

P. A. VARTAPETIAN

ANOMALIES IN CHILDREN, RESULTED IN THE USE OF SYNTHETIC HORMONAL PREPARATIONS BY THEIR PARENTS

The anomalies of children, whose parents had used synthetic steroid hormones because of sexual impotence before the conception of the fetuses have been investigated. The clinical anomalies are manifested by myocardiopathies, congenital heart diseases, paroxysmal tachycardia, hyporchism etc.

The author has come to the conclusion that the application of synthetic steroid hormones is not quite expedient.

УДК616—018+617.54

A. A. ТОПЧЯН, А. А. АЙВАЗЯН, Н. Г. ГЮЛИКЕХВЯН, Т. Г. САРКИСЯН,
М. К. АБРАМЯН, Р. Е. ШАХГАЛДЯН

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОРАКАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Представлена подробная клинико-лабораторная характеристика изолированного торакального варианта ПБ. Установлено, что торакальный вариант ПБ встречается сравнительно редко. Приступ характеризуется цикличностью течения, обусловлен переходящим аллергическим выпотом в плевральную полость, сопровождается лихорадкой, повышением активности биохимических, гематологических показателей, угнетением клеточного иммунитета и дисиммуноглобулинемией.

Рост заболеваемости периодической болезнью (ПБ) во всем мире за последние 15—20 лет выдвигает данную проблему в число актуальных [1, 4, 5, 9, 12].

На основании изучения большого клинического материала выделено 3 формы ПБ: абдоминальная, торакальная и смешанная [2]. Абдоминальная и смешанная формы ПБ как наиболее часто встречающиеся освещены в литературе довольно полно, тогда как торакальная форма изучена недостаточно [1, 7, 10, 11].

В задачу данного исследования входило представить подробную клинико-лабораторную характеристику изолированной формы ПБ. Из общего числа (996) больных ПБ выделено 68 случаев изолированной торакальной формы (6,8%, мужчин—45, женщин—23). Все больные по национальности армяне в возрасте 14—52 года. Наследственная отягощенность ПБ имела в 8 случаях. Распределение больных в зависимости от возраста и пола представлено в табл. 1.

В результате проведенных исследований установлено, что приступы торакальной формы ПБ характеризуются стадийностью клини-

ческой картины. Начальная стадия приступа характеризуется подавленным настроением, неприятным ощущением покалывания, тяжести в груди, ознобом, возникающим обычно до, после либо непосредственно перед началом приступа и медленным подъемом температуры. Продолжительность начального периода в среднем составляет 4—12 часов.

Таблица 1

Возраст в гг.	Число больных	Пол	
		муж.	жен.
14—20	15	7	7
21—30	36	28	9
31—40	9	6	5
41—50	6	3	2
51 и выше	2	2	—
Всего	68	45	23

Стадия разгара характеризуется нарастанием интенсивности болей, которые, возникая обычно в правой половине грудной клетки, охватывают плечо, лопатку и шею. Установлено также, что боли с левосторонней локализацией отличаются большей интенсивностью. В этом периоде характерно наличие скованности у больных, боязни лишними движениями усугубить боль. В течение первых 2—8 часов лихорадка достигает наибольшей интенсивности и сопровождается медленным нарастанием температуры (39—40°, а иногда и выше) и учащением дыхания (20—50 дыхательных движений в минуту). При объективном осмотре обнаруживается отставание дыхательных движений на больной стороне, ослабление голосового дрожания, укорочение и тупость при перкуссии, ослабление или отсутствие везикулярного дыхания, нередко шум трения плевры, что подтверждается данными литературы [5, 6, 8, 11].

Третья стадия характеризуется спадом клинических проявлений. Спустя 4—12 часов от начала приступа отмечается постепенное снижение интенсивности болей и падение температуры до нормальных цифр. В редких случаях в течение последующих 2—3 дней держится низкий субфебрилитет.

По нашим наблюдениям, продолжительность каждого приступа в среднем составляет 2—4 дня, однако имеются единичные случаи, когда приступ затягивается до 7—8 дней.

Нами выявлена взаимосвязь между длительностью заболевания и частотой возникновения приступов. В первые годы болезни у большинства больных приступы наблюдались 1—2 раза в году, с течением времени они учащались—почти через каждые 2—3 месяца, а затем наблюдались еженедельно (в некоторых случаях 2 раза в неделю). Однако у многих больных в дальнейшем наблюдалось урежение приступов.

Рентгенологическое исследование больных в приступном периоде выявило резкое ограничение подвижности диафрагмы (37), а также наличие небольшого количества жидкости в реберно-диафрагмальном

синусе (12). У 2 больных с давностью заболевания свыше 23 лет выявлены плевральные шварты с обеих сторон, у одного—ателектаз среднего отдела правого легкого и у 3 больных—высокое расположение диафрагмы.

Нами проводилась оценка динамики показателей гуморального и клеточного иммунитета [1, 3], а также биохимические и гематологические исследования у больных ПБ (табл. 2, 3).

Таблица 2

Динамика показателей клеточного и гуморального иммунитета

Показатели	Число б-ных	Контроль	Вне приступа	Приступ
IgG	68	1265,0±83,0	1974,0±140,3	2673,0±212,5
IgM	68	137,0±1,1	164,4±23,0	150,0±18,3
IgA	68	248,0±5,5	178,7±19,4	153,0±21,1
РБТ в % стр. аг.	21	—	8,20±0,7	10,34±1,1
поч. аг.	21	—	4,21±0,5	8,11±0,7

Таблица 3

Динамика некоторых лабораторных показателей при ПБ

Показатели	Коллч. иссл.	Норма	Вне приступа	Приступ
Лейкоциты	68	5600,0±242,5	5785,0±27,5	10600,0±58,3
СОЭ	68	32,0±2,41	12,77±0,64	28,36±2,2
Эозинофилы	68	—	4,0±1,5	1,5±1,2
Сиаловая к-та	49	210,0±6,4	190,0±10,6	307,0±19,4
Фибриноген	53	350,0±41,0	378,0±18,8	690,3±29,7

Итак, результаты клинических исследований и лабораторных данных свидетельствуют, что для торакального варианта ПБ характерно чередование стереотипных торакальных приступов с межприступными периодами. Приступ ПБ характеризуется быстропроходящим аллергическим плевритом, высокой лихорадкой, лейкоцитозом, ускорением СОЭ, повышением содержания фибриногена, сиаловой кислоты, угнетением показателей клеточного иммунитета и дисиммуноглобулинемией.

Некоторые из вышеуказанных лабораторных показателей имеют тенденцию к снижению и нормализации в межприступном периоде. Сдвиги в показателях клеточного и гуморального иммунитета подтверждают иммунологическую обусловленность данной патологии.

Кафедра госпитальной терапии
Ереванского медицинского института

Поступила 18/VI 1984 г.

ՊԱՐԱԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԹՈՐԱԿԱԼ ՁԵՎԻ ԿԼԻՆԻԿԱԼ-ԼՈՐՈՐԱՏՈՐ
ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Ուսումնասիրված են պարբերական հիվանդությամբ (ՊՀ) տառապող հիվանդների պատմագրերը, որոնք հետազոտվել են I կլինիկական հիվանդանոցի բազայի վրա: Պատմագրերի ուսումնասիրությամբ թույլ տվեց ատանձնացնել ՊՀ կրժքային ձևով տառապող 68 դեպք (6,8 %): Համաձայն մեր տվյալների ՊՀ ալդ ձևը հանդիսանում է հազվագեղ հանդիպող ձևերից մեկը, որը հաստատվում է նաև մի շարք հեղինակների կողմից: Տղամարդիկ հիվանդանում են երկու անգամ ավելի հաճախ, քան կանայք: Բնորոշ են կրժքային նոպաների և միջնոպայական շրջանի հաջորդումները իրար: Նոպան ուղեկցվում է պլերայի անցողիկ ալերգիկ բորբոքումով, արտաքերտով պլերայի խոռոչում, բարձր ջերմությամբ, ցավային սինդրոմով, բիոքիմիական, հեմատոլոգիական ցուցանիշների ակտիվության բարձրացմամբ, բջջային իմունիտետի ակտիվության ընկճումով և դիսիմունոգլոբուլինեմիայով:

Միջնոպայական շրջանում նկատվում է որոշ վերը նշված բարձր ցուցանիշների իջեցման կամ կանոնավորման տենդենց:

A. A. TOPCHIAN, A. A. AYVAZIAN, N. G. GYULIKEKHOVIAN, T. G. SARKISSIAN
M. K. ABRAMIAN, R. Ye. SHAHGALDIAN

CLINICO-LABORATORY CHARACTERISTICS OF THE THORACAL
FORM OF PERIODIC DISEASE

The thoracal variant of periodic disease is one of the most rare cases. The fits are characterized by cyclic course, stipulated by allergic exudate in the pleural cavity. It is accompanied by fever, increase of the activity of biochemical, hematologic indices, inhibition of the cell immunity and disimmunoglobulinemia.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
2. Айвазян А. А., Тер-Захарян З. А. Проблемы терапии (мат. 1 съезда терапевтов Армении). Ереван, 1974, с. 37.
3. Айвазян А. А., Завгородняя А. М., Абрамян М. К., Пашиян С. А. и др. Ж. эксперим. и клин. мед. АН АрмССР, 1977, 1, с. 37.
4. Гращенков Н. И., Вейн А. М., Соловьева А. Д., Мальцина В. С. В сб.: Периодические и пароксизмальные нарушения в неврологической клинике. М., 1963, с. 5.
5. Виноградова О. М. Периодическая болезнь. М., 1973.
6. Сарванов А. М. Клин. мед., 1965, I, с. 46.
7. Eyler W. K., Nixon R. K., Priest R. J. Amer. J. Roentgenol., 1960, 84, 261.
8. Heller H., Sohar E., Grafni J. Pathol. Microbiol., 1964, 27, 833.
9. Reimann H., JAMA, 1963, 185, 51.
10. Shahin N., Sohar E., Dalith F. Amer. J. Roentgenol., 1960, 84, 269.
11. Siegal S. Ann. Int. Med., 1945, 23, 1.
12. Sohar E., Gafni J., Prass M., Heller H. Am. J. Med., 1967, 43, 227.