

ных с артериальной гипертензией было на 10% выше, чем у пациентов с нормальным давлением.

Проба с физической нагрузкой позволила выяснить роль отдельных показателей гемодинамики в патогенезе пульмогенной гипертензии. Изменения ОПС у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких связывают с нарушением бронхиальной проходимости [1], что подтверждается настоящим исследованием. Вероятно, ведущую роль в повышении давления играет стойкое увеличение ОПС, в то время как сердечный выброс не меняется, а после нагрузки имеет меньший прирост. Данные о высоком ОПС приводят и другие исследователи [2, 4]. Возможно, это происходит вследствие нарушения метаболической функции легких (ослабление инактивации биологически активных веществ), длительной гипоксемии, ведущей к ишемии головного мозга и почек, которые реализуют центральный и рефлекторный механизмы повышения тонуса сосудов [2, 3, 8].

Таким образом, пациенты с пульмогенной гипертензией имеют сниженные резервные возможности гемодинамики, что требует от клиницистов особого к ним отношения как к больным с формирующимся легочным сердцем.

ВЫВОДЫ

1. Больные с пульмогенной гипертензией имеют большую степень обструкции и большую продолжительность легочного заболевания.
2. Для пульмогенной гипертензии характерно увеличение общего периферического сопротивления сосудов.
3. Пульмогенная гипертензия у легочного больного должна быть расценена клиницистом как плохой прогностический признак в состоянии гемодинамики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперин Л. Я. Клин. мед., 1979, 4.— 2. Кошля В. И. Тер. арх., 1982, 4.— 3. Кубышкин В. Ф., Солдатченко С. С. Там же, 1982, 2.— 4. Леоньев В. О. Тер. арх., 1981, 12.— 5. Мухарлямов Н. М., Сатбеков Ж. С., Сучков В. В. Кардиология, 1974, 12.— 6. Тищенко М. И. Физиол. журн. СССР, 1973, 8.— 7. Burstin L. Brit. Heart J., 1967, 29, 3.— 8. Kassir E. Scand. J. Resp. Dis., 1977, 58, 6.

Поступила 14 апреля 1983 г.

УДК 616.2—002.6—036.11—079.4:616.233—008.41—053.3

ОТЛИЧИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ ОТ АСТМАТИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

А. Д. Царегородцев, Л. М. Малышева, Р. Р. Тухватуллина

Кафедра детских инфекций (зав. — доц. А. Д. Царегородцев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и инфекционная клиническая больница № 1 им. проф. А. Ф. Агафонова (главрач — З. С. Тавлинова), Казань

В общей структуре бронхолегочных заболеваний у детей острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место. Тяжесть их нередко обусловлена бронхообструктивным синдромом с выраженной дыхательной недостаточностью. Сходную клиническую картину дает астматический бронхит, который часто напоминает бронхообструктивный синдром [4]. Клинико-лабораторные аспекты дифференциальной диагностики острых респираторных вирусных инфекций с бронхообструктивным синдромом и астматического бронхита у детей раннего возраста остаются недостаточно изученными, в то время как их своевременное распознавание имеет исключительно большую практическую значимость для рациональной терапии [6].

Целью настоящей работы являлась клиническая оценка ряда лабораторных показателей для дифференциальной диагностики острых респираторных вирусных инфекций с бронхообструктивным синдромом и астматического бронхита у детей раннего возраста.

Вначале проводим сравнительный анализ частоты бронхолегочных поражений острыми респираторными вирусными инфекциями у 975 детей, леченных в клинике с 1978 по 1981 г. За этот период установлено значительное снижение частоты пневмоний (с 54,7 до 12,3%) и одновременное возрастание числа бронхитов (с 7,0 до 19,9%). Указанная динамика во многом объясняется более тщательным подходом к диагностике пневмонии. Следует отметить, что при гипердиагностике пневмонии имел место, как правило, бронхообструктивный синдром.

Из 805 больных острыми респираторными вирусными инфекциями, леченных в стационаре в 1981 г., клинико-лабораторные исследования проведены у 100 (12,4%) детей, у которых острые респираторные вирусные инфекции протекали с бронхообструктивным синдромом. 366 детей были в возрасте от 4 мес до 1 года, 44 — от 1 года до 2 лет, 20 — от 2 до 3 лет. На основании клинико-эпидемиологических данных и результатов вирусологического обследования этиология острых респираторных вирусных инфекций была расшифрована в 60% случаев. Респираторно-синцициальная вирусная инфекция диагностирована у 24 детей, аденовирусная инфекция — у 18, грипп — у 4, парагрипп — у 2, смешанные вирусные инфекции — у 12.

40% детей поступили в отделение острых респираторно-вирусных инфекций на 2—3-й дни болезни, 60% — на 4—7-й дни. Обследованные больные были разделены на 2 группы. 1-ю составили 77 детей, 2-ю — 23 больных астматическим бронхитом, у которых не отмечалось клинических признаков острых респираторных вирусных инфекций и вирусологические исследования исключали диагноз вирусной инфекции.

Дифференциальная диагностика обструктивного синдрома при острых респираторных вирусных инфекциях и астматического бронхита проводилась на основании данных анамнеза, клиники, гематологических и рентгенологических исследований. Специальные методы исследования включали определение концентрации гистамина крови, активности гистаминазы и гистамино-пектических свойств крови флюориметрическим методом [2, 5], титра комплемента крови по 100% гемолизу [8], концентрации иммуноглобулинов сыворотки крови методом радиальной иммунодиффузии [7]. Результаты лабораторных исследований обработаны статистически с вычислением критерия достоверности по Стьюденту и по таблицам В. С. Генеса (1964).

Клиническими признаками бронхообструктивного синдрома (1-я группа) были экспираторная одышка, свистящие сухие или влажные разнородные хрипы, коробочный перкуторный звук над всей поверхностью легких. При рентгенологическом исследовании выявлялись вздутие легких, деформация сосудистого рисунка. Ведущим симптомом бронхообструктивного синдрома был мучительный спастический кашель, продолжавшийся 10—14 дней. Признаки дыхательной недостаточности были выражены 4—5 дней, причем введение эуфиллина не купировало их. Острые респираторные вирусные инфекции с бронхообструктивным синдромом у 50 детей протекали в среднетяжелой форме, у 27 — в тяжелой. Критерием тяжести служила выраженность и длительность обструкционной дыхательной недостаточности.

У детей с астматическим бронхитом (2-я группа) эпизоды бронхиальной обструкции отличались упорной повторяемостью, а в картине болезни доминировал навязчивый приступообразный кашель при удовлетворительном общем состоянии.

С целью дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома, обусловленного острыми респираторными вирусными инфекциями, и астматического бронхита мы проследили частоту клинико-anamnestических и гематологических показателей у больных двух сравниваемых групп (табл. 1).

Из таблицы видно, что можно выделить ряд дифференциально-диагностических клинико-anamnestических и гематологических признаков при острых респираторных вирусных инфекциях с бронхообструктивным синдромом и астматическом бронхите: возрастной состав, наличие и степень выраженности лихорадки, интоксикации, катаральных явлений, наличие рецидивов, стабильность физикальных изменений в легких, эозинофилия периферической крови.

Показатели концентрации гистамина, гистамино-пектического индекса, титра комплемента и уровня иммуноглобулинов G и A были достоверно различными при острых респираторных вирусных инфекциях с бронхообструктивным синдромом и астматическом бронхите (табл. 2).

Полученные значения концентрации иммуноглобулинов при астматическом бронхите у детей согласуются с литературными [3, 6].

Таким образом, анализ клинико-anamnestических данных, гемограммы, показателей лабораторных исследований, среди которых наиболее информативными являются концентрация гистамина крови, гистамино-пектический индекс, титр комплемента,

Таблица 1

Частота важнейших дифференциально-диагностических признаков острых респираторных вирусных инфекций с бронхообструктивным синдромом (ОРВИ с БОС) и астматического бронхита у детей раннего возраста

Признаки	Группы больных		P
	ОРВИ с БОС (n=77)	астматический бронхит (n=23)	
Бронхообструктивный синдром в анамнезе .	24	16	<0,001
Пищевая, лекарственная аллергия	8	16	<0,001
Возраст детей:			
до 1 года	36	0	<0,001
1—2 года	38	6	<0,001
2—3 года	3	17	<0,001
Интоксикация:			
выражена слабо	43	13	>0,5
выражена отчетливо	34	0	<0,001
отсутствует	0	7	<0,001
Лихорадка:			
37—38°	20	18	<0,001
38—39°	36	0	<0,001
свыше 39°	21	0	<0,001
отсутствует	0	5	<0,001
Катаральный синдром:			
выражен слабо	26	16	<0,001
выражен отчетливо	51	0	<0,001
отсутствует	0	7	<0,001
Рецидивирующее течение	7	13	<0,001
Стабильность физикальных изменений в лег- ких	57	5	<0,001
Эозинофилия периферической крови:			
до 10%	4	10	<0,001
свыше 10%	0	6	<0,001

Таблица 2

Лабораторные показатели при острых респираторных вирусных инфекциях с бронхообструктивным синдромом и астматическом бронхите у детей раннего возраста

Показатели	Группы больных					Здоровые (n=15)
	ОРВИ с БОС (n=31)	P	астматический бронхит (n=20)	P	P ₁	
Гистамин, мкмоль/л	0,91±0,13	<0,02	2,68±0,61	<0,01	<0,01	0,61±0,04
Гистаминопекти- ческий индекс, %	18,7±3,6	<0,02	9,7±2,6	<0,001	<0,02	31,2±2,2
Гистаминаза, мкмоль/(л·ч)	2,57±0,25	<0,05	2,15±0,23	<0,01	>0,02	3,20±0,20
Титр комплемента, в 1 л	33±3	<0,05	57±4	<0,001	<0,001	41±2
Иммуноглобули- ны, мкмоль/л						
G	70,0±2,5	>0,5	60,6±3,1	>0,1	<0,02	65,0±3,1
A	2,9±0,4	>0,5	4,2±0,2	<0,001	<0,01	2,6±3,1
M	0,64±0,03	>0,1	0,57±0,021	>0,5	>0,2	0,52±2,7

Примечание. P — достоверность различия показателей по сравнению с дан-
ным здоровых детей; P₁ — достоверность различия показателей между группами
больных.

уровень Ig G и Ig A, позволяет провести дифференциальную диагностику бронхообструктивного синдрома, развивающегося на фоне острых респираторных вирусных инфекций, и астматического бронхита у детей раннего возраста. Это имеет важное значение для решения вопросов правильной госпитализации детей, рациональной терапии и для выработки врачебной тактики при дальнейшем наблюдении за ребенком.

ВЫВОДЫ

1. Дифференциально-диагностическими критериями острых респираторных вирусных инфекций с бронхообструктивным синдромом и астматического бронхита являются возрастная состав детей, наличие и степень выраженности лихорадки, интоксикации, катаральных явлений, рецидивы заболевания, стабильность физикальных изменений в легких, эозинофилия периферической крови.

2. Наиболее информативными лабораторными показателями при астматическом бронхите служат высокая концентрация гистамина, резко сниженный гистаминопектический индекс крови, титр комплемента и дисиммуноглобулинемия, проявляющаяся высоким уровнем иммуноглобулинов A.

ЛИТЕРАТУРА

1. Генес В. С. Таблицы достоверных различий между группами наблюдений по качественным показателям (пособие по статистической обработке результатов наблюдений и опытов в медицине и биологии). М., Медицина, 1964.— 2. Герасимова Ц. И. Лабор. дело, 1977, 1.— 3. Каганов С. Ю. В кн.: Респираторные аллергии у детей. М., Медицина, 1980.— 4. Таточенко В. К., Рачинский С. В., Споров О. А. В кн.: Острые заболевания органов дыхания у детей. М., Медицина, 1981.— 5. Чернушенко Е. Ф., Когосова Л. С. В кн.: Иммунология и иммунопатология заболеваний легких. Киев, Здоров'я, 1981.— 6. Чистяков Г. М. Важнейшие клинические формы респираторных аллергозов у детей. Автореф. докт. дисс. М., 1977.— 7. Mancini G. Immunochimistry, 1965, 2, 235.— 8. Veil W. H., Buscholz V. B. Klin. Wochenschr., 1932, 49, 2019.

Поступила 1 февраля 1983 г.

УДК 616.72—002.77

ЛЕЧЕНИЕ ГОРМОНОЗАВИСИМОЙ ФОРМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Р. А. Давлетшин

Кафедра терапии № 1 лечебного факультета (зав. — проф. Б. Х. Ахметова) Башкирского государственного медицинского института им. XV-летия ВЛКСМ

Признавая аутоиммунный характер ревматоидного артрита [2, 3], многие авторы отдают предпочтение иммунодепрессивной терапии. Определенное место в лечении данного заболевания занимают кортикостероиды. Положительный терапевтический эффект этих препаратов обусловлен прежде всего их противовоспалительным и иммунодепрессивным действием [4, 5]. Тем не менее их назначают с большой осторожностью из-за побочного влияния и развития гормональной зависимости. Длительное использование гормональных препаратов в значительной мере определяет частоту и тяжесть побочных реакций, в частности при ревматоидном артрите оно способствует развитию паннуса, подвывихов, деструктивных костных изменений [1]. Однако вопрос отмены кортикостероидов после их длительного применения еще недостаточно изучен. Тактика лечения в процессе их постепенной отмены должна предусматривать меры по преодолению обострения ревматоидного процесса и нормализации неполноценного функционирования гипоталамо-надпочечниковой системы.

В настоящее время нет общепризнанных схем применения иммунодепрессантов при ревматоидном артрите, в частности при попытке отмены кортикостероидной терапии. Нашей целью являлось определение эффективности некоторых иммуномодуляторов в процессе снижения дозы кортикостероидов при гормонозависимой форме ревматоидного артрита.