

Б. Н. Левитан (Астрахань). Клиническое изучение системы фибринолиза при затяжной пневмонии

В последние годы затяжная пневмония привлекает все более пристальное внимание пульмонологов. Благодаря массовому применению антибиотиков в клинической практике резко снизилась смертность от острой пневмонии, однако отмечается непрерывная тенденция к росту вялотекущих, затяжных и хронических форм, резистентных к общепринятому лечению.

Нами обследовано 42 больных с затяжной формой пневмонии. Этот диагноз ставили в случаях, когда после 4 нед лечения сохранялись клинические и рентгенологические признаки пневмонии при отсутствии в анамнезе данных о перенесенной острой пневмонии на протяжении 3—5 предыдущих лет.

Для определения фибринолитической активности крови мы использовали метод обнаружения продуктов деградации фибриногена (ПДФ) в сыворотке крови при инкубации ее вместе со сгустком при комнатной температуре в течение 96 ч. Через каждые 24 ч образцы ее тестировали на обнаружение ПДФ методом двойной иммунодиффузии в геле. Наряду с ним исследовали общую протеолитическую активность (ПА) и антитрипсиновую активность (АТА) сыворотки крови, а также определяли α_2 -макроглобулин. В качестве контроля исследовали сыворотки крови 40 практически здоровых доноров (см. табл.).

Протеолиз — фибринолиз — ингибиторы в норме и при затяжной пневмонии

Группа обследованных	Фибринолитическая активность (% наблюдений)			ПА (в МЕ)	АТА (в МЕ)	α_2 -макроглобулин (титр)
	усилена	снижена	нормальная			
Доноры	10,4±4,2	11,6±5,1	78±7,6	3,27±1,9	4659±108	29,1±18
Больные	14±4,6	60±9,2	26±6,3	4,01±0,8	548±102	128±24
P	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05

У больных затяжной пневмонией фибринолитическая активность крови значительно снижена, в то время как активность ингибиторов протеолиза повышена, причем содержание α_1 -антитрипсина увеличено незначительно, а уровень α_2 -макроглобулина, обладающего наибольшим сродством к плазмину, повышен более чем в 4 раза по сравнению с контролем.

Следовательно, при затяжной пневмонии имеется отчетливая тенденция к снижению активности фибринолитических процессов при одновременном нарастании количества сывороточных ингибиторов, в особенности α_2 -макроглобулина. Это, по-видимому, способствует сохранению фибрина в пневмоническом очаге, что является неблагоприятным фактором для разрешения воспалительного процесса и может вести к развитию пневмосклероза.

Е. В. Сунгурова (Йошкар-Ола). Энзиматический статус лейкоцитов при гнойно-воспалительных заболеваниях

В последние годы значительно изменилось классическое течение гнойно-воспалительных заболеваний. Поэтому в настоящее время хирурги особенно остро нуждаются в информативных тестах, помогающих в диагностике, прогнозе и оценке эффективности лечения. Внимание клиницистов и исследователей все больше привлекает изучение ферментного статуса циркулирующих лейкоцитов, являющегося одним из наиболее информативных показателей защитного потенциала организма, весьма чувствительным тестом, тонко и быстро реагирующим на изменение гомеостаза.

Нами изучена цитохимическая активность ряда ферментов—сукцинатдегидрогеназы (СДГ), альфа-глицерофосфатдегидрогеназы (α -ГФДГ), кислой и щелочной фосфатаз (КФ и ЩФ), пероксидазы (ПО) — и содержание фосфолипидов (ФЛ) в лейкоцитах периферической крови у 53 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей (флегмоны, абсцессы, маститы), у 53 пациентов с нагноительными заболеваниями легких и плевры (абсцессы и гангрены легкого, эмпиемы плевры, мешотчатые бронхоэктазы) и у 90 здоровых людей (доноров). Цитохимическое исследование периферической крови мы производили у всех обследованных больных в динамике: при поступлении и затем через каждые 7—12 дней (в зависимости от заболевания) на протяжении всего пребывания их в стационаре.

Несмотря на различия изучаемых заболеваний, нами констатирована общая тенденция изменений активности энзимов — чем тяжелее патологический процесс, тем ниже активность дегидрогеназ лимфоцитов, активность ПО и содержание ФЛ в нейтрофилах и тем выше активность гидролаз в нейтрофилах.

При гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей изменения активности дегидрогеназ зависят от формы процесса; при небольшом локальном очаге, когда общее состояние организма не страдает, наблюдается повышение активности, при значительном распространении гнойного процесса — депрессия. При локальных гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки, когда обычные морфологические исследования не выявляют отклонений от нормы, в клеточной популяции лимфоцитов начинают преобладать клетки с повышенной активностью дегидрогеназ.

Исследования показали, что уже по исходным цитохимическим данным (до начала лечения) можно не только судить о тяжести патологии, но и прогнозировать дальнейшее течение заболевания. Все изученные ферменты и содержание ФЛ в отдельности могут быть ценными критериями для прогнозирования течения заболевания.

Особенно информативным в прогностическом отношении оказалось определение дегидрогеназ. Если активность СДГ при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей была выше нормы, то это свидетельствовало о гладком течении и быстром выздоровлении; при депрессии СДГ важным прогностическим показателем являлась α -ГФДГ: чем ближе к норме была ее активность, тем более благоприятно протекало заболевание. Чем значительнее была депрессия обеих дегидрогеназ, тем более затяжной характер носило заболевание.

Важное значение для прогноза заболевания имела и исходная активность гидролаз. Как правило, наиболее резкому повышению активности КФ и ШФ (первая из них может превышать норму в 2, вторая — в 4 раза) соответствовал и наиболее острый, распространенный и длительный патологический процесс.

Можно прогнозировать дальнейшее течение заболевания, его тяжесть и эффективность терапии и по уровню активности ПО и содержанию ФЛ: наиболее низким их показателям соответствовал наиболее тяжелый и затяжной характер заболевания, и наоборот — высокие (близкие к норме) значения указывали на благоприятное течение.

Таким образом, исходная цитохимическая активность каждого из изученных ферментов и содержание ФЛ в отдельности могут быть ценными вспомогательными критериями для прогнозирования течения заболевания.

УДК 618.19—002.5

**Х. Х. Крыева, канд. мед. наук Р. А. Калямова (Казань).
О туберкулезе молочной железы.**

Туберкулезное поражение молочной железы относится к довольно редким формам внелегочного туберкулеза. В настоящее время диагноз туберкулеза молочной железы ставят на основании комплексного обследования. В первую очередь должен быть тщательно собран анамнез, при этом особое внимание следует уделять перенесенному в прошлом туберкулезу или контакту с туберкулезным больным. Затем проводят полное клиническое, цитологическое и гистологическое обследование, посев пунктата на микобактерии туберкулеза. Надо отметить, что обнаружение микобактерий туберкулеза представляет большие трудности, и отрицательный результат посева не дает права исключить туберкулез. Решающим является определение специфических туберкулезных гранулем и гигантских клеток Пирогова — Ланганса при исследовании пунктата или патоморфологической картины материала биопсии. В последнее время с целью диагностики применяется рентгенография молочной железы. Наличие на снимке очаговых обихвещивлений или затемнений неомогенного характера с неровными контурами («языки пламени») свидетельствует о туберкулезе.

За последние 10 лет в г. Казани взяты на учет 3 больных с туберкулезом молочной железы. У 2 из них была поражена левая молочная железа и у 1 — правая.

Ввиду того, что такая локализация туберкулезного процесса встречается редко, приводим описание одного наблюдения.

Е., 34 лет. В анамнезе — контакт с больным туберкулезом (муж умер от туберкулеза почек в 1977 г.). В феврале 1978 г. Е. обратилась в поликлинику с жалобами на тянущие боли и опухолевидное образование в молочной железе. По поводу «острого мастита» ей была назначена УВЧ-терапия, компрессы. Лечение эффекта не дало, более того, опухоль несколько увеличилась, появилось втяжение соска, наметилась флюктуация. Больная была направлена на стационарное обследование в онкодиспансер.

При поступлении общее состояние пациентки удовлетворительное, температура нормальная. Жалобы на боли в молочной железе, слабость. Левая грудная железа увеличена в объеме, около соска — участок гиперемии до 8 см, пальпируются плотные узлы размером 2×3, 2×4 и 4×6 см. Слева определяются единичные подмышечные лимфоузлы, безболезненные, не спаянные с подлежащей тканью. В дру-