

Содержание свободных аминокислот в сыворотке крови здоровых и больных хроническим миелолейкозом и идиопатическим миелофиброзом (мкмоль/л)

Аминокислоты	Здоровые	Диагноз			
		хронический миелолейкоз	P_1	идиопатический миелофиброз	P_2
Цистин+цистеин	68,1±4,2	112,3±1,7	<0,05	130,5±0,2	<0,01
Лизин	93,7±6,4	76,7±6,8	>0,25	48,6±1,0	<0,05
Гистидин	118,6±6,4	94,1±6,0	>0,5	64,4±5,8	<0,05
Аргинин	64,8±5,0	55,5±3,7	>0,1	42,8±4,1	<0,05
Аспарагиновая кислота	76,6±4,0	94,6±7,5	>0,25	45,3±1,1	<0,05
Серин	78,9±6,0	169,4±7,7	<0,05	40,1±4,9	<0,05
Глицин	178,5±10,2	358,3±4,5	<0,05	149,2±8,0	>0,5
Глутаминовая кислота	84,9±3,9	101,3±5,1	>0,25	178,7±6,4	<0,02
Треонин	89,9±3,9	110,1±4,6	>0,1	74,8±5,6	>0,25
Аланин	303,0±11,2	385,0±16,8	>0,25	618,4±10,4	<0,05
Тирозин	43,6±2,6	29,2±3,9	>0,25	48,6±1,8	>0,25
Метионин+валин	50,9±1,9	21,1±2,1	<0,001	29,3±1,3	<0,05
Фенилаланин	81,1±3,7	61,7±6,6	>0,1	99,0±9,0	>0,25
Лейцин+изолейцин	115,1±7,2	54,1±1,7	<0,001	131,1±6,2	>0,5

При анализе аминокислотного спектра у больных миелофиброзом обнаружено снижение концентрации лизина, гистидина, аргинина и в значительно меньшей степени содержание метионина + валина. Сниженной оказалась также концентрация аспарагиновой кислоты и серина. В то же время отмечалось повышение уровня аланина, глутаминовой кислоты и несколько менее выраженное увеличение содержания цистина. В группе «переходных состояний» констатировано достоверное снижение концентрации лизина и метионина + валина, а также глицина, наряду с повышением концентрации аспарагиновой кислоты и цистина. Резюмируя полученные данные, у больных основных групп можно отметить следующую направленность сдвигов аминокислотного спектра — уменьшение содержания большинства незаменимых и увеличение заменимых аминокислот.

В то же время характер изменений в содержании аминокислот в сыворотке крови у больных хроническим миелолейкозом и миелофиброзом имел, наряду с чертами сходства, существенные различия, которые заключались в том, что при хроническом миелолейкозе снижение содержания оказывалось высокостойким лишь для метионина + валина и лейцина + изолейцина, в то время как в отношении лизина, гистидина и аргинина этого не наблюдалось. Отмечалось также повышение уровня аспарагиновой кислоты, серина, цистина.

При миелофиброзе преобладало снижение уровня лизина, гистидина, аргинина. В группе «переходных состояний», характеризующихся как начальный период вторичного, лейкоэмического миелофиброза, наблюдалось повышение концентрации аспарагиновой кислоты и цистина.

Сдвиги аминокислотного спектра в сыворотке крови у больных констатированы в большинстве случаев раньше, чем изменения уровня общего белка и его фракций, и потому они являются более тонким показателем нарушения белкового обмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов М. Г. Тер. арх., 1974, 8.— 2. Демидова А. В. Там же.— 3. Дульцин М. С. Пробл. гематол., 1970, 1.— 4. Зайцева Г. И., Тюленева Н. П. Лабор. дело, 1958, 3.— 5. Чулкова З. О., Гумина И. М. Там же.

Поступила 5 февраля 1982 г.

УДК 618.12—002.2—08:615.37

ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Л. И. Мальцева, Б. А. Молотиллов, Н. Л. Капелюшник

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Л. Капелюшник), кафедра общей клинической патологии (зав.— проф. Т. Б. Толтегина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Казанский НИИ эпидемиологии и микробиологии (директор — канд. мед. наук Т. А. Башкирев)

Реферат. У 80 больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом изучено состояние клеточного и гуморального иммунитета. В стадии ремиссии процесса

проведено комплексное аллергологическое обследование. У 41 больной диагностирована бактериальная сенсibilизация, из них у 19 — моновалентная, преимущественно к стафилококку, у 22 — в поливалентных сочетаниях. Сенсibilизация определяла характер изменений показателей специфического иммунитета и особенности клинического течения заболевания. Проведена дифференцированная терапия с учетом измененной реактивности методом специфической гипосенсибилизации бактериальными аллергенами и левамизолом. Получена стойкая ремиссия.

Ключевые слова: хронический сальпингоофорит, аллергия, иммунитет, иммунотерапия.

1 таблица. Библиография: 1 название.

Ведущим методом терапии хронического неспецифического сальпингоофорита является комплексное лечение, основанное на медикаментозном, физиотерапевтическом и бальнеологическом воздействии. Однако широкое использование антибиотиков и химиотерапевтических препаратов обуславливает постоянную изменчивость микробов-возбудителей и их взаимоотношения с человеческим организмом. Возрастает частота аллергических реакций на медикаменты и бактериальные аллергены. В связи с этим важное значение имеет поиск новых патогенетически обоснованных методов лечения хронического воспаления придатков матки с учетом измененной реактивности организма.

Целью настоящей работы явилось изучение аллергической перестройки организма, состояния клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим сальпингоофоритом, а также оценка эффективности методов иммунотерапии. Для решения поставленных задач, помимо общеклинического обследования, изучали иммунологический статус женщин и проводили аллергологическое обследование в стадии ремиссии процесса.

Под наблюдением находилось 80 женщин в возрасте от 20 до 40 лет с длительностью процесса от 1 до 7 лет. Иммунологическое обследование включало определение количества Т- и В-лимфоцитов методом розеткообразования (тесты Е-РОК и ЕАС-РОК), их функциональной способности по тесту бласттрансформации под влиянием ФГА (БТЛ с ФГА), а также уровня иммуноглобулинов А, М и G по Манчини. Комплексное аллергологическое обследование заключалось в изучении аллергологического анамнеза, кожном тестировании с бактериальными аллергенами, определении показателя повреждения нейтрофилов по Фрадкину и реакции лейколизиса с бактериальными и лекарственными препаратами.

В результате проведенного обследования у 41 больной хроническим сальпингоофоритом была выявлена бактериальная сенсibilизация. Из них у 19 женщин с давностью заболевания от 1 до 3 лет диагностирована моновалентная микробная сенсibilизация (у 16 — к стафилококку и у 3 — к стрептококку). У 22 больных с длительностью заболевания от 3 до 7 лет установлена поливалентная сенсibilизация (у 7 — к стафилококку и стрептококку, у 9 — к кишечной палочке и стафилококку и у 6 — к стрептококку и протее). Помимо поливалентной бактериальной, у 7 женщин наблюдалась лекарственная сенсibilизация (у 5 — к пенициллину и у 2 — к салицилатам), у 2 — пищевая (непереносимость морской рыбы из породы тресковых).

Проанализировав особенности клинического течения заболевания у сенсibilизированных больных, мы обнаружили, что женщины с небольшой длительностью заболевания и преимущественно моновалентной бактериальной сенсibilизацией имели выраженные частые обострения хронического процесса в придатках с преобладанием экссудативного компонента. При большей давности процесса и поливалентной микробной или сочетанной сенсibilизации сальпингоофорит отличался вялостью течения, упорством болевого синдрома, малой эффективностью терапии.

У больных без аллергической перестройки организма превалировали в основном пролиферативные формы воспалительного процесса. Клиническое течение заболевания у этих женщин также было вялым, но общепринятые методы терапии давали довольно стойкую ремиссию.

Результаты иммунологических исследований показали (см. табл.), что у всех больных по сравнению со здоровыми женщинами в период обострения заболевания наблюдалось снижение БТЛ с ФГА. При экссудативных формах обострения хронического процесса количество Т- и В-лимфоцитов не отличалось от аналогичных показателей в контроле, наблюдалась гипериммуноглобулинемия М при нормальном уров-

Влияние комплексной терапии на иммунологические показатели у женщин с различными формами хронического неспецифического сальпингофорита

Показатели	Здоровые женщины (n=20)	Обострение хронического процесса с экссудативным компонентом на фоне аллергии		Прогрессирующее течение хронического процесса на фоне аллергии		Обострение хронического процесса без аллергии	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
БТЛ с ФГА, %	51,6±1,5	11,9±1,0*	24,4±1,8*	11,9±1,0*	20,0±1,8*	19,6±2,3*	27,0±2,5*
Т-лимфоциты, в 1 мкл	1131±49	1262±63	1137±101	323±17,4*	411±33*	804±40*	870±24*
В-лимфоциты, в 1 мкл	234±18	289±51	357±32*	169±14*	96,7±14*	123±23*	231±33
Иммуноглобулины, мкмоль/л							
А	7,72±1,1	10,3±0,8	9,33±0,5	13,0±1,1*	12,0±0,7*	15,0±2,5*	7,8±0,6
М	1,08±0,05	1,96±0,18*	1,93±0,28*	1,49±0,19*	1,19±0,04	1,28±0,18	1,07±0,11
Г	67,3±7,5	72,5±2,8	58,1±4,2	82,0±5,2	47,1±0,5*	90,0±5,4*	77,5±2,8

* — разница статистически достоверна по сравнению с данными здоровых женщин.

не иммуноглобулинов А и G. Вялые, прогрессирующие формы заболевания на фоне поливалентной сенсибилизации выделялись наиболее значительным угнетением БТЛ с ФГА, снижением содержания Т- и В-лимфоцитов в сочетании с повышением уровня иммуноглобулинов А и М.

Иммунный статус больных без сенсибилизации характеризовался умеренным снижением БТЛ с ФГА, количества Т- и В-лимфоцитов; уровень иммуноглобулинов А и G был значительно повышен, тогда как содержание иммуноглобулина М не отличалось от такового у здоровых.

Всем больным проведено лечение, включавшее антибактериальные препараты, комплекс витаминов, десенсибилизирующие средства, противовоспалительные (бутадион, салицилаты), болеутоляющие, спазмолитические, биостимулирующие препараты. У всех больных достигнута клиническая ремиссия, однако большинство женщин с аллергической перестройкой организма отмечали нарушенное самочувствие и болевой синдром более длительное время.

Повторное исследование иммунных параметров через 1 мес после лечения не выявило нормализации измененных показателей клеточного иммунитета (см. табл.). В связи с этим было проведено лечение, направленное на коррекцию имеющихся нарушений.

У 19 больных с резко выраженной моновалентной микробной сенсибилизацией применили метод специфической гипосенсибилизации бактериальными аллергенами. Лечение осуществляли в поликлинике Казанского НИИЭМ по схеме, применяемой при инфекционно-аллергических заболеваниях.

Во время курса терапии лишь у 1 больной наблюдалось слабо выраженное обострение заболевания, однако лечение удалось завершить после его купирования. В последующем всем больным проводили поддерживающую терапию бактериальными аллергенами в течение 1 года. Исследование иммунологических показателей через 2 мес после окончания основного курса лечения выявило повышение БТЛ с ФГА у большинства больных (в 2 раза по сравнению с исходным), содержание Т- и В-лимфоцитов и иммуноглобулинов соответствовало норме. Через 1 год лишь у 2 женщин БТЛ с ФГА отличалась от таковой у здоровых, тогда как у остальных произошла нормализация показателей клеточного и гуморального иммунитета. В течение 3 лет дальнейшего наблюдения ни у одной больной не было обострения заболевания.

Попытки провести специфическую гипосенсибилизацию 5 больным с прогрессирующим течением заболевания на фоне поливалентной микробной сенсибилизации не увенчались успехом. У всех женщин наступило обострение на разных этапах лечения, причем у 1 больной возникло тубоовариальное образование, потребовавшее стационарного лечения. Эти наблюдения соответствуют данным Н. М. Бережной и др. (1980), также отмечавших неэффективность специфической гипосенсибилизации у больных инфекционно-аллергической бронхиальной астмой и резким угнетением специфического иммунитета.

В связи с этим у 17 больных с поливалентной аллергией и выраженным угне-

тением клеточного иммунитета мы применили иммуномодулятор левамизол по 150 мг 2 раза в неделю в течение 3 нед. После первого курса лечения лишь у 3 женщин наблюдалась тенденция к повышению БТЛ с ФГА и количества Т- и В-лимфоцитов. Увеличение БТЛ с ФГА в 2 раза наблюдалось у большинства больных только после трех курсов лечения. У 11 женщин нормализация показателей БТЛ с ФГА, Т- и В-лимфоцитов произошла к 6 мес лечения, у 3 функциональная активность лимфоцитов и количество Т- и В-клеток не достигли уровня здоровых, еще у 3 женщин препарат пришлось отменить из-за развития осложнений в виде кожных аллергических реакций. Клинические наблюдения за больными показали, что нормализация иммунитета сопровождалась улучшением их самочувствия, исчезновением болей, положительной динамикой при объективном исследовании пораженных придатков.

Из 29 больных с нарушенными иммунными показателями, но без аллергической перестройки организма у 10 был применен левамизол, 19 женщин получили лишь обычный комплекс терапии. К 4 мес лечения нормализация иммунитета на фоне приема левамизола была достигнута у 8 из 10 больных, у 2 — к 6 мес. Осложнений во время приема препарата не произошло. В течение последующих 3 лет наблюдения за этими больными констатирована стойкая ремиссия заболевания при нормальных иммунологических показателях.

Большинство женщин, получавших общепринятый комплекс терапии без левамизола, отмечали усиление болей внизу живота после охлаждения, острых респираторных вирусных инфекций и периодически повторяли лечение амбулаторно; у 5 из них наступило обострение заболевания, потребовавшее стационарного лечения.

Исследования показали, что у значительного числа больных хроническим неспецифическим сальпингоофоритом наблюдалась аллергическая перестройка организма, вызванная бактериальной, лекарственной и пищевой сенсибилизацией или их сочетанием. У всех женщин, страдавших хроническим процессом, имелось нарушение клеточного иммунитета, которое было, вероятно, основой рецидивов заболевания. Дифференцированная коррекция иммунных нарушений путем специфической гипосенсибилизации или применения иммуномодулятора левамизола является эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения, для проведения которого требуется тщательное аллергологическое и иммунологическое обследование больных.

ЛИТЕРАТУРА

Бережная Н. М., Бейко В. А., Евсеева Т. Е. Журн. микробиол., 1980, 12.

Поступила 22 марта 1982 г.

ОБЗОРЫ

УДК 616.71—001.5—514—89.84

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

И. В. Ключикин

Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Лечение открытых повреждений конечностей остается одним из актуальных и полнотой еще не решенных вопросов в современной травматологии [13, 18, 29, 37]. Значительная частота этих травм [50], большое количество осложнений [17, 19, 52, 54], неудовлетворительные исходы, достаточно высокий процент инвалидности и летальности делают эту проблему одной из основных в травматологии. В связи с повышением индустриализации страны, увеличением парка автомобильного большегрузного и скоростного транспорта, интенсивным строительством высотных зданий [38] возросло количество тяжелых открытых повреждений конечностей. Удельный вес их в общем числе диафизарных переломов составляет от 27,3 до 53% [10, 31, 53, 57]. Очень часто открытые повреждения длинных трубчатых костей сочетаются с черепно-мозговой травмой, шоком, кровопотерей, тяжелым повреждением и размождением мягких тканей и сосудистых, нервных образований [29, 53].