

## 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 <i>P</i> <0,001	178,9±25,8 <i>P</i> <0,001	82,6±13,4 <i>P</i> >0,05
подострое течение (n=22) . . . . .	301,6±38,8 <i>P</i> <0,001	140,3±20,9 <i>P</i> <0,01	65,2±7,4 <i>P</i> >0,05
Больные с суставно-висцеральной формой			
непрерывно-рецидивирующее течение (n=7) . . . . .	350,2±93,3 <i>P</i> <0,01	212,4±47,4 <i>P</i> <0,01	203,1±61,2 <i>P</i> <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., Матя 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

Таблица 1

## Динамика симптомов вегетососудистой дисфункции под влиянием беллоида

Симптомы	Число наблюдений	Улучшение состояния больных, %
Головные боли . . . . .	33	63,6
Головокружения . . . . .	15	86,7
Болевые ощущения в области сердца . . . . .	6	33,3
Сердцебиение . . . . .	2	—
Болевые ощущения в ногах . . . . .	5	60,0
Ощущение нехватки воздуха . . . . .	3	66,7
Ознобopodobные состояния . . . . .	3	66,7
Нарушение аппетита . . . . .	12	66,7
Тошнота . . . . .	5	60,0
Рвота . . . . .	7	57,1
Зрительные нарушения . . . . .	4	75,0
Астения . . . . .	14	50,0
Раздражительность, эмоциональная лабильность . . . . .	11	81,8
Чувство внутреннего напряжения . . . . .	2	100,0
Навязчивость . . . . .	1	100,0
Выраженная сонливость . . . . .	1	—
Трудность засыпания . . . . .	1	100,0
Влажность кожи кистей и стоп . . . . .	22	86,4
Мраморность и цианоз кожи . . . . .	19	47,4
Игра вазомоторов . . . . .	5	60,0

дисфункция эрго- и трофотропного отделов вегетативной нервной системы. Устранение этих нарушений основано на применении этиотропной, патогенетической, симптоматической и комплексной терапии. Наряду с физио-, психо-, рентгено- и иглорефлексотерапией важнейшей остается медикаментозная терапия.

В детской неврологической практике для лечения вегетососудистых нарушений широкое распространение получил вегетотропный препарат беллоид (фирма «Гедеон Рихтер», ВНР). Под его действием восстанавливается нарушенное равновесие функций обоих отделов вегетативной нервной системы [4]. В одном драже содержится 0,1 мг общих алкалоидов белладонны, 0,3 мг эрготоксина и 30,0 мг бутилэтилбарбитуровой кислоты. Алкалоиды белладонны парализуют парасимпатическую часть вегетативной нервной системы за счет торможения влияния ацетилхолина на периферии и действия на центральные парасимпатические структуры. Эрготоксин тормозит периферические эффекты адреналина и снижает возбудимость центральных симпатических и вазомоторных центров. Бутилэтилбарбитуровая кислота за счет влияния на вегетативные структуры основания мозга снижает

возбудимость как симпатических, так и парасимпатических центров основания мозга. Побочными действиями препарата являются покраснение лица, сухость во рту, жажда, тахикардия, затрудненное глотание. Частое отравление беллоидом детей объясняется сладкой поверхностью драже, которое дети принимают за конфету и бесконтрольно его употребляют [2, 5]. В отечественной литературе нет работ по определению эффективности беллоида при лечении вегето-сосудистых нарушений у детей.

Целью нашей работы являлась оценка эффективности этого препарата в зависимости от клинического синдрома вегето-сосудистых расстройств и выяснение длительности клинического эффекта.

С 1980 по 1982 г. под нашим наблюдением находилось 42 ребенка, страдающих различными вегетативными нарушениями, в возрасте от 8 до 15 лет. По особенностям клинических проявлений и течения все вегето-сосудистые нарушения были объединены в перманентные (18 чел.) и пароксизмальные (24 чел.). Пароксизмальное течение проявлялось в виде обморочных (12), симпатико-адренальных (6) и мигренозных (6) приступов. Лечение беллоидом проводили в стационарных условиях в течение 3 нед в следующей дозировке: детям в возрасте от 8 до 12 лет — по 1 драже 2 раза в день и от 13 до 15 лет — по 1 драже 3 раза в день. Состояние вегетативного отдела нервной системы до и после курса лечения изучали по специально разработанной схеме [1] с применением офтальмологических (глазное дно, микроциркуляция сосудов бульбоконъюнктивы), электрофизиологических (реоэнцефало-, эхоэнцефало- и электрокардиография) и рентгенологических (кранио- и рентгенография шейного отдела позвоночника) исследований, а также с определением биологически активных веществ крови (адреналин, норадреналин, ацетилхолин, холинэстераза эритроцитов и плазмы), электролитов крови (калий, натрий) и кислотно-щелочного состояния.

У 52,4% больных изучали катамнез в сроки от 6 до 36 мес после стационарного лечения. Об эффективности лечения можно судить по данным табл. 1.

## Влияние беллоида на артериальное давление

Характеристика макрососудистого русла	Артериальное давление, кПа							
	систолическое				диастолическое			
	п	до лече- ния	после лечения	P	п	до лече- ния	после лечения	P
Нормотензия . . .	16	13,4±0,2	13,4±0,2	>0,05	14	7,7±0,1	6,9±0,4	>0,05
Гипертензия . . .	14	15,9±0,2	14,0±0,3	≤0,05	17	9,3±0,1	8,7±0,2	>0,05
Гипотензия . . .	12	11,9±0,2	13,0±0,3	>0,05	11	6,0±0,3	7,3±0,5	≤0,05

Как видно из табл. 1, под влиянием беллоида у подавляющего числа больных наступило улучшение.

Под влиянием беллоида повышенное систолическое давление имело тенденцию к понижению, пониженное диастолическое — к повышению, нормальные значения АД не изменились (табл. 2).

По данным РЭГ-исследований 23 больных, беллоид оказывал влияние на показатели мозгового кровообращения. Нормализующий эффект был отмечен в основном у 5 из 6 больных с гипертоническим типом кривых, который выражался в снижении показателей сосудистого тонуса с адекватным улучшением пульсового кровенаполнения. Менее значительные сдвиги наблюдались при дистоническом (у 4 из 10 больных) и гипотоническом (у 2 из 8) типах РЭГ-кривых. При изучении микроциркуляции в микрососудистом русле у 26 больных по предложенной нами методике [3] было установлено, что беллоид оказывал некоторое нормализующее действие при ослабленном микрососудистом рисунке (у 6 из 9). При усилении микрососудистого рисунка микроциркуляция нормализовалась только у 3 из 12 человек. По данным ЭКГ, сердечная деятельность не подвергалась воздействию беллоида. Препарат не имел заметного влияния на внутричерепное давление, которое было повышено у 31% больных.

Результаты исследования биологически активных веществ в крови представлены в табл. 3.

Таблица 3

## Влияние беллоида на уровень некоторых биологически активных веществ в крови

Биологически активные вещества	п	Показатели здо- ровых детей (кон- трольная группа)	п	Показатели больных детей		P
				до лечения	после лечения	
Адреналин, нмоль/л .	16	3,85±0,49	6	3,78±1,63	10,11±4,11	<0,001
Норадреналин, нмоль/л . . . . .	16	6,45±0,59	6	9,00±3,65	5,49±3,13	>0,05
Ацетилхолин, нмоль/л	17	52,81±4,18	7	74,38±9,93	56,71±7,26	>0,05
Холинэстераза плаз- мы, нмоль/(ч·л) .	20	124,20±15,26	9	147,29±18,45	97,68±22,68	>0,05
Холинэстераза эри- троцитов, нмоль/(ч·л) . . . .	20	287,77±51,58	9	263,65±28,59	263,88±40,42	>0,05

После лечения беллоидом содержание адреналина резко возрастало, уровень норадреналина приобретал тенденцию к снижению. Существенной динамики со стороны содержания ацетилхолина и активности ацетилхолинэстеразы эритроцитов не отмечено. Активность холинэстеразы плазмы имела тенденцию к понижению. Электролиты (калий, натрий) и pH крови остались без изменения.

Изучение катамнеза леченных больных выявило, что наиболее часто улучшение наблюдалось у больных с симпатико-адреналовыми пароксизмами, несколько реже — у больных с обморочными пароксизмами и еще реже — при перманентных вегето-сосудистых нарушениях. Незначительное улучшение констатировано у больных с мигренозными пароксизмами, у них же отмечался наибольший процент возобновления

приступов, реже — в группе больных с обморочными и симпатико-адреналовыми пароксизмами. Жалобы перманентного характера (головные боли, головокружения, боли и неприятные ощущения в области сердца, боли в области живота, в ногах и руках) появились у больных всех групп в промежутке от 2 до 10 мес после курса лечения.

Таким образом, беллоид оказывает нормализующее действие при нарушенном вегетативном равновесии, особенно при симпатико-адреналовых пароксизмах, что следует учитывать при дифференцированном применении беллоида у детей с вегето-сосудистыми нарушениями. Недостаточная эффективность препарата побуждает вести поиск новых более эффективных средств.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегетативно-сосудистая дистония. М., Медицина, 1981.—2. Демидов А. С. В кн.: Научные труды ЦОЛИУВ, М., 1969, т. СХХХ.—3. Исмагилов М. Ф., Аляевтинов Р. И., Хамитова Г. Х. Казанский мед. ж., 1983, 3.—4. Машковский М. О. Лекарственные средства. М., Медицина, 1967, ч. II.—5. Радиллов Ю. О. Отравление беллоидом и белласпоном у детей. Автореф. канд. дисс. М., 1973.

Поступила 24 декабря 1983 г.

## ЛЕКЦИЯ

УДК 616.831—008.331.1—073.75

### РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ИНТРАКРАНИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Заслуж. деятель науки РСФСР и ТАССР, проф. М. Х. Файзуллин*

Синдром интракраниальной гипертензии является результатом нарушения стабильности внутричерепного давления при заболеваниях головного мозга различной этиологии (травмы во время беременности; алкоголизм у родителей; инфекции у родителей и плода — грипп, туберкулез, сифилис, менингоэнцефалит, токсоплазмоз, малярия; уродства и аномалии — заячья губа и волчья пасть; краниостенозы, полидактилия, мозговая грыжа; цереброспинальный менингит на почве инфекций, проникших в мозг и оболочки; серозный менингит; опухоли мозга и оболочек; травмы головы и др.). Причины, ведущие к повышению внутричерепного давления, и их патофизиологический механизм полностью не раскрыты и по настоящее время (за исключением новообразований мозга).

Рентгенологические и клинические признаки интракраниальной гипертензии многогранны и порой между ними нет полного соответствия. Интракраниальную гипертензию принято делить на врожденную и приобретенную. Понятие о врожденном синдроме до некоторой степени условно, поскольку водянка мозга, проявляющаяся в ближайшие месяцы или даже к концу года жизни ребенка, может оказаться и не врожденной. Гидроцефалия изучена в достаточной мере не только в плане диагностики, но разработано и ее хирургическое лечение. Менее известно ее детальное рентгенологическое проявление в сопоставлении с клиникой.

Возникновению врожденной гидроцефалии способствуют алкоголизм родителей, травмы во время беременности, хронические заболевания матери (туберкулез, малярия, токсоплазмоз и др.) и инфекционные заболевания вирусной природы у матери и плода. До некоторой степени отличительным признаком врожденной гидроцефалии от приобретенной краниальной гипертензии являются сопутствующие уродства: мозговая грыжа, заячья губа, волчья пасть, полидактилия и другие аномалии развития. Необходимо отметить, что заболевание протекает не у всех детей одинаково. Наряду с острой формой гидроцефалии наблюдается ее относительно медленное, компенсированное течение. При этой форме заболевания дети живут дольше, заканчивают специальную школу, овладевая профессиональным навыком. Если при декомпенсированной водянке имеются все признаки гипертензии в виде контуров большой закругленной головы с резким истончением диплоэ, расширением родничков и швов, с уплощением основания черепа и др., то при ее субкомпенсированных формах уплощение основания черепа, как и истончение диплоэ в задних отделах, выражено в меньшей степени. В первом случае турецкое седло характеризуется расширением входа и резким увеличением сагиттального размера, а при субкомпенсированных формах отмечаются только увеличение входа и остеопороз передних и задних клиновидных отростков.

Врожденная гидроцефалия представляет собой преимущественно наружную форму, поскольку связана с увеличенным образованием спинномозговой жидкости и пло-