

тяжести, 4—5 — тяжелые. Кроме традиционных электрокардиографии и нагрузочных тестов были включены специальные методы исследования — пробы с задержками дыхания, позволяющие косвенно оценивать состояние кардиореспираторной системы больного, и термометрия симметричных точек груди. В отдельных наблюдениях ранее было показано, что при стенокардии напряжения часто встречаются изменения температуры кожи в виде ее снижения или термоасимметрии.

Из 46 обследованных сумма баллов с оценкой «хорошо» была у 8 человек, «удовлетворительно» — у 26 и «плохо» — у 12. Больные находились на щадящем режиме, получали диету № 10, процедуры (массаж спины, воротниковой или прекардиальной областей), ингаляции кислорода, магнитное поле на воротниковую зону (аппарат «Полус-1»), лечебную физкультуру. По показаниям добавляли препараты: сустан, нитронг, нитромазь, обзидан, клофелин, курантил, мебикар, элениум.

Оценка результатов лечения по разработанной карте показала значительное улучшение у 5 человек, умеренное — у 15, незначительное — у 14, без изменений — у 12. Лечение оказалось эффективным у больных с исходно плохим или удовлетворительным состоянием, неэффективным — у пациентов с исходно хорошими показателями, а также при наиболее тяжелой стенокардии III функционального класса и кардиосклерозе с нарушениями сердечного ритма.

Улучшение состояния больных стабильной стенокардией напряжения в условиях санатория происходило в основном за счет урежения приступов стенокардии, нормализации АД, роста толерантности больных к физической нагрузке. В то же время за 24-дневный курс санаторного лечения показатели кожной термометрии, проводимости миокарда на ЭКГ подвергались меньшим изменениям.

Предлагаемая карта позволяет количественно оценивать исходное состояние больных стабильной стенокардией напряжения и проследивать эффективность их санаторно-курортного лечения. Эта оценка может проводиться самим врачом с использованием аппаратуры (тонометр, электрокардиограф, электротермометр), имеющейся в любом санатории. Карта может высылаться по месту жительства больного в поликлинику и стационар, помогать в оценке отдаленных результатов санаторно-курортного лечения больных стабильной стенокардией, установить необходимую преемственность между стационарным, поликлиническим и санаторно-курортным этапами лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анин Ю. Л. // *Вопр. курортол.* — 1983. — № 6. — С. 60—62. — 2. Оранский И. Е., Миронова И. Б., Мурашев Р. Г. и др. // *Вопр. курортол.* — 1981. — № 1. — С. 15—17. — 3. Тришк Р. Ф. // *Вопр. курортол.* — 1984. — № 1. — С. 40—42. — 4. Холопов А. П., Харченко В. П., Петров В. А. и др. // *Вопр. курортол.* — 1984. — № 2. — С. 55—56.

Поступила 10.10.85.

УДК 615.33:616.34—057—02:616.8

О ПАТОГЕНЕЗЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ

М. М. Герасимова

Клинический отдел (руководитель — докт. мед. наук А. А. Пенкнович) Горьковского научно-исследовательского института гигиены труда и профзаболеваний

Среди многообразных проявлений профессиональной патологии от воздействия антибиотиков значительное место принадлежит хроническим энтероколиту и колиту [2] и неврологическим нарушениям [1]. В литературе имеются сообщения о значении патологии кишечника в формировании неврологической симптоматики у больных, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта [6, 7]. Расстройства нервной системы в основном сводятся к неврастеническому, радикулярному и полиневритическому синдромам. Однако вопрос о влиянии пато-

логии кишечника на развитие неврологических нарушений при профессиональных заболеваниях от воздействия антибиотиков до сих пор еще не разработан, что побудило нас провести настоящее исследование.

Для решения поставленного вопроса в условиях клиники обследован 161 больной в возрасте от 26 до 50 лет. Все пациенты были разделены на две группы. В 1-ю вошли 117 больных, страдающих профессиональным заболеванием от воздействия антибиотиков. Все они имели профессиональный контакт с антибиотиками (пенициллином и стрептомицином). Характер заболевания устанавливали по данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда, анамнеза и клинической картины заболевания. Клинически заболевания, вызванные воздействием антибиотиков, проявлялись нарушениями функции кожных покровов и внутренних органов. Изменения кожных покровов отличались выраженным полиморфизмом, непостоянством и были представлены крапивницей (23%), отеком Квинке (17,5%), дерматитом (14,4%), эритематозными высыпаниями, исчезающими при надавливании (18,5%), геморрагическими пятнами в виде пурпуры (32,5%) и петехий (25%). Патология органов была не менее разнообразной: диагностированы астматический бронхит (32,8%), миокардит (21%), холецистолангит (37,8%), гепатит (6,8%), панкреатит (5,4%), нефрит (26,7%). У 8% больных этой группы были выявлены энтероколит и колит как следствие аллергии и кандидоза, обусловленных длительным контактом с антибиотиками.

Во 2-й (контрольной) группе было 44 пациента, страдавших энтероколитом и колитом. Больные 1-й и 2-й групп прошли тщательное неврологическое обследование. Кроме того, у 64 больных 1-й группы изучена церебральная гемодинамика методом реоэнцефалографии (РЭГ).

Клиническое обследование больных 1-й группы выявило разнообразную симптоматику со стороны нервной системы. Больные часто жаловались на головную боль изменчивой локализации (92,2%), головокружение (88,9%), зрительные нарушения (64,3%). Последние проявлялись потемнением, мельканием «мушек» и «искр» перед глазами. Жалобы невротического характера, раздражительность, плаксивость и бессонница имели место у 28,3% пациентов. У 32% больных наблюдались вегетососудистые пароксизмы как генерализованного, так и регионального характера. Из общих наиболее часто встречались смешанные и симпатико-адреналовые пароксизмы, а из регионарных — цефалгические и синкопальные. Объективно в неврологическом статусе выявлялась полиморфная симптоматика.

Клинически у этих больных были выделены следующие синдромы: диффузного поражения нервной системы типа менингоэнцефаломиелополирадикулоневрита (у 8,8%), очагового поражения головного мозга, проявляющегося преходящим или стойким нарушением мозгового кровообращения (у 31,4%), рассеянной церебральной микросимптоматики (у 32,3%) и вегетососудистой дистонии (у 27,4%). Обнаруженная патология со стороны как нервной системы, так и внутренних органов и кожи у больных 1-й группы была обусловлена воздействием именно антибиотиков, что подтверждалось положительными специфическими иммунологическими тестами (реакция специфической повреждаемости базофилов с пенициллином — $15,8 \pm 1,3\%$, стрептомицином — $13,8 \pm 1,7\%$, кандидозным антигеном — $14,5 \pm 1,4\%$; в контрольной группе соответственно — $4,1 \pm 0,7\%$, $5,2 \pm 0,5\%$, $4,7 \pm 0,9\%$).

Больные 2-й группы активных жалоб на расстройства нервной системы не предъявляли, но при опросе удалось выявить нарушения невротического характера: раздражительность, плаксивость (45,5%). Примерно треть больных жаловалась на головные боли, обычно связанные с эмоциональной нагрузкой и психотравмирующей ситуацией. Головокружение несистемного характера и потемнение в глазах отмечали соответственно 29,5% и 11,3% больных; вегетососудистые пароксизмы — симпатико-адреналовый, вестибулярный и цефалгический) были только у 3. Объективная неврологическая симптоматика у больных этой группы была скудной, проявлялась отдельными органическими симптомами в виде недостаточности конвергенции (у 15,9%), снижения или отсутствия корневых рефлексов (у 22,7%), гиперестезии в оральной зоне Зельдера (у 22,7%), оживления сухожильных рефлексов (29,5%), дистальной гипалгезии (у 2,3%), тремора пальцев вытянутых рук (у 25%). Вегетососудистые расстройства в виде разлитого красного дермографизма (29,5%), акроцианоза (31,8%), акрогипотермии (20,4%) обнаруживались довольно часто.

При сравнительной оценке как субъективной, так и объективной неврологической симптоматики у больных 1-й и 2-й групп выявлены достоверные ($P < 0,05$) различия.

С целью решения вопроса о возможном влиянии патологии кишечника на состояние церебральной гемодинамики был проведен анализ РЭГ-показателей в двух подгруппах 1-й группы: у лиц без патологии кишечника (15) и у больных, в клинической картине которых наряду с патологией нервной системы преобладала клиника хронических энтероколита и колита (49).

Оказалось, что РЭГ-показатели у лиц как с патологией кишечника, так и без нее друг от друга не отличались. Это свидетельствовало о том, что патология кишечника у больных 1-й группы не оказывает влияния на церебральную гемодинамику.

Таким образом, неврологическое обследование больных с профпатологией от воздействия антибиотиков и страдающих энтероколитом и колитом показало, что у больных 1-й группы имеет место более выраженная патология нервной системы. Сравнительная оценка неврологического статуса у больных двух групп позволила нам отличить иммуно-аллергический генез патологии нервной системы у больных профзаболеванием, вызванным воздействием антибиотиков. Следовательно, изменения со стороны кишечника, проявляющиеся хроническими энтероколитом и колитом, не оказывают существенного влияния на развитие неврологических нарушений у больных с профпатологией от воздействия антибиотиков. Предыдущими нашими исследованиями установлено, что у больных с более выраженной аллергизацией к антибиотикам (пенициллину и стрептомицину) и кандидозному антигену наиболее часто встречается органическая патология со стороны нервной системы. Этот факт указывает на то, что в развитии патологии нервной системы при этом воздействии ведущим является аллергический фактор, обусловленный как самими антибиотиками, так и кандидозным антигеном [3], который приводит к формированию аллергического васкулита [4, 5]. Полученные данные необходимо учитывать при назначении патогенетической терапии больных с неврологическими нарушениями при профессиональной патологии от воздействия антибиотиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоноженко В. А. // В кн.: Вопросы гигиены труда, клиники, лечения и профилактики профзаболеваний, вызываемых антибиотиками. Горький, 1972.— 2. Аишель С. И., Антоноженко В. А. и др. // Там же.— 3. Герасимова М. М. // Гиг. труда.— 1981.— № 8.— С. 23—26.— 4. Герасимова М. М., Мельникова Н. Д. // Клин. мед.— 1980.— № 6.— С. 64—67.— 5. Герасимова М. М., Гнедицкий Г. И., Карачарова С. В. // Сов. мед.— 1982.— № 9.— С. 15—19.— 6. Мартынов Ю. С., Малкова Е. В., Чекнева Н. С. // В кн.: Изменения нервной системы при заболеваниях внутренних органов.— М., 1980.— 7. Герман Э., Прусиньски А. // В кн.: Неврологические синдромы в клинике внутренних болезней.— Варшава, 1971.

Поступила 26.11.85.

УДК 616—053.31:612.112:616—076.5

ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТЯМИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

А. П. Пигалов

*Курс поликлинической педиатрии (зав.— доц. А. П. Пигалов) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

В ряде работ показано, что в лейкоцитах крови у новорожденных с гипоксией вначале активность некоторых ферментов повышается, а по мере истощения компенсаторных возможностей организма — снижается [2, 5, 6]. Характер эмбрио- и фетопатий в решающей мере определяется гипоксией различной этиологии, возникающей у плода на разных стадиях внутриутробного развития [4]. В этом отношении роль гипоксии мало чем отличается от повреждающего действия других факторов внешней среды (ионизирующая радиация, внутриутробная инфекция, химические агенты и др.).

Однако нет единого мнения о характере изменений цитохимических реакций лейкоцитов в крови новорожденных, матери которых испытывают неблагоприятное