

ЛИТЕРАТУРА

1. Лаврова Т. Р. Тер. арх., 1978, 10.— 2. Гашкова В., Матл И., Кашлик И., Кочандрле В. Чехослов. мед., 1978, 2.— 3. Andrew B. S., Penny R. Austral and N. Z. I. Med., 1976, 6, 591.— 4. Bach I.-F. Nouv. presse med., 1977, 6, 43.— 5. Digeon M., Bach I.-F. Ibid., 1977, 6, 43.— 6. McCluskey R. T.; Hall C. L., Colvin R. B. Human Pathol., 1978, 9, 1.— 7. Ziff M. Non-Artic. Forms Rheumat. Arthritis. Proc. IV J. S. R. A. Symp., Hague, 1976, Leiden, 1977.

Поступила 27 октября 1980 г.

УДК 616.127—005.8—078.7:616—097

КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИКАРДИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Н. Д. Поздняк, И. В. Ефремова

Кафедра клинической лабораторной диагностики (зав.—доц. Н. Д. Поздняк), кафедра терапии № 1 (зав.—проф. Л. А. Лушников-Щербатенко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. У 281 больного острым инфарктом миокарда проведено исследование титра антикардиальных антител с использованием непрямого иммунофлюоресцентного метода Кунса. При адекватной иммунологической реактивности высота титров антикардиальных антител отражает обширность некротического поражения миокарда. Наиболее раннее появление их в сыворотке крови (1—2-й день болезни) наблюдалось при повторном и рецидивирующем инфаркте миокарда. Диссоциация между величиной некротического поражения миокарда и низким уровнем антикардиальных антител свидетельствует о «поломке» защитных иммунологических механизмов и имеет неблагоприятное прогностическое значение.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, антикардиальные антитела, иммунофлюоресцентный метод, иммунологическая реактивность.

2 таблицы. 1 иллюстрация. Библиография: 11 названий.

Изучение иммунологической реактивности при остром инфаркте миокарда является актуальной задачей современной кардиологии, поскольку изменение иммунного статуса не только влечет за собой развитие у некоторых больных выраженных аутоиммунных нарушений, но, бесспорно, отражается и на эволюции некротического процесса в миокарде, на интенсивности развития асептического воспаления вокруг зоны некроза и на скорости развития репаративных процессов.

Среди методов исследования иммунологической реактивности при остром инфаркте миокарда важное место занимает определение антикардиальных антител (АКА). В многочисленных работах последних лет доказано наличие АКА у больных острым инфарктом миокарда. Однако до настоящего времени нет единой точки зрения на патогенетическую сущность АКА при этой болезни. Некоторые авторы считают АКА лишь невинными свидетелями нарушенного клеточного метаболизма [1, 9], другие придают им значение защитников организма от продуктов тканевого распада, способствующих очищению зоны некроза [11]. Н. А. Терехова-Уварова (1971), П. Н. Юренев (1971) и др. отводят АКА важную патогенетическую роль, рассматривая их как факторы агрессии, усугубляющие течение болезни. Противоречивы также данные о сроках появления АКА, их динамике и высоте титров при различных формах болезни [2, 3, 5, 7]. Не до конца уточнена и прогностическая ценность определения АКА [11].

Перед нами стояла задача проследить динамику АКА у больных острым инфарктом миокарда по дням болезни; установить, имеются ли различия в сроках появления, частоте и высоте титров АКА при первичном и повторном инфаркте миокарда; выяснить, имеется ли зависимость между высотой титров АКА и обширностью инфаркта миокарда, сопоставить титры АКА с показателями активности лактатдегидрогеназы и динамики изоэнзимного спектра ЛДГ; оценить прогностическое значение определения АКА, сопоставить их динамику у больных с неосложненным течением острого инфаркта миокарда и у больных, у которых наступил летальный исход.

Мы определяли АКА непрямым иммунофлюоресцентным методом Кунса [1, 6]. В противоположность РИГА, этот тест позволяет выявить АКА, фиксирующиеся на различных структурах миокарда. АКА изучали в соответствии с данными клинического

и динамического электрокардиографического исследования. Биохимическим маркером величины некроза служило процентное содержание ЛДГ в изоэнзимном спектре, которое определяли методом электрофореза в полиакриламидном геле.

АКА сопоставляли также с показателями некоторых позитивных реактантов острой фазы — церулоплазмينا и гаптоглобина.

Под нашим наблюдением находился 281 больной с различными формами инфаркта миокарда и 131 со стенокардией. Исследование АКА у больных острым инфарктом миокарда проводилось первые 3 дня ежедневно, а затем через каждые 5 дней до выписки из стационара. В качестве контроля исследована кровь у 22 здоровых доноров.

У практически здоровых людей обнаружить АКА непрямым иммунофлюоресцентным методом не удается. В группе больных стенокардией АКА выявлены в невысоких титрах (1 : 2) у 4 больных (3%).

В табл. 1 представлены данные о формах острого инфаркта миокарда, частоте выявления АКА, сроках их появления, зависимости высоты титров от характера болезни. Наибольший процент выявления АКА (100) наблюдался в группе больных рецидивирующим инфарктом миокарда. Почти столь же высокой (93%) была выявляемость АКА у больных с повторным инфарктом миокарда.

Показатели титров антикардиальных антител при инфаркте миокарда

Таблица 1

Виды инфаркта	Число больных		Процент выявления АКА	Сроки появления АКА, дни	Максимальные титры АКА
	мужчин	женщин			
Крупноочаговый неосложненный	55	24	78	5—7-й	1 : 80—1 : 160
Крупноочаговый осложненный	82	38	82	5—7-й	1 : 80—1 : 160
Мелкоочаговый и субэндокардиальный	23	20	69	12—15-й	1 : 20—1 : 80
Повторный	24	9	93	1—3-й	1 : 160—1 : 320
Рецидивирующий	4	2	100	1—2-й	

Величина титров АКА и время их появления в сыворотке крови зависели от формы инфаркта, сроков исследования, повторности заболевания. Наиболее раннее появление АКА (на 1—2-й дни болезни) отмечено при повторном рецидивирующем инфаркте миокарда. В эти дни титр АКА не превышал 1 : 10—1 : 20. В дальнейшем наблюдалось его нарастание, и ко 2—3-й неделе заболевания он достигал величины 1 : 160—1 : 320.

При первичном крупноочаговом инфаркте миокарда АКА появлялись на 5—7-й день болезни, а при мелкоочаговом и субэндокардиальном инфаркте миокарда — лишь на 15-й.

Наши исследования показали, что при неосложненном крупноочаговом инфаркте миокарда титры АКА находились в прямой зависимости от величины инфарцированной зоны. Этот вывод сделан на основании прямой корреляционной зависимости между активностью ЛДГ и титром АКА у этих больных. Однако на высоту титра АКА влияла не только обширность некроза сердечной мышцы, но и наличие сопутствующих осложнений. Такие осложнения инфаркта миокарда, как сердечная недостаточность, кардиогенный шок, отек легких, чаще приводят к резкому снижению титров АКА; при осложнении инфаркта миокарда различными расстройствами сердечного ритма титр АКА снижался в меньшей степени (табл. 2).

Изучение динамики АКА у больных острым инфарктом миокарда, у которых наступил летальный исход, показало, что у этих больных при значительной обширности инфаркта титры АКА либо держались на низком уровне, либо вообще не определялись. Это наблюдение позволило нам сделать вывод, что обратная корреляционная зависимость между величиной ЛДГ и титром АКА является неблагоприятным прогностическим признаком.

Таблица 2

Титры антикардиальных антител при осложненном течении инфаркта миокарда

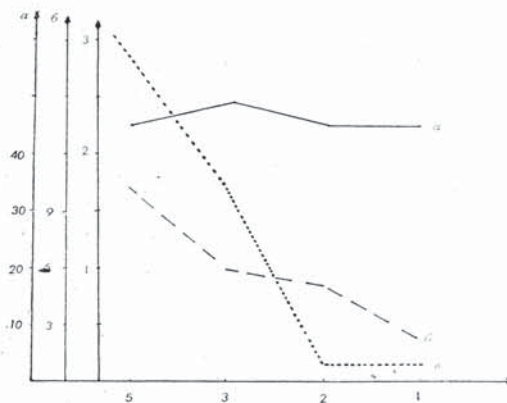
Дни заболевания	Титры АКА				
	при нарушениях ритма (n=60)	при сердечной недостаточности (n=15)	при аневризме (n=19)	при кардиогенном шоке (n=13)	при отеке легких (n=13)
1-й	цел.	—	цел.	—	—
2-й	1:5	—	1:5	—	—
3-й	1:5	—	1:10	отр.	отр.
5-й	1:5	отр.	1:40	1:10	1:10
10-й	1:10	1:10	1:80	1:10	1:10
15-й	1:20	1:10	1:80	1:20	1:20
20-й	1:40	1:20	1:160	1:40	1:40
25-й	1:80	1:25	1:160	1:10	1:40
30-й	1:80	отр.	1:80	1:10	1:20
35-й	1:40	—	—	1:20	1:10
40-й	1:20	—	—	1:10	1:10

При сопоставлении динамики АКА и уровня гаптоглобина было обнаружено, что между этими показателями реактивности при остром инфаркте миокарда имеется прямая корреляционная зависимость. Анализ историй болезни 34 больных инфарктом миокарда с летальным исходом выявил резкое снижение уровня гаптоглобина сыворотки крови, коррелирующее с низкими титрами АКА или их отсутствием (см. рис.).

ВЫВОДЫ

1. Определение титра АКА при остром инфаркте миокарда является ценным, дополнительным методом, отражающим изменение иммунологической реактивности больных.
2. У больных острым инфарктом миокарда с адекватной иммунологической реактивностью высота титров АКА отражает величину некротического очага в мышце сердца.
3. Наиболее высокие титры АКА выявлены у больных повторным и рецидивирующим инфарктом миокарда.
4. Диссоциация между значительной величиной некротического поражения миокарда и низким уровнем АКА свидетельствует о «поломке» защитных иммунологических механизмов и имеет неблагоприятное прогностическое значение.
5. Иммунофлуоресцентный метод определения АКА при остром инфаркте миокарда может быть рекомендован для лабораторной практики кардиологических отделений как дополнительный лабораторный критерий прогноза болезни.

Динамика ЛДГ₁, гаптоглобина (Hr) и титров антикардиальных антител (АКА) у больных инфарктом миокарда с летальным исходом. На оси ординат: а — ЛДГ₁, %; б — Hr, мкмоль/л; в — титры АКА, усл. ед.; на оси абсцисс цифрами обозначены дни до летального исхода.



ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Т. А., Медуницын В. И. В кн.: Тез. докл. II Всесоюз. съезда кардиологов. М., 1973, т. 2.—2. Вахова Г. С. Врач. дело, 1970, 8.—3. Виноградский О. В. Кардиология, 1968, 8.—4. Гогоберидзе К. Л., Мехалидзе Л. В. В кн.: Острейшая патология. Тбилиси, 1973.—5. Дыгин В. П. Аутоиммунные заболевания в клинике внутренних болезней. - Л., Медицина, 1970.—6. Закржевский Е. Б. Кардиология, 1965, 5.—7. Калашникова Т. А. В кн.: Современные вопросы сердечно-сосудистой патологии. М., 1974.—8. Терехова

Уварова Н. А. Проблемы аллергологии. М., Медицина, 1971.—9. Халфен Э. Ш., Кантимуллина Р. К. Кардиология, 1968, 4.—10. Юренев П. Н. В кн.: Сборник научных работ. М., 1971.—11. Kleinsorge H. Klin. Wschr., 1960, 38, 8.

Поступила 20 января 1981 г.

УДК 616.127—005.4—036.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

*В. В. Трусов, И. А. Шинкарева, Р. А. Пластинина, Н. А. Олейник,
Б. Н. Сапранов, Е. С. Баренбаум, В. Н. Николаева*

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Л. А. Лецинский) Ижевского медицинского института

Реферат. Проведены эпидемиологические исследования с целью выяснения частоты различных факторов риска и их сочетаний при ИБС и артериальной гипертензии, давшие ценную информацию для разработки научно обоснованных мероприятий массовой и индивидуальной первичной и вторичной профилактики ИБС и артериальных гипертензий. Особое место в системе оздоровления рабочих и служащих должны занимать эффективные меры первичной профилактики в молодом возрасте.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, эпидемиологические исследования.

2 таблицы.

Статистические данные ВОЗ последних лет указывают на весьма широкое распространение ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии, а также свидетельствуют, что атеросклероз и ишемическая болезнь сердца принадлежат к числу важнейших причин смертности населения индустриально развитых стран.

Возрастающая частота заболеваний ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью в различных возрастных группах, поздняя обращаемость больных, высокая смертность при инфаркте миокарда, инвалидизация многих больных, нередко молодого возраста, обосновывают необходимость введения эпидемиологического подхода к изучению данных заболеваний. В выполненных к настоящему времени работах изучалась распространенность ИБС только среди мужского населения. Нами проведены одномоментные эпидемиологические исследования среди мужчин и женщин организованной популяции населения с целью изучения распространенности ишемической болезни и артериальной гипертензии.

В работе были поставлены следующие задачи: выявить лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ), а также лиц со скрытой ИБС и «угрожаемых» по АГ; определить частоту различных факторов риска среди здоровых и выявленных больных. Исследование включало опрос по стандартной анкете, в основу которой была положена анкета ВОЗ (физикальное и антропометрическое обследование, запись ЭКГ до и после дозированной физической нагрузки).

Всего по специальной программе обследовано 3000 рабочих и служащих крупных промышленных предприятий: мужчин — 1222 (40,7%), женщин — 1778 (59,3%). 2144 обследованных (мужчин — 860, женщин — 1284) были в возрасте от 20 до 39 лет, 840 (мужчин — 358, женщин — 482) — от 40 до 59 лет и 16 (мужчин — 4, женщин — 12) — от 60 до 63 лет. Ввиду малочисленности лиц пожилого возраста были проанализированы данные, полученные у лиц молодого и зрелого возраста.

Из 3000 обследованных у 163 (5,4%) диагностирована ишемическая болезнь сердца. В первой возрастной группе (20—39 лет) среди выявленных больных ишемической болезнью сердца преобладали мужчины, их было в 5 раз больше, чем женщин; во второй группе (40—59 лет) разница менее выражена (табл. 1).

Группу лиц со «скрытой ИБС» составили 145 человек (4,8%). Интересно отметить, что среди обследованных, вошедших в группу со «скрытой ИБС», в молодом возрасте было в 6 раз больше мужчин, чем женщин, а в зрелом возрасте (40—59 лет) несколько больше женщин, чем мужчин.

Группа больных артериальной гипертензией включала 214 человек (7,1%) с ар-