

Поступила 17 июля 1961 г.

## ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

*М. Г. Курамшина, Н. М. Шихова, Е. И. Конокова, В. Л. Бабкина*

Микробиологическая лаборатория (зав.— ст. научн. сотр. М. Г. Курамшина), клиника кардиологии (зав.— доц. Н. М. Шихова) и клиника активного ревматизма (зав.— проф. М. М. Шихов) Сочинского института курортологии

Большинство ученых — сторонники инфекционно-аллергической природы ревматизма (А. И. Нестеров, В. И. Молчанов, В. Е. Незлин, В. И. Иоффе, М. П. Кончаловский и др.). Ряд авторов указывает, что очаговая  $\beta$ -стрептококковая инфекция — источник сенсибилизации организма, необходимой для возникновения заболевания.

Возникновение, течение и исход ревматизма зависят в первую очередь от реактивности макроорганизма. В предыдущей работе (1958 г.) мы изучали иммунологические показатели у больных ревматизмом при комплексной терапии. В данной работе мы поставили задачу провести изучение иммунологических показателей (содержание в сыворотке крови больных антигиалуронидазы и антистрептолизина-0) в динамике заболевания в сопоставлении с данными клинических наблюдений. Изучение в указанном направлении имело целью выявить, в какой мере уровень и динамика иммунологических показателей соответствуют течению болезни и могут быть использованы для его оценки.

Упомянутые показатели исследованы нами у 245 больных ревматизмом (женщин 143 и мужчин 102). В возрасте до 20 лет было 110, от 20 до 40 лет — 115 и старше — 20 больных. В активной фазе ревматизма было 195 больных. У 85 больных суставные явления были выражены в виде полиартралгий, у некоторых наблюдались подострые проявления полиартрита. У 100 больных были хронические очаги в миндалинах, что свидетельствовало о постоянном антигенном воздействии стрептококков. Почти все больные перенесли от 2 до 6 атак, у некоторых была первая атака.

Лечение было комплексным и включало режим и диету, санацию очагов инфекции, медикаментозные и гормональные препараты, антибиотики.

Первое исследование сыворотки крови производилось на 2—3 день пребывания больного в клинике, но обязательно до назначения лечения. В дальнейшем у каждого производились дополнительные определения в зависимости от срока пребывания. У всех исследовалась микрофлора зева, с акцентом на высеваемость  $\beta$ -гемолитического стрептококка.

В процессе заболевания титры антигиалуронидазы и антистрептолизина-0 претерпевают определенные отклонения от нормальных цифр. Изменения содержания антигиалуронидазы и антистрептолизина-0 происходили параллельно у 124 из 195—63,5%, то есть колебания титров антигиалуронидазы в сторону повышения сопровождалось повышением титров антистрептолизина-0, и наоборот. Наибольшее повышение титров антител было у больных с первой и второй атаками ревматизма, здесь мы видели выраженность и клинических данных. Повышение титров наблюдалось у больных с непрерывно рецидивирующим течением болезни, с сердечно-суставной формой заболевания, при этом показатели оставались более стабильными. Средние титры (умеренно повышенные) антител отмечались при многократных атаках, но при остром начале заболевания титры антител были также повышены. При вяло текущих заболеваниях иммунологические показатели оставались на более низких цифрах.

У тех больных, у которых были выражены клинические проявления и повышены титры антител, клиническое улучшение характеризовалось снижением титров антител к моменту выписки, хотя уровень иммунологических показателей у большинства и не приходил к норме. Заболевание заканчивалось относительно благополучно, рецидивов не наступало. У тех больных, у которых заболевание проходило с непрерывно рецидивирующим, вялым или затяжным течением, титры антител не обнаруживали тенденцию к снижению или оставались без изменений.

По-видимому, несоответствие титров антител с клиническим улучшением свидетельствует о глубоких изменениях в организме больного, возможно, связанных со стрептококковой инфекцией и аллергической перестройкой организма, на что указывает в своих наблюдениях В. Н. Анохин.

Снижение титров иммунологических реакций часто совпадало у больных с весьма

тяжелым течением ревматического процесса, то есть резкое угнетение защитных сил организма сказывалось и на выработке антител, что дает возможность расценивать это как показатель тяжести заболевания.

По нашим данным (см. таблицу 1), титр антигиалуронидазы был повышен у 142 из 195 больных (72,8%) в активной фазе болезни. Повышенный титр антистрептолизина-0 был у 132 больных (67,7%). Некоторые сдвиги иммунологических показателей выявлены в межприступном периоде заболевания (см. таблицу). У больных с латентным течением в процессе лечения выявлена тенденция к снижению этих показателей.

Таблица 1

**Титры антигиалуронидазы и антистрептолизина-0  
в зависимости от формы заболеваний**

| Группа обследованных больных        | Количество<br>обследован-<br>ных больных | Титры АГ (в ед.) |              |                | Титры АС-0 (в ед.) |              |                |
|-------------------------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|----------------|--------------------|--------------|----------------|
|                                     |                                          | 100—<br>250      | 300—<br>500  | 625 и<br>более | 100—<br>165        | 250—<br>333  | 500 и<br>более |
| Активная фаза                       |                                          |                  |              |                |                    |              |                |
| 1. Острое и подострое течение . . . | 145                                      | 24               | 32           | 89             | 27                 | 30           | 88             |
| 2. Латентное течение . . . . .      | 50                                       | 29               | 16           | 5              | 36                 | 10           | 4              |
| Итого . . .                         | 195                                      | 53               | 48 94<br>142 |                | 63                 | 40 92<br>132 |                |
| Неактивная фаза                     |                                          |                  |              |                |                    |              |                |
| 1. Межприступное течение . . . . .  | 50                                       | 20               | 25           | 5              | 26                 | 20           | 4              |
| Практически здоровые . . . . .      | 20                                       | 15               | 5            | —              | 18                 | 2            | —              |

По ходу исследования нами замечено влияние очаговой инфекции на показатели иммунологических реакций (у 104 из 195), что выражалось в повышенных титрах антител. Были случаи, когда иммунологические показатели были повышены, а  $\beta$ -гемолитический стрептококк из зева не высевался, и наоборот, при наличии стрептококка титры антител оставались в пределах нормы или же были незначительно повышены. Последнее можно объяснить индивидуальной реактивностью больных или измененной биологической активностью стрептококка. Однако при отсутствии клинических признаков можно предположить «сосуществование» стрептококка и организма больного (А. И. Нестеров). Понижение защитных реакций вызывает падение резистентности организма к инфекции, что в клинике выражается обострением дремлющей скрытой очаговой инфекции (Г. Н. Сперанский). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что определение в крови содержания антигиалуронидазы и антистрептолизина-0 отображает колебания состояния больного в течении ревматического процесса. Следовательно, они могут быть использованы при контроле эффективности лечения и сроках выписки больного. Динамическое снижение данных показателей при остром течении во время тяжелого состояния больного можно расценивать как прогностический признак.

# ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э. Р. Тер. арх., 1957; Некоторые иммунологические показатели при ревматизме и их диагностическое значение. Дисс., М., 1958. — 2. Анохин В. Н. Тер. арх., 1959, 5. — 3. Игнатова М. С. Педиатрия, 1957, 2. — 4. Ковалева Е. В. и др. Педиатрия, 1959, 1. — 5. Нестеров А. И. Тер. арх., 1957, 2. — 6. Ральф. Гемолитические стрептококки и антитела к ним при ревматизме. Дисс., М., 1953.

Поступила 17 февраля 1961 г.