

ней активной диспансеризации больных. Протеинурия у больных ПБ является первым достоверным клиническим признаком амилоидоза почек.

1 кафедра внутренних болезней
Ереванского медицинского института

Поступила 22/XI 1984 г.

Տ. Գ. ԹԵՎՈՍՅԱՆ

ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԱՄԻԼՈՒԴՈՅԻ
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ամիլոիդոզի կլինիկական շարորակ ընթացք դիտվել է ՊՀ այն անձանց մոտ, որոնց երիկամների հյուսվածքներում եղել են պրոլիֆերատիվ փոփոխություններ: Այդ հիվանդները դիտվում են որպես վտանգավոր խումբ հետագայում ամիլոիդոզի զարգացման տեսակետից: Անցողական սպիտամիզոթյամբ կեսից ավելի հիվանդների մոտ երիկամի հյուսվածքներում հայտնաբերվել է ամիլոիդոզ: Մշտական պրոտեինուրիայով բոլոր հիվանդների մոտ հայտնաբերվել է երիկամի ամիլոիդոզ: Ձևաբանական փոփոխությունները երիկամի հյուսվածքներում մշտապես նախորդում են նեֆրոպատիայի կլինիկական արտահայտությանը:

T. G. TEVOSSIAN

PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF RENAL
AMYLOIDOSIS IN PERIODIC DISEASE

It is established that the clinical course of amyloidosis depends on the character of the preceding morphologic changes in the kidneys, which allows to prognosticate the course of the disease, depending on the biopsy investigation of the kidney.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айвазян А. А., Гюликехян Н. Г., Завгородняя А. М. и др. Клини. мед., 1982, 1, с. 65.
2. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
3. Виноградова О. М. Периодическая болезнь. М., 1973.
4. Виноградова О. М., Серов В. В., Сиваков А. Е. Арх. патол., 1975, 2, с. 70.
5. Виноградова О. М. В кн.: Первичные и генетические варианты амилоидоза. М., 1980, с. 15.
6. Arcuri F., Panago G., Arch. E. Maragliano Partol. clin., 1977, 33, 61.
7. Ereki E. Proc. Eur. Dial. Transplant. Assoc., 1978, 15, 506, 14.
8. Halkin H. Clin. Pharmacol. ther., 1980, 28 (1): 82.
9. Meyer-Hoff I. Medicine (Baltimore), 1980, 59 (1): 66.
10. Reimann H. Ann. Clin. Labor. Sci., 1979, 9 (1), 16.

УДК 616.24—002.3:612.017.1

А. А. КАЗАРЯН, С. С. СААКЯН, Л. Л. МАИЛЯН, М. М. ПРАЛЯ

К ОЦЕНКЕ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ
С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Осложненные формы нагноительных заболеваний легких характеризуются значительными изменениями иммунологических показателей, охватывающими как Т-, так и

В-систему иммунитета. Выявлена корреляция этих изменений с клиническим течением заболевания. Особое значение придается определению IqG как важному прогностическому признаку.

Лечение хронических нагноительных заболеваний легких относится к числу актуальных вопросов современной медицины, что связано с ростом числа больных [2, 5, 6, 11, 13]. Участились случаи агрессивного течения инфекции с вовлечением в процесс значительных участков легкого, плевры с преобладанием деструктивных процессов над репаративными, что затрудняет лечение, отягощает течение операции и послеоперационного периода. Исследованиями последних лет показано, что развитие гнойно-септических заболеваний связано со снижением активности иммунологических процессов [1, 4, 9, 10, 12].

В настоящей работе поставлена задача исследовать некоторые показатели клеточно-гуморального иммунитета и неспецифические факторы защиты у больных с осложненными формами нагноительных заболеваний легких. Для определения характера изменений иммунного статуса обследовано 40 больных (мужчин—37, женщин—3 возрасте от 26 до 65 лет).

Первичное обследование проводилось при поступлении больных в стационар. Повторные исследования осуществлялись на 20—25-й день и по окончании курса терапии, включавшего антибиотики, сульфаниламиды, симптоматическую терапию, а также оперативное лечение. Контрольную группу составили 20 практических здоровых людей (доноры).

У больных определялось относительное содержание Т- и В-лимфоцитов [15, 16]. Выделение лимфоцитов из периферической крови проводилось в градиенте фиколл-верографин по методу Војит [14]. Основные классы сывороточных иммуноглобулинов А, М, G определялись методом радиальной иммунодиффузии в агаре по Mancini с соавт [17]. Концентрация иммунных комплексов выявлялась путем осаждения их полиэтиленгликолем-6000 с последующим измерением его концентрации на спектрофотометре [19]. Комплементарная активность сыворотки определялась по методу Н. Б. Гринбаум и Г. Б. Савельвольф [3]. Результаты подвергнуты статистической обработке, достоверность разницы средних показателей определялась по критерию Стьюдента.

В результате проведенных исследований установлено, что у больных с осложненными формами нагноительных заболеваний легких как до, так и в процессе лечения имеется значительное снижение относительного содержания Т-лимфоцитов по сравнению с контрольной группой (таблица). Уменьшение числа Т-розеткообразующих клеток сопровождалось незначительным повышением общего количества В-лимфоцитов, однако это увеличение не было статистически достоверным ($p < 0,05$).

В показателях концентрации сывороточных иммуноглобулинов отмечено некоторое повышение содержания всех основных классов иммуноглобулинов G, А, М, особенно IqG, в сравнении со здоровыми (таблица). Повышение уровня иммуноглобулинов можно рассматривать как защитную реакцию организма.

Тенденция к повышению уровня иммуноглобулинов одного или нескольких классов при этой патологии, вероятно, обусловлена особенностями реакции полинуклеаров и лимфоидной ткани на антигенный раздражитель (детерминанты микробного антигена, легочные антигены, токсины и др.).

Значительное повышение концентрации иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови в фазе обострения воспалительного процесса в бронхолегочной системе является благоприятным прогностическим признаком. При снижении же этих показателей течение воспалительного процесса, как правило, принимает затяжной характер [8, 18].

Функциональная активность В-лимфоцитов у больных коррелировала с клиническими проявлениями заболевания. Так, при тяжелом течении гангренозных абсцессов, эмпиемы плевры с летальным исходом (4 чел.) наблюдался наиболее низкий уровень IqG, в то время как IqA и IqM оставались в пределах нормы. IqG в сыворотке крови у этих 4 больных снижался до минимальных значений. Если у больных с благоприятным исходом заболевания IqG повышался до $765 \pm 23,8$, то у этих больных содержание IqG равнялось $298,7 \pm 61,8$ (различия значительны и статистически достоверны, $p < 0,001$). Это, в свою очередь, говорит об определенных сдвигах в сторону дефицита, что следует рассматривать как важный прогностический признак, требующий оптимального выбора медикаментозного лечения.

Таблица
Результаты иммунологических исследований у больных с осложненными формами нагноительных заболеваний легких

Обследованные больные					Здоровые
Сроки исследов.		1—10-е сутки	20—25-е сутки	30-е сутки и больше	
Относит. со- держ. лимф. (%)	Т-Кл.	$39,6 \pm 3,5$ $n=16$ $p < 0,001$	$29,3 \pm 3,6$ $n=8$ $p < 0,001$	$33,8 \pm 3,3$ $n=5$ $p < 0,001$	$57,0 \pm 0,59$
	В-Кл.	$27,0 \pm 2,8$ $n=17$ $p > 0,5$	$35,0 \pm 3,6$ $n=8$ $p > 0,05$	$34,2 \pm 5,3$ $n=5$ $p > 0,25$	$28,0 \pm 0,25$
Иммуноглобу- лины (мг%)	G	$728,4 \pm 27,5$ $n=23$ $p < 0,001$	$821,9 \pm 32,0$ $n=13$ $p < 0,001$	$812,7 \pm 14,4$ $n=4$ $p < 0,001$	$583,9 \pm 8,7$
	A	$146,9 \pm 7,9$ $n=24$ $p < 0,002$	$145,0 \pm 11,1$ $n=14$ $0,05 < p < 0,02$	$168,0 \pm 14,5$ $n=5$ $p < 0,002$	$120,2 \pm 1,8$
	M	$120,3 \pm 6,3$ $n=23$ $p < 0,001$	$127,9 \pm 11,0$ $n=13$ $p < 0,002$	$143,8 \pm 8,7$ $n=5$ $p < 0,001$	$90,4 \pm 1,4$
Иммунные комплексы		$511,8 \pm 79,3$ $n=16$ $p < 0,001$	$479,1 \pm 71,6$ $n=12$ $p < 0,001$	$488,0 \pm 90,7$ $n=5$ $p < 0,002$	$170,8 \pm 1,8$

Таким образом, в фазе обострения отмечаются значительные изменения иммунологических показателей, затрагивающие как Т-, так и В-систему иммунитета. Более закономерными и постоянными были изменения со стороны клеточного иммунитета, заключающиеся в значительном снижении относительного содержания Т-лимфоцитов.

Что касается неспецифических факторов иммунитета, то изучение комплементарной активности в сыворотке крови показало, что у боль-

шинства обследованных больных (65%) титры понижены. Уровень показателей активности комплемента в значительной степени отражает характер течения заболевания. Имеются данные [7, 20], что низкий уровень показателей неспецифической защиты также предрасполагает к затяжному течению заболевания и формированию хронических воспалительных изменений в легких.

Исследование количественных закономерностей циркулирующих иммунных комплексов (ИК) в крови выявило повышение их содержания у всех обследованных больных (таблица). Образование ИК сопровождалось понижением титра комплемента (рис.), что говорит об участии комплемента в образовании ИК.

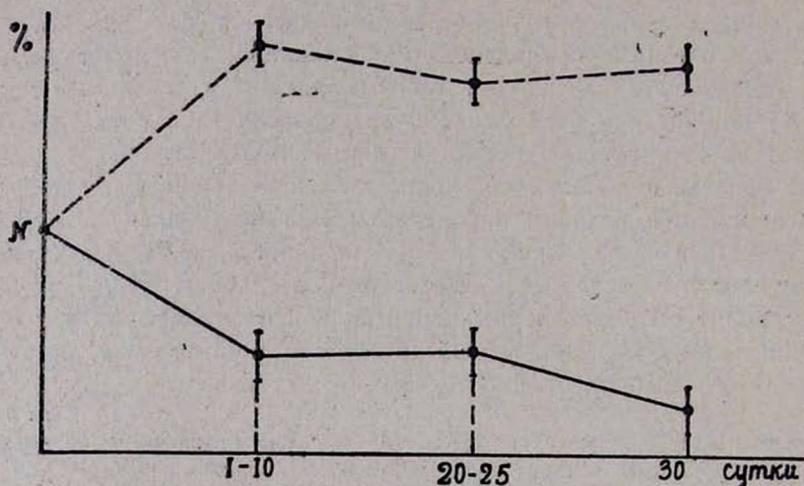


Рис. Динамика изменений показателей ИК и титра комплемента у больных с НЗЛ. — титр комплемента, — иммунный комплекс.

После проведенного лечения и при достижении клинической ремиссии, что подтверждалось другими лабораторными и рентгенологическими данными, улучшения иммунологических показателей нами не отмечалось.

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что при осложненных формах нагноительных заболеваний легких имеется корреляция между клиническими проявлениями заболевания и иммунологическими показателями. Однако отмечается запаздывание восстановления иммунологических показателей по сравнению с клиническим улучшением. Выявленные изменения позволяют рекомендовать более широкое использование определения классов иммуноглобулинов, в частности IgG, с целью прогнозирования течения болезни и диктуют необходимость включения в комплекс терапевтических мероприятий при осложненных формах нагноительных заболеваний легких препаратов, стимулирующих иммунологическую реактивность организма.

Лаборатория иммунологии
и кафедра грудной хирургии.
ЕрГИУВ

Поступила 19/XII 1984 г.

ԻՄՈՒՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՌԵԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ ԹՈՔԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ԲԱՐԴԱՑՎԱԾ ՁԵՎԵՐԻ ՀԻՎԱՆԻՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԻՆԵՐԻ ՄՈՏ

Թոքերի թարախային բարդացված ձևերի հիվանդություններով տառապող հիվանդների մոտ նկատվում է իմունոլոգիական ցուցանիշների նկատելի փոփոխություն: Փոխված է իմունիտետի ինչպես T—, այնպես էլ B-համակարգը, ինչպես նաև այդ փոփոխությունների համահարաբերակցությունը հիվանդության կլինիկական դրսևորման հետ: Հատուկ նշանակություն է ստրվում IgG-ի որոշմանը, որպես հիվանդության ընթացքի կարևոր ախտանշի:

A. A. KAZARIAN, S. S. SAHAKIAN, L. L. MAILIAN, M. M. PRALYA

ON THE ESTIMATION OF THE IMMUNE REACTIVITY IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF THE PURULENT DISEASES OF THE LUNGS

In patients with complicated forms of the pulmonary diseases there are observed significant changes of immunologic indices, including T-and B-systems of immunity, as well as the correlation of these changes with the clinical course of the disease. It is suggested to determine the IgG, as it is the significant sign of the course of the disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Борошков В. Г., Шемеровская Т. Г., Юсумов Ю. Н., Виноградов О. Т. Вестн. хир. 1984, 2, с. 7.
2. Григорян А. В., Недвецкая Л. М., Заркешев С. Р. и др. В кн: Всесоюзное научно-медицинское общество хирургов. Рязань, 1980, с. 69.
3. Гринбаум Н. Б., Савельвольф Г. Б. В сб: Актуальные вопросы инфекцион. патологии и иммунопатологии. М., 1967, с. 129.
4. Захаров С. Н., Островский В. К. Грудн. хир., 1984, 3, с. 52.
5. Кабанов А. Н., Ситко Л. А. В кн: Всесоюзное научно-медицинское общество хирургов. Рязань, 1980, с. 73.
6. Колесников И. С., Мыткин М. И., Лесницкий Л. С. и др. Там же, с. 60.
7. Косицкая Л. С., Немцов В. И. Тер. архив, 1981, 5, с. 107.
8. Лукашенко В. П. Лабор. дело, 1983, 4, с. 3.
9. Островский В. К. Клин. хир., 1983, 10, с. 13.
10. Полкиров Стоян. Гнойно-септическая хирургия. София, 1979.
11. Пугев Н. В., Левашов Ю. Н., Кохашенко В. В. Грудн. хир., 1983, 6, с. 35.
12. Стручков В. И., Прозоровская К. Н., Недвецкая Л. М. Иммунология в профилактике и лечении гнойных хирургических заболеваний. М., 1978, с. 272.
13. Федоров Б. П., Воль-Энштейн Г. А. Абсцессы легких. М., 1976.
14. Бойт А. Scand. J Clin Lab. Invest., 1968, 21, 97, 77.
15. Yonda M. et al. Exp. Med., 1972, 136, 207.
16. Mendes N. P. et al. J. Immunology, 1974, 113, 2, 531.
17. Mancini Q., Carbanara A. O. et al. Immunochemistry, 1965, 2, 256.
18. Turner-Warwick M. Immunology of the Lung, 1980.
19. Virella Q., Hipp W. A. et al. Int. Arch. Allergy, 1979, 58, 402.
20. Winkelstein J. A. J. Immunology, 1976, 116, 367.