

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

В. Я. Шустов, Н. А. Афанасьева, П. П. Кузнецов, А. К. Мышкина

Кафедра профпатологии и гематологии (зав.—проф. В. Я. Шустов) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

По частоте возникновения инфекционных осложнений хронический лимфолейкоз уступает лишь острым лейкозам. В большинстве случаев причиной смерти таких больных являются тяжелые инфекционные осложнения. Современная химиотерапия позволяет надолго сохранить трудоспособность и продолжительность жизни заболевших. Однако отрицательное влияние цитостатических препаратов на уже измененную иммунную систему приводит к еще большему угнетению иммунитета и повышению числа инфекционных осложнений. Поиск новых путей борьбы с инфекциями показал целесообразность длительного амбулаторного лечения антибактериальными препаратами.

Задачами работы были исследование регионарных особенностей иммунного статуса, течения осложнений и изучение возможностей применения в амбулаторных условиях комплекса иммунокорректоров и антибактериальных средств у больных хроническим лейкозом с инфекционными осложнениями.

Для идентификации лимфоцитов использовали методы спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана и мыши; иммуноглобулины G, M, A определяли по Манчини.

С 1973 по 1982 г. на диспансерном наблюдении в Саратовском гематологическом центре находилось 276 больных хроническим лимфолейкозом в возрасте от 41 до 76 лет. У 221 (80%) больного было выявлено преимущественное увеличение количества В-лимфоцитов. У 55 (19,9%) пациентов наблюдался рост числа Т-лимфоцитов.

Среди больных было 155 (56,2%) мужчин и 121 (43,8%) женщина. У 34 (22%) мужчин и 21 (17%) женщины констатирован Т-вариант заболевания. Анализ распределения случаев по полу показал, что у мужчин в Саратовской области хронический лимфолейкоз развивается несколько чаще, чем у женщин; среди лиц женского пола реже наблюдается Т-вариант.

Доброчастенное течение хронического лимфолейкоза отмечалось у 47% больных с продолжительностью жизни 8,5 лет. У 53% была прогрессирующая форма заболевания со средней продолжительностью 3,5 года. Среди лиц с Т-вариантом прогрессирующее течение было у 73% пациентов, а среди больных с В-вариантом — лишь у 48%.

У 77,5% больных были часты рецидивы пневмонии, гнойных плевритов, бронхитов, септических состояний, связанных с пиодермией, и др. (см. табл.). Реже хронический лимфолейкоз осложнялся аутоиммунной лейкопенией, анемией (6% от общего числа больных), тромбоцитопенией с прогрессирующим геморрагическим синдромом (4%), полиневритами (23%), токсико-аллергическими гепатитами (11%), гастродуоденальными язвами (23%). Из наблюдаемых больных умерли 74 (26,8%) человека, в том числе 49 (66,2%) — от тяжелых инфекционных осложнений; у 28 больных был Т-вариант заболевания, у 46 — В-вариант.

При изучении частоты инфекционных осложнений у больных с Т- и В-формой заболевания выявлено, что лица с Т-вариантом более подвержены инфекционным осложнениям. Особенно часто у них возникали острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, вирусные поражения кожи и слизистых и пневмонии.

Проанализирована зависимость частоты возникновения пневмоний как наиболее опасного и частого осложнения хронического лимфолейкоза от иммунологических показателей. Учитывались больные с сублейкемическим количеством лейкоцитов (в среднем $28,3 \pm 4,1 \cdot 10^9$ в 1 л). Среднее количество лимфоцитов составляло $21,6 \pm 5,3 \cdot 10^9$ в 1 л. Наряду с антибактериальной терапией, 28 больным с В- и 17 с Т-формой был назначен левамизол со 2—4-го дня заболевания в средней терапевтической дозе (по 150 мг в день в течение 3 дней с перерывами в 6 дней). 21 больной с В- и 13 с Т-формой заболевания получали антибактериальную терапию без левамизола. Иммунологические исследования проводили на 1—2-й день с начала пневмонии и на 7—9-й день после нормализации температуры.

**Частота инфекционных осложнений при хроническом лимфолейкозе в стадии
выраженных клинко-гематологических проявлений**

Инфекционные осложнения	Общее число случаев		Число случаев			
	абс.	% от общего числа больных	при В-форме		при Т-форме	
			абс.	% от числа В-форм	абс.	% от числа Т-форм
Пневмония	214	77,5	167	75,6	47	85,4
Бактериальная и грибковая септицемия	13	4,7	7	3,2	6	10,9
Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	151	54,7	199	90	52	94,5
Абсцессы, флегмоны и другие ограниченные гнойно-инфильтративные процессы	76	27,5	54	24,4	22	40
Вирусные поражения кожи и слизистых	189	68,5	140	63,3	49	89,1
Язвенно-некротические поражения ротовой полости и глотки	25	9,1	13	5,9	12	21,8
Инфекции желудочно-кишечного тракта	9	3,3	3	1,4	6	10,9
Инфекции мочевыводящих путей	11	4,0	6	2,7	5	9,1

Все больные хорошо переносили левамизол. Количество лейкоцитов как при В-, так и при Т-варианте существенно не изменялось. Не было установлено различий и в изменении числа лимфоцитов ($P > 0,5$), хотя была отмечена тенденция к их повышению. Возрастал процент Т-лимфоцитов у больных с пневмонией после комплексного лечения антибиотиками и левамизолом. Увеличение было более выражено у больных с В-формой заболевания. Количественная характеристика В-лимфоцитов под влиянием терапии антибиотиками с левамизолом существенно не изменялась как при Т-, так и при В-варианте.

При анализе содержания белковых фракций у больных Т- и В-формой хронического лимфолейкоза под влиянием лечения антибиотиками с левамизолом закономерных сдвигов, кроме как в содержании γ -глобулина, не выявлено, и их колебания в основном не выходили за пределы нормальных величин. Уровень γ -глобулина уменьшался как при В-, так и при Т-формах ($P < 0,05$). Количество иммуноглобулинов G, M, A снижалось у больных с обоими вариантами заболевания. Особенно значительным оказалось снижение содержания иммуноглобулина G.

При анализе клинического течения и сроков лечения пневмоний существенных различий между группами больных, получавших антибиотики и антибиотики в сочетании с левамизолом, не выявлено. В той и другой группе средняя продолжительность лечения составляла 28 дней.

С целью разработки адекватных методов профилактики инфекционных осложнений в амбулаторно-поликлиническом отделении Саратовского гематологического центра применяется иммунопрофилактика левамизолом (2,5 мг/кг 3 раза в неделю в течение месяца) и интерфероном (0,25 мл в каждый носовой ход через 2 часа 5 раз в сутки в течение 3 дней; 2 курса в месяц).

Наблюдения были проведены за 21 больным с В-вариантом заболевания с часто рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей. Профилактическое лечение снижало частоту осложнений даже при продолжении лечения цитостатическими препаратами. В группе больных, получавших сезонное профилактическое лечение, за 6 мес. осенне-зимнего периода инфекционные осложнения зарегистрированы у 18 лиц. Профилактика проводилась 2 раза в год — в октябре и марте. Побочных реакций и осложнений от проведения сезонной профилактики не наблюдалось. В группе больных В-вариантом хронического лимфолейкоза, которые остались без профилактического лечения, осложнения возникли у 65% лиц, причем протекали они в более тяжелой форме. Однако частота вирусных поражений кожи и слизистых у больных обеих групп была приблизительно одинаковой.

Таким образом, в результате исследований установлено, что в Саратовской области несколько чаще, чем в среднем по стране, встречается Т-вариант хронического

лимфолейкоза и его прогрессирующая форма течения. При сравнительном изучении частоты распределения Т- и В-форм среди мужчин и женщин выявлено, что В-вариант наблюдается преимущественно у женщин. Больные Т-формой более подвержены инфекционным осложнениям.

Поступила 11.12.84.

УДК 616.34—089.86—07:612.135

АНГИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

М. З. Сигал, М. Р. Рамазанов

Кафедра хирургии и онкологии (зав.—заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. М. З. Сигал) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Одним из частых и обычно смертельных осложнений резекции кишки является несостоятельность швов, которая с неодинаковой частотой наблюдается при различных методиках формирования межкишечных анастомозов [1, 3, 5]. Хотя предположения о значении нарушений кровообращения в происхождении несостоятельности швов и существовали, однако данных, свидетельствующих об этом, мы в литературе не нашли.

Оценка состояния гемоциркуляции в шовной полосе проведена нами во время 101 операции по поводу рака толстой кишки. Анатомические исследования выполнены на 80 аутопсийных объектах. Трансиллюминационную ангиоскопию (—графию) производили по ранее описанной методике [2, 4], кровяное давление в интрамуральных сосудах кишки определяли с помощью способа, предложенного М. З. Сигалом и З. М. Сигалом [4].

Шовная полоса — это участок стенки кишки, освобожденный от брыжейки и вступающих в нее прямых сосудов, на который накладывают швы. При формировании кишечных анастомозов обычно не учитывают расположения прямых сосудов. Вместе с тем сохранение брыжейки кишки далеко не всегда соответствует сохранению прямого сосуда, кровоснабжающего участок стенки кишки, на который накладывают анастомоз — шовную полосу. В проходящем свете мы определяли расстояние между двумя смежными прямыми сосудами толстой (45 аутопсийных объектов) и тонкой (35) кишки. Число замеров на тонкой кишке составило 1065, на толстой — 750.

В начальном отделе тонкой кишки расстояние между прямыми сосудами колебалось от 0,2 до 4,5 см и было чаще в пределах 0,5—1,4 см (72,4%); в 96,1% случаев оно достигало 1,9 см. Для терминального отдела тонкой кишки такие данные получены соответственно в 55,7% и 99,4% наблюдений. В начальном отделе тонкой кишки расстояние между сосудами более 2 см отмечено в 3,9%, в терминальном отделе — в 0,5%. В поперечной ободочной кишке расстояние от 0,6 до 2,5 см было констатировано в 95,5% случаев, от 0,2 до 0,5 см — в 7,8%, а свыше 2,5 см — в 5,7%. Расстояние между двумя прямыми сосудами поперечной ободочной кишки колебалось от 0,2 до 5 см. Для сигмовидной кишки были получены следующие данные: от 0,2 до 0,5 см — в 7,3% наблюдений, 0,6—2,5 см — в 83,2%, а свыше 2,5 см — в 8,8%.

Таким образом, прямые сосуды иногда располагаются на значительном расстоянии от края шовной полосы, что может вызвать нарушение кровообращения.

В каждом случае целесообразно выявлять прямые сосуды в проходящем свете. Для этих целей источник его располагают позади исследуемых отделов кишки и ее брыжейки.

Шовные полосы могут быть связаны с длинным или коротким прямым сосудом. В первом случае брыжеечный отдел кишки оказывается лишенным собственного источника кровообращения. Интрамуральный кровоток обеспечивается за счет ветвей длинных прямых сосудов (рис. 1). Поток крови при этом распространяется от брыжеечного к противобрыжеечному краю и далее по дугообразному анастомозу — ветви, возникшей после дихотомического деления интрамурального отрезка прямого сосуда, — к брыжеечному краю. Короткий же сосуд ветвится в пределах брыжеечного отдела кишки (рис. 2).