

Таким образом, тщательно собранный анамнез, анализ клинического течения заболевания в сопоставлении с данными лабораторных исследований в подавляющем большинстве случаев позволяют дифференцировать вирусные гепатиты от желтух механического генеза на почве новообразований и оказывать больным соответствующую помощь. Лишь в отдельных случаях для уточнения этиологии желтухи возникает необходимость обследования больных в специализированных стационарах с применением инструментальных методов исследования (лапароскопии, эндоскопии и т. д.).

Поступила 14 апреля 1983 г.

УДК 616.12—002.77—06:616.36

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

Н. В. Старкова

Кафедра факультетской терапии (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. Р. Ш. Абдрахманова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В ряде случаев ревматический процесс переходит в стадию аутоагрессии. При этом отмечается поражение не только сердца и висцеральных оболочек, но также печени и других органов. С целью выявления аутоагрессивного поражения печени при ревматизме мы устанавливали реакцию торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) с применением очищенных антигенов печеночной ткани¹ [1]. Использовали разведение антигена с содержанием белка 10 мкг в 1 мл.

Обследовано 30 больных ревматизмом. Параллельно с РТМЛ в динамике определяли общепринятые лабораторно-биохимические показатели активности ревматического процесса: титр антистрептолизина О, СРБ, протейнограммы, сиаловые кислоты. Среди обследованных больных активность ревматического процесса отсутствовала у 5, активность I ст. констатирована у 15, II ст. — у 7, III — у 3. Недостаточность митрального клапана была у 2 больных, сочетанный митральный порок — у 16, митрально-аортальный — у 10, постмиокардитический кардиосклероз — у 2. Недостаточность кровообращения I ст. установлена у 4 больных, II ст. — у 14, III ст. — у 10. Недостаточность кровообращения отсутствовала у 2 человек. Ревматический процесс с острым течением был у 3 больных, с подострым — у 4, с затяжным — у 14, с непрерывно-рецидивирующим — у 4. В неактивной фазе заболевания обследовано 5 больных. При постановке РТМЛ с применением очищенного антигена печеночной ткани большую часть (15) составили больные с поражением клапанного аппарата сердца, наличием 2—3 пороков, недостаточностью кровообращения II и III ст., с застойной, увеличенной в размерах печенью. Было установлено, что на РТМЛ с применением антигенов печеночной ткани влияет как активность ревматического процесса, так и наличие застойных процессов со стороны печени, обусловленных недостаточностью кровообращения. Для анализа результатов, полученных в 51 РТМЛ с применением очищенного антигена печеночной ткани, мы распределили их на 4 группы в зависимости от активности ревматического процесса и наличия изменений со стороны печени.

1-ю группу составили результаты 7 исследований, проведенных у больных ревматизмом с отсутствием недостаточности кровообращения, без изменений со стороны печеночной ткани, в активной фазе заболевания. У этих больных при отсутствии изменений со стороны печени ингибирования миграции лейкоцитов с применением очищенного антигена печеночной ткани не установлено. Индекс миграции лейкоцитов был больше 80%, несмотря на наличие активности ревматического процесса, что указывало на отсутствие сенсибилизированных лейкоцитов в организме обследованных больных к печеночному антигену без изменений со стороны печеночной ткани.

Во 2-ю группу вошли материалы 18 исследований, проведенных у больных в неактивной фазе заболевания без сдвигов со стороны печени. Ингибирования миграции лейкоцитов с применением очищенного антигена печеночной ткани у этих больных также не наблюдалось, индекс миграции лейкоцитов был больше 80%. В эту группу были включены результаты, полученные у тех больных, у которых в ходе противоревматической терапии была подавлена активность ревматического процесса и исчезли симптомы недостаточности кровообращения.

3-ю группу составили итоги 6 исследований, проведенных у больных в неактивной фазе заболевания с недостаточностью кровообращения II—III ст. и застойными изменениями со стороны печени. При этом также не определялось торможения миграции лейкоцитов.

¹ Очищенные антигены печеночной ткани были предоставлены нам старшим научным сотрудником кафедры факультетской терапии 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова (зав. — проф. В. Н. Аюхин) А. М. Борисовой.

В 4-й группе рассматривались результаты РТМЛ с применением очищенных водорастворимых антигенов печеночной ткани, полученные в процессе 20 исследований у больных с недостаточностью кровообращения II и III ст., с застойной печенью в активной фазе заболевания. У этих больных ингибирование миграции лейкоцитов было равно 100%.

Таким образом, из всех вариантов сочетания активности ревматического процесса с наличием изменений со стороны печени торможение миграции лейкоцитов было обнаружено при застойных явлениях со стороны печеночной ткани вследствие недостаточности кровообращения в сочетании с активностью ревматического процесса (в 20 исследованиях). При наличии только одного из этих факторов ингибирования миграции лейкоцитов не установлено. Очевидно, РТМЛ с применением очищенного антигена печеночной ткани отражает взаимосвязь степени сенсibilизации организма к печеночному антигену с активностью ревматического процесса и застойными изменениями со стороны печени. Индекс миграции лейкоцитов колебался в зависимости от активности ревматического процесса и поражения печеночной ткани. В ходе противоревматической терапии с подавлением активности ревматического процесса и уменьшением застойных явлений со стороны печени индекс миграции лейкоцитов имел тенденцию к нормализации, что, вероятно, показывало понижение сенсibilизации организма. Подобная динамика наблюдалась у 14 больных. Низкий индекс миграции лейкоцитов, отсутствие его нормализации констатированы при наличии активности ревматического процесса и застойной печени, при отсутствии клинической ремиссии. Таким образом, было выявлено, что величина индекса миграции лейкоцитов при применении очищенного антигена печеночной ткани зависела также от сдвигов со стороны печени и от улучшения ее функции в ходе терапии. Параллельное изменение активности ревматического процесса и недостаточности кровообращения, отражающееся на величине индекса миграции лейкоцитов в РТМЛ с применением печеночного антигена в наших наблюдениях, подчеркивает взаимосвязь активности ревматического процесса и недостаточности кровообращения.

У 3 больных ревматизмом, поступивших в клинику в тяжелом состоянии, несмотря на активность ревматического процесса и II-III и наличие изменений со стороны печеночной ткани, не было ингибирования миграции лейкоцитов вследствие угнетения иммунологических реакций в этот период заболевания.

Таким образом, применение очищенного антигена печеночной ткани в РТМЛ выявляет аутоагрессивные изменения со стороны печеночной ткани у больных ревматизмом. Торможение миграции лейкоцитов наблюдалось у больных в активной фазе заболевания при застойных процессах со стороны печени, сопровождающихся аутоагрессией.

ЛИТЕРАТУРА

I. Soborg M., Bendixen G. Acta med., scand., 1967, 181, 247.

Поступила 27 декабря 1982 г.

УДК 616.36—008.5—07—08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

В. А. Кузнецов, Г. М. Харин, Р. К. Джорджикия, Г. И. Харитонов

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. А. Кузнецов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Частота вовлечения печени в патологический процесс, сопровождающийся значительными изменениями резистентности организма, и неудовлетворительные результаты проводимого лечения обуславливают в наши дни усиленные поиски новых методов и средств для диагностики и коррекции поражений гепатопортальной системы при механической желтухе. Хорошо известен комплекс изменений, развивающихся в печени при внепеченочном холестазе и проявляющихся в совокупности дистрофических, воспалительных, некротических и склеротических процессов. Одновременно с этим при данном виде патологии в последние годы все чаще отмечаются нарушения иммунологической регуляции, нередко лежащие в основе развития структурных и функциональных поражений печени [5, 6]. Однако и до сих пор в клинической практике для оценки степени вовлечения печени в патологический процесс применяются преимущественно биохимические исследования крови, имеющие весьма относительную достоверность. В частности ранее нами было показано, что при сопоставлении функциональных и морфологических показателей состояния печени у больных хроническим калькулезным холестазом и его осложнениями в 64% обнаруживается расхождение между данными биохимических анализов крови и тяжестью диффузного поражения органа. Отсутствуют соответствующие функциональные критерии измененных гистофизиологических параметров