

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ГИПЕРЭОЗИНОФИЛИИ

В. С. Тригулова, В. А. Карпов

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета (зав. — доц. И. Г. Салихов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
имени С. В. Курашова*

Как известно, эозинофилы относятся к гранулоцитам и выполняют в организме разнообразные функции. Им приписывают главным образом дезинтоксикационную роль, так как в норме они в большом количестве обнаруживаются в коже, слизистых кишечника и дыхательных путей, в тканях и тканевых жидкостях. Кроме того, эозинофилы принимают активное участие в аллергических реакциях, способны стимулировать процессы фиброобразования (например, в опухолевых тканях), обладают цитотоксическим воздействием (в реакциях, направленных против гельминтов) и др. [1, 2, 6].

Содержание эозинофилов в лейкограмме выше 5—6% называется эозинофилией, а более 15—20% — гиперэозинофилией, или большой эозинофилией крови [5]. Первая, как правило, встречается при аллергических заболеваниях и синдромах: бронхиальной астме, отеке Квинке, сывороточной болезни, лекарственной аллергии и др. К числу наиболее частых этиологических факторов гиперэозинофилии относятся (в порядке убывающей частоты) гельминтозы, системные заболевания крови и соединительной ткани, бронхиальная астма, лекарственная аллергия, рак различной локализации. В 24% случаев этиологию гиперэозинофилии установить не удается.

Следует помнить, что стойкая бессимптомная гиперэозинофилия, так называемая конституциональная, может наблюдаться и у здоровых людей. Но такой диагноз можно ставить только после детального, тщательного обследования и многолетнего наблюдения [2].

В последние годы в связи с увеличением частоты аллергических заболеваний отмечается значительный рост числа больных с гиперэозинофилией, что диктует необходимость быстрого кропотливого обследования больного для выявления этиологического фактора и назначения рациональной терапии. Решению этих задач могут помочь схемы ориентировочной основы действий — диагностические алгоритмы [8].

Нами составлена программа дифференциально-диагностического поиска при обнаружении у больного гиперэозинофилии. В ее основу положены клинические проявления болезней, которые сопровождаются гиперэозинофилией. Они, как известно, разнообразны и могут быть сгруппированы в следующие синдромы: абдоминальный (желудочно-кишечный дискомфорт, гиперсаливация, слизь, кровь в испражнениях, болезненность при пальпации живота); кожный (высыпания различного характера, чаще в виде крапивницы, кожный зуд); гепатолиенальный; лихорадка, лимфаденопатия; бронхолегочный (приступы удушья, кашель с отхождением «канареечной» мокроты, летучие инфильтраты); суставно-мышечный (артралгии, полиартриты, миалгии); кардиальный (одышка, нарушения ритма, сердечная недостаточность, изменения границы сердца и др.) и др. [2, 7, 9, 10], причем у одного больного может быть несколько синдромов.

Дифференциально-диагностическая программа поиска определяется ведущим клиническим синдромом (синдромами) и составляется по принципу наивысшей опасности для больного — то есть прежде всего исключаются злокачественные новообразования, в том числе миелопролиферативные заболевания (лейкоз, лимфогранулематоз, лимфосаркома); болезни соединительной ткани и васкулиты, аллергозы, паразитозы и др. [4]. Подобная тактика обусловлена тем, что, несмотря на очень незначительную частоту гиперэозинофилии при злокачественных новообразованиях, в последние годы описываются случаи, когда она является одним из ранних симптомов вполне курабельной опухоли [3]. Так, если у больного с гиперэозинофилией имеется изолированный абдоминальный синдром (табл. 1, 2), целесообразно исключить прежде всего новообразования желудочно-кишечного тракта, гени-талий, узелковый периартериит, а затем (или одновременно) паразитозы. Дополнительную помощь в диагностике паразитозов могут оказывать данные анамнеза. При употреблении большого в пищу пресноводной рыбы домашней обработки возможно развитие описторхоза, охотничьего мяса или свинины при миалгии — трихинеллеза, воды из стоячих водоемов, невымытых овощей, зелени — аскаридоза, стронгилоидоза, фасциолеза, лямблиоза. Следует обратить внимание также на контакт с домашними животными (кошкой, собакой), который может стать причиной заболевания токсокарозом. Одутловатость лица (при исключении патологии мочевыделительной системы) также позволяет заподозрить паразитоз.

При гепатолиенальном синдроме или его сочетании с абдоминальным наличие желтухи требует исключения новообразований гепатобилиарной системы, а при отсутствии иктеричности — миелопролиферативных заболеваний и паразитозов.

В тех случаях, когда гиперэозинофилия сопровождается кожными проявлениями, необходимо помнить о лекарственной аллергии, узелковом периартериите, лимфогранулематозе и других заболеваниях кроветворной системы и паразитозах.

При лихорадке необходимо проверить наличие прежде всего новообразований любой локализации (желудочно-кишечного тракта, легких, щитовидной и молочной желез, мочеполовой системы и др.), миелопролиферативных заболеваний, узелкового периартериита, туберкулеза и паразитозов.

Лимфаденопатия диктует необходимость исключения миелопролиферативных заболеваний (лимфогранулематоза, лейкозов), а при изолированном увеличении лимфатических узлов — онкологических заболеваний и туберкулеза.

Преобладание в клинической картине болезни бронхолегочного синдрома требует проведения дифференциального диагноза между новообразованиями, туберкулезом легких, периартериитом, бронхиальной астмой и гельминтозами, а при его сочетании с суставно-мышечным и кардиальным — между узелковым периартериитом, ревматоидным артритом, фибропластическим эндокардитом Леффлера и паразитами.

Если же тщательные поиски этиологии гиперэозинофилии окажутся безрезультатными, показано дальнейшее диспансерное наблюдение и повторные исследования с целью уточнения диагноза.

Таблица 1

Алгоритм дифференциально-диагностического поиска при гиперэозинофилии

№, № п/п	Синдромы	Тактика врача
1.1	Абдоминальный —	да → см. 2.1.1, 2.1.2, 2.2.1, 2.3.3—2.3.5
	нет	
1.2.	Гепатоспленальный —	да → см. 2.1.1, 2.1.7, 2.1.8, 2.3.3—2.3.5
	нет	
1.3.	Кожный —	да → см. 2.2.1, 2.1.7, 2.1.9, 2.3.1, 2.3.3—2.3.5
	нет	
1.4	Лихорадка —	да → см. 2.1.1—2.1.9, 2.2.1, 2.3.3—2.3.5
	нет	
1.5.	Лимфаденопатия —	да → см. 2.1.7—2.1.9, 2.1.1—2.1.4, 2.1.6
	нет	
1.6.	Бронхолегочный —	да → см. 2.1.6, 2.2.1, 2.3.2—2.3.5
	нет	
1.7	Суставно-мышечный —	да → см. 2.2.2, 2.2.1, 2.3.3—2.3.5
	нет	
1.8.	Кардиальный —	да → см. 2.2.3, 2.2.1, 2.3.3—2.3.5

Таблица 2

Тактика врача при гиперэозинофилии

2.1.1.	С целью исключения онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта тщательное исследование с применением рентгенологического, эндоскопического, лапароскопического методов	положительный результат	опухоль желудочно- кишечного тракта
	отрицательный результат	→	
2.1.2.	Консультация гинеколога с целью исключения новообразования (для женщин)	→	опухоль гениталий
	→	→	
2.1.3.	Сканирование щитовидной железы с целью исключения новообразования	→	опухоль щитовидной железы
	→	→	
2.1.4.	Маммография с целью исключения опухоли молочной железы	→	опухоль молочной железы
	→	→	

2.1.5.	Рентгеноурологическое исследование с целью исключения новообразования почек и мочевыводящих путей	→	опухоль почек, мочевыводящих путей
2.1.6.	Рентгенологическое исследование легких, по показаниям бронхоскопия, бронхография с целью исключения опухоли, туберкулеза	→	опухоль, туберкулез легких
2.1.7.	Стернальная пункция, трепанобиопсия с целью исключения миелопролиферативных заболеваний	→	лейкозы
2.1.8.	Сцинтиграфия печени и селезенки, пункционная биопсия с целью исключения лимфосаркомы селезенки, новообразований печени	→	новообразования
2.1.9.	Пункция или биопсия увеличенных лимфатических узлов с целью исключения лимфогранулематоза, лейкозов, метастазов рака	→	лимфогранулематоз, лейкозы, метастатический рак
2.2.1.	Биопсия кожно-мышечного лоскута для исключения узелкового периартериита	→	узелковый периартериит
2.2.2.	Рентгенография суставов, реакция Ваалера — Розе	→	ревматоидный артрит
2.2.3.	Электрокардиографическое, эхокардиографическое, фонокардиографическое исследования	→	фибропластический эндокардит Леффлера
2.3.1.	Тщательный расспрос о приеме лекарств, предшествовавших развитию гиперэозинофилии, обратить внимание на аллергологический анамнез	→	лекарственная аллергия
2.3.2.	Исследование мокроты на наличие эозинофилов, спиралей Куршманна, кристаллов Шарко — Лейдена с целью исключения бронхиальной астмы	→	бронхиальная астма
2.3.3.	Обратить внимание на характер питания (рыба домашней обработки, охотничье мясо, сырая печень, обилие фруктов, овощей), употребление воды из стоячих водоемов, контакт с домашними животными (кошка, собака)	→	вероятен диагноз паразитозов (опис-торхоз, трихинеллез, аскаридоз, лямблиоз, стронгилоидоз, токсокароз)
2.3.4.	Многочисленные исследования кала на наличие яиц гельминтов, повторные многократные дуоденальные зондирования, серологические исследования	→	паразитозы
2.3.5.	Длительное диспансерное наблюдение с повторением указанных методов исследования	→	

Примечание. Стрелка вниз — отрицательный результат исследования, стрелка вправо — положительный результат исследования.

Итак, при выявлении гиперэозинофилии дифференциально-диагностическая программа поиска составляется исходя из принципа наивысшей опасности для больного. В каждом конкретном случае диагностический поиск определяется ведущим клиническим синдромом (синдромами).

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамичев А. Н., Иванов В. Г., Алексеева М. И. и др. // Тер. арх. — 1984. — № 6. — С. 88.
2. Гришину Л. Д. // Больные эозинофилии крови и их клинико-диагностическое значение. — М. — Медгиз. — 1962.
3. Гришину Л. Д., Виноградова Ю. Е. // Тер. арх. — 1983. — № 10. — С. 147.
4. Германов В. А. // Клин. мед. — 1974. — № 9. — С. 85.
5. Кассирский И. А. // Лейкемоидные реакции. — М. — Медгиз. — 1951.
6. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. // Клиническая гематология. — М. — Медгиз. — 1962.
7. Маргулис Т. Д. // Тер. арх. — № 9. — 1976. — С. 101.
8. Наумов Л. Б., Гаевский Ю. Г., Бессонов А. М., Меркушев В. В. // Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы. — Ташкент. — 1979.
9. Семенова В. Н. // Тер. арх. — 1975. — № 4. — С. 122.
10. Тареев Е. М., Виноградова О. М., Семенова Е. Н., Соловьева А. П. // Там же. — 1975. — № 4. — С. 5.

Поступила 22.10.85.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Ю. И. Ляшенко. // Ангина. — Л., Медицина, 1985.

Ангина относится к числу самых распространенных заболеваний. Вместе с тем знания широкого круга врачей по диагностике, клинике, лечению больных, как показывает практика, нередко недостаточны. Это, кроме всего прочего, обусловлено традиционно односторонними представлениями об ангине как локализованном процессе — остром тонзиллите, находящемся в компетенции ларингологов. В медицинских институтах преподавание ангины входит в программу курса ЛОР-болезней. С таких позиций и освещалась проблема ангины в более ранних монографиях.

Рецензируемая книга Ю. И. Ляшенко, вышедшая в серии «Библиотека практического врача», по существу является первой, в которой ангина рассматривается как инфекционное заболевание. Автор книги — инфекционист, в течение многих лет специально изучал различные аспекты проблемы ангины, что позволило ему не только описать синдром острого тонзиллита как таковой, но и дать в своей работе всестороннюю оценку развивающемуся генерализованному инфекционному процессу. В книге широко использованы собственные исследования автора по этиологии ангины, ее патогенезу, разработке рациональной системы лечения. В рецензируемой книге ангина справедливо расценена как стрептококковая инфекция. Действительно, у большинства больных ангина вызывается бета-гемолитическими стрептококками группы А, иногда в сочетании со стафилококками и только примерно у 5% бывает нестрептококковой природы. Первостепенное практическое значение имеет приведенный в книге анализ основных закономерностей эпидемического процесса при стрептококковой ангине, позволяющий наметить профилактические мероприятия.

Большой интерес для клиницистов представляют новые сведения о роли небных миндалин в обеспечении невосприимчивости стрептококковой инфекции благодаря продукции секреторных иммуноглобулинов. Понижение их концентрации в секрете поверхности слизистой ротоглотки способствует возникновению повторных, нередко частых ангин. Не менее важен материал относительно нередкого участия при стрептококковой ангине аутоиммунных механизмов и патологических иммунокомплексных изменений, лежащих в основе формирования метатонзиллярных болезней — ревматизма, полиартрита, гломерулонефрита, миокардита.

С исчерпывающей полнотой в книге изложены клинические аспекты проблемы ангины. Заслугой автора является раздельный анализ первичной и повторной ангины. С одной стороны, подчеркнута их единая этиология, с другой — показано, что именно повторные ангины в основном и приводят к формированию метатонзиллярных болезней. Большое практическое значение имеет подробно рассмотренный в книге сравнительный анализ этиологии, патогенеза и клиники повторной ангины и обострений хронического тонзиллита. В клинической практике все еще нередко путают эти принципиально разные заболевания. Автор приводит четко сформулированные критерии их разграничения.

На основании результатов многочисленных сравнительных наблюдений автором предложена рациональная схема терапии больных ангиной. Она включает лечение бензилпенициллином в течение 3 дней с последующей однократной инъекцией бицилина. Обсуждены в книге и другие лечебные мероприятия, показанные при ангине. В частности, следует согласиться с тезисом автора о необходимости всегда очень ответственного отношения к установлению показаний для тонзилэктомии. Практически важны детально проанализированные критерии выздоровления после ангины, правила выписки реконвалесцентов, а также система диспансерного наблюдения за ними. Реализация намеченных мероприятий направлена на предупреждение формирования метатонзиллярных болезней.

Рецензируемая книга не лишена и некоторых недочетов, которые автору следует восполнить при подготовке ее к переизданию. Так, не приведены появившиеся в литературе сведения о терапевтическом действии при ангине новых антибиотиков группы цефало-