

Таблица 2

## Изменения иммунологических показателей у больных РА при курортном лечении

Показатели	Минимальная активность РА		Средняя активность РА	
	I	II	I	II
Т-лимфоциты, % . . . . .	52,7±1,5	52,8±1,3	48,9±1,2	52,0±2,8
абсолютные числа . . . . .	964,2±64,6	972,2±19,1	819,6±60,6	854,9*±47,2
В-лимфоциты, % . . . . .	24,0±1,5	25,6±1,8	28,9±2,7	23,0±1,5*
абсолютные числа . . . . .	727,7±25,2	749,1±31,5	591,7±50,1	499,2±18,5
IgG, мкмоль/л . . . . .	88,4±8,9	94,2±5,1	112,5±10,4	96,9±7,4
IgM, мкмоль/л . . . . .	1,2±0,1	1,6±0,1	1,1±0,1	1,5±0,2
IgA, мкмоль/л . . . . .	11,0±1,6	18,7±3,7*	11,9±1,5	20,0±3,5*

Примечание: I — до лечения, II — после лечения, \**P* I—II < 0,05.

в процессе пелоидо- и бальнеотерапии, что позволяет сделать вывод об иммуномодулирующем механизме курортного лечения.

Полученные нами данные свидетельствуют о важности иммунологических методов исследования для научного обоснования назначения и оценки курортного лечения РА.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арустамова Р. Г., Волотин Е. В., Гордовская И. Б. Тер. арх., 1976, 8.—2. Буланова Т. Д., Полянская И. П., Чибисова В. А. Там же, 1977, 11.—3. Казначеев В. П. Бальнеореакция, клиническая характеристика, сущность механизма ее развития. Новосибирск, 1970.—4. Лозовой В. П., Шергин С. М. Тер. арх., 1978, 9.—5. Насонов В. А. Там же, 1978, 9.—6. Редайтене Э. И., Талетене И. П. Вопр. ревмат., 1980, 4.—7. Трофимова Т. М., Акимова Т. Ф., Мылов Н. М., Иевлева Л. В. Там же.—8. Vrenger A. L., Scheinberg M. A., Cathcart E. Arthr. and Rheum. 1975, 18, 297.

Поступила 9 февраля 1981 г.

УДК 616.379—008.64—02:612.017.1

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТИЛУРАЦИЛА И ЛЕВАМИЗОЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Т. В. Моругова

Кафедра госпитальной терапии № 2 (зав.—проф. Ф. С. Хусаинова) и ЦНИЛ (зав.—ст. научн. сотр. Х. М. Насыров) Башкирского медицинского института

**Реферат.** Включение метилурацила в комплексное лечение больных сахарным диабетом приводит к более выраженному увеличению фагоцитарного показателя и некоторому повышению титров естественных агглютининов и антител к альфа-стафилолизину. Левамизол достоверно повышает содержание Т-лимфоцитов. В качестве стимулятора иммунитета при сахарном диабете целесообразнее применять метилурацил, являющийся анаболиком и антиоксидантом.

Ключевые слова: сахарный диабет, иммунитет, метилурацил, левамизол.  
2 таблицы. Библиография: 4 названия.

Больные сахарным диабетом более подвержены инфекциям, особенно гнойным, что объясняется нарушением клеточного и гуморального иммунитета при этом заболевании. В процессе лечения диабета не всегда и не все нарушения иммунитета устранимы. В связи с этим для повышения эффективности химиотерапии целесообразно

но применять стимуляторы иммунитета. Целью нашей работы было изучение влияния на некоторые иммунологические показатели наиболее широко применяемых в настоящее время стимуляторов иммунитета — метилурацила и левамизола.

Под нашим наблюдением находилось 29 больных сахарным диабетом, леченных в основном инсулином (возраст больных — от 16 до 65 лет). 21 из них (12 мужчин и 9 женщин) получали метилурацил в дозе 0,5 г 3 раза в сутки в течение 1—3 нед и 8 (5 мужчин и 3 женщины) — левамизол в дозе 2,5 мг/кг 3 раза в неделю в течение 2 нед.

При поступлении в стационар и в дальнейшем 3—4 раза (через каждую неделю) у больных определяли иммунологические показатели: содержание Т- и В-лимфоцитов (по розеткообразованию); иммуноглобулины А, М и G (по Манчини); титры естественных агглютининов к стафилококку, протее и кишечной палочке и антител к альфа-стафилолизину; фагоцитарную активность лейкоцитов по отношению к стафилококку (ФА) — число участвующих в фагоцитозе лейкоцитов; фагоцитарный показатель (ФП) — среднее число поглощенных микробов каждым из участвующих в фагоцитозе лейкоцитом; фагоцитарный индекс (ФИ) — среднее число поглощенных микробов на одну клетку из 100; индекс переваривания (ИП) — среднее число переваренных микробов каждым из 100 лейкоцитов; индекс завершенности (ИЗ) — отношение в процентах числа переваренных микробов к числу поглощенных всеми лейкоцитами.

В результате двухнедельного приема метилурацила как у мужчин, так и у женщин увеличилось содержание Т-лимфоцитов в среднем в абсолютных цифрах с  $1156 \pm 145$  до  $1545 \pm 198$  ( $P > 0,1$ ). При лечении левамизолом абсолютное содержание Т-лимфоцитов возрастало еще больше — с  $1174 \pm 124$  до  $2133 \pm 272$  ( $P < 0,02$ ).

В процессе лечения метилурацилом прослеживалась более выраженная тенденция к увеличению титров естественных агглютининов, особенно у женщин; более отчетливо изменялись титры антител к альфа-стафилолизину (табл. 1). Их повышение наблюдалось у 10 больных из 21. Левамизол такого влияния не оказывал. Ни метилурацил, ни левамизол не вызвали достоверного изменения содержания иммуноглобулинов у больных. Увеличение ФП при лечении метилурацилом, как и при лечении инсулином и пероральными противодиабетическими средствами без включения метилурацила, наблюдалось больше у женщин (табл. 2). Левамизол вызвал увеличение ФП лишь у 2 больных из 8.

Таким образом, метилурацил оказывал более значительное нормализующее действие на фагоцитарную активность лейкоцитов у больных сахарным диабетом, чем левамизол и обычное лечение.

Данные литературы относительно влияния левамизола на фагоцитарную активность лейкоцитов и гуморальный иммунитет противоречивы. Видимо, более целесообразно применять в качестве стимулятора иммуногенеза у больных сахарным диабетом метилурацил, учитывая его меньшую токсичность.

Рациональность применения метилурацила при диабете обосновывается и тем, что препарат обладает антиоксидантными свойствами, благодаря чему улучшается метаболизм лимфоцитов и моноцитов [4] и уменьшается окисление жирных кислот [2]; вместе с тем метилурацил усиливает синтез нуклеиновых кислот и белка [1, 3].

Итак, включение метилурацила в комплексное лечение больных сахарным диабетом способствует более выраженному повышению фагоцитарной активности лейкоцитов (увеличению ФП); кроме того, под его воздействием происходит некоторое повышение титров естественных агглютининов. Левамизол достоверно повышает содержание Т-лимфоцитов. Для коррекции иммунитета при сахарном диабете целесообразнее применять метилурацил.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Камиллов Ф. Х. В кн.: Биохимическая фармакология некоторых пириимидиновых производных и вопросы лекарственной стимуляции иммуногенеза. Челябинск,

Таблица 1

Влияние лечения с включением метилурацила на содержание антител к альфа-стафилолизину

Группа обследованных	Число обследованных	Титры антител	Показатель достоверности
Здоровые	38	$0,5 \pm 0,033$	$P_{1-2} < 0,001$
Больные: до лечения	21	$0,25 \pm 0,024$	$P_{1-3} > 0,5$
после лечения	21	$0,53 \pm 0,11$	$P_{2-3} < 0,05$

Таблица 2

Изменение фагоцитарной активности у больных сахарным диабетом при включении в лечебный комплекс метилурацила или левамизола

Показатели фагоцитарной активности	Время обследования	Пол обследованных	Лечение		
			антидиабетические средства + метилурацил в течение 2 нед (число больных: мужчин — 5, женщин — 7)	антидиабетические средства + левамизол (число больных: мужчин — 5, женщин — 3)	антидиабетические средства + метилурацил 1—2 нед (число больных: мужчин — 11, женщин — 9)
ФА	1*	м.	64,9±9,7	90±2,5	69±4,8
		ж.	79,0±6,3	90±2,1	77,3±5,1
	2*	м.	65,8±11,8	80±5,5	68±5,6
		ж.	80,0±3,7	77±13	79±3
ФП	1	м.	9,4±2,3	13,2±1,2	10,9±1,5
		ж.	10,2±1,6	10,4±0,42	9,5±1,3
	2	м.	9,3±1,5	12,7±1	9,8±1,4
		ж.	14,5±2,1	10,3±2,5	13,4±1,7
ФИ	1	м.	8,6±2,4	12±1,2	8,4±1,4
		ж.	8,3±1,8	9,5±0,63	7,6±1,44
	2	м.	6,6±2	10,2±1,5	7,3±1,5
		ж.	10,7±2,23	8,2±3,4	9,9±1,8
ИП	1	м.	2,9±0,95	6±1	4,1±0,9
		ж.	4,3±1,1	4,1±1	3,9±0,86
	2	м.	3,4±1,1	5,7±0,9	3,7±0,9
		ж.	5,5±1,4	4,3±1,4	5,0±1,15
ИЗ	1	м.	47,4±7,1	49±4,4	50±3,4
		ж.	58,0±2,1	43,0±8,8	50±2,6
	2	м.	50,0±1,9	55±3,3	51,6±3,6
		ж.	48,0±3	54,2±5,7	47,1±2,4

\* 1 — до лечения метилурацилом или левамизолом, \* 2 — после лечения этими же препаратами.

1969.— 2. Кендыш И. Н. Пробл. эндокринол., 1980, 4.— 3. Лифшиц Р. И. В кн.: Неспецифическая лекарственная профилактика и терапия рака. Л., 1966.— 4. Krta-haga M., Euge H. G. a. o. Diabetes, 1980, 29, 4.

Поступила 27 ноября 1981 г.

УДК 616.972—616.61—073.916

## ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Э. А. Коробейникова, Г. Э. Шинский, В. В. Трусов

Кафедры кожных болезней (зав. — проф. Г. Э. Шинский) и госпитальной терапии № 2 (зав. — проф. В. В. Трусов) Ижевского медицинского института

**Реферат.** При комплексном исследовании функции почек у больных ранними формами сифилиса обнаружено снижение канальцевой секреции и уменьшение эффективного почечного плазмотока у трети обследованных. Установлена возможность преимущественного поражения одной из почек у половины больных. Терапия в целом оказывала нормализующее влияние на деятельность почек. Временно сниженные канальцевая секреция и эффективный почечный плазмоток после пиротерапии нормализовались или значительно улучшились к концу лечения в сравнении с исходными данными.

Ключевые слова: сифилис, функция почек.

1 таблица. 1 иллюстрация. Библиография: 6 названий.

Как известно, при ранних формах сифилиса может наблюдаться специфическая нефропатия, преимущественно в виде доброкачественной транзиторной альбуминурии [1, 4, 6]. Возможно и развитие тяжелых поражений почек в виде липоидного нефроза, нефрита [2, 5]. Однако значительно чаще при сифилисе, особенно во вторичном его периоде, обнаруживаются нарушения функции почек [1, 3].