

Таблица 2

Содержание иммуноглобулинов G, M, A (в мкмоль/л) в сыворотке крови у больных острым инфарктом миокарда ($M \pm m$)

Дни заболевания	1-я группа			2-я группа		
	IgG	IgM	IgA	IgG	IgM	IgA
1-й	118,65 $\pm$ 4,42*	2,89 $\pm$ 0,12*	20,91 $\pm$ 1,78*	214,12 $\pm$ 5,66*	3,77 $\pm$ 0,22*	21,54 $\pm$ 1,75*
7-й	95,76 $\pm$ 3,89*	2,42 $\pm$ 0,11*	17,72 $\pm$ 1,51*	211,49 $\pm$ 4,78*	3,09 $\pm$ 0,24*	16,54 $\pm$ 1,49*
14-й	82,10 $\pm$ 2,78*	2,10 $\pm$ 0,10*	15,11 $\pm$ 1,28*	189,12 $\pm$ 4,05*	2,89 $\pm$ 0,12*	16,28 $\pm$ 1,31*
21-й	61,06 $\pm$ 2,41*	1,66 $\pm$ 0,14*	13,42 $\pm$ 1,10*	155,19 $\pm$ 4,70*	2,72 $\pm$ 0,14*	14,07 $\pm$ 1,55*
30-й	56,02 $\pm$ 2,10	1,21 $\pm$ 0,12	10,09 $\pm$ 0,65	106,06 $\pm$ 3,89*	2,08 $\pm$ 0,22*	11,47 $\pm$ 0,46
60-й	55,19 $\pm$ 2,11	1,22 $\pm$ 0,11	10,70 $\pm$ 0,74	77,05 $\pm$ 2,78*	1,45 $\pm$ 0,18*	10,07 $\pm$ 0,56
90-й	55,17 $\pm$ 2,13	1,23 $\pm$ 0,13	10,09 $\pm$ 0,55	57,12 $\pm$ 2,40	1,27 $\pm$ 0,12	10,51 $\pm$ 0,70
180-й	54,89 $\pm$ 2,12	1,21 $\pm$ 0,12	10,11 $\pm$ 0,69	55,40 $\pm$ 2,11	1,20 $\pm$ 0,12	10,18 $\pm$ 0,59

Примечание. * отличия достоверные по сравнению с показателями здоровых лиц при $P < 0,05$.

ние иммуноглобулинов крови до нормы через 3—4 недели после развития ИМ, тогда как у больных ИМ, осложненным тромбоэндокардитом, содержание иммуноглобулинов G, M, A нормализовалось только через 2—3 месяца, а у 4 больных — только через 6 месяцев после развития ИМ.

Следовательно, высокие концентрации иммуноглобулина G и M, их сочетания и время нормализации можно

использовать как прогностический признак развития тромбоэндокардита у больных острым инфарктом миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голиков А. П., Кипиани М. А. Осложнения инфаркта миокарда.—Л., 1986.
2. Mancini G., Carbonare A. O., Hermans J. F. // Immunochimistry.— 1965.— Vol. 2.— P. 235—238.

Поступила 31.03.93.

УДК 616.12—002.77—007—08

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕВАМИЗОЛА, Т-АКТИВИНА И МЕТИЛУРАЦИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА

Д. А. Валимухаметова, Э. Б. Нурмухаметова

Кафедра внутренних болезней № 3 (зав.—проф. Д. А. Валимухаметова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского
института имени С. В. Курашова

В основе патогенеза ревматизма лежат глубокие нарушения иммунного гомеостаза [4]. Расстройство процессов регенерации, находящихся в тесной связи с состоянием иммунной системы, приводит к развитию грубых склеротических процессов в сердце и к прогрессированию кардиосклероза [1]. Состояние иммунного дисбаланса в ряде случаев усугубляется при назначении антибиотиков и противовоспалительных средств, входящих в традиционную схему лечения ревматизма [5].

Применение иммунокорригирующих препаратов в комплексной тера-

пии больных ревматизмом является важным шагом в направлении патогенетического лечения. В литературе имеются сведения о положительном действии при ревматизме левамизола, препаратов тимуса, пиримидиновых производных, но они весьма немногочисленны, нет и сведений о сравнительной эффективности препаратов. В связи с этим необходимо изучение влияния иммунокорригирующих средств на показатели иммунитета у больных ревматизмом в сравнительном аспекте.

Для оценки состояния иммунной системы использовали следующие

Динамика иммунологических показателей у больных ревматизмом при лечении с применением иммунокорректоров

Показатели	Группы обследованных				
	здоровые	1-я	2-я	3-я	4-я
Е-РОЛ, $\cdot 10^9/\text{л}$	$1,30 \pm 0,02$	$0,80 \pm 0,02^*$ $0,76 \pm 0,02^*$	$0,79 \pm 0,01^*$ $0,98 \pm 0,02^{**}$	$0,80 \pm 0,02^*$ $0,90 \pm 0,02^*$	$0,75 \pm 0,02^*$ $0,85 \pm 0,02^{**}$
Е-РОЛ ТР, $\cdot 10^9/\text{л}$	$0,90 \pm 0,02$	$0,60 \pm 0,02^*$ $0,61 \pm 0,02^*$	$0,59 \pm 0,02^*$ $0,72 \pm 0,02^{**}$	$0,62 \pm 0,01^*$ $0,71 \pm 0,02^*$	$0,59 \pm 0,01^*$ $0,67 \pm 0,02^{**}$
Е-РОЛ ТЧ, $\cdot 10^9/\text{л}$	$0,45 \pm 0,02$	$0,17 \pm 0,01^*$ $0,15 \pm 0,01^*$	$0,17 \pm 0,01^*$ $0,26 \pm 0,01^{**}$	$0,16 \pm 0,01^*$ $0,21 \pm 0,01^*$	$0,17 \pm 0,01^*$ $0,18 \pm 0,01^*$
ИРИ ТР/ТЧ	$2,00 \pm 0,09$	$3,53 \pm 0,14^*$ $4,07 \pm 0,12^*$	$3,47 \pm 0,02^*$ $2,70 \pm 0,01^{**}$	$3,94 \pm 0,11^*$ $3,31 \pm 0,07^{**}$	$3,47 \pm 0,12^*$ $3,61 \pm 0,16^*$
ИСт	$85,3 \pm 6,61$	$23,6 \pm 4,80^*$ $22,2 \pm 6,11^*$	$25,2 \pm 3,30^*$ $58,1 \pm 4,60^{**}$	$29,7 \pm 3,63^*$ $51,6 \pm 6,30^{**}$	$27,8 \pm 4,14^*$ $34,8 \pm 4,91^*$
ИСу	$38,42 \pm 3,05$	$15,76 \pm 1,72^*$ $13,23 \pm 0,93^*$	$14,98 \pm 1,83^*$ $30,92 \pm 1,66^{**}$	$15,86 \pm 1,64^*$ $24,72 \pm 1,03^{**}$	$16,52 \pm 2,04^*$ $19,6 \pm 2,08^*$
IgA, г/л	$1,69 \pm 0,06$	$3,31 \pm 0,08^*$ $3,04 \pm 0,11^*$	$3,22 \pm 0,05^*$ $2,89 \pm 0,05^*$	$3,26 \pm 0,09^*$ $2,86 \pm 0,07^*$	$3,34 \pm 0,08^*$ $3,16 \pm 0,06^*$
IgM, г/л	$1,14 \pm 0,02$	$1,84 \pm 0,04^*$ $1,66 \pm 0,06^*$	$1,70 \pm 0,03^*$ $1,52 \pm 0,03^*$	$1,82 \pm 0,03^*$ $1,52 \pm 0,06^*$	$1,76 \pm 0,02^*$ $1,58 \pm 0,05^*$
IgG, г/л	$13,49 \pm 0,15$	$12,35 \pm 0,19^*$ $11,15 \pm 0,23^*$	$11,08 \pm 0,13^*$ $13,30 \pm 0,18^{**}$	$12,08 \pm 0,13^*$ $12,96 \pm 0,16^{**}$	$10,88 \pm 0,18^{**}$ $11,20 \pm 0,20^*$

Примечание: * различия достоверны по сравнению с данными здоровых ($P < 0,05$), ** различия достоверны по сравнению с показателями 1-й группы. В числителе — показатели при поступлении, в знаменателе — при выписке.

иммунологические тесты: 1) определение количества Т-лимфоцитов (Е-РОЛ) в реакции спонтанного Е-розообразования с эритроцитами барана [3]; 2) определение количества основных субпопуляций Т-лимфоцитов по чувствительности к теофиллину (теофиллинрезистентные — ТР и теофиллинчувствительные — ТЧ) Е-РОЛ [3]; 3) исследование функциональной активности Т-лимфоцитов в реакции бласттрансформации с фитогемагглютинином (РБТЛ с ФГА) [6]; 4) оценка функциональной активности супрессоров методом Кон А индуцированной супрессии [2]; 5) определение уровней сывороточных иммуноглобулинов А, М, G методом радиальной иммунодиффузии по Манчини [7].

Под наблюдением было 110 больных (женщин — 104, мужчин — 6) в возрасте от 20 до 59 лет с затяжным и латентным течением ревматизма сердца. Активность воспалительного процесса I степени наблюдалась у 57 больных, II — у 23; у 30 больных отсутствовали признаки активности. Нарушения ритма сердечной деятельности в виде мерцательной аритмии имели место у 43 больных, экстрасистолы — у 10. Кроме того, при посту-

плении и в динамике лечения проводили клинико-биохимические и инструментальные обследования всех больных. В контрольной группе было 50 здоровых доноров.

Традиционная терапия включала противомикробные, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), по показаниям сердечные гликозиды, диуретики, препараты калия, антиаритмические препараты. Больные были разделены на 4 группы. Больные 1-й группы (50 чел.) в течение 3 недель получали только названные традиционные препараты, во 2-й группе (20) — принимали, кроме того, левамизол в таблетках по 150 мг один раз в неделю в течение 2 недель, в 3-й (20) — Т-активин по 1,0 мл подкожно в течение 10 дней, в 4-й (20) — метилурацил по 1000 мг (по 2 таблетки) 3 раза в день в течение 3 недель.

Результаты исследования представлены в таблице. Исходные иммунологические показатели у больных ревматизмом отличались от показателей у доноров ($P < 0,05$). Констатированы снижение количества Е-РОЛ, Е-РОЛ ТР и Е-РОЛ ТЧ, увеличение иммунорегуляторного индекса (ИРИ),

представляющего соотношение Е-РОЛ ТР/Е-РОЛ ТЧ, снижение функциональной активности лимфоцитов и супрессорных клеток в РБТЛ и в тесте Кон А индуцированной супрессии (ИСт, ИСу), повышение уровня Ig А и М и снижение количества IgG.

При проведении традиционной терапии иммунные показатели существенно не изменялись, отмечалось еще большее снижение уровня IgG. Дополнительное применение левамизола вызывало достоверные изменения показателей иммунитета: наблюдались увеличение количества Е-РОЛ, Е-РОЛ ТР и ТЧ, повышение функциональной активности Т-лимфоцитов и супрессорной активности, нормализация ИРИ и уровней Ig А, М, G. Аналогичные изменения вызывал Т-активин, однако его влияние на ИРИ и функциональную активность супрессоров было слабее, чем у левамизола ($P < 0,05$). Под воздействием метилурацила увеличивалось количество Е-РОЛ и Е-РОЛ ТР, снижался уровень Ig М, но эти изменения были выражены значительно меньше, чем при использовании левамизола и Т-активина; на остальные показатели метилурацил существенно не влиял и они оставались сниженными.

Итак, у больных с ревматическим поражением сердца имеются выраженные нарушения иммунитета, требующие применения иммунокорригирующих препаратов в комплексе со средствами традиционной терапии. Наиболее активными из изученных препаратов оказались левамизол и в меньшей степени Т-активин; малоэффективен метилурацил. Эти данные позволяют нам рекомендовать левамизол и Т-активин для включения в

комплексную терапию больных с ревматическим поражением сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаева А. Г., Зотиков Е. А. Иммунология процессов адаптивного роста, пролиферации и их нарушений.— М., 1987.
2. Горлина Н. К., Чередеев А. Н., Коломиец Н. М. и др. // Иммунология.—1983.—№ 5.—С. 27.
3. Казаченко Н. В., Нанчикеев Л. М., Кожанова Р. Г. и др. Организация массового иммунологического обследования населения с применением комплекса микрометодов.— Караганда, 1987.
4. Насонова В. А., Астапенко М. Г. Клиническая ревматология.— М., 1989.
5. Соловьев Г. М., Петрова И. В., Ковалев С. В. Иммунокоррекция, профилактика и лечение гнойно-септических осложнений в кардиохирургии.— М., 1987.
6. Хоробрых В. В., Пронин А. В., Куркин А. Ф., Санин А. В. // Иммунология.—1982.—№ 3.—С. 76—79.
7. Mancini G., Vaerman I. P., Carbonera A. O., Heremans I. I. // *Procedures of biological fluids*/Ed. N. Pecters, Amsterdam, L., № 4, Elsevier, 1964.

Поступила 06.01.93.

ANALYSIS OF THE EFFICIACY OF LEVAMIZOL, T-ACTIVIN AND METHYLURACIL IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH RHEUMATIC LESION OF THE HEART

D. A. Valimukhametova, E. B. Nurmukhametova

Summary

The efficacy of immunocorrelating preparations (levamisole, T-activin and methyluracil) combined with traditional therapy methods is studied in patients with rheumatic heart diseases and the disorder of cellular and humoral immunity. The treatment of patients using traditional therapy methods has no positive effect on immunologic indices, whereas the use of immunocorrelating preparations promotes their normalization of positive dynamics. The most efficient preparations — levamisole and T-activin — may be recommended for traditional therapy scheme of patients with rheumatism.

УДК 616.24—002.182—079.4:616.24—002.5

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И САРКОИДОЗА

А. А. Визель, М. Ф. Якушев, М. Э. Гурылева, О. В. Фирсов, Е. М. Галков

Кафедра фтизиопульмонологии (зав.—проф. А. А. Визель)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Проблема диссеминированных процессов в легких является неотъемлемой частью научно-практических руководств, которыми пользуются врачи в повседневной работе. На этапе пер-

вичной диагностики схожие рентгенологически туберкулез и саркоидоз требуют принципиально различного терапевтического подхода [2, 3].

Данное исследование было направ-