

И. Г. Салихов, А. Л. Сторожев, Р. А. Хабиров, А. И. Салихова, Л. С. Мирумьянц (Казань).
Тепловизионная диагностика зон нейроостеофиброза у больных ревматоидным артритом

Известна роль патологии мышечной системы в клинической манифестации ревматоидного артрита, подтвержденная данными электромиографических, гистологических и гистохимических исследований. Клинически мышечный синдром при ревматоидном артрите проявляется миалгией, миозитом, гипотрофией мышц, а также повышением тонуса околосуставных мышц, болезненностью в местах прикрепления мышц к сухожилиям, сухожилий к костям. При пальпации скелетных мышц, расположенных у пораженного сустава, мы определяли локальные области максимальной болезненности (триггерные зоны), которые соответствовали зонам расположения локальных мышечных уплотнений (Мюллера, Корнелиуса). Для обозначения таких состояний предложен термин «нейроостеофиброз», принятый в литературе.

Известны различные способы диагностики зон нейроостеофиброза.

Мы проводили тепловизионное исследование скелетных мышц больных ревматоидным артритом с помощью быстродействующей цветной тепловизионной установки «Радуга-МТ». Обследованы 18 больных с достоверным диагнозом, у которых заболевание было различной активности и длительности. Контрольную группу составили 9 больных остеохондрозом позвоночника с синдромом лумбоишалгии. У 12 больных ревматоидным артритом с поражением коленных и голеностопных суставов и у 5 с остеохондрозом позвоночника в икроножных мышцах были обнаружены локальные, округлой формы зоны гипертермии, чаще расположенные в верхней трети медиальной головки мышцы. У 10 больных эти зоны были множественными и располагались в латеральной части мышцы и в области ахиллова сухожилия. Отмечалась температурная асимметрия конечностей с зонами гипертермии на пораженной стороне. После тепловизионного исследования производилась пальпация найденных зон. У всех 17 больных отмечалась выраженная локальная болезненность, соответствующая зонам гипертермии. У части больных при пальпации мышцы определялась одна триггерная точка, в то же время при тепловизионном исследовании выявлялось большое количество зон гипертермии, что доказывает его диагностическую ценность. Данные, полученные при тепловизионном исследовании, показывают наличие локального нарушения метаболизма в зоне нейроостеофиброза, выражающегося в повышении теплоизлучения на 1,5—2°.

Тепловизионное исследование позволяет одновременно регистрировать температуру во всех точках исследуемого участка, отражает ее перепады, дает возможность видеть границы поражения. С помощью своевременного и полного выявления всех зон нейроостеофиброза можно с высокой степенью чувствительности наблюдать динамику заболевания в процессе проводимой терапии.

удк 616.233—002.2+616.248]—02:577.175.722

Т. В. Моругова, Ш. З. Загидуллин (Уфа). Секрция инсулина и толерантность к глюкозе у больных хроническим бронхитом и бронхиальной астмой

Факторами риска в развитии диабета являются разнообразные заболевания внутренних органов, особенно сопровождающиеся воспалительным процессом.

Мы исследовали секрецию инсулина и толерантность к глюкозе у больных хроническим бронхитом и бронхиальной астмой. Под наблюдением было 29 человек: у 21 диагностирован хронический бронхит, у 8 — бронхиальная астма. У всех больных определяли толерантность к глюкозе (50 г глюкозы внутрь). Содержание глюкозы в крови находили ортотолуидиновым методом натощак, а также через 1 и 2 ч после приема глюкозы. Одновременно изучали базальную секрецию иммунореактивного инсулина (ИРИ).

11 больных хроническим бронхитом принимали эуфиллин, противогистаминные препараты (супрастин, димедрол и др.), 4 — сульфаниламиды, 4 — преднизолон; 2 — не лечились (были обследованы при поступлении). 5 больных бронхиальной астмой получали глюкокортикоиды, 5 — эуфиллин.

У обследованных был изменен характер гликемической кривой и секреции ИРИ в ответ на углеводную нагрузку. У 11 больных хроническим бронхитом увеличения содержания глюкозы в крови через час после сахарной нагрузки не наблюдалось или было невыраженным (гликемическая кривая плоская); у 7 гликемическая кривая находилась в пределах нормы; у одного был выявлен диабет. У 9 пациентов увеличения содержания ИРИ в ответ на углеводную нагрузку не последовало, у 2 реакция была слабой, у 2 — неадекватной (снижение уровня ИРИ), у 3 — замедленной.

Из 8 больных бронхиальной астмой нормальная гликемическая кривая была у 3, плоская — у 3, диабетическая — у одной и сомнительная — также у одной. Увеличение секреции инсулина на сахарную нагрузку было невыраженным или отсутствовало у 7 из 8 больных. Лишь у одной пациентки, получавшей клофелин по поводу сопутствующей гипертонической болезни, уровень ИРИ через час после сахарной нагрузки оказался резко повышенным.

У 11 больных хроническим бронхитом, леченных эуфиллином, увеличение ИРИ в ответ на углеводную нагрузку было незначительным, у 7 вообще отсутствовало. Более низкое содержание в крови ИРИ в ответ на углеводную нагрузку у больного, принимавшего финоптин, может быть связано с приемом этого препарата. У 4 из 11 больных с гликемической кривой