

1. Ботвиньева В. В., Михайлова З. М., Михеева Г. А., Стратулат Т. М. Лаб. дело, 1982, 2, стр. 111.
2. Петров Р. В., Лопухин Ю. М., Лебедев К. А., Стенина М. А. и др. Клини. мед., 1975, 12, стр. 11.
3. Bentwich Z., Douglas S. D., Skutelsky E., Kunkel H. Q. J. Exp. Med., 1973, 137, 1532.
4. Boyum A. Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1968, 21, 97, 77.
5. Garrido T. -P. F. Laboratorio, 1974, 58, 415.
6. Haberg T. Acta path. microbiol. scand., 1975, 250, 1.
7. Jondal M., Holm Q., Wigzell H. J. Exp. Med., 1972, 136, 207.
8. Mancini Q., Carbonara A. O., Hermans J. F. Immunochemistry, 1965, 2, 235.

УДК 616.927 + 616.927.7] : 616.453

С. К. КЕШИШЯН, Л. А. ОВСЕПЯН

СОСТОЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ ТИФО-ПАРАТИФОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Изучено состояние глюкокортикоидной функции коры надпочечников у больных тифо-паратифозными заболеваниями. Установлено, что глюкокортикоидная функция коры надпочечников при этих заболеваниях в период брюшнотифозной интоксикации резко угнетается, особенно при среднетяжелом и тяжелом течении.

Глюкокортикоидная функция коры надпочечников и ее потенциальная способность у больных брюшным тифом с разным клиническим течением заболевания исследовалась в работах И. А. Поварехо с соавт. [2]. Как отмечают авторы, уровень экскреции суммарных 17-ОКС у больных с тяжелым течением в разгар болезни достоверно в 2,5, а при средней тяжести и легком течении — в 2 раза ниже нормы. Экскреция свободных 17-ОКС у больных с тяжелой формой, средней тяжести и при легком течении в разгар болезни на одну треть выше нормы. Эти данные свидетельствуют о том, что в разгар болезни нарушается метаболизм глюкокортикоидов. Для изучения потенциальных возможностей надпочечников авторы у 24 больных брюшным тифом изучали экскрецию 17-ОКС до введения 30 ед. АКТГ и в течение 5 дней после его введения. В результате сделано заключение о том, что отрицательная нагрузка пробой с АКТГ резко угнетает функцию коры надпочечников в период выраженной брюшнотифозной интоксикации.

Изучая глюкокортикоидную функцию коры надпочечников при брюшном тифе, И. А. Поварехо [3] пришел к выводу, согласно которому на высоте брюшнотифозной интоксикации наблюдается выраженное снижение экскреции суммарных 17-ОКС при тяжелом и среднетяжелом течении брюшного тифа, т. е. функциональное состояние коры надпочечников находится в прямой зависимости от тяжести течения болезни. При легком течении брюшного тифа в период клинического выздоровления нагрузка АКТГ увеличивала экскрецию 17-ОКС на 1 мг/сутки, со 2-го дня наступало некоторое снижение 17-ОКС, не достигавшее ис-

ходного уровня к 4-му дню. В период клинического выздоровления при тяжелом и среднетяжелом течении брюшного тифа кора надпочечников реагировала на введение АКТГ некоторым снижением экскреции, а затем постоянным повышением в течение последующих 3 дней, превышающем исходный уровень. Таким образом, автором выявлена несостоятельность резервных и потенциальных возможностей коры надпочечников у больных брюшным тифом.

Ж. П. Сидорова [5] также отмечает снижение экскреции 17-ОКС при брюшном тифе, менее выраженное при легком и среднетяжелом и более отчетливо—при тяжелом течении заболевания. Период реконвалесценции характеризуется нарастанием 17-ОКС во всех группах, однако полной нормализации не наступает.

Вышеизложенное свидетельствует о вовлечении коры надпочечников в инфекционный процесс, в частности при брюшном тифе.

Нами изучалась экскреция суммарных 17-ОКС у больных с различным клиническим течением тифо-паратифозных заболеваний. Количество 17-ОКС определялось фотометрическим методом Медкалфа, модифицированным И. Т. Розевской [5]. Исследования проводились до и на 10 и 20-й дни лечения. Под наблюдением находились 39 больных, из коих брюшным тифом болело 25 и паратифом «В»—14 больных. Из общего числа больных были 22 женщины в возрасте: от 15 до 20 лет—6, 21—30—9, 31—40—4, от 41 года и выше—3 больных. Мужчин было 17 в возрасте: от 15 до 20 лет—11, 21—30—5, от 41 года и выше—1 больной. Легкое течение заболевания отмечалось у 3 женщин и 2 мужчин (в возрасте от 15 до 30 лет), среднетяжелое—у 13 и 8, тяжелое—у 6 и 7 соответственно.

Диагноз тифо-паратифозных заболеваний подтвержден гемокультурой у 30, реакцией Видаля и РПГА с нарастанием титра агглютинации в динамике заболевания—у 9 больных.

Для сравнения полученных данных исследовались также клинически здоровые лица (10 чел., из них 5 женщин и 5 мужчин в возрасте от 20 до 30 лет). Исследования показали, что в среднем у клинически здоровых лиц содержание суммарных 17-ОКС в моче у женщин составило 11,6, у мужчин—16,5 мг/сутки.

Таблица
Экскреция суммарных 17-ОКС с мочой в зависимости от тяжести течения заболевания (мг/сутки)

Течение заболевания	До лечения		10-й день		20-й день	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Легкое	13,9	10,1	15,25	10,5	15,9	11,3
Среднетяжелое	7,1	7,05	9,35	9,04	11,5	8,97
Тяжелое	6,2	6,6	8,47	7,6	10,6	8,2
Контроль	16,5	11,6	16,6	11,8	16,8	11,7

Как видно из данных таблицы, при легком течении тифо-паратифозных заболеваний наблюдается незначительное снижение экскреции

суммарных 17-ОКС в обеих группах, которое на 10-й день лечения почти нормализуется. При среднетяжелом и тяжелом течении отмечается выраженное снижение экскреции 17-ОКС, которое, по сравнению с контрольной группой, на 20-й день наблюдения не приближается к норме.

Таким образом, глюкокортикоидная функция коры надпочечников при тифо-паратифозных заболеваниях в период брюшнотифозной интоксикации резко угнетается, особенно при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания.

Кафедры инфекционных болезней и госпитальной терапии
Ереванского медицинского института

Поступила 30/VI 1982 г.

Ս. Կ. ՔԵՇԻՇԻԱՆ, Լ. Ա. ՀՈՎՍԵՓՅԱՆ

ՄԱԿԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԿԵՂԵՎԻ ԳՆՅՈՒԿՈՎՈՐՏԻԿՈՒԴԱՅԻՆ ՖՈՒՆԿՑԻԱՅԻ ՎԻՃԱԿԸ ՏԻՖ-ՊԱՐԱՏԻՖՈՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Մետակալֆի լուսաչափական մեթոդով՝ մոդիֆիկացված Ի. Տ. Ռոուկա-յայի կողմից, որոշվել է գումարային 17-օքսիկորտիկոստերոիդների պարունակությունը տիֆ-պարատիֆային հիվանդների մեկօրյա մեզում:

Պարզվել է, որ տիֆ-պարատիֆային հիվանդությունների ժամանակ ինչպես կանանց, այնպես էլ տղամարդկանց մոտ նկատվում է գումարային 17-օքսիկորտիկոստերոիդների արտազատման իջեցում մեկօրյա մեզում, որը տիֆ-պարատիֆային հիվանդությունների թեթև ընթացքի ժամանակ ինչպես կանանց, այնպես էլ տղամարդկանց մոտ թույլ կերպով է արտահայտված և բուժման տասներորդ օրը համարյա կանոնավորվում է:

Տիֆ-պարատիֆային հիվանդությունների միջին ծանրության և ծանր ընթացքի դեպքում նկատվում է գումարային 17-օքսիկորտիկոստերոիդների արտազատման արտահայտված իջեցում, որը նույնիսկ բուժման 20-րդ օրը չի մոտենում նորմայի: Գումարային 17-օքսիկորտիկոստերոիդների արտազատման իջեցումը մեզում տիֆ-պարատիֆային հիվանդությունների ժամանակ վկայում է մակերիկամների կեղևի գլյուկոկորտիկոիդային ֆունկցիայի ընկճման մասին, որը պայմանավորված է տիֆ-պարատիֆային ինտոքսիկացիայով:

S. K. KESHISHIAN, L. A. HOVSEPIAN

THE STATE OF GLUCOCORTICOID FUNCTION OF ADRENAL CORTEX IN PATIENTS WITH TYPHO-PARATYPHOID DISEASES

By photometrical method the content of total 17-oxycorticosteroids is determined in daily urine in patients with typho-paratyphoid diseases.

It is revealed that in typho-paratyphoid diseases both in men and women the reduction of total 17-oxycorticosteroids secretion depends on the gravity of the disease. The reduction of total 17-oxycorticosteroids in the urine testifies to the depression of the glucocorticoid function of the adrenal cortex caused by typho-paratyphoid intoxication.

1. Поварехо И. А. *Здравоохранение Белоруссии*, 1971, 9, стр. 83.
2. Поварехо И. А., Журавлев Н. А., Сохацкая В. Я., Бугаев А. В. *Здравоохранение Белоруссии*, 1973, 10, стр. 29.
3. Поварехо И. А. *Сов. мед.*, 1974, 4, стр. 151.
4. Розевская И. Т. *Лабор. дело*, 1967, 8, стр. 464.
5. Сидорова Ж. П. В кн.: *Матер. научн. конф.: Кишечные инфекции*. Киев, 1972, стр. 216.

УДК 616.248

А. Г. ВОСКАНЯН, Р. М. АМЯН

О КЛИНИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Описан случай выраженного бронхоспастического синдрома, являющегося своеобразной невротической реакцией, ведущей в последующем к формированию бронхиальной астмы.

Генез бронхиальной астмы является одним из наиболее сложных вопросов пульмонологии. Это обусловлено многообразием астмогенных факторов, которые часто упускаются из виду как самого больного, так и врача. Сложный патогенез заболевания обуславливает различные этиопатогенетические варианты течения бронхиальной астмы [4].

По мнению многих авторов [2 и др.], разрешающими факторами, реализующими приступ бронхиальной астмы, часто являются чрезмерное нервное напряжение, эмоциональный взрыв.

Приводим наше наблюдение выраженного бронхоспастического синдрома, являющегося своеобразной невротической реакцией, приведшей в последующем к формированию бронхиальной астмы.

Больная А., 47 лет, поступила на санаторно-курортное лечение 29/III-82 г. с жалобами на периодически возникающие приступы удушья, сопровождающиеся кашлем и свистящими хрипами. Больная отмечает также заложенность в носу, затрудненное дыхание через нос и обильные водянистые выделения, сухость в горле, хриплость голоса, вздутые живот, запоры.

В 1977 г. после сильного нервного стресса у больной появились высыпания в области живота и внутренних поверхностей рук, которые сопровождались зудом. Был поставлен диагноз аллергической реакции по типу крапивницы, по поводу чего больная более месяца получила кортикостеронды (преднизолон), но лечение оказалось неэффективным. Высыпания и зуд исчезли в течение нескольких месяцев самопроизвольно, по мере урегулирования функционального состояния нервной системы.

Впервые приступы удушья, вызванные психоэмоциональным потрясением, появились в сентябре 1981 г. и носили легкий характер, проходили спонтанно. Больная лечилась амбулаторно. В связи с дальнейшим ухудшением состояния в феврале 1982 г. больная была госпитализирована в специализированное отделение пульмонологии и аллергологии с предварительным диагнозом астмоидного бронхита. Получала лечение антибиотиками, антигистаминными препаратами, бромгексином. Лечение было неэффективным. На основании данных клинических и дополнительных обследований, в том числе ЛОР органов, в клинике был поставлен диагноз: атрофический фарингит, катаральный ларингит, преастма. Был проведен короткий курс лечения урбазоном. Состояние не улучшалось. Некоторое улучшение наступило после курса иглотеерапии, больная была выписана.