

ней, на ягодицах — папуло-геморрагическая сыпь, припухлость голеностопного сустава. Недостаточность митрального клапана, туберкулезная интоксикация I степени. Hb — 11,8 г%, Э. — 4 500 000, Л. — 11 950, РОЭ — 32 мм/час. Количество эозинофилов увеличено, тромбоцитов — 274 500, длительность кровотечения, скорость свертывания равны 1,5 мин. В моче свежие и выщелоченные эритроциты. В кале яйца остриц. Симптомы жгута, щипка и молоточковый — отрицательны.

13/1-60 г. реакция Кумбса непрямая — положительная, а прямая — отрицательная.

В данном случае перенесенная ангина могла вызвать образование аутоантител и привести к данному заболеванию.

Сравнивая периферическую кровь при поступлении и выписке из больницы, можно отметить, что у половины больных за время болезни произошло снижение уровня Hb на 1—2 г% при одновременном небольшом уменьшении количества эритроцитов (у 5 больных). В остальной периферической крови к моменту выздоровления нормализовалась.

10 больных лечились приемом адрезона внутрь, трое — инъекциями кортизона, один ребенок — инъекциями АКТГ, а 8 — другими средствами (димедрол, хлористый кальций, пирамидон, витамины С, Р).

По нашим наблюдениям, лучший эффект лечения был при применении гормональных препаратов (адрезон) в комбинации с общими мероприятиями (витамины, диета, режим). Кожные проявления стихали и боли в животе исчезали быстрее при лечении адрезоном. Приведенные клинико-лабораторные наблюдения свидетельствуют о том, что в патогенезе некоторых случаев болезни Шенлейн-Геноха играет роль аутоаллергия.

Особые диагностические трудности могут представить случаи абдоминальной формы болезни Шенлейн-Геноха.

Лечение гормонами коры надпочечников дает хороший эффект, но не предупреждает появления рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. Пат. физиол. и экспер. терап., 1958, 5. — 2. Березовская Е. К. Арх. патол., 1950, 12. — 3. Бялик В. Л. Казанский мед. журн., 1958, 6. — 4. Доссе Ж. Иммуногематология, Медгиз, 1959. — 5. Крюков А. Н. и Агамалов К. И. Тер. арх., 1940, 6. — 6. Каплан Э. М. Педиатрия, 1956, 5. — 7. Полякова К. К. Арх. патол., 1955, 1. — 8. Кост Е. А. Гемор. диатезы, М., 1928. — 9. Насонова В. А. Сов. мед., 1951, 9. — 10. Сарылова К. П., Тотченко В. К., Лавров И. В., Богомоллов Н. И., Куров и др. Педиатрия, 1956, 5. — 11. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клин. гемат., М., 1955. — 12. Тур А. Ф. Гематолог. дет. возраста, М., 1950. — 13. Poindexter M. H., Pray L. D. The J. Lancet, 1957, 77.

Поступила 19 апреля 1960 г.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ У ДЕТЕЙ¹

О. В. Михайлова

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. И. Гольдштейн)
Казанского медицинского института

Хронический тонзиллит в настоящее время расценивается как заболевание инфекционно-аллергической природы (Б. С. Преображенский, Н. Н. Лозанов, Н. А. Карпов, В. К. Трутнев и П. П. Сахаров и др.), и применение только антимикробного и симптоматического лечения при консервативной терапии нельзя считать достаточным. При комплексной терапии должны применяться средства, стимулирующие иммунологические силы организма, и десенсибилизирующие средства. К числу этих средств относятся и рентгенотерапия.

Учитывая, что 25% детей с поражением миндалин подвержены заболеванию ревматизмом и тонзиллогенной интоксикации (Д. Д. Лебедев и Е. И. Волкова), мы с 1957 г. применяем рентгенотерапию хронических тонзиллитов у детей. За этот период подвергнуты лечению 178 детей от 5 до 16 лет, преимущественно школьники.

¹ Доложено на объединенном заседании общества рентгенологов и отоларингологов г. Казани 19 ноября 1959 г.

У большинства из них был хронический тонзиллит с часто рецидивирующими анги-нами, длительность заболевания — от 3 до 6 лет. Всем больным до рентгенотерапии применялись с временным успехом методы консервативной терапии, а 11 производи-лась тонзиллотомия.

Курс рентгенотерапии ограничивался 3—4 облучениями, экстраорально, с двух полей на область миндалин, при следующих физико-технических условиях: аппарат РУМ-3, напряжение — 160 киловольт, сила тока — 10 мА, кожно-фокусное рассто-яние — 30 см, фильтр — 0,5 меди + 1 алюминия, слой половинного ослабления 0,7 меди, тубус 4×4 или 6×8 см.

Соответственно возрасту и характеру процесса облучение проводилось дозами, в пределах от 50 до 100 р. Суммарная доза колебалась от 180 до 500 р на поле. Перерывы между первыми сеансами облучений были в 3—4 дня, между последую-щими — 7—9 дней (Л. Д. Подляшук, Б. Н. Могильницкий).

В периоде облучения другие методы лечения не применялись.

116 больных находились под наблюдением от 1 до 3 лет. Мы получили следующие предварительные результаты: выздоровление — у 71 (61,2%); улучше-ние — у 34 (29,3%); без улучшения — 11 (9,5%).

Каких-либо серьезных осложнений в процессе лечения и за весь последующий период нами не отмечалось.

Для оценки реактивных сил организма, его иммунобиологических данных, помимо постоянного контроля за состоянием крови, электрокардиографии и других исследо-ваний, нами проводились и кожно-аллергические реакции, а также изучение местного фагоцитоза методом отпечатков с миндалин.

Аллергическое состояние организма определялось внутрикожным введением фиб-риаллергена, дозированного на 2 и 10 кожных доз¹. Изготовлен он из штаммов гемолитического стрептококка, выделенных у болеющих ангиной и активно продуци-рующих фибринолизин-стрептокиназу.

До начала рентгенотерапии аллергическая проба проведена у 133 детей. При этом выявился высокий процент положительных реакций.

На 2 кожные дозы реакция была положительной у 91 чел. (68,4%), на 10 кожных доз — у 107 (80,4%).

Повторные реакции (через 6—12 месяцев после рентгенотерапии) проводились у 78 детей.

Аллергические реакции стали менее интенсивными или отрицательными у 53 де-тей из 78, у 11 детей сохранились отрицательными, что также следует расценивать как положительный фактор. У 52 отмечалось прекращение ангин, явное улучшение — у 18 детей, аллергическая реакция у них снизилась с положительной до слабоположи-тельной. У 8 больных, у которых кожно-аллергическая реакция осталась положитель-ной, клинического эффекта от рентгенотерапии не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бринд И. Е., Любомудров А. Н. и Неговский Н. П. Вестн. рентген., 1953, 4. — 2. Карпов Н. А. О механизме тонзиллогенных процессов, 1945. — 3. Ле-бедев Д. Д., Волкова Е. И. Хронический тонзиллит и заболевания сердца у детей, 1958. — 4. Лозанов Н. Н. Руков. для врачей по бол. уха, горла и носа, под ред. В. Ф. Ундрица, 1960. — 5. Николаевская В. П., Сахаров П. П. Тр. научн.-иссл. ин-та уха, горла, носа. VII итоговая сессия, 1959. — 6. Преображен-ский Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями, 1954. — 7. Симпозиум по проблеме аллергии при тонзиллярных заболеваниях и ревматизме при Ученом Совете Минздрава РСФСР, 1960. Тез. докл. — 8. Тихомирова Г. И. Вестн. оториноларингол., 1958, 3. — 9. Трутнев В. К. и Сахаров П. П. Аллергия в оториноларингологии и методы лечения, 1959.

Поступила 19 апреля 1960 г.

ИЗМЕНЕНИЯ ФАГОЦИТАРНОЙ ФУНКЦИИ ГРАНУЛОЦИТОВ КРОВИ ПРИ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ

А. С. Озол

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. И. Гольдштейн)
Казанского медицинского института

Изучению фагоцитарной деятельности лейкоцитов крови при воздействии ионизи-рующей радиации посвящено много исследований, но в основном они относятся к влияниям больших доз лучистой энергии. Данных же о фагоцитарной деятельности лейкоцитов крови при рентгенотерапии у больных хроническим тонзиллитом в доступ-ной нам литературе не встречалось, а между тем фагоцитарная функция зернистых лейкоцитов является важным защитным приспособлением в механизме самоочищения

¹ Фибриаллерген, по проф. П. П. Сахарову, дозированный на 10 кожных доз, вы-являет более слабую степень аллергии к стрептококку. Препарат мы получали из Московского института болезней уха, горла и носа.