

представляющего соотношение Е-РОЛ ТР/Е-РОЛ ТЧ, снижение функциональной активности лимфоцитов и супрессорных клеток в РБТЛ и в тесте Кон А индуцированной супрессии (ИСт, ИСу), повышение уровня Ig A и M и снижение количества IgG.

При проведении традиционной терапии иммунные показатели существенно не изменялись, отмечалось еще большее снижение уровня IgG. Дополнительное применение левамизола вызывало достоверные изменения показателей иммунитета: наблюдались увеличение количества Е-РОЛ, Е-РОЛ ТР и ТЧ, повышение функциональной активности Т-лимфоцитов и супрессорной активности, нормализация ИРИ и уровней Ig A, M, G. Аналогичные изменения вызывал Т-активин, однако его влияние на ИРИ и функциональную активность супрессоров было слабее, чем у левамизола ($P < 0,05$). Под воздействием метилурацила увеличивалось количество Е-РОЛ и Е-РОЛ ТР, снижался уровень Ig M, но эти изменения были выражены значительно меньше, чем при использовании левамизола и Т-активина; на остальные показатели метилурацил существенно не влиял и они оставались сниженными.

Итак, у больных с ревматическим поражением сердца имеются выраженные нарушения иммунитета, требующие применения иммунокорригирующих препаратов в комплексе со средствами традиционной терапии. Наиболее активными из изученных препаратов оказались левамизол и в меньшей степени Т-активин; малоэффективен метилурацил. Эти данные позволяют нам рекомендовать левамизол и Т-активин для включения в

комплексную терапию больных с ревматическим поражением сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаева А. Г., Зотиков Е. А. Иммунология процессов адаптивного роста, пролиферации и их нарушений.— М., 1987.
2. Горлина Н. К., Чередеев А. Н., Коломиец Н. М. и др. // Иммунология.—1983.—№ 5.—С. 27.
3. Казаченко Н. В., Нанчикеев Л. М., Кожанова Р. Г. и др. Организация массового иммунологического обследования населения с применением комплекса микрометодов.— Караганда, 1987.
4. Насонова В. А., Астапенко М. Г. Клиническая ревматология.— М., 1989.
5. Соловьев Г. М., Петрова И. В., Ковалев С. В. Иммунокоррекция, профилактика и лечение гнойно-септических осложнений в кардиохирургии.— М., 1987.
6. Хоробрых В. В., Пронин А. В., Куркин А. Ф., Санин А. В. // Иммунология.—1982.—№ 3.—С. 76—79.
7. Mancini G., Vaerman I. P., Carbonera A. O., Heremans I. I. // *Procedures of biological fluids*/Ed. N. Pecters, Amsterdam, L, № 4, Elsevier, 1964.

Поступила 06.01.93.

ANALYSIS OF THE EFFICIACY OF LEVAMIZOL, T-ACTIVIN AND METHYLURACIL IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH RHEUMATIC LESION OF THE HEART

D. A. Valimukhametova, E. B. Nurmukhametova

Summary

The efficacy of immunocorrelating preparations (levamisole, T-activin and methyluracil) combined with traditional therapy methods is studied in patients with rheumatic heart diseases and the disorder of cellular and humoral immunity. The treatment of patients using traditional therapy methods has no positive effect on immunologic indices, whereas the use of immunocorrelating preparations promotes their normalization of positive dynamics. The most efficient preparations — levamisole and T-activin — may be recommended for traditional therapy scheme of patients with rheumatism.

УДК 616.24—002.182—079.4:616.24—002.5

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И САРКОИДОЗА

А. А. Визель, М. Ф. Яушев, М. Э. Гурылева, О. В. Фирсов, Е. М. Галков

Кафедра фтизиопульмонологии (зав.—проф. А. А. Визель)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Проблема диссеминированных процессов в легких является неотъемлемой частью научно-практических руководств, которыми пользуются врачи в повседневной работе. На этапе пер-

вичной диагностики схожие рентгенологически туберкулез и саркоидоз требуют принципиально различного терапевтического подхода [2, 3].

Данное исследование было направ-

влено на выработку дифференциально-диагностических критериев для различения диссеминированного туберкулеза легких и саркоидоза с поражением внутригрудных лимфатических узлов и легочной ткани в условиях территории Татарстана. Основными средствами решения поставленной задачи были две прикладные ЭВМ-программы, созданные на языке Сlipper для компьютеров PC-XT/AT. Первая из них — HELPER-2 — система поддержки принятия решений в пульмонологии. Она позволила определить частотные различия клинико-лабораторных признаков по изучаемым нозологиям. Вторая — FVD-1, интерпретатор параметров для кривых «поток-объем» по данным приборов класса «ЭТОН», «ПНЕВМОСКРИН» — дала возможность провести клинико-функциональное сопоставление. Специальной выборки больных не проводилось — системы работали в повседневном режиме ведения баз данных больных врачом-методистом и врачом кабинета функциональной диагностики Республиканского противотуберкулезного диспансера МЗ Татарстана. Создание монотематических и сравнительных отчетов является сервисной функцией этих программ (отбор диагностических признаков ведется на основании критерия Стьюдента с достоверностью $P < 0,001$). Так, из 1158 больных по базе функциональной диагностики диссеминированный туберкулез был диагностирован у 58 больных, саркоидоз легких — у 44, а также имелись данные о 132 здоровых лицах. Среди 1082 пациентов клинической базы данных с подтвержденными диагнозами подострый диссеминированный туберкулез был выявлен у 58 больных, саркоидоз II стадии — у 23. Эти выборки были подвергнуты дальнейшему автоматизированному анализу по указанным программам с графическим представлением в системе «BOEING-GRAPH».

Общая характеристика групп.

Средний возраст больных туберкулезом легких составил $45,8 \pm 1,5$ года; 89,7% больных были в возрасте от 20 до 60 лет. У 72,2% больных СОЭ была выше 15 мм/ч, тогда как лейкоцитоз превышал $10 \cdot 10^9$ /л лишь у 33,3%. Некурящих — 29,3% человек.

Средний возраст больных саркоидозом равнялся $42,4 \pm 1,4$ года, 95,5%

больных были в возрасте от 20 до 60 лет. Некурящих — 73,9% человека. Увеличение СОЭ более 15 мм/ч констатировано у 4,8% пациентов; повышение количества лейкоцитов периферической крови не отмечено ни у одного. Все пациенты были обследованы в условиях противотуберкулезного стационара.

Средний возраст здоровых лиц (65,2% мужчин и 34,8% женщин) составил $37,5 \pm 1,3$ года.

Клиническая характеристика групп.

Среди больных подострым диссеминированным туберкулезом легких прогрессирование легочного процесса в 70,7% случаев происходило в течение 3 месяцев. Наиболее часто (55,2%) встречались такие признаки, как кашель с мокротой до 50 мл в сутки, слизисто-белесый цвет мокроты (53,4%), отсутствие хрипов в легких (51,7%) или мелкопузырчатые хрипы (22,4%), нормальный легочной перкуторный звук (43,1%), притупление перкуторного звука и коробочный оттенок (22,4%). Проба Манту с 2ТЕ в 45,1% случаев оказалась отрицательной, в 41,2% — положительной нормоэргической, в 7,8% — гиперэргической. Температура у 43,1% больных была нормальной, у 35,9% — субфебрильной, у 31% — фебрильной. У 60,3% больных бацилловыделение доказано как бактериоскопически, так и посевом, а у 31% — только посевом. Сопутствующая неспецифическая флора (наиболее часто стафилококки, стрептококки и кандиды) обнаружена у 80% больных. Нормальная функция внешнего дыхания была у 6,9% пациентов, обструкция — у 41,4%, рестрикция — у 10,3%, смешанные нарушения — у 41,4%. Рентгено-томографически определялись следующие изменения: поражение верхних легочных полей — у всех, средних — у 15,5% больных, нижних — у 67,2%. У 77,6% лиц рентгенологические изменения были более выражены, чем клинические проявления. Ведущим скиалогическим синдромом рентгенологи считали легочную диссеминацию (у 91,4% пациентов), группу очаговых теней (у 3,4%), кольцевидные тени (у 1,7%). Рентгенологические признаки деструкции имели место у 75% обследованных. У 94,8% больных органы средостения не были смещены, однако корни легких оставались интактными лишь у 17,2%

лиц. Пробная неспецифическая терапия была проведена 17 пациентам на этапе диагностического поиска, но ни в одном случае она не дала положительного эффекта. Окончательная верификация диагноза у 86,2% больных была основана на бактериологических данных, у одного пациента — во время хирургического вмешательства, у 5,2% — на основании успеха противотуберкулезной терапии, у 6,9% — на вскрытии.

В группе больных саркоидозом легких у 69,6% пациентов начало болезни было незаметным (рентгенологическое выявление). У 21,7% больных отмечено волнообразное течение, у 34,8% — прогрессирование за последние 3 месяца. Кашель отсутствовал у 60,9% больных, был сухим — у 26,1%. 26,1% пациентов чувствовали боли в груди, 60,8% — беспокоила одышка различной выраженности. У 78,3% обследованных хрипов не выслушивалось, у 65,2% — дыхание было везикулярным, у 60,9% имел место легочной перкурторный звук. Проба Манту была отрицательной у 69,6% лиц, сомнительной — у 8,7%, положительной — у 21,7%. Температура тела оставалась нормальной у всех пациентов. При бактериоскопическом исследовании у одного больного в мазке однократно обнаружена микобактерия туберкулеза, что оказалось ошибочным. У 78,9% обследованных в мокроте имелась неспецифическая микрофлора. У 46,7% больных функция внешнего дыхания оставалась нормальной, у 26,7% имелась обструкция, у 26,7% — рестрикция. Верхние отделы легких были поражены у 43,5% пациентов, средние — у 82,6%, нижние — у 87%. Картина легочной диссеминации доминировала у 95,7% больных, изменения тени средостения — у 4,3%. У 60,9% пациентов обнаружены расширенные корни, у 65,2% — изменения были симметричными. Смещений тени средостения не выявлено ни в одном случае. Положительный эффект при назначении глюкокортикоидов получен у всех больных, но в 25% случаях одновременно были назначены туберкулостатики, в одном — антибиотики широкого спектра действия.

Функциональная характеристика пациентов. При сравнении данные спирометрии у пациентов с подострым диссеминированным туберкулезом достоверно отличались от дан-

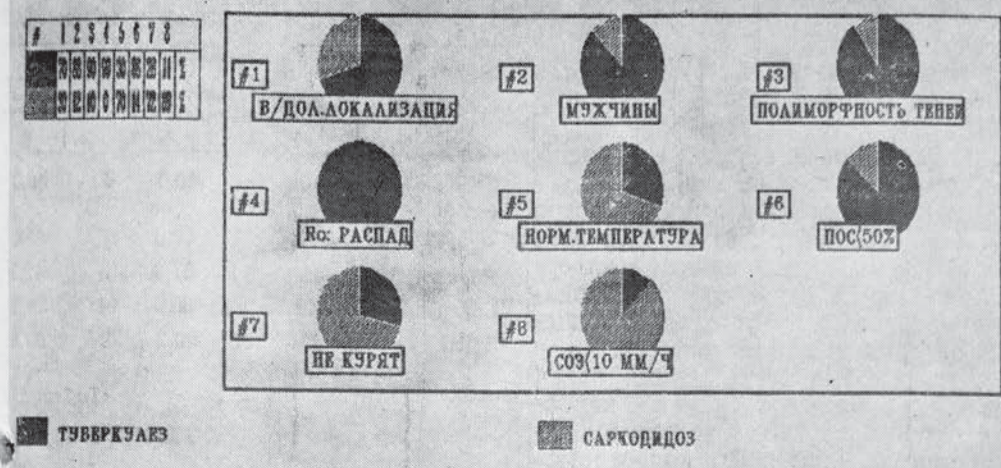
ных здоровых лиц. Так, $ОФВ_1$ у больных был равен $65,2 \pm 3,6\%$, у здоровых — $93,0 \pm 3,0\%$ от должного ($P < 0,01$); $МОС_{75}$ — $32,4\% \pm 3,1\%$ против $70,0 \pm 3,6\%$ ($P < 0,01$). Положительный ответ на ингаляцию салбутамола получен у всех пациентов.

Показатели больных легочным саркоидозом II стадии отличались от данных здоровых меньше. Так, $ОФВ_1$ при саркоидозе был равен $73,2 \pm 5,5\%$ ($P < 0,05$ относительно параметров здоровых), $МОС_{75}$ — $42,7 \pm 3,7\%$ ($P < 0,05$).

Дифференциальная диагностика. Статистическое сравнение больных 2 групп выявило ряд существенных различий, которые могут быть полезны врачам-пульмонологам. Информативными признаками, ряд из которых отражен на рисунке (относительные проценты по каждому параметру), были следующими: мужчин с туберкулезом было 86,2%, с саркоидозом — 43,5% ($P < 0,05$), некурящих — соответственно 29,3% и 73,9% ($P < 0,05$), кашель с мокротой более 50 мл в сутки — у 55,2% против 0% ($P < 0,01$), нормальная температура тела — у 43,1% против 100% ($P < 0,01$), увеличение $СОЭ$ более 15 мм/ч — у 72,2% против 4,8% ($P < 0,05$), лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9/л$ — у 33,3% против 0% ($P < 0,05$), отсутствие рентгенологических изменений в верхних отделах — 0% против 56,5% ($P < 0,01$), однородность теней по гомогенности и интенсивности — у 74,1% против 4,3% ($P < 0,01$), пульс от 60 до 85% — у 43,1% против 87% ($P < 0,01$), положительный эффект при использовании туберкулостатиков — 100% против 25% ($P < 0,05$).

По данным функционального исследования на приборе ЭТОН-01, спирометрические параметры оказались недостаточно чувствительными и не показали достоверных различий по критерию Стьюдента, тогда как объемные скорости были различны. Так, при объемной скорости выдоха (ПОС) при туберкулезе был равен $58,6 \pm 3,3\%$, при саркоидозе — $76,8 \pm 6,0\%$ от должного ($P < 0,05$), $МОС_{50}$ — $37,7 \pm 3,1\%$ против $63,7 \pm 5,4\%$ ($P < 0,05$).

Таким образом, путем компьютерного клинико-функционального сопоставления был создан условный образ протекания в условиях Татарстана подострого диссеминированного туберку-



Частотное распределение дифференциально-диагностических признаков подострого диссеминированного туберкулеза и саркоидоза II стадии (относительные проценты по каждому параметру).

леза и саркоидоза II степени. Следует особо подчеркнуть локальную значимость любых клиничко-статистических разработок и правомочности их внедрения в других регионах. Непрерывный процесс патоморфоза, определенный академиком А. Е. Рабухиным [1], по-разному протекающий в различных по экономическим, этнографическим и социальным признакам регионах, приводит к строгой локализации дифференциально-диагностических признаков. Внедрение систем «HELPER-2» и «FVD-1» в других регионах (внедрены в 32 точках СНГ) и сопоставление их статистических отчетов позволят выявить универсальные и строго локализованные признаки изученных заболеваний. Но это — предмет дальнейших исследований.

Подобные пульмонологические системы успешно применяются за рубежом, что имеет как клиническое, так и педагогическое значение [4].

УДК 613.2:616—056.3—053.2—07:612.112

ТЕСТ ТОРМОЖЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ МИГРАЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

А. М. Потемкина, Н. Р. Гизатуллина

Кафедра детской аллергологии (зав.—проф. А. М. Потемкина)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Пищевая аллергия у детей является наиболее распространенной и трудно выявляемой патологией вследствие

низкой информативности широко используемых в аллергологической практике анамнеза и кожных проб. В свя-

ЛИТЕРАТУРА

1. Рабухин А. Е. Туберкулез органов дыхания.—М., 1976.
2. Справочник по пульмонологии/Под ред. Н. В. Путова, Г. Б. Федосеева, А. Г. Хоменко.—Л., 1988.
3. Туберкулез органов дыхания/Под ред. А. Г. Хоменко.—2-е изд.—М., 1988.
4. Klar R., Zaiss A./Lung.—1990.—Vol. 168.—P. 1201—1209.

Поступила 29.01.93.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THE DISSEMINATED TUBERCULOSIS AND PULMONARY SARCOIDOSIS

A. A. Vizel, M. F. Yaushev, M. E. Gurylyova,
O. V. Firsov, E. M. Galkov

Summary

The several diagnostic features for differentiation of tuberculosis and sarcoidosis are determined using the original support systems «HELPER-2» and «FVD-1» created in the Kazan medical institute. They are age, sex, smoking, the prominence of inflammation, shadow's type and step of ventilating disorders.