

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 А.

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 B. 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.

Было обследовано 60 больных с суставно-висцеральной формой ревматоидного артрита в возрасте от 20 до 60 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 15 лет. Больные в течение 1—5 лет получали преднизолон в поддерживающей дозе (5—10 мг/сут). В клинической картине у всех обследованных выявлено характерное для данного заболевания поражение суставов, миокарда, легких, почек, печени, сосудов. Активный и стойкий синовит у больных служил показанием для введения циклофосфана в полость коленного сустава в первый раз 0,2 г, в другие суставы — 0,1 г. В последующем через каждые 3 дня вводили по 0,1 г, всего за курс лечения — по 3 инъекции в каждый пораженный сустав. У 23 больных внутрисуставное введение циклофосфана сочетали с приемом его внутрь в дозе 0,1—0,15 г/сут (I схема), у 15 больных — с купренилом в дозе 0,45—0,6 г/сут (II схема), у 22 — с левамизолом в дозе 0,15 г в 3 дня (III схема). Кроме того, больные всех трех групп получали бруфен или индометацин.

Эффективность терапии устанавливали по критериям, разработанным в Институте ревматизма АМН СССР. Уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G определяли по Манчини, ревматоидный фактор — по латекс-тесту.

У 23 больных констатируван положительный результат лечения; у 13 поддерживающая доза преднизолона снижена; у 17 прежняя доза оставлена, поскольку при попытке к ее снижению резко повысилась температура, обострились признаки активности ревматоидного воспаления. Лечение по схеме I оказалось наиболее эффективным. Поддерживающую дозу преднизолона удалось исключить у 60,9% больных. Менее успешным было сочетание внутрисуставного введения циклофосфана с купренилом (20,1%) и левамизолом (27,3%). При анализе эффективности лечения по субъективным и объективным критериям достоверное улучшение отмечено также при лечении по схеме I (см. табл. 1). Следует отметить, что частота побочных реакций была примерно одинаковой у больных всех групп.

Таблица 1

Влияние вариантов лечения на показатели воспалительного процесса у больных ревматоидным артритом

Показатели	Циклофосфан+ +циклофосфан внутрисуставно			Купренил+ +циклофосфан внутрисуставно			Левамизол+ +циклофосфан внутрисуставно		
	до ле- чения	после лече- ния	P	до ле- чения	после лече- ния	P	до ле- чения	после лече- ния	P
Суставной индекс . . .	30,2±2,5	16,4±1,2	<0,001	27,6±2,4	20,3±1,2	<0,01	25,6±2,3	20,2±1,6	>0,05
Утренняя скованность . .	1,9±0,3	0,6±0,1	<0,001	1,8±0,4	0,6±0,1	<0,002	1,8±0,4	0,8±0,2	>0,05
Боль при пальпации . . .	2,4±0,3	1,0±0,1	<0,01	2,2±0,3	1,2±0,2	<0,01	2,2±0,3	1,3±0,3	<0,02
Количество пораженных суставов	12,3±1,1	5,6±0,9	<0,001	12,1±1,2	8,3±1,0	<0,02	12,4±1,1	9,2±1,1	>0,05

Со 2-й недели комбинированного применения циклофосфана с введением его в полость сустава при выявлении клинических признаков улучшения поддерживающую дозу кортикостероидов начинали уменьшать. При внутрисуставном введении циклофосфана в сочетании с купренилом и левамизолом клинический эффект наблюдался с 3—4-й недели лечения. Местное применение иммуномодулятора сопровождалось достоверным снижением суставного индекса, уменьшением болевого синдрома, экссудативных явлений, местной температурной реакции.

В период клинического улучшения лабораторные тесты также указывали на снижение активности воспалительного процесса у 36 из 60 больных, однако полной нормализации содержания иммуноглобулинов в крови к концу лечения не наступило. Динамика уровня иммуноглобулинов в крови при использовании указанных схем лечения была также неодинаковой. Достоверно уменьшалось содержание Ig A и Ig M при лечении циклофосфаном (табл. 2). Уровень иммуноглобулинов крови в процессе лечения по схеме II несколько возрос, что сочеталось с положительной динамикой клинических признаков. Содержание С-РБ в ходе лечения существенно не менялось.

Таким образом, результаты сочетания внутрисуставного введения циклофосфана с приемом внутрь купренила, левамизола и циклофосфана неоднозначны. Местное применение циклофосфана, оказывая преимущественно противовоспалительное действие, мало влияет на основные иммунные патогенетические механизмы при висцеральных проявлениях ревматоидного артрита. Следовательно, внутрисуставное вве-

Влияние вариантов лечения на уровень иммуноглобулинов (мЕ/мл) в сыворотке крови у больных ревматоидным артритом

Иммуноглобулины	Здоровые	Циклофосфан + циклофосфан внутрисуставно			Циклофосфан + купренил внутрисуставно			Циклофосфан + левамизол внутрисуставно		
		до лечения	после лечения	P	до лечения	после лечения	P	до лечения	после лечения	P
A	177±11	325±39	242±27	<0,001	271±27	271±39	>0,5	248±32	216±48	>0,5
M	119±5	256±37	208±21	<0,05	362±53	354±70	>0,5	210±38	258±46	>0,5
G	180±7	280±31	242±26	>0,1	313±50	330±36	>0,5	346±50	289±35	>0,5

дение этого препарата при висцеральной форме данного заболевания следует проводить только в целях потенцирования базисной терапии. В результате применения циклофосфана в качестве базисного лечения выявлено его значительное преимущество перед другими иммуномодуляторами. Особенно отчетливым было положительное действие циклофосфана на выработку Ig A и Ig M. Внутрисуставное введение циклофосфана в сочетании с купренилом и левамизолом вызвало существенное уменьшение суставного синдрома, не оказав значительного влияния на уровень иммуноглобулинов.

Потребность в кортикостероидах при гормонозависимом ревматоидном артрите благодаря комбинированной иммуномодулирующей терапии удалось снизить у большинства больных, однако полный эффект был получен лишь у немногих из них. Оценка каждой схемы лечения свидетельствует о целесообразности комбинированного применения лекарств при гормонозависимом ревматоидном артрите с учетом активности ревматоидного процесса и потребности в кортикостероидах. При высокой иммунной активности, вероятно, целесообразно применение циклофосфана внутрь и в полость сустава, а при умеренной и минимальной активности и небольшой длительности гормонозависимости следует рекомендовать купренил или левамизол внутрь в сочетании с местным введением циклофосфана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косинская Н. С., Горяинова Р. В. В кн.: Ревматоидный полиартрит. М., 1967.— 2. Насонова В. А. Тер. арх., 1978, 9.— 3. Пяй Л. Т. Там же.— 4. Терещенко В. Ю. Вестн. АМН СССР, 1981, 5.— 5. Fauci A. S. In: Glucocorticoid Horm. Action. Berlin, 1979.

Поступила 24 мая 1982 г.

УДК 616.72—002.77—08:615.833

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПАРОТЕРМАЛЬНЫМИ ВАННАМИ КУРОРТА ЯНГАН-ТАУ БАШКИРСКОЙ АССР

Х. Х. Ганцева

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.—проф. Р. Г. Фархутдинов)
Башкирского медицинского института

Основным лечебным фактором курорта Янган-Тау, применяемым при лечении больных ревматоидным артритом, являются естественные паротермальные ванны. Их атмосфера содержит водяных паров до 8—10% общего объема, несколько повышенное количество тяжелой воды, 3—5% углекислого газа, азота до 78,8%, эманацию радия в пределах 0,728 нКи/л. В составе конденсата паров обнаружены органические вещества, некоторое количество жирных и нафтеновых кислот, активные микро-