

следованной группы пациентов, а именно: длительность искусственного кровообращения не превышала 90 мин, что было значительно меньше, чем у больных с приобретенными пороками сердца (150—180 мин). Кроме того, можно предполагать, что у обследованных больных с врожденными пороками сердца резервно-компенсаторные возможности организма были более выражены, чем у больных с приобретенными пороками сердца. Быстрое повышение концентрации иммуноглобулинов в крови больных, происходившее вскоре после отключения АИК, объясняется, вероятно, как прямым переливанием донорской крови, так и мобилизацией депонированных иммуноглобулинов.

В послеоперационном периоде больные получали массивные переливания консерви-

рованной крови, что также способствовало повышению уровня иммуноглобулинов. По нашему мнению, адекватное содержание иммуноглобулинов в крови больных после операции в значительной мере благоприятствовало тому, что ни у одного из пациентов не развились нагноительные процессы.

Исходя из данных о значительном снижении концентрации иммуноглобулинов крови в процессе искусственного кровообращения, мы считаем необходимой проводить заместительную терапию препаратами, содержащими иммуноглобулины, в послеоперационном периоде. Целесообразен также иммунологический контроль, позволяющий оценивать эффективность лечения препаратами иммуноглобулинов.

Поступила 27.12.88.

УДК 616.517—085.355:577.15

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ $\Sigma$ -АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И МАГНИЯ В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

А. П. Суворов

*Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. С. И. Довжанский) и кафедра биохимии (зав.— проф. В. И. Рубин) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

В связи с недостаточной эффективностью существующей терапии псориаза разработка новых перспективных способов лечения этого распространенного хронического рецидивирующего заболевания является одной из наиболее актуальных задач практической дерматологии. Высокая активность протеаз, особенно в острой фазе болезни, ведет к нарушению регуляторных систем обмена веществ, изменяет метаболизм белков и нуклеиновых кислот и служит пусковым механизмом, провоцирующим проявление псориаза. Становится очевидной обоснованность использования в периоде прогрессирования дерматоза ингибиторов ферментов протеолиза и медикаментозных препаратов, способствующих восстановлению активности ингибиторов протеаз в организме самого больного.

В комплексную терапию больных псориазом мы включили ингибитор протеаз и препарат магния. Основанием для назначения препаратов магния послужили результаты биохимических исследований, показавшие наличие одинаковой динамики активности ингибитора протеаз и содержания магния в коже в зависимости от остроты патологического процесса, а также наличие высокой статистически достоверной положительной корреляции между этими показателями и дефицитом полисахаридов.

Наряду с наблюдением за динамикой клинических признаков у больных определяли активность протеаз по ВАЕЕ-эстераз-

ной активности и ингибитора ферментов протеолиза. Лечение проводили под контролем коагулограммы. С учетом интенсивности патологического процесса в коже назначали внутрь 4—5 раз в день  $\Sigma$ -аминокапроновую кислоту по 1,0—2,0, предварительно растворив ее в полустакане сладкой воды. Одновременно для повышения активности использовали панангин по 1—2 драже 3 раза в день или аспаркам в той же дозе.

Под наблюдением находились 54 пациента с псориазом (мужчин — 28, женщин — 26) в возрасте от 18 до 74 лет и длительностью заболевания от 1 мес до 41 года. Очаговая форма диагностирована у 20 больных, диссеминированная — у 33, папулезная — у 24, папулезно-бляшечная — у 25, крупнобляшечная — у 4, эритродермия — у одного. У всех больных до лечения установлена стадия прогрессирования.

До лечения больных, как правило, беспокоил зуд. На каждом покрове определялись эпидермо-дермальные папулы ярко-красного цвета с шелушением на поверхности. По периферии элементов имелся венчик эритемы без чешуек. Три феномена псориаза положительные.

В результате лечения продолжительностью 6—10 дней у всех больных был отмечен выраженный эффект. У большинства зуд исчезал уже после 2—3 дней лечения, одновременно прекращалось появление новых элементов. Постепенно (на 2—5-й день) уменьшалось количество чешуек на поверхности папул, ко-

торые становились бледнее и более плоскими. В среднем на 5—8-й день терапии центральная часть папул и бляшек отчетливо уплощалась; на 8—10-й день начиналось разрешение отдельных эфлоресценций дерматоза, то есть заболевание переходило в стадию стабилизации или даже начинало регрессировать.

При лечении больных рекомендуемым способом отмечалась положительная динамика клинических признаков. Она была особенно выражена по сравнению с таковой в группе сравнения, которых лечили общепринятыми медикаментозными препаратами (седативные средства, гипосенсибилизирующие препараты, витамины и метатрексат).

При лечении рекомендуемым способом побледнение и уплощение папул, уменьшение чешуек на их поверхности наступает в 1,5—1,7 раза быстрее, эфлоресценции дерматоза также начинают разрешаться в 2,3—2,4 раза быстрее, чем при использовании общепринятых медикаментозных препаратов.

После курса терапии  $\Sigma$ -аминокапроновой кислотой с медикаментозным препаратом магния у 3 больных процесс быстро регрессировал с полным клиническим разрешением эфлоресценций, так что дальнейшее лечение им не потребовалось. У 13 больных наступило значительное улучшение (разрешение части высыпаний). У 39 больных констатировано умеренное улучшение (стабилизация патологического процесса), из них у 31 имело место отчетливое уплощение папул и бляшек. При проявлениях дерматоза лечение, направленное на восстановление нарушенного обмена веществ в коже, было продолжено.

После окончания терапии  $\Sigma$ -аминокапро-

новой кислотой и медикаментозным препаратом магния в сыворотке крови больных снижалась активность ферментов протеолиза (BAEE-эстеразная активность до лечения  $9,5 \pm 1,7$ , после лечения  $4,7 \pm 0,8$  ммоль/(мин · л);  $P < 0,05$ ) и повышалась антитриптическая активность (до лечения  $6,5 \pm 1,9$ , после лечения  $15,0 \pm 1,6$  ИЕ/л;  $P < 0,01$ ). Установленный предел снижения активности протеаз при введении ингибитора может служить биохимическим критерием для проведения терапии. Так, при величине BAEE-эстеразной активности более  $4,7 \pm 0,8$  ммоль/(мин · л) целесообразно лечение  $\Sigma$ -аминокапроновой кислотой.

Важно подчеркнуть, что время свертывания крови и длительность кровотечения изменялись несущественно.

Таким образом, предложенный способ сокращает сроки лечения больных с острой стадией псориаза, не имеет побочного действия и легко осуществим в условиях как стационара, так и амбулатории. Если использование  $\Sigma$ -аминокапроновой кислоты тормозит активность пептидгидролаз, то введение медикаментозного препарата магния способствует повышению активности ингибитора протеаз. Последнее подтверждает предположение о зависимости проявления специфических свойств ингибитора ферментов протеолиза от концентрации в организме ионов этого биоэлемента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Суворов А. П.//Папулезные дерматозы. Псориаз.— Саратов, 1987.

Поступила 25.04.88.

УДК 618.19—006.6—037

## ДЕСМОПАЗИЯ СТРОМЫ И ПРОГНОЗ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С. Б. Петров

Кафедра патанатомии (зав.— проф. В. А. Добрынин)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Клинические факторы прогноза, влияющие на выбор метода лечения, и отдаленные результаты его у больных раком различных органов, в частности молочных желез, интенсивно изучаются [2]. Вместе с тем в ряде случаев, при благоприятных, казалось бы, и постоянно учитываемых прогностических факторах, продолжительность жизни больных бывает короткой и наоборот. Морфологический анализ удаленных опухолей молочных желез у женщин кроме традиционного диагноза может дать дополнительные критерии риска с последующим использованием для прогноза.

С целью выявления дополнительных

прогностических факторов при морфологическом анализе раковых опухолей, а также отличий фиброаденом от раковых опухолей нами были изучены 84 раковых опухоли и 31 фиброаденома молочных желез у женщин.

Исследования выполняли с помощью общеморфологических, гистохимических, гистоэнзимологических и ультраструктурных методов. Количественное изучение 11 раковых опухолей и 20 фиброаденом было проведено с помощью разработанного нами на основе современных данных [1] метода системного морфостереометрического анализа ткани раковой опухоли. Высчи-