

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Ф. Б. Ряполов

*Терапевтическое отделение (зав. — Л. А. Косарева) Республиканской больницы
Минздрава Чувашской АССР (главврач — И. Ф. Луньков)
Научный руководитель — проф. Л. М. Рахлин*

В последние годы для диагностики активности ревматизма наряду со сложными иммунологическими исследованиями используются некоторые биохимические методы, которые вполне могут быть осуществлены в обычных лечебных учреждениях.

Мы определяли общее содержание в крови полисахаридов методом расщепления панкреатином по Цуверкалову и Храмову, фибрина по методике Велиша, сиаловых кислот по методике Хесса, Коберни, Бейтса и Мерфи. Результаты сопоставляли с данными электрофореза белков сыворотки крови.

Для контроля нормальных соотношений все тесты были проведены у 20 здоровых взрослых людей.

Средние величины содержания полисахаридов в сыворотке крови составляют у здоровых 189 мг%, сиаловых кислот — 0,169 ед. оп. пл., фибрина в плазме — 4,1 мг/мл.

Под нашим наблюдением было 176 больных (107 женщин и 69 мужчин), которые распределены на 3 группы.

I гр. составили 67 больных с явными бесспорными проявлениями активности ревматического процесса (по А. И. Нестерову — активность 3).

Во II гр. вошли 68 больных, у которых специально направленное исследование позволяло выявить несомненную активность процесса (по А. И. Нестерову — активность 2).

III гр. включала 41 больного. В клинической картине этих больных не было сколько-нибудь ясных симптомов активности ревматического процесса (по А. И. Нестерову — активность 1).

Содержание полисахаридов в крови у всех больных первой группы, за исключением 2 чел., превышало норму. Содержание сиаловых кислот было увеличено у 62 больных, фибрина — у 51, диспротеинемия с гиперглобулинемией отмечена у 61.

У 32 больных была недостаточность кровообращения II—III ст. Повышенное содержание полисахаридов наблюдалось у 30, сиаловых кислот — у 28, фибрина — у 19, диспротеинемия с гиперглобулинемией была у 28 из 32 больных.

В результате лечения содержание полисахаридов нормализовалось у 18, сиаловых кислот — у 27, фибрина — у 44, белковых фракций — у 24 из 67 больных.

У 2 больных с нормальным содержанием до лечения полисахаридов и сиаловых кислот после него произошло их повышение. Из 32 больных с недостаточностью кровообращения II—III ст. у 29 после лечения не произошло заметного снижения содержания полисахаридов, у 23 — сиаловых кислот, у 6 — фибрина, у 25 больных остались сдвиги белковых фракций.

Нормализация биохимических показателей, кроме фибрина, у больных I гр. значительно отстает от температуры и РОЭ. Содержание полисахаридов осталось повышенным у 49, сиаловых кислот — у 37, фибрина — у 7, диспротеинемия с гиперглобулинемией сохранилась у 43 больных. В то же время РОЭ выше 12 мм/час была у 30, субфебрильная температура — у 9 из 67 больных.

Таким образом, исследования содержания полисахаридов у больных ревматизмом в I гр. привели нас к выводу о чувствительности этой пробы.

У 68 больных II гр. содержание полисахаридов в крови при поступлении, как и у большинства больных I гр., оказалось повышенным, лишь у 4 оно было нормальным.

Содержание сиаловых кислот превышало норму у 62 больных, фибрина — у 45, диспротеинемия с гиперглобулинемией наблюдалась у 54.

Из 43 больных с недостаточностью кровообращения II—III ст. повышенное содержание полисахаридов в крови было у 40, сиаловых кислот — у 38, фибрина — у 23, диспротеинемия с гиперглобулинемией была у 35. РОЭ была у всех нормальной.

В результате лечения нормализация содержания полисахаридов произошла только у 24 больных, у 4 содержание полисахаридов повысилось (при поступлении было нормальным). Нормализация содержания сиаловых кислот была достигнута у 28, фибрина — у 34, белковых фракций — у 27 из 68 больных.

Из 43 больных с недостаточностью кровообращения II—III ст. нормализация содержания полисахаридов в результате терапии произошла у 7, сиаловых кислот — у 11, фибрина — у 14, белковых фракций — у 17.

Состояние кровообращения безусловно влияет на результаты проводимых исследований.

Содержание полисахаридов — наиболее чувствительный тест из тех, которыми мы пользовались. Уровень полисахаридов в известной мере зависит и от состояния кровообращения.

Повышение содержания полисахаридов в сыворотке крови после успешного противоревматического лечения и устранения недостаточности кровообращения свидетельствует и о том, что противоревматическая терапия в данном случае не может считаться завершенной.

Группа больных с «сомнительной» активностью является наиболее «трудной» в диагностическом плане. Из 41 больного ни у одного не было не только колебаний температуры и ускорения РОЭ, но и диспротеинемии. Содержание полисахаридов оказалось повышенным у 9, сиаловых кислот — у 6, фибрина — у 2 больных. Повышенные содержания полисахаридов и сиаловых кислот отмечено у 3 больных, а повышенные полисахаридов и фибрина — у 1. Таким образом, у 13 из 41 больного этой группы выявлен весьма скрыто протекающий ревматический процесс.

Противоревматическая терапия привела к нормализации содержания полисахаридов у 2 больных, сиаловых кислот — у 4 и фибрина — у 2. Однако и в этой группе с устранением недостаточности кровообращения уровень полисахаридов в крови у 2 больных повысился.

В результате упорной терапии на протяжении 6—12 месяцев у ряда больных нам удалось добиться стойкой нормализации содержания полисахаридов в крови. У других же наблюдалась лабильность этого показателя, свидетельствующая о нестойкой ремиссии и необходимости более энергичной терапии.

В большинстве случаев при выраженной ревматической активности обычно отмечалось отклонение от нормы всех 3 изученных нами тестов. Однако у отдельных больных, особенно к концу лечения или при «сомнительной» активности, строгого параллелизма между их показаниями не было, и отклонение у отдельных больных выявлялось иногда при том или ином методе исследования.

УДК 616.12—002.77—616.72—002.77—612.017

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЕРОМУКОИДА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

Б. Л. Мовшович

*3-я городская больница г. Саранска (главрач — В. В. Журавлев,
научный руководитель — проф. С. В. Шестаков)*

В постановке диагноза ревматизма значительную помощь оказывают современные биохимические методы исследования, в частности определение белково-углеводных комплексов, количество которых заметно увеличивается при ревматизме. Серомукоидом называется мукопротеид, богатый углеводами, растворимый в хлорной кислоте.

Т. П. Борисова и Т. А. Кордубан (1962) нашли повышение серомукоида у детей, больных ревматизмом в активной фазе. М. Н. Приваленко (1964) установила повышение серомукоида (более 0,20 ед. опт. плотности) у 34 из 57 больных с активным ревмокардитом и у 55 из 65 с инфектарtritом.

Мы провели наблюдения над 200 больными в возрасте от 16 до 48 лет. Мужчин было 76, женщин — 124. Первичный ревмокардит диагностирован у 50, возвратный с клапанным пороком сердца — у 85, инфектарtrit — у 15, хронический тонзиллит с явлениями «тонзиллогенного сердца» — у 35, хронический гепатохолецистит с гепатокардиальным синдромом — у 15 больных.

Серомукоид определяли по методу Weimer a. Moshin (1952) в модификации De la Huerga (1956).

У лиц с первичным ревмокардитом, «тонзиллогенным сердцем» и гепатокардиальным синдромом определение проводилось от 2 до 6 раз, у больных с возвратным ревмокардитом и инфектарtritом — от 1 до 3 раз.

У здоровых людей (доноров) показатель серомукоида колебался от 0,13 до 0,24 ед.

Диагноз ревматизма ставили в соответствии с критериями Джонса (1944) с дополнениями А. И. Нестерова и Фр. Леноха.

При первичном ревмокардите увеличение серомукоида (более 0,24) наблюдалось у 47 из 50 больных и было особенно значительным у лиц с ревматическим полиарtritом. Низкий показатель серомукоида у 3 больных объясняется, по-видимому, тем, что они поступили в стационар через 1—2 месяца после начала заболевания и в течение этого времени лечились салицилатами на дому.

При возвратном ревмокардите увеличение серомукоида отмечено у 76 из 85 больных. Оно было менее выраженным, чем у лиц с первичным процессом.