальнейшем после изгнания, при отрицательных повторных копрологических наблюдениях с другой. Невозможность учета средних цифр выделяемого токсина в каждом данном случае и неизвестность относительно количества глистов заставляют искать причинную зависимость для таких случаев в чем то другом. Если обратиться к учению об аномалиях конституции, то здесь мы столкнемся с указанием на существование так называемого экссудативного диатеза, характеризующегося повышенным содержанием эозинофилов в крови, получившим даже, в силу этого, и свое название экссудативно-эозинофильного диагноза. Как известно, проявления этого диатеза широко распространены и поэтому ничего не будет удивительного в том, что, при отсутствии глистов, мы у большей группы детей найдем повышенное содержание эозинофилов в крови. С другой стороны, известно также, что для ваготропной настроенности характерна повышенная эозинофилия. Поэтому, наличие повышенной эозинофилии вполне возможно и без глистоносительства.

Для проверки этих наблюдений нами было взято 114 детей школьного возраста. При тщательном повторном исследовании глистоношение обнаружено только в 28 случаях или в 25 %. Такой малый процент мы не считаем истинным показателем глистоносительства и объясняем тем, что дети, перед поступлением в санаторий, подвергались дегельминтизации.

Среди этих 114 чел. детей, при исследовании крови, мы получили только в 29 случаях нормальное содержание эозинофилов, что составляет 25%. В 85 случаях процентное содержание эозинофилов было значительно выше, доходя в одном случае до 12%, а в другом до 17%; чаще однако наблюдалась эозинофилия в 9—10%. Из 28 случаев глистоношения только 18 детей нам дали повышенную эозинофилию.

Таким образом, в наших случаях имеется ряд детей с повышенной эозинофилией, которую наличием глистов объяснить нельзя. Пробные назначения глистогонных в отдельных случаях эффекта не дали. Здесь можно было бы говорить о появлении так наз. вторичной эозинофилии, которая, по Егорову, появляется от пребывания детей в Евпатории, будучи связана с вегетативной перестройкой в парасимпатикотропном направлении. Но этот момент исключается потому, что исследование производилось у детей непосредственно после их приезда, когда влияние евпаторийских факторов не могло еще сказаться. Кроме того, мы пользовались данными исследования кала и крови, привозимыми детьми с мест,

где моменты расхождения между наличием глистов и повышенной эозинофилией также имели место. Получив эти расхождения, мы обратились к исследованию вегетативных рефлексов, для чего воспользовались обычно применяемыми в нашей клинике наблюдениями за дермографизмом, симптомом Aschner'a и пробой Dresel'я. Эти исследования дали нам следующие результаты: из 86 детей с повышенной эозинофилией, но без положительных копрологических данных, ваготропную настроенность нам удалось отметить в 54 случаях или 63%, нормотропную, но с тенденцией к ваготропности, в 27 случаях или в 31% и в 5 случаях была найдена симпатикотропная настроенность. Надо отметить, что случаи нормотропной настроенности не могут быть отнесены нами к числу чистых нормотропных, так как у этих детей мы получали некоторые, не резко выраженные симптомы ваготонии (розовый, но не совсем стойкий дермографизм, не резкие изменения с. Aschner'a и Dresel'я).

Таким образом, если взять группу детей, давших нам повышенную эозинофилию при отрицательных копрологических данных, за 100%, то вегетативная настроенность их суммарно будет определяться в 94%, как ваготропная или вернее с тенденцией к ваготропности и только в 5% мы получили указания на симпатикотропные данные.

Проследив в дальнейшем за изменением вегетативных рефлексов и процентным содержанием эозинофилов после дачи глистогонных и, отметив положительные результаты в смысле изгнания глистов, мы не получили резкого снижения эозинофилии в одних случаях и никакого снижения в других. Надо оговориться, что эти наблюдения касались детей с глистными инвазиями, но не с проявлениями глистной болезни. Возможно, что в случаях этой последней эозинофилия и является более ценным и стойким признаком, чем это удалось нам наблюдать в наших случаях.

Таким образом, подводя итоги нашим наблюдениям, можно отметить, что мысль проф. П. С. Медовикова, что не глистоношение характеризуется эозинофилией, а определенная—парасимпатикотропная настроенность дает ее — на нашем материале подтверждается. Эозинофилия при глистносительстве—факт, повидимому, часто встречающийся, но не самодовлеющий в этом вопросе, являясь зависящим от других, вышеуказанных причин.

Н. В. краевой венинститут (Саратов). Клинико-лабораторный отдел.
Руководитель проф. П. С. Григорьев

К вопросу о лечении постгонорройных катарров и неггонорройных уретритов хинином.

Б. П. Кочетов.

Постгонорройные уретриты, по мнению Ж а н е, могут появиться тотчас же вслед за прекращением лечения, в течение следующего за излечением месяца, а иногда и гораздо позже, спустя несколько месяцев, после излечения гонорреи. Появляются они в виде совершенно прозрачного слизистого отделяемого, иногда серозно-гнойного, тождественного с гонорройным.