

Чернякова С. И., Иванова Е. А., Емельянова Е. Р. Сов. мед. 1952, 8. — 11. Левин В. М. Тр. НИИ гигиены труда и проф. заболеваний. Л., 1960. — 12. Мясников А. Л. Клин. мед. 1951, 9. — 13. Найвиделена Б. Сов. мед. 1952, 8. — 14. Стражеско Н. Д. Клин. мед. 1940, 5. — 15. Стукало И. Т., Кулачковский Ю. В., Шахиниди Г. В. Врач. дело. 1962, 4. — 16. Стерина П. В. Сов. мед. 1962, 1. — 17. Сперанский И. И., Сулье Е. В., Биткова С. И. Тер. арх. 1959, 9. — 18. Толубеева Н. А. Тер. арх. 1926, 2. — 19. Уманский А. А., Шендрик Т. С. Тер. арх. 1957, 5. — 20. Цинамзгаров М. Тр. Всесоюз. конф. терап. Медгиз, М., 1954. — 21. Шухтина А. М. Сов. мед. 1958, 3.

УДК 616. — 002.77

## ОБ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ<sup>1</sup>

*Л. Д. Гатауллина*

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Е. Н. Третьякова) Башкирского медицинского института и детская клиническая больница № 3 г. Уфы (главврач — А. И. Вецлер)

У 400 детей в возрасте от 1 года 9 мес до 14 лет с активной фазой ревматизма, лечившихся в 1959—1964 годы в детской клинической больнице, проведена оценка активности процесса по А. И. Нестерову.

Максимальная активность ревматического процесса (III ст.) была выявлена у 126 детей (31,5%), умеренная (II ст.) — у 119 (29,75%), минимальная (I ст.) — у 155 (38,75%).

Активность ревматического процесса под влиянием лечения, как правило, уменьшалась, поэтому учитывали ее до начала лечения.

Нам не удалось выявить достаточно убедительного влияния количества перенесенных атак на степень активности ревматического процесса и возраст больных.

При максимальной активности ревматического процесса чаще наблюдается острое (у 38,9%) и непрерывно рецидивирующее течение (у 31,46%), при минимальной и умеренной — подострое (у 67,78%) с наклонностью к вялому, затяжному.

Высокая температура в первые 3—14 дней болезни была отмечена у 36,5% больных при максимальной активности. При минимальной и умеренной активности у большинства (у 84,02% и 69,68%) наблюдалась субфебрильная температура.

При максимальной активности ревматического процесса чаще наблюдались диффузный эндокардит, панкардит, полиартрит, пневмония, нефрит, гепатит. Указанные клинические симптомы наряду с выраженной температурной реакцией, острым и непрерывно рецидивирующим течением можно расценивать как проявление повышенной реактивности, гиперэргических, аллергических и аутоаллергических процессов в организме больных ревматизмом.

При минимальной активности ревматического процесса наблюдаются эндокардит и миокардит и разнообразные отклонения со стороны нервной системы. Клинические проявления болезни при минимальной активности стерты, нередко их удается выявить лишь при тщательном наблюдении в динамике. Перечисленные симптомы, наряду с субфебрильной температурой, вялым затяжным и подострым течением можно рассматривать как признак пониженной реактивности.

На основании этих сопоставлений можно полагать, что степень активности ревматического процесса зависит, прежде всего, от индивидуальной реактивности организма. Под индивидуальной реактивностью имеется в виду совокупность наследственных и приобретенных свойств, определяющих реакции организма на различные воздействия (М. С. Маслов).

Это положение можно подтвердить рядом дополнительных тестов.

При максимальной активности ревматического процесса средние показатели РОЭ и лейкоцитоза наиболее высокие, при минимальной активности — наиболее низкие. При минимальной активности ревматического процесса у 56,13% больных РОЭ остается нормальной или замедлена («ареактивная»), у 26,4% детей отсутствует лейкоцитоз, у 30,3% имеется лейкопения.

Уровень  $\alpha_2$ -глобулинов, по многочисленным литературным данным (О. Д. Соколова-Пономарева, Е. Н. Максакова, Г. И. Клайшевич, Е. А. Надеждина, наши наблюдения), отражает степень воспалительного процесса, поэтому более высокий уровень  $\alpha_2$ -глобулинов у больных с максимальной активностью, по-видимому, указывает на высокую реактивность тканей, более низкий уровень при минимальной активности — на пониженную реактивность.

<sup>1</sup> Доложено на итоговой научной конференции Башкирского медицинского института 11/II 1965 г.

Как известно,  $\gamma$ -глобулины тесно связаны с процессами иммунитета, большинство известных антител при электрофоретическом исследовании сосредоточено в  $\gamma$ -глобулиновых фракциях (Н. Ф. Гамалея, Л. А. Зильбер). Поэтому более высокий уровень  $\gamma$ -глобулинов у больных с максимальной активностью, по-видимому, можно рассматривать как признак высокой иммунологической реактивности, более низкий при минимальной активности — пониженной реактивности.

Дифениламинный показатель, по литературным данным, отражает степень деструкции соединительной ткани при ревматизме (Т. П. Борисова и Э. Г. Ларский, Е. Н. Макасова, Р. М. Шакирзянова, Н. Е. Озерцовская с соавторами, С. Коларов и др.). Наиболее высокий дифениламинный показатель отмечен у больных с максимальной активностью, более низкий — с минимальной. Среди факторов, определяющих реактивность организма, А. Д. Адо указывает физиологическую систему соединительной ткани, следовательно, дифениламинный показатель можно использовать для косвенной оценки ее реактивности.

Изменения реактивности у больных ревматизмом детей отмечают Е. В. Ковалева, С. А. Гавалов, Т. М. Голикова. Указанные авторы изучали реактивность по клинике, картине белой крови, фагоцитозу, пробе Кавецкого, пробе Кауфмана, титру комплемента. Мы также наблюдали изменения реактивности у больных во внеприступной фазе ревматизма, исследуя фагоцитарную активность лейкоцитов и титр комплемента (1958).

На основании проведенных наблюдений и исследований мы считаем возможным рекомендовать педиатрам-ревматологам пользоваться в практической работе дифференцированной оценкой активности ревматического процесса у детей.

Дифференцированная оценка активности ревматического процесса с учетом индивидуальной реактивности может оказать помощь в более правильном выборе и рациональном сочетании средств противоревматического лечения. При максимальной активности для подавления гиперергических аллергических и аутоаллергических процессов можно считать обоснованным назначение индивидуально высоких и средних доз гормонов (исходя из доз, рекомендованных О. Д. Соколовой-Пономаревой и Т. П. Борисовой, А. В. Долгополовой и Н. Н. Кузьминой), при минимальной активности — сравнительно малых доз для псышения общей реактивности и обменных процессов. Такой подход к дозировке гормональных препаратов при различной степени активности ревматического процесса нам кажется более физиологичным и оправданным.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гатауллина Л. Д. Определение активности ревматического процесса во внеприступной фазе у детей. Автореф. канд. дисс. М., 1958.
2. Гаврилов С. А. Об изменениях реактивности у детей-ревматиков. Автореф. канд. дисс. Л., 1954.
3. Голикова Т. М. Некоторые показатели реактивности организма при ревматизме у детей. Автореф. канд. дисс. Ярославль, 1955.
4. Долгополова А. В. и Кузьмина Н. Н. *Вопр. ревм.* 1964, 2.
5. Зильбер Л. А. Основы иммунитета. Медгиз, М., 1958.
6. Клайшевич Г. И. *Педиатрия.* 1958, 1.
7. Ковалева Е. В. Там же. 1948, 4.
8. Макасова Е. Н. Там же. 1962, 8.
9. Маслов М. С. Там же. 1946, 3.
10. Надеждина Е. А. Там же. 1958, 7.
11. Нестеров А. И. *Вопр. ревм.* 1964, 2.
12. Соколова-Пономарева О. Д. *Руководство по педиатрии*, т. VII. Медгиз, М., 1964.
13. Шакирзянова Р. М. *Казанский мед. ж.* 1962, 5.

УДК 617.7 — 073

## ТОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

А. П. Нестеров

Кафедра глазных болезней (зав. — доктор мед. наук А. П. Нестеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института.

Несмотря на обилие диагностических тестов, интенсивные поиски новых эффективных проб для ранней диагностики глаукомы продолжаются и в настоящее время.

Компрессионно-тонометрические тесты (М. Б. Вургафт, 1952, М. М. Краснов, 1957, Блэкстер, 1953) позволяют выявить дефекты в системе, обеспечивающей отток водянистой влаги из глаза. Наиболее совершенным вариантом таких проб является клиническая тонография по Гранту (1950) и ее модификации (А. И. Дамевский, 1961, С. Ф. Кальфа, 1962, М. Б. Вургафт, 1962). По данным тонографического исследования, вычисляется истинное внутриглазное давление ( $P_0$ ), коэффициент легкости оттока (С), который показывает, сколько  $мл^3$  жидкости оттекает из глаза в 1 мин на каждый  $мм$  ртуты фильтрующего давления, и минутный объем камерной влаги (F), который ха-