

Г. В. ГРОМОВА, Р. А. ЛЮДИНОВСКОВА, М. Б. ПЯТИГОРСКАЯ, О. О. ЛУЧИНА

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КРОВИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Отсутствие тестов, специфичных для определения активности ревматического процесса заставляет искать другие методы исследования крови, позволяющие с большей достоверностью определить активность ревматизма, особенно при вялотекущем процессе. С этой целью в клинико-биохимической лаборатории Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР (ВНЦХ) у кардиохирургических больных, наблюдающихся в научно-поликлиническом отделении по поводу ревматических пороков, наряду с традиционными исследованиями (определение титра антистрептолизина—О, титра антигиалуронидазы, С-реактивного белка, фибриногена, СОЭ крови), определялись иммуноглобулины.

Обследовано 32 больных, средний возраст которых составил 34 года. В отделе хирургии сердца ВНЦХ им были выполнены следующие операции по поводу ревматических пороков: закрытая митральная комиссуротомия—8 пациентам, протезирование митрального клапана шаровым протезом—9, полусферическим—7, биологическим—3, протезом ЭМИКС—2, протезирование аортального клапана—3 больным.

Исследование крови для определения активности ревматического процесса проводилось через 1—1,5 года после операции. Количество иммуноглобулинов крови и С-реактивного белка определялось в г/л, нормальным считалось содержание Jg M—0,5—1,8 г/л, Jg G 6—16 г/л, Jg A—1—5 г/л (Р. В. Петров, 1983 г.), С-реактивного белка до 15 мг/л. Определение иммуноглобулинов и С-реактивного белка сыворотки крови проводилось иммунотурбидиметрическим методом при помощи аналитической системы ФП-901, для определения использовались реактивы фирмы «Орион» (Финляндия). Метод основан на изменении иммунопреципитации в полиэтиленгликолевом буфере, при длине волны 340 нм. В сравнении с другими, метод имеет ряд преимуществ: а) короткое время проведения реакции позволяет получить результаты через 1/2—1 час после забора крови, б) метод прост в исполнении, в) при проведении исследований наблюдается высокая воспроизводимость методики, г) количественное определение С-реактивного белка позволяет более точно оценить полученные результаты в сравнении с традиционным методом.

У 19 обследованных пациентов содержание иммуноглобулинов крови соответствовало приведенным нормам. Одновременно титр антистрептолизина-О, антигиалуронидазы, содержание фибриногена, С-реактивного белка сыворотки крови, СОЭ соответствовали установленным нормам. При клиническом обследовании больных признаков активно-

сти ревматического процесса не обнаружено. В данном случае нормальное содержание иммуноглобулинов крови, наряду с другими критериями, подтвердило отсутствие активности ревматического процесса.

У 6 пациентов при нормальном содержании иммуноглобулинов сыворотки крови отмечено повышение титра антистрептолизина-О от 413 до 1250 и у 2 из них повышение титра антигиалуронидазы от 500 до 825, в то время как количество фибриногена, С-реактивного белка, СОЭ оставались нормальными, отсутствовали клинические признаки активности ревматического процесса. Основываясь на данных нормального содержания иммуноглобулинов крови, С-реактивного белка, фибриногена крови, СОЭ, на клинических данных, мы расценили ревматический процесс, как неактивный, несмотря на повышение титра антистрептолизина-О, антигиалуронидазы, что соответствует литературным данным [1]. В приведенном наблюдении иммуноглобулины крови послужили дополнительным тестом для более достоверного определения активности ревматического процесса.

У 7 пациентов мы обнаружили повышенное содержание иммуноглобулинов G, повышение колебалось от 0,6 до 6,0 г/л, у 4 пациентов одновременно отмечено повышение иммуноглобулинов M от 0,8 до 4,5 г/л, в сравнении с приведенными выше нормами. Количество иммуноглобулинов класса A оставалось в пределах нормальных величин. У 7 больных отмечено параллельно повышение титра антистрептолизина-О от 413 до 1250, титра антигиалуронидазы у 4 из них от 413 до 500, у 3 пациентов наблюдалось повышение С-реактивного белка, у 2—фибриногена и у 1—СОЭ. У этих же пациентов клинически определялись 1—2 признака активности ревматического процесса (повышение температуры, ревматический полиартрит, ревмокардит и т. д.). В данном случае повышенное содержание иммуноглобулинов G и M в сыворотке крови послужило дополнительным подтверждением активности ревматического процесса, наряду с традиционными методами. По данным отечественных авторов [2] при минимальной степени активности ревматического процесса не отмечено параллелизма и между содержанием иммуноглобулинов класса A, M, G и содержанием антистрептолизина-О, антигиалуронидазы, СОЭ крови.

Двум пациентам с активным ревматическим процессом мы провели лечение иммуномодулирующим препаратом—левамизолом (декарисом), по 150 мг в день, по 2 дня в неделю, 6 недель.

Нужно отметить, что эти больные проводили до этого постоянное лечение далагиллом, бициллином-5, весной и осенью—ибупрофеном, однако признаки активности сохранялись. После курса лечения левамизолом отмечена нормализация содержания иммуноглобулина класса G и M, клинически больные также отметили улучшение состояния; исчезли боли в суставах, потливость, субфебрильная температура; хотя по данным литературы существуют противоречивые сведения о лечении левамизолом, большинство авторов отмечают положительное влияние левамизола на клинику ревматических заболеваний [4, 5].

Число приведенных наблюдений невелико, но они позволяют сделать вывод, что определение иммуноглобулинов крови может служить дополнительным тестом в определении активности ревматического процесса, особенно при летальном течении, а также иммуноглобулины могут служить критерием в оценке эффективности лечения иммуномодулирующими препаратами.

ВНЦХ АМН СССР, I ММИ им. И. М. Сеченова

Поступила 26/IV 1986 г.

Գ. Վ. ԳՐՈՄՈՎԱ, Ռ. Ա. ԼՅՈՒԴԻՆՈՎՍԿԱՅԱ, Մ. Բ. ՊՅԱՏԻԳՈՐՍԿԱՅԱ, Օ. Օ. ԼՈՒՉԻՆԱ
ՍՐՏԱՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԱՐՅԱՆ ԻՄՈՒՆՈԳԼՈԲՈՒԼԻՆՆԵՐԸ
ՌԵՎԻՍԻՏԻՎ ՊՐՈՑԵՍԻ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵՋ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Արտավիրարության հիվանդների հսկողության հիման վրա եզրակացվել է, որ արյան A, M, G կարգի իմունոգլոբուլինները կարող են հանդիսանալ լրացուցիչ տեսողական ռեվիսիտիվ պրոցեսի ակտիվության որոշման մեջ, հատկապես դրա թաքնված ընթացքի ժամանակ:

G. V. Gromova, R. A. Lyudinovskova, M. B. Pyatigorskaya,
O. O. Luchina

The Blood Immunoglobulines in Determination of the Rheumatic Process Activity in Cardiosurgical Patients

S u m m a r y

On the base of the observations of cardiosurgical patients it is concluded that the blood immunoglobulines of G, M, A, classes may be the auxiliary test for the determination of the rheumatic process activity, particularly in its latent course.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Забриски Дж., Ингл М. А., Виарил Г. В. В кн.: «Клиническая иммунология сердца». М., «Медицина», 1984, 98—100. 2. Нестеров А. И., Анохин В. Н., Холмогорова Г. Т., Стефани Д. В. Вопросы ревматизма, 1974, 3, 3—6. 3. Петров Р. В. В кн.: «Иммунология». М., «Медицина», 1983, 44. 4. Томпсон Р. А. В кн.: «Последние достижения в клинической иммунологии». М., «Медицина», 1983, 475. 5. Хью, Барбер Р. К. В кн.: «Иммунология практических врачей». М., «Медицина», 1980.

УДК 616—005.7.13—089:(612.13+616—003.96)

Н. А. СЕРГЕЕВА, Н. П. ИСТОМИН, М. Э. СОКОЛОВ,
Л. Д. ЧИРКОВА, Л. Д. МАКАРОВА, А. П. РОЗУМНЫЙ

СОСТОЯНИЕ ОСНОВНЫХ АДАПТАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ГЕМОДИНАМИКИ КАК ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В патогенезе постишемических расстройств при острой непроходимости магистральных артерий конечностей большая роль отводится нарушению функционального состояния симпато-адреналовой, гипофизар-