

дом и ПАСК, а также комплексом витаминов с применением систематической эвакуации плеврального экссудата с внутривидеальным введением гидрокортизона осложнений не возникало. Абациллирование констатировано ко 2-му месяцу, закрытие полостей распада на 5-м месяце, экссудат ликвидирован через 2,5 мес от начала систематических пункций. Через 7 мес пациент был направлен на санаторное лечение. Как видно, развитие иммуноаллергического побочного действия рифампицина не удалось предупредить назначением комплекса десенсибилизирующих средств, включая преднизолон.

УДК 616.24—078:578.087.9

**А. Ю. Подулясская, Н. Н. Силищева, Т. Б. Воробьева, Л. Н. Грачева (Астрахань).**  
**Диагностическое значение определения  $\alpha_2$ -ферропротеида в сыворотке крови детей с бронхолегочной патологией**

Целью данного исследования являлось изучение диагностического значения иммунохимического теста на присутствие  $\alpha_2$ -ферропротеида ( $\alpha_2$ ФП) в сыворотке крови детей с заболеваниями бронхолегочной системы.

Для определения  $\alpha_2$ ФП использовали преципитацию в агаре по Ухтерлони, встречный и «ракетный» иммуноэлектрофорез.

Были обследованы 166 детей от периода новорожденности до 15 лет, страдающих различными заболеваниями бронхолегочной системы. Контрольную группу составили 276 здоровых детей, у которых  $\alpha_2$ ФП указанными методами не был обнаружен.

Детей с острой пневмонией было 80, затяжной — 14; с хронической пневмонией и врожденными заболеваниями легких — 20; с бронхиальной астмой и астматическим бронхитом — 29; с рецидивирующим и острым бронхитом — 22; туберкулезным бронхоаденитом — 1.

$\alpha_2$ ФП был обнаружен в сыворотке крови у 21 (26,2%) больного острой пневмонией и у 3 (15,0%) с хронической формой заболевания. У детей с затяжной пневмонией, бронхитом, бронхиальной астмой и туберкулезным бронхоаденитом  $\alpha_2$ ФП в сыворотке крови не выявлен. Только у одного больного с нагноившейся кистой легкого (диагноз подтвердился на операции)  $\alpha_2$ ФП был найден с помощью преципитации в агаре, у всех остальных детей — встречным или «ракетным» иммуноэлектрофорезом.

Течение заболевания у больных острой пневмонией с положительными пробами на  $\alpha_2$ ФП было тяжелым.  $\alpha_2$ ФП определялся на высоте воспалительного процесса при наличии глубокой интоксикации и дыхательной недостаточности. Острота процесса подтверждалась увеличением СОЭ. У 9 детей уровень СОЭ был в пределах 20—50 мм/ч, у 11 — выше 50 мм/ч. У всех этих больных в момент обследования было установлено увеличение печени, край которой пальпировался на 3—7 см ниже края реберной дуги; отмечалось повышение активности АЛТ показателя тимоловой пробы. У 3 детей на основании клинических и лабораторных данных был диагностирован гепатит.

В сыворотке крови детей с бронхолегочной патологией  $\alpha_2$ ФП определяется при поражениях с деструкцией легочной ткани или другими гнойными осложнениями, то есть сопутствует тяжелому воспалительному процессу. Эти данные подтверждают предположение, что повышение уровня  $\alpha_2$ ФП связано с распадом легочной ткани. Другим возможным механизмом повышения уровня  $\alpha_2$ ФП в сыворотке крови детей может быть усиление его синтеза при задержке железа в РЭС и нарушение его выделения в плазму в ответ на воспалительный процесс. Наличие патологических изменений в богатой ферритинами печени при тяжелых формах пневмонии также может играть роль в повышении уровня  $\alpha_2$ ФП в плазме.

Следовательно, проба на  $\alpha_2$ ФП при бронхолегочной патологии у детей, особенно при острых пневмониях, может быть предложена как один из дополнительных критериев для оценки характера поражения легких.

УДК 616.233—002.2+616.248]:615.849.19

**Н. И. Максимов (Устинов). Применение лазерной акупунктуры у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом**

Изучена эффективность лазеропунктуры у 152 больных с различными стадиями и формами бронхиальной астмы и у 58 больных хроническим обструктивным бронхитом в амбулаторных условиях (76 мужчин, 134 женщины). Лазеропунктуру проводили в амбулаторных условиях с плотностью потока мощностью 25 мВт·см<sup>-2</sup>. Воздействовали лучом лазера на классические точки, а также на зоны Захарьина—Геда (зоны легких и надпочечников); первые два—три сеанса на общеукрепляющие точки (зоны Е36, G14, P7, RP6, а в последующие сеансы дополнительно облучали точки P<sub>2</sub>, I21, I22, T14, V13, V11. Время воздействия составляло 10 с в постоянном режиме. В течение курса выполняли 15—20 процедур ежедневно в утренние часы. Больным проводили от 1 до 5 курсов лазеротерапии с перерывами между ними до 2—3 мес (в среднем 2 курса на одного пациента).

Сравнительный анализ показателей за год до и после курса лазеротерапии показал, что включение в комплексную терапию лазерной акупунктуры привело к сокра-

шению средней продолжительности временной нетрудоспособности и к появлению позитивных сдвигов в течении заболеваний. Лазеропунктура хорошо переносится больными, что подтверждалось отсутствием нарушений со стороны кроветворной и сердечно-сосудистой систем. На особенно значительный клинический эффект можно рассчитывать у больных атопической и инфекционно-аллергической формами бронхиальной астмы ранних стадий. Гормонозависимость (на уровне 15—20 мг преднизолона в день) не является противопоказанием к проведению лазерной терапии, в большинстве случаев в итоге терапии удается снизить поддерживающую дозу гормонов или отказаться от их использования.

УДК 616.24—002.2+616.33—002.44]—02:616.33—008.64—076

**Н. А. Бирг (Чебоксары). Нервный аппарат слизистой оболочки желудка при хронических неспецифических заболеваниях легких и при их сочетании с гастродуоденальной язвой**

Внимание клиницистов и морфологов привлекает изучение условий и патогенетических механизмов довольно частого возникновения гастродуоденальных язв у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Обследовано 944 больных ХНЗЛ (557 мужчин и 387 женщин) преимущественно в возрасте от 25 до 45 лет. У 710 из них был диагностирован хронический бронхит, у 55 — бронхоэктатическая болезнь, у 92 — бронхиальная астма и у 87 — хроническая пневмония. Гастродуоденальные язвы были выявлены у 76 человек. Следовательно, их распространенность среди обследованных с ХНЗЛ достигала  $8,1 \pm 0,9\%$ , что превосходило показатель распространенности язвенной болезни, полученный нами в результате обследования взрослого населения ( $0,69 \pm 0,1\%$ ,  $P < 0,001$ ).

С целью выяснения взаимосвязи между патологией органов дыхания и гастродуоденальной зоны изучали обеспеченность холинэстеразами, катехоламинами и серотонином, а также полисахаридными соединениями микроструктур слизистой оболочки желудка у 55 больных ХНЗЛ (1-я группа) и у 51 больного ХНЗЛ с гастродуоденальными язвами (2-я группа). Материалом для гистологического исследования послужили биоптаты слизистой оболочки средней трети передней стенки тела желудка.

Нарушения холинергических и адренергических процессов установлены у каждого второго больного хроническим необструктивным бронхитом и у всех больных хроническим гнойным, обструктивно-гнойным бронхитом и бронхоэктатической болезнью. При этом обнаружен параллелизм между клинической симптоматикой ХНЗЛ и давностью бронхолегочного воспаления, с одной стороны, и характером, а также выраженностью морфологических и нейромедиаторных нарушений — с другой. Так, при давности воспалительного процесса менее 5 лет и отсутствии функциональных расстройств дыхания и кровообращения у каждого второго обследованного выявлены признаки хронического гастрита, преимущественно поверхностного, и нейромедиаторные нарушения. При давности бронхолегочной патологии свыше 5 лет и явлениях легочной недостаточности признаки хронического гастрита, нередко с поражением желез и атрофией, наблюдались у  $\frac{2}{3}$  больных, а нейромедиаторный дисбаланс — у всех обследованных.

При сопоставлении клинических данных с изменениями холинергического и адренергического обеспечения структур желудка было отмечено, что понижение активности АХЭ в структурах желудка оказалось более значительным у больных с явлениями бронхиальной обструкции, обусловленной преимущественно бронхоспастическим синдромом, и менее выраженной у больных гнойным бронхитом и бронхоэктатической болезнью. Изменения симпатических нервных терминалей наблюдались чаще у больных хроническим обструктивным и обструктивно-гнойным бронхитом на фоне различной выраженности легочно-сердечной недостаточности.

Изменения адренергических процессов были более существенными и обнаруживались чаще при желудочной локализации язвы, а снижение холинергических процессов преобладало при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке. Симптоматическая гастродуоденальная язва независимо от ее локализации выявлялась у больных ХНЗЛ с наиболее существенным истощением катехоламинов и снижением активности холинэстераз в нервных терминалях, а также в окружающих структурах и межклеточных пространствах слизистой оболочки желудка.

По мере прогрессирования нарушения бронхиальной проходимости, нагноительного процесса, обструктивной эмфиземы и пневмосклероза, особенно в сочетании с желудочной локализацией язвы, снижалась реакция структурных элементов слизистой оболочки желудка на серотонин. Кроме того, более частой была отрицательная или слабо положительная реакция на кислые мукополисахариды и гликопротеиды в покровных эпителиальных клетках, а также эпителии желудочных желез.