

The Effect of Essentiale on the Arachidonic Acid Metabolism in the Leukocytes in Patients with Bronchial Asthma

The effect of essentiale on the cyclooxy- and lipooxygenase metabolic pathway in patients with bronchial asthma is studied. It is established that the intravenous infusion of essentiale inhibits the synthesis of lipooxygenase products. These metabolites are potent bronchoconstricting and inflammatory agents. There is observed also an activation of cyclooxygenase oxidation of arachidonic acid.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаджян М. М. Автореф. дис. канд. Ереван, 1990. 2. Амауни В. Г., Малаян К. Л., Захарян А. К. Тер. архив, 1992, 3, с. 61. 3. Паркер Ч. В. В кн.: Иммунология под ред. У. Пола, М., т. 3, 1989, с. 170. 4. Чекман И. С., Пелещук А. П., Пятак О. А. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Киев, 1986, с. 310.

УДК 612.017.1/617—002

В. М. Арутюнян, Р. А. Григорян, Г. А. Еганян

О ПРИНЦИПАХ КОРРЕКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Изучение иммунологической реактивности организма больных перитонитом (П) показало, что при тяжелом течении его наступает вторичная иммунологическая недостаточность [1, 2, 4, 7, 9]. Это диктует необходимость включения в комплекс лечебных мероприятий в послеоперационном периоде средств, повышающих специфическую и неспецифическую реактивность организма [3, 5, 6, 8].

Исходя из этого, у 68 больных П мы проводили стимуляцию иммунитета с помощью препаратов (Т-активин, В-активин) и ультрафиолетового облучения аутокрови (УФОК) аппаратом «Изольда» по общепринятой схеме с учетом формы и течения П, данных иммунологического статуса и возраста больных.

Результаты исследования показали уменьшение как относительно, так и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов в анализах крови, взятых на выходе из кюветы аппарата. Как следует из данных, представленных в таблице, наиболее существенные изменения отмечались со стороны В-системы иммунитета. Так, после проведения сеанса УФОК абсолютное количество В-лимфоцитов уменьшалось, относительное их количество изменялось менее существенно. Функциональная активность Т-лимфоцитов—реакция на фитогемагглютинин (ФГА) при УФОК существенным образом не менялась и была значительно ниже аналогичных показателей у здоровых лиц. Общее состояние больных на следующие сутки после УФОК улучшалось, однако у 12%

больных с крайне тяжелым течением П не отмечалось значительных изменений со стороны клинического течения и результатов исследования крови на токсичность.

Изучение состояния неспецифической иммунной реактивности после УФОК (1, 3, 7-е сутки) позволило выявить общую тенденцию к повышению функционального состояния Т- и В-лимфоцитов, которая, однако, не всегда проявлялась однозначно. Так, на 1, 3 и 7-е сутки относительное число Т-лимфоцитов возрастало. При этом, как следует из таблицы, абсолютное число Т-лимфоцитов, несмотря на их уменьшение на выходе из кюветы, в последующие сроки наблюдений возрастало и практически возвращалось к начальному уровню. Процентное содержание В-лимфоцитов по сравнению с исходным уровнем увеличивалось на 1, 3 и 7-е сутки. При этом необходимо отметить, что абсолютное количество В-лимфоцитов в крови уменьшалось на выходе из кюветы, однако в последующем на 1 и 3-и сутки этот показатель возрастал, но не достигал исходного уровня. Как видно из таблицы, абсолютное количество В-лимфоцитов даже на 7-е сутки оставалось ниже исходных послеоперационных величин. Абсолютное количество Т-лимфоцитов на 1, 3-и сутки наблюдений возрастало и практически возвращалось к исходному уровню. Что касается относительного количества Т- и В-лимфоцитов, то необходимо отметить, что оно имело тенденцию к увеличению на 1, 3 и 7-е сутки.

Показатели неспецифической иммунной реактивности организма при П до и после УФОК

Исследуемые показатели	До УФОК	На выходе из кюветы	Сутки после УФОК		
			1	3	7
Е-РОК (%)	$9,6 \pm 1,98$	$9,2 \pm 1,77$	$12,4 \pm 2,05$	$12,4 \pm 1,49$	$14,6 \pm 2,69$
Абсолютное число лимфоцитов, образующих спонтанные розетки	$125,13 \pm 17,7$	$105,4 \pm 15,6$	$136,10 \pm 12,7$	$126,9 \pm 11,4$	$114,66 \pm 17,2$
ЕАС-РОК (%)	$13,8 \pm 1,84$	$12,4 \pm 1,77$	$16,3 \pm 1,7$	$18,8 \pm 1,7$	$17,9 \pm 1,98$
Абсолютное число лимфоцитов, образующих комплексные розетки	$214,14 \pm 19,1$	$94,9 \pm 16,4^*$	$162,4 \pm 14,9^*$	$192,7 \pm 23,0$	$135,15 \pm 16,8^*$
Иммуноглобулины (г/л)					
А	$1,9 \pm 0,45$	$2,7 \pm 0,31$	$1,8 \pm 0,31$	$1,8 \pm 0,52$	$2,0 \pm 0,38$
М	$1,13 \pm 0,25$	$1,2 \pm 0,34$	$1,14 \pm 0,28$	$1,2 \pm 0,39$	$1,46 \pm 0,26$
G	$8,57 \pm 1,7$	$8,2 \pm 1,49$	$9,0 \pm 1,42$	$7,66 \pm 0,8$	$8,7 \pm 1,0$

Примечание. * — различия между показателями до УФОК и после него статистически достоверны ($P < 0,05$).

Течение патологического процесса у больных в терминальном состоянии усугублялось гнойно-септическими осложнениями, что потре-

бывало повторных операций. Использование в данном случае УФОК не отразилось благоприятным образом на ряде иммунологических показателей и последующем лечении гнойного процесса в брюшной полости. Напротив, прослеживалась тенденция к дальнейшему снижению количества клеток в Т- и В-популяциях. В эти сроки (1, 3-е сутки после операции) сохранялись низкие показатели иммуноглобулинов М и G. Причину нарушений иммунной реактивности у больных с неблагоприятным исходом мы объясняем состоянием иммунодепрессии, обусловленной пониженной реактивностью организма вследствие как эндотоксемии, так и особенностью иммунологического гомеостаза в ответ на внедрение инфекционного агента.

Выявленное снижение концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови является дополнительным прогностическим тестом, свидетельствующим о нарастании интоксикации и возможности неблагоприятного исхода несмотря на применение в комплексном лечении активных детоксикационных методов.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что у больных с благоприятным течением эндотоксикоза (реактивная и токсическая стадии перитонита) при иммуностимуляции определяется кратковременное снижение количества Т- и В-лимфоцитов в крови. При этом функциональные свойства их практически не изменяются. В последующем (до 7-х суток наблюдений) со стороны абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов по мере снижения эндотоксикоза отмечается их восстановление до исходного уровня. У больных с тяжелым эндотоксикозом, обусловленным терминальной стадией перитонита, напротив, после иммуностимуляции обнаружено дальнейшее снижение показателей как клеточного, так и гуморального иммунитета. Изучение иммунологической реактивности при тяжелом течении перитонита имеет важное значение для разработки более эффективной, патогенетически обоснованной терапии, одним из компонентов которой может быть УФОК. Иммунокорригирующая терапия более эффективна при предварительном радикальном хирургическом вмешательстве и адекватном дренировании брюшной полости.

Кафедра внутренних болезней № 2,
кафедра общей хирургии Ереванского
медицинского института

Поступила 21/I 1994 г.

Վ. Մ. Հաղարյունյան, Ռ. Ա. Գրիգորյան, Գ. Ա. Եղանյան

ԻՄՈՒՆԻԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ՍԿԵՐՈՒՆԵՆԵՐԸ
ՈՐՈՎԱՅՆԱՄԶԻ ԲՈՐԲՈՐՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ելնելով հիվանդության կլինիկական ձևից, տարիքից և իմունաբանական ցուցանիշների ելակետային վիճակից, Տ-ակտիվիտետի կամ Վ-ակտիվիտետի օգնությամբ, ինչպես նաև արյան անդամանուշակագույն ճառագայթահարման միջոցով իմունաթանիշ բուժումը ստացած որովայնամզի բորբոքմամբ տառա-

պող 68 հիվանդների մոտ հետազոտվել են բջջային և հումորալ իմունիտետի ցուցանիշներ:

Հետազոտության արդյունքների համեմատական քննությունը նախքան միջամտությունը անմիջապես, ինչպես նաև ճառագայթաճարմից 1, 3 և 7 օր հետո թույլ են տալիս պարզել և հիմնավորել անդամանուշակազույն ճառագայթաճարման ցուցումները որովայնամզի բորբոքման իմունակարգավորող բուժման կազմակերպման նպատակով:

V. M. Haroutyunian, R. A. Grigorian, G. A. Yeghanyan

Some Principles of Immune System Correction at Peritonitis

The authors have investigated the indices of cellular and humoral immunity in patients with peritonitis under immunostimulating therapy by T-activine and B-activine and ultraviolet irradiation.

The comparative analysis of the results before and after the procedures (after 1, 3 and 7 days) allows to substantiate the treatment with ultraviolet irradiation for immunocorrection at peritonitis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Громов М. И. Вестн. хир., 1989, 1, с. 134.
2. Дудкевич И. Г., Головин Г. В., Морченко А. В. и др. Вестн. хир., 1987, 1, с. 50.
3. Карякин А. М., Орлов С. Д., Смирнов С. И. Вестн. хир., 1975, 2, с. 58.
4. Карякин А. М., Сула П. А. Вестн. хир., 1988, 11, с. 23.
5. Лобаков А. И. Вестн. хир., 1987, 2, с. 132.
6. Мильков Б. О., Ротарь В. И., Мокаровская С. Е. и др. Клин. хир., 1990, 1, с. 45.
7. Рябцев В. Г., Горбовицкий Е. В., Масловский П. С. и др. Вестн. хир., 1989, 4, с. 84.
8. Keller P., Beding R. Zbl. Chir., 1981, 106, 12.
9. Marshall J. C. Surgery, 1988, 104, 2, 404.

УДК 616—056+616.61—003.821

В. М. Арутюнян, Г. А. Егянян, А. А. Геворкян, Г. С. Акопян,
Р. В. Арутюнян, С. Н. Агададян

К ВОПРОСУ О ГИПЕРТЕНЗИОННОМ СИНДРОМЕ ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК

Изучение артериальных гипертензий является важнейшей задачей медицины, требующей от клиницистов принципиально нового подхода к выяснению их этиопатогенеза. Актуальность вопроса в том, что присоединение гипертензионного синдрома к основному заболеванию становится подчас определяющим в судьбе больного.

Целью работы является исследование динамики артериального давления (АД) у больных периодической болезнью (ПБ) и амилоидной дистрофией почек.

Обследовано 96 больных ПБ (56 мужчин и 40 женщин; 50—абдоминальной, 9—торакальной и 34—смешанной формами). Во время при-