

У больных с умеренной степенью активности процесса, получавших наряду с бальнеолечением медикаментозные средства, определялось снижение суставного индекса с $25,6 \pm 2,7$ до $9,7 \pm 1,0$ балла ($P < 0,001$), длительности утренней скованности со $114,8 \pm 16,2$ до $30,9 \pm 8,0$ мин ($P < 0,001$). Сниженными оказались С-РВ в летний сезон лечения и титр противосиновиальных антител в крови. Уменьшение числа эозинофилов крови наблюдалось у 42,3% больных, СОЭ — у 66,7%, С-РВ — у 63,0%, показателей реакции аллергенолейкергии — у 53,8%, противосиновиальных антител — у 61,1%, уровня альфа-2- и гамма-глобулинов — у 45,8% и увеличение содержания альбуминов — у 41,7% больных.

Следует отметить значительное отставание нормализации лабораторных показателей в процессе лечения от изменений клинических показателей, о чем сообщают и многие другие авторы.

В последнее время на курортное лечение стали поступать больные в более тяжелом состоянии, чем в предшествующие годы. Исходя из этого мы проанализировали влияние бальнеолечения на сердечно-сосудистую систему больных ревматоидным артритом с учетом изменений клинических показателей и данных ЭКГ. Лечение общими паротермальными ваннами, эффективное у большинства больных, оказывало благоприятное влияние также на сердечно-сосудистую систему. В частности, в электрокардиографических показателях произошла нормализация исходно нарушенного ритма, повысился сниженный вольтаж зубцов Т на ЭКГ. Исключение составили больные с минимальной степенью активности процесса, которые получали 2-й лечебный комплекс при наличии в исходном статусе нарушений ритма по типу синусовой тахикардии и метаболических нарушений в миокарде. В процессе лечения имевшиеся у них изменения стали более выраженными, что, по-видимому, связано с высокой температурой ванн этого комплекса.

В результате лечения больных ревматоидным артритом в неактивной фазе значительное улучшение отмечено у 50% больных и улучшение у 50%. При лечении 1-м комплексом больных с минимальной степенью активности существенное улучшение наступило у 41,3% пациентов и улучшение у 56,5%, а применение 2-го лечебного комплекса оказало значительное улучшение у 29,1% больных, улучшение — у 63,6%. Лечение 1-м комплексом больных с умеренной степенью активности ревматоидного артрита вызвало заметное улучшение у 6,8% больных, улучшение — у 79,5%. При лечении 3-м комплексом значительное улучшение констатировано у 6,8% пациентов, улучшение — у 76,7%.

Лечение больных ревматоидным артритом естественными паротермальными ваннами курорта Янган-Тау является эффективным при неактивном процессе, а также при минимальной и умеренной степени активности заболевания.

Поступила 20 сентября 1982 г.

УДК 615.33—02:616.45—084

О ВЛИЯНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЕМ АНТИБИОТИКОВ

М. М. Герасимова, И. А. Богословская, И. А. Макаров

Горьковский научно-исследовательский институт гигиены и труда профзаболеваний
(директор — З. В. Шаронова)

В условиях длительного профессионального контакта с пенициллином и стрептомицином могут развиваться заболевания, клиника которых характеризуется выраженным полиморфизмом и полисиндромностью, включающими поражение кожных покровов, внутренних органов и нервной системы [1—7]. Основным патогенетическим звеном в развитии данной патологии является аллергия [5, 7]. Известно, что при аллергических заболеваниях функциональное состояние надпочечников оказывает значительное влияние на течение и характер клинических проявлений. Однако до настоящего времени не выяснена роль функционального состояния этих желез в генезе заболеваний, вызванных антибиотиками.

С целью изучения влияния глюкокортикоидной функции коры надпочечников на характер профзаболеваний, вызванных воздействием антибиотиков (пенициллина и стрептомицина), в условиях клиники обследовано 73 больных (работников завода медпрепаратов — 50, медицинских сестер — 23). Основную массу обследованных составили лица молодого возраста (67 человек были моложе 45 лет). Наряду с общесоматическим и неврологическим обследованием проводили комплекс исследований, позволяющий выявить наличие сенсibilизации. Определяли абсолютное число эозинофилов в 1 л крови, концентрацию гистамина и гистамино-пектический индекс (ГПИ). О связи заболевания с профессией судили по данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда и по положительным иммуногематологическим тестам (показатель повреждения базофилов с пенициллином, стрептомицином и кандидозным антигеном). Кроме того, изучали сосудистую проницаемость. У всех больных исследовали биосубстраты на выявление активных грибов рода Кандида и патогенного стафилококка. Глюкокортикоидную функцию коры надпочечников оценивали по величине суточной экскреции 17-ОКС (метод Сильбера и Портера). Нормальной считали экскрецию от 11,0 до 22,1 мкМ/сут.

В зависимости от функционального состояния коркового слоя надпочечников все больные были разделены на 3 группы. В 1-ю вошли 25 больных с гиперфункцией супраренальных желез (суточное выделение 17-ОКС — более 22,1 мкМ). Средняя продолжительность заболевания (по анамнезу) составила в этой группе 2,5 года. Клинические проявления аллергии были нерезко выражены. Наиболее часто встречался кожный зуд (у 19) и лишь у отдельных лиц — отек Квинке, бронхоспазм, вазомоторный ринит. Хронический энтероколит был диагностирован у 20 человек, из них у 13 в кале высевались в значительном количестве грибы рода Кандида. У небольшого числа обследованных активные формы дрожжеподобных грибов были выделены со слизистой полости рта и гениталий. Синдром вегетососудистой дистонии выявлялся у всех больных, из них у 6 наблюдались вегетососудистые пароксизмы. В неврологическом статусе были обнаружены рассеянная микросимптоматика (у 10), очаговая симптоматика (у 3) и сенсорный полиневрит (у 3).

2-ю группу (14 человек) составили больные с нормальной функцией надпочечников (суточная экскреция 17-ОКС колебалась от 11,0 до 22,1 мкМ). Средняя продолжительность заболевания составила 7 лет. Аллергические проявления у этих больных были более разнообразными, чем у больных 1-й группы. Изменения со стороны кожных покровов (дерматит, экзема, крапивница, отек Квинке, кожный зуд) определялись у 10, вазомоторный ринит, астмоидный бронхит — у 3, аллергический миокардит — у 1. В большинстве случаев (у 10) также выявлялся хронический энтероколит, у 8 из них в кале были высеяны в большом количестве грибы рода Кандида, а у 1/3 больных — их сочетание с патогенным стафилококком. Кроме того, у 5 из 14 больных активные формы гриба были выделены со слизистой полости рта, дыхательных путей, гениталий. Органическая неврологическая симптоматика констатирована у 7 человек (у 5 — рассеянная микросимптоматика, у 2 — очаговая). Вегетососудистые пароксизмы наблюдались у 3 больных.

В 3-ю группу вошли 34 больных с гипофункцией надпочечников (суточная экскреция 17-ОКС — менее 11,0 мкМ). Средняя продолжительность заболевания составила 8,5 лет. У всех больных этой группы имелись различные аллергические проявления со стороны кожных покровов и дыхательных путей, как правило, в разнообразных сочетаниях. Причем достоверно чаще по сравнению с больными предыдущей группы у них встречались аллергические изменения органов дыхания и миокарда. Почти у всех обследованных отмечались полиартралгия, общая слабость, потливость и субфебрилитет. Хронический энтероколит был диагностирован у 30 больных, из кала высевались грибы рода Кандида, которые у половины из них сочетались с патогенным стафилококком. Более часто, чем в других группах (у 23 человек), активные грибы выделялись со слизистой полости рта, дыхательных путей, гениталий и желчи, то есть имела место генерализация поражения грибами рода Кандида. Изменения со стороны нервной системы были обнаружены у 28 больных: у 16 — рассеянная микросимптоматика, у 8 — очаговая симптоматика, у 4 — энцефаломиелополирадикулоневрит. Вегетососудистые пароксизмы наблюдались у 12 больных. В общесоматическом и неврологическом отношении состояние больных 3-й группы было наиболее тяжелым.

Среди 33 больных с тяжелой формой заболевания у 3 отмечена гиперфункция надпочечников, у 2 — нормофункция, у 28 — гипофункция. При среднетяжелой форме гиперфункция констатирована у 10, нормофункция — у 9, гипофункция — у 6. У 15 больных с легкой формой гиперфункция обнаружена у 12, нормофункция — у 3.

Некоторые показатели реактивности организма и сосудистой проницаемости по группам представлены в таблице. Из данных таблицы следует, что чем ниже экскреция 17-ОКС, тем выше абсолютное количество эозинофилов и гистамина в крови. Что же касается способности сыворотки инактивировать биологически активные вещества, в частности гистамин, то у больных всех групп было выявлено значительное снижение ГПИ по сравнению с контролем.

Экскреция 17-ОКС и некоторые функциональные показатели у больных, имеющих профессиональный контакт с антибиотиками

Группы больных	17-ОКС, мкМ/сут	Число эозинофилов в 1 л крови · 10 ⁹	Гистамин, нМ/л	ГПИ, %	Сосудистая проницаемость	
					вода, мл	белок, %
1-я . . .	25,7±1,6	98,8±14,5	3,2±0,8	6,5±2,0	5,3±1,3	8,2±2,6
2-я . . .	12,4±0,4	178,0±37,7	8,4±3,6	5,2±1,6	8,2±2,6	10,2±2,0
3-я . . .	6,9±0,3	315,7±63,3	9,6±2,7	5,9±0,7	8,3±1,3	11,5±2,0

Следует также отметить, что по мере снижения экскреции 17-ОКС увеличивается сосудистая проницаемость как для воды, так и для белка. Следовательно, функциональное состояние надпочечников оказывает значительное влияние на выраженность сенсибилизации и проницаемость сосудистой стенки у больных с заболеваниями, вызванными воздействием антибиотиков. Результаты влияния именно антибиотиков подтверждались показателями специфической повреждаемости базофилов пенициллином (16,0±1,5%), стрептомицином (12,7±1,4%), кандидозным антигеном (17,7±1,7%); в контрольной группе соответственно 4,1±0,7%, 5,2±0,5%, 4,4±0,9%.

В связи с этим больным, страдающим профессиональными заболеваниями, вызванными воздействием антибиотиков, следует, видимо, наряду с десенсибилизирующей и антикандидозной терапией, рекомендовать средства, стимулирующие функцию надпочечников, а при выраженных формах — заместительную терапию глюкокортикоидами. Заместительную терапию стероидами получали 8 больных из 3-й группы. Половине из них были назначены короткие курсы внутривенного введения гидрокортизона (125 мг внутривенно капельно 1 раз в день в течение 5 дней). 4 больных получали преднизолон по схеме, начиная с 20 мг/сут с уменьшением дозы препарата на 5 мг на 5-е сутки (курс лечения — 200 мг). В результате указанной терапии проявлялись отчетливые положительные сдвиги, выражавшиеся в уменьшении общих и неврологических симптомов, исчезновении кожных высыпаний и нормализации лабораторных показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоноженко В. А. В кн.: Вопросы гигиены труда, клиника, лечение и профилактика профессиональных заболеваний, вызываемых антибиотиками. Горький, 1972.— 2. Ашбель С. И., Антоноженко В. А., Алиева Н. К. и др. Там же.— 43. Богословская И. А., Герасимова Е. А., Соколова В. Г. и др. Сов. мед., 1978, 1.— 4. Богословская И. А., Филюшина З. Г., Макарова И. Б. В кн.: Профессиональные аллергические заболевания. Таллин, 1978.— 5. Богословская И. А., Герасимова М. М., Крыжановская Н. А. и др. Гиг. труда, 1980, 4.— 6. Герасимова М. М., Мельникова Н. Д. Клин. мед., 1980, 6.— 7. Герасимова М. М. Гиг. труда, 1981, 8.

Поступила 28 декабря 1982 г.