

ЛИТЕРАТУРА

1. Башарин К. Г. Патоморфоз туберкулеза легких в условиях Якутской АССР (патологоанатомическое исследование). Автореф. канд. дисс., Москва—Якутск, 1969.—
2. Маргулис Н. Ю. Пробл. туб., 1967, 3.—3. Пузик В. И., Уварова О. А., Авербах М. М. Патоморфология современных форм легочного туберкулеза. М., 1973.—4. Струков А. И., Соловьева И. П. Морфология туберкулеза в современных условиях. М., Медицина, 1976.

Поступила 13 сентября 1983 г.

УДК 616.72—002.77—053.2—078.74

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н. А. Романова, Н. З. Алимова

Кафедра детских болезней педиатрического факультета (зав.— проф. Н. А. Романова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская детская клиническая больница (главврач— Е. В. Карпунин) МЗ ТАССР

В патогенезе ревматоидного артрита ведущими являются иммунопатологические процессы. В последние годы накоплен значительный материал, подтверждающий роль циркулирующих иммунных комплексов в патогенезе ревматоидного артрита у взрослых. Однако работ, посвященных исследованию циркулирующих иммунных комплексов у детей, недостаточно, и результаты их разноречивы.

Нашей целью являлось исследование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у детей, больных ревматоидным артритом, при различных формах и динамике патологического процесса. ЦИК определяли методом В. Гашковой и др. (1978) в модификации [1].

Обследовано 45 детей (мальчиков — 21, девочек — 24), больных ювенильным ревматоидным артритом, в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении. Из них от 5 до 7 лет было 11 человек, от 7 до 14—34. Контрольную группу составили 15 здоровых детей. При установлении диагноза были использованы общепринятые критерии. Всего в динамике болезни проведено 150 исследований. Преимущественно суставная форма ревматоидного артрита диагностирована у 38 (84,4%) детей, из них у 16 течение заболевания, было острым, у 22 — подострым. Суставно-висцеральная форма констатирована у 7 больных.

Определение уровня ЦИК проводили до назначения лечения, в динамике через 1 и 6 мес. Показатели ЦИК в сыворотке крови 15 здоровых детей были в пределах 0—180 мг/л ($59,8 \pm 12,3$ мг/л). Уровень ЦИК более 180 мг/л мы считаем превышающим норму.

Из 16 детей с преимущественно суставной формой ревматоидного артрита и острым течением у 13 отмечалось множественное поражение суставов (лучезапястные, коленные, голеностопные, кисти), у 3 имелись изменения со стороны шейного отдела позвоночника, у 3, кроме перечисленных выше, наблюдалось поражение плечевых и тазобедренных суставов. При подостром течении преимущественно суставной формы заболевания (22) у 2 детей в патологический процесс был вовлечен один сустав, у 2 — выявлен олигоартрит, у остальных — полиартикулярное поражение. Сопутствующие заболевания обнаружены при остром течении у 7 больных, при подостром — у 14;отягощенная наследственность — у 8 при остром и у 4 детей — при подостром течении.

Суставно-висцеральная форма ревматоидного артрита характеризовалась тяжелым, упорным течением с вовлечением в процесс висцеральных органов. У всех 7 детей этой группы было непрерывно рецидивирующее течение заболевания (см. табл.).

Как видно из данных таблицы, у всех детей как с преимущественно суставной, так и с суставно-висцеральной формами заболевания уровень ЦИК до лечения был повышен, особенно при суставно-висцеральной форме.

Всем больным проводили комплексное лечение, включающее аспирин, метиндол, вольтарен, далагил, внутрисуставное введение циклофосфана и гидрокортизона, аппликации 50% раствора диметилсульфоксида, физиолечение, массаж, механотерапию, лечебную физкультуру. При суставно-висцеральной форме, отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных препаратов в лечение включали глюкокортикоиды и цитостатики.

Динамика содержания циркулирующих иммунных комплексов у детей с ревматоидным артритом

Группы обследованных	Уровень ЦИК, мг/л		
	до лечения	через 1 мес лечения	через 6 мес лечения
Больные с преимущественно суставной формой			
острое течение (n=16)	315,0±38,3 P<0,001	178,9±25,8 P<0,001	82,6±13,4 P>0,05
подострое течение (n=22)	301,6±38,8 P<0,001	140,3±20,9 P<0,01	65,2±7,4 P>0,05
Больные с суставно-висцеральной формой			
непрерывно-рецидивирующее течение (n=7)	350,2±93,3 P<0,01	212,4±47,4 P<0,01	203,1±61,2 P<0,05
Здоровые (n=15)	59,8±12,3		

Примечание. P — достоверность различия показателей по сравнению с данными здоровых детей.

Через 1 мес от начала лечения у больных как с суставной, так и суставно-висцеральной формой отмечалось снижение уровня ЦИК, хотя по сравнению с показателями здоровых детей разница оставалась существенной.

Сроки выписки были различными в зависимости от формы заболевания и эффективности проводимой терапии. Поэтому мы проследили за динамикой ЦИК через 6 мес от начала лечения. У детей с преимущественно суставной формой заболевания как при остром, так и подостром течении уровень ЦИК приближался к норме (P>0,05), а у детей с суставно-висцеральной формой оставался повышенным (P<0,05). Такое упорное персистирование ЦИК у последних заставляет думать о возможной хронической форме заболевания и ранней инвалидизации этих больных.

Таким образом, результаты наших исследований позволяют заключить, что динамика содержания ЦИК отражает тяжесть болезни и эффективность проводимой терапии. Следовательно, определение циркулирующих иммунных комплексов может быть использовано в комплексном обследовании детей, больных ювенильным ревматоидным артритом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молотиллов Б. А., Маянский А. Н., Поздняк Н. Д., Самерханова Л. Ч. Казанский мед. ж., 1962, 2.— 2. Гашкова В., Матл И., Кашлик И., Кочандрле В. Чехослов. мед., 1978, 2.

Поступила 18 октября 1983 г.

УДК 616.13/.16+616.839]—053.2—08:615.217.3

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЛЛОИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

М. Ф. Исмагилов, Р. И. Аляветдинов

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская детская клиническая больница (главврач — Е. В. Карпунин) МЗ ТАССР

Вегетативные нарушения у детей — распространенное явление. Клинические проявления в препубертатном и пубертатном периоде могут быть самыми разнообразными. Больные жалуются на головные боли, головокружения, нередко сопровождающиеся тошнотой и рвотой; на сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, боли в животе, крупных суставах; потливость, плохую переносимость жары, духоты, транспорта, на обмороки и др. При обследовании определяются влажность и цианоз кожи кистей и стоп, нарушение дермографизма, перепады артериального давления, извращение в показателях ортоклиностагических проб. Выявляется