

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА-О ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

В. Л. Эльбарт

Факультетская терапевтическая клиника (зав. — проф. З. И. Малкин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В настоящее время типичными инфекционно-аллергическими заболеваниями, связанными этиологически со стрептококковой инфекцией, признаются ревматизм (болезнь Сокольского — Буйо) и нефрит. Агрессия стрептококка приводит к накоплению в организме различных продуктов обмена, которые в большинстве случаев имеют свойства токсинов. Эти продукты обмена следующие: стрептолизин (гемолизин), фибринолизин (стрептокиназа), гиалуронидаза и др. О-стрептолизин продуцируется представителями всех серологических типов стрептококков группы А, G, C в процессе метаболизма активно размножающихся микробных клеток. О-стрептолизин является экстрацеллюлярным фактором, отделимым от микробной клетки, и диффундирует в среду. Лизис эритроцитов вызывается двоякого рода гемолизинами. Один из них образуется лишь в присутствии кровяной сыворотки, продукция второго не связана с наличием ее в среде. В то время как первый не теряет своей активности при хранении, второй инактивируется при доступе кислорода, но вновь восстанавливает активность при добавлении редуцирующих веществ (сульфита натрия). На основании этих отличий первое вещество называют S-стрептолизин (т. е. стрептолизин, образующимся в присутствии сыворотки), а второе — О-стрептолизин (для обозначения чувствительности к кислороду воздуха). S-стрептолизин лишен антигенных свойств, тогда как О-стрептолизин обладает ими. В ответ на выделение стрептококками стрептолизин-О в организме образуется антистрептолизин-О (АСЛ-О).

Нами были проведены исследования АСЛ-О у 110 больных. При этом мы пользовались методикой, предложенной Ранзом и Рандалом в модификации Института микробиологии и эпидемиологии АМН СССР имени Гамалея. Мы применяли сухой препарат О-стрептолизина для определения АСЛ-О в сыворотке больных.

Титр сыворотки выражается числом АЕStO в 1 мл сыворотки. АЕStO — интернациональная единица АСЛ-О.

Титр АСЛ-О до 250 АЕStO в 1 мл обнаруживается у практически здоровых людей и считается нормальным.

Среди обследованных нами лиц были больные ревматизмом и нефритами (всего 79), 22 с различными заболеваниями (контроль) и 9 с большими коллагенозами.

Мы нашли АСЛ-О с титром 250 ед./мл и выше у больных с острым полиартритом и эндокардитом. Нарастание титра АСЛ-О происходит чаще на 1-й и 2-й неделе заболевания, максимум приходится чаще на 5—7-ю недели, затем постепенно понижается и через 4—8 месяцев достигает нормальных величин.

В некоторых случаях отмечалось запоздалое нарастание, в других, особенно при первой атаке, — ранний подъем на 1-й и 2-й неделе заболевания.

Заслуживает внимания тот факт, что повышение титров АСЛ-О, как правило, отмечается у больных с ревматическим миокардитом, не сопровождающимся суставными явлениями или пороком сердца. Обнаружение высокого титра АСЛ-О является дополнительным признаком ревматической природы болезненного процесса.

Из наблюдавшихся нами 16 больных ревматическим миокардитом у 12 титр АСЛ-О был повышен. У больных с вяло текущими миокардитами титр АСЛ-О повышается в период обострения, хотя другие признаки иногда выражены нерезко.

Титры АСЛ-О у больных с постгриппозным миокардитом, в отличие от ревматического, остаются на минимальных цифрах и не превышают титров АСЛ-О у здоровых людей. Титр АСЛ-О остается низким при холециститах, тиреотоксикозе, при затяжном септическом эндокардите. При больших коллагенозах титры АСЛ-О повышаются только у некоторых больных.

По нашим данным, при остром диффузном гломерулонефрите наблюдается повышение титра АСЛ-О (чаще в первые 2—3 недели заболевания), а в течение 3—5 месяцев при благоприятном течении — возврат к нормальным цифрам.

При остром диффузном гломерулонефрите титры АСЛ-О иногда достигают очень высоких цифр, но быстро снижаются. Однако в некоторых случаях встречались стационарно высокие титры АСЛ-О, а в других — волнообразно изменяющиеся.

Наиболее важными являются систематические исследования титров АСЛ-О, так как однократное повышение АСЛ-О не выявляет динамики иммунологического ответа организма на антигенное раздражение.

При хроническом нефрите, в отличие от острого, титры АСЛ-О обычно достигают уровня средних, иногда высоких цифр в период обострения, но вне его держатся на низком уровне.

При остром пиелонефрите у одних больных титры АСЛ-О достигают очень высоких цифр в остром периоде, у других остаются низкими.

Постоянство повышения титров АСЛ-О при остром гломерулонефрите и обострении хронического нефрита является дополнительным подтверждением стрептококковой этиологии нефрита и целесообразности систематического применения антибактериальной терапии.

Вместе с тем при хроническом нефрите, гипертоническом варианте течения болезни и при сравнительном клиническом благополучии титр АСЛ-О невысокий. При тяжелом течении нефрита и азотемической уремии также отмечается низкий титр АСЛ-О, что можно объяснить подавлением иммунных реакций.

Следует отметить, что у всех больных с амилоидным нефрозом титры АСЛ-О не были повышены.

УДК 616.155.391—616—002.77—616.94—616.126—092

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕСТНОГО ЛЕЙКОЦИТОЗА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ И ЗАТЯЖНОМ СЕПТИЧЕСКОМ ЭНДОКАРДИТЕ

И. Д. Михалев

Кафедра госпитальной терапии (зав.— доц. В. Е. Богданов) Кубанского медицинского института

Ряд авторов (А. Я. Губергриц, А. Б. Шахназаров, Н. И. Сперанский и С. Р. Белоус и др.) рекомендует использовать определение местного лейкоцитоза для оценки активности ревматизма. Для проверки и уточнения диагностической ценности местного лейкоцитоза при ревматизме и затяжном септическом эндокардите мы обследовали 350 больных ревматизмом, 30 больных затяжным септическим эндокардитом и 20 практически здоровых лиц. С активным ревматизмом было 273, с неактивным — 77 больных. Сердечная форма наблюдалась у 216, сердечно-суставная — у 57 больных. Острое течение было у 101, подострое — у 93 и латентное — у 79 больных.

Мы исследовали количество лейкоцитов крови, взятой из пальца (общий лейкоцитоз) и во втором межреберье слева (местный лейкоцитоз¹). Полученные данные обрабатывали общепринятым методом вариационной статистики.

Регионарный лейкоцитоз при сердечно-суставной форме по сравнению с местным лейкоцитозом у здоровых оказался выше в среднем на 48,5%, при сердечной — на 30,8% ($P < 0,001$), при неактивном ревматизме — только на 8,8% и при затяжном септическом эндокардите — на 25% ($P < 0,01$). Разность между местным и общим лейкоцитозом увеличилась также при сердечно-суставной форме в среднем на 63,6%, при сердечной — на 72,7%, при затяжном септическом эндокардите — на 145% ($P < 0,001$) и не изменялась при неактивном ревматизме. Эта разность свыше 3 тыс. обнаружена при сердечно-суставной форме у 11 из 57, при сердечной — у 48 из 216, при неактивном ревматизме — у 6 из 77 и при затяжном септическом эндокардите — у 11 из 30 больных.

Местный лейкоцитоз наиболее выражен при остром и подостром течении активного ревматизма. Так при остром течении сердечно-суставной формы он был увеличен в среднем на 80,8%, сердечной — на 53,3% ($P < 0,001$), а при латентном течении — соответственно на 23,5 и 17,6% ($P < 0,001$).

При сопоставлении результатов исследования местного лейкоцитоза при активном и неактивном ревматизме мы выявили статистически достоверные различия между ними.

По нашим данным, показатели регионарного лейкоцитоза надо считать достоверными тогда, когда разность между местным и общим лейкоцитозом превышает 1100 лейкоцитов. Местный лейкоцитоз был обнаружен при сердечно-суставной форме у 75,4%, при сердечной — у 67,5%, при неактивном ревматизме — у 32,4% и при затяжном септическом эндокардите — у 80% больных. В то же время положительная баночная проба выявлена при сердечно-суставной форме у 56,1%, при сердечной — у 52,3%,

¹ Прим. ред. Местным лейкоцитозом называют увеличение количества лейкоцитов в крови, взятой из кожи над пораженным органом.