

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). Секретия 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 секретия 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 секретия 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 секретия 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 секретия 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

плоского типа в лечение были включены сульфаниламидные препараты. У одного пациента, получавшего глюкокортикоиды, был выявлен сахарный диабет.

У 5 больных бронхиальной астмой, которым были назначены глюкокортикоиды, увеличение содержания ИРИ в ответ на сахарную нагрузку было слабо выраженным или отсутствовало.

Таким образом, изменения секреции инсулина и толерантности к глюкозе у ряда больных можно объяснить действием соответствующих медикаментов. Однако они были выявлены и у лиц, еще не получавших лечения, поэтому указанные сдвиги можно считать следствием не только медикаментозного лечения, но и хронических заболеваний легких.

УДК 616.511+616.761—002.155

Н. С. Остроносова, В. Н. Саперов, А. В. Головин, В. В. Смердова (Чебоксары). Два случая синдрома Стивенса — Джонсона

Синдром Стивенса — Джонсона представляет собой тяжелую многоформную экссудативную эритему с одновременным поражением слизистых оболочек естественных отверстий. Наряду с изменением кожных покровов и слизистых оболочек поражаются и внутренние органы. Этиология заболевания до конца не выяснена. В последние годы все больше появляется данных за гиперэргическую форму лекарственного дерматита. В связи с этим представляют интерес два случая синдрома Стивенса — Джонсона.

М., 59 лет, слесарь, доставлен в больницу 15.03.84 г. с жалобами на пузырьковые высыпания на слизистых губ и вокруг рта, носа, половых органах, зуд по всему телу, головные боли, раздражительность, выраженную общую слабость. Болен с 03.03.84 г., когда после простуды появилась субфебрильная температура, насморк, кашель. К врачу не обращался. Раньше в таких случаях больной чувствовал улучшение от приема аспирина. Потому и в этот раз он принимал аспирин по одной таблетке на ночь. На 3-й день у него возникли зудящая сыпь по всему телу, отек лица, век, губ, половых органов; температура тела поднялась до 39,2°. На 5-й день на губах, вокруг носа и рта высыпали пузырьки.

При поступлении общее состояние больного тяжелое. На коже лица, шеи, туловища и конечностей множественные полиморфные высыпания папулезного и геморрагического характера. На слизистой рта, губах, вокруг носа, ушей, на шее и половом члене — пузырьковые высыпания различной величины, местами сливающиеся в обширные участки. Симптом П. В. Никольского отрицательный. Лицо, веки и губы отечны.

Анализ крови при поступлении: эр.— $4,9 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 2,4 ммоль/л, цв. показатель — 1,1, л.—13,7 · 10⁹/л, э.—7%, п.—8%, с.—35%, лимф.—48%, мон.—2%; СОЭ — 11 мм/ч; общий белок — 57 г/л.

Анализ мочи: цвет светло-желтый, отн. пл.— 1,010, белок — 0,033%, л.— 1—2 в поле зрения.

Был диагностирован синдром Стивенса — Джонсона, вызванный приемом аспирина. Проба Уанье и тест Шелли подтвердили наличие сенсibilизации к аспирину.

Больному проведено лечение дезинтоксикационными, антигистаминными, десенсибилизирующими, мочегонными и седативными препаратами. Местно на кожу накладывали фурацилиновую и кортикостероидные мази, на веки — тетрациклиновую и гидрокортизоновую мази. Для полоскания полости рта использовали отвар шалфея и раствор перманганата калия. Состояние больного через 3 нед улучшилось, температура нормализовалась. Кожные покровы очистились через 4 нед, на местах высыпаний остались пигментированные пятна. Больной выписан на 37-й день в хорошем состоянии.

Т., 42 лет, рабочая, находясь в гинекологическом отделении по поводу левостороннего периаднекситы, получала цефатрексил по 0,5 внутримышечно. После второй инъекции у больной появились выраженная общая слабость, зуд по всему телу, озноб. Температура тела повысилась до 38,2°. Вскоре по всему телу распространилась зудящая сыпь, более выраженная в местах кожных складок.

При осмотре состояние больной средней тяжести. На лице, волосистой части головы, шее, в подмышечных областях, на спине и промежности — высыпания в виде папулезных элементов с выраженной синюшностью в центре. Наряду с ними вокруг гениталий, на коже живота и спины — множественные пузырьки величиной до копейчной монеты со светлым содержимым. В легких дыхание жестковатое. АД — 16,0/10,6 кПа. Частота пульса — 96—102 уд. в 1 мин. Живот мягкий, болезненный в области высыпаний и в правом подребье. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см.

Начата дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и антигистаминная терапия. На 4-й день состояние больной резко ухудшилось, и она была переведена в реанимационное отделение. При поступлении лицо, веки и губы отечны, покрыты эрозиями и кровянистыми местами сливающимися в обширные участки. Симптом П. В. Никольского положительный. Анализ крови: эр.— $3,9 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 1,89 ммоль/л, л.— $33,2 \cdot 10^9/л$, э.—1%, п.—13%, с.—81%, лимф.—2%, мон.—2%, ретикул.—1%. Анализ мочи: отн. пл.— 1,017, белок — 0,099 г, л.— 3—4 в поле зрения, эр.— 1—2, эпителий плоский — 7—8.

В связи с возникновением инфекционных осложнений назначены антибиотики. Вводили физраствор, реополиглокин, гемодез, раствор Рингера — Локка и нативную плазму. Суточная доза преднизолона (внутри 30 мг и парентерально) была доведена до 120 мг. В результате лечения состояние больной стало постепенно улучшаться, и на 43-й день от начала заболевания она была выписана в хорошем состоянии.