

С. А. ФИЛИНА, Э. А. ГАСПАРЯН, Н. Х. ПОГОСЯН

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ
ЛЕЙКОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

С целью изучения резистентности организма у 105 больных различными формами лейкоза определены комплементарная активность, лизоцим, гетерогемагглютинины и гетерогеомолизины.

Выявлено, что при применении цитостатиков, гормональных препаратов, витаминов и других видов симптоматического лечения естественные антитела претерпевают количественные изменения в пределах физиологических колебаний. Гетерофильные антитела и лизоцим могут иногда резко повышаться (острый лейкоз) или понижаться (хронический лимфолейкоз).

О резистентности организма можно судить как по содержанию комплемента или алексина, так и по титру лизоцима и уровню гетерогемагглютининов или гетерофильных антител.

Мы сочли целесообразным изучить у больных лейкозом перечисленные элементы крови одновременно, присовокупив к ним еще гетерогеомолизины. С этой целью были проведены соответствующие исследования сывороток крови 105 больных (44 женщины и 61 мужчина в возрасте 16—75 лет). Острый лейкоз установлен у 46 больных, хронический миелоз у 29, хронический лимфолейкоз у 27, ретикулез у 3.

Для определения комплементарного титра была применена видоизмененная нами следующая методика: в агглютинационные пробирки разливалась по 0,5 мл активная испытуемая сыворотка в разных разведениях — 1:2 — 1:4 и т. д., затем в каждую пробирку добавлялась по 0,5 мл 2,5%-ная взвесь сенсibilизированных эритроцитов барана. Через 45 мин. инкубации смеси в термостате при 37° учитывался результат. За титр комплемента принималось наибольшее разведение сыворотки, давшее гемолиз указанных эритроцитов. В контрольной группе доноров он был установлен нами в пределах 1:2—1:32.

Содержание комплемента при поступлении больных в клинику выявлено почти во всех сыворотках (103) в титрах 1:4—1:32. При остром лейкозе большей частью наблюдались высокие и средние показатели. При хронических лейкозах чаще имели место средние величины. В двух сыворотках комплемент отсутствовал. Лечение сказывалось на уровне комплемента, поскольку оно вело к улучшению состояния больных, приводило к ремиссии, а следовательно, и к нормализации комплемента. Вид цитостатика и других лечебных препаратов не имел при этом значения.

Что касается гетерогемолизинов, титрация которых по отношению к отмытым бараньим эритроцитам проводилась также в активных сыворотках, то содержание их у 91 (87%) больного было в пределах 1:2—1:16. Иногда регистрировались и нулевые показатели, особенно при хроническом лимфолейкозе. Острый лейкоз в основном протекал при высоком уровне гемолизинов, но бывали случаи со средними и низкими титрами. В сыворотках трех больных в терминальной стадии гетерогемолизины не были обнаружены. При хроническом миелозе одинаково часто отмечены высокие и средние цифры, реже—низкие. У одного больного 69 лет в очень тяжелом состоянии, закончившемся летально, сыворотка не проявила гемолитической активности (0). Вместе с тем у 7 больных хроническим лимфолейкозом и у одного с ретикулезом, несмотря на тяжелое состояние и нулевые показатели гемолизинов, под влиянием лечения (лейкеран, дегранол, преднизолон, витамины и др.) наступила клинко-гематологическая ремиссия.

Для выявления гетерогемагглютининов или гетерофильных антител был использован метод Пауля-Буннеля. Наличие гетерогемагглютининов установлено в сыворотках крови 89 лейкозных больных (82—96%) в разведениях 1:0—1:8. В одном случае хронического миелоза титр был равен 1:32, а у 1 больного (0—7%) эритромиелозом — 1:256. Необходимо подчеркнуть, что во всех этих сыворотках в активном состоянии находились и гетерогемолизины.

В 14 инактивированных сыворотках (6—24%) гетерофильные антитела отсутствовали, в активном состоянии в них не было и гемолизинов.

Следует отметить, что повышенное содержание гетерогемагглютининов у больного эритромиелозом с наступлением ремиссии в результате длительного лечения (6-меркаптопурин, преднизолон, гемостимулин, переливание эритроцитной массы, витамины и др.) нормализовалось.

Активность лизоцима проверялась по общепринятому литическому действию серума на *Micrococcus lysodeicticus*: к 1,0 мл активной сыворотки разных разведений (1:5—1:10 и выше) приливалась по 0,5 мл взвесь суточной культуры микрококка. Через 3 ч. экспозиции в термостате при 37° отмечался итог реакции. Наибольшее разведение сыворотки, давшее лизис указанных сапрофитов, считалось титром лизоцима. В контрольной группе доноров он колебался в пределах 1:5—1:320.

Получены следующие результаты: у большинства больных независимо от формы лейкоза показатели лизоцима были в границах физиологических колебаний: 1:5—1:320. В терминальной стадии у трех больных острым лейкозом и трех—хроническим миелозом титр лизоцима был повышен (1:640—1:1280). У 6 больных острым лейкозом и у одного больного хроническим миелозом лизоцим не удалось выявить, на теле этих больных имелась сыпь типа пиодермии, безусловно, связанная с понижением бактерицидности крови.

Таким образом, при лейкозах с нарушением костно-мозгового кроветворения, но с применением цитостатиков, гормональных препаратов, витаминов и других видов симптоматического лечения вышеуказанные

естественные антитела, как правило, претерпевают количественные изменения в пределах физиологических колебаний.

Гетерофильные антитела и лизоцим могут иногда резко повышаться (острый лейкоз) или понижаться (хронический лимфолейкоз).

Институт гематологии
и переливания крови
МЗ АрмССР

Поступила 8/IX 1972 г.

Ս. Ա. ՖԻԼԻՆԱ, Է. Ա. ԳԱՍՊԱՐՅԱՆ, Ն. Խ. ՊՈԳՈՍՅԱՆ

ԼԵՅԿՈԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ՌԵԶԻՍՏԵՆՏՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ԲՈՒԺՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո մ

Լեյկոզով հիվանդների մոտ ուսումնասիրվել են կոմպլեմենտի բանակությունը, լիզոցիմի և հետերոհեմագլյուտինների տիտրը և հետերոֆիլ հակամարմինները:

Կատարվել են 105 հիվանդների արյան շիճուկի համապատասխան հետազոտություններ, ընդ որում, 46 հիվանդներ ունեցել են սուր լեյկոզ, 29-ը՝ խրոնիկական միելոլեյկոզ, 27-ը՝ խրոնիկական լիմֆոլեյկոզ, 3-ը՝ ուռուցիկություն:

Սուր լեյկոզի դեպքում մեծ մասամբ դիտվել են կոմպլեմենտի բարձր և միջին ցուցանիշներ, իսկ խրոնիկական լեյկոզի ժամանակ ցուցանիշները հաճախ եղել են միջին: Բուժման հետևանքով կոմպլեմենտի տիտրը հասել է նորմայի սահմաններին: Հետերոհեմոլիզինների պարունակությունը 91 (87%) հիվանդների մոտ եղել է 1:2—1:16-ի սահմաններում: Երբեմն գրանցվել են նաև զրո ցուցանիշներ, հատկապես խրոնիկ լիմֆոլեյկոզի դեպքում:

Սուր լեյկոզը հիմնականում ընթացել է հեմոլիզինների բարձր մակարդակով, բայց եղել են նաև միջին և ցածր տիտրերի դեպքեր: Երբ հիվանդների արյան շիճուկում տեղի ունի շրջանում հետերոհեմոլիզիններ չեն հայտնաբերվել:

Խրոնիկ միելոզի ժամանակ հաճախ նշվել են բարձր և միջին, հազվադեպ՝ ցածր ցուցանիշներ:

Հետերոհեմոլիզինների առկայությունը դիտվել է 89 լեյկոզով հիվանդների արյան շիճուկում (85%) 1:0—1:8 նոսրացումով:

Խրոնիկական միելոզի մեկ դեպքում տիտրը եղել է 1:32, իսկ էրիթրոմիելոզով մեկ հիվանդի մոտ՝ 1:256: Բոլոր շիճուկներում ակտիվ վիճակում գրանցվել են նաև հետերոհեմոլիզիններ:

Սուր լեյկոզը հիմնականում ընթացել է հեմոլիզինների բարձր մակարդակով 14 ոչ ակտիվ շիճուկներում (13%) հետերոֆիլ հակամարմիններ և հեմոլիզիններ չեն հայտնաբերվել:

Մեր հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հետերոհեմագլյուտինների պարունակությունը էրիթրոմիելոզով հիվանդների մոտ ուռուցիկ սկսման շրջանում նորմալանում է:

Լիզոցիմի ցուցանիշները մեծ թվով հիվանդների մոտ, անկախ լեյկոզի տեսակից, տատանվել են ֆիզիոլոգիական սահմաններում՝ 1:5—1:320:

Սուր լեյկոզով 3 և խրոնիկական միելոզով 3 մահացող հիվանդների մոտ լիզոցիմի տիարը եղել է բարձրացած՝ 1:640—1:1280:

Սուր լեյկոզով 6 և խրոնիկական միելոզով 1 հիվանդի մոտ լիզոցիմ հալտնարերել չի հաջողվել:

Այսպիսով, լեյկոզով հիվանդների մոտ ոսկրածուծային արյունաստեղծման ֆունի վրա, ցիտոստատիկ, հորմոնալ պրեպարատների, վիտամինների և այլ սիմպտոմատիկ դեղամիջոցների կիրառման դեպքում վերոհիշյալ բնական հակամարմինները ենթարկվում են քանակական փոփոխությունների ֆիզիոլոգիական տատանումների սահմաններում:

Հետերոֆիլ հակամարմինները և լիզոցիմը երբեմն կարող են խիստ բարձրանալ սուր լեյկոզի, կամ ցածրանալ խրոնիկական լիմֆոլեյկոզի ժամանակ: