

ных, больных ОРЗ, и грудного молока у больных матерей.

3. Антиадгезивная активность молока выше, чем у зрелого грудного молока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухарин О. В., Васильев Н. В., Усвятцов Б. Я. // Лизоцим микроорганизмов. — Томск, 1985.
2. Грибакин С. Г., Адигамов Л. Ф. // Вопр. охр. мат. — 1985. — № 1. — С. 15 — 17.
3. Кушнарера М. В., Харькова Р. М. // Лабор. дело. — 1990. — № 3. — С. 69 — 71.
4. Маянская И. В., Малышева Э. Ф. // Др. // Педиатрия. — 1987. — № 12. — С. 47 — 49.
5. Щербакова Э. Г., Кушнарера М. В. и др. Материалы VI Всероссийского съезда микробиологов, эпидемиологов и паразитологов. — Н. Новгород, 1991.
6. Anderssen B., Eriksson B. et al. // Infect. and Immun. — 1981. — Vol. 32. — P. 311—314.

УДК 616.36—002—036.83—07

ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ДУОДЕНОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ *

Д. М. Собчак, Н. М. Травина

НИИ эпидемиологии и микробиологии (директор — академик РАМН И. Н. Блохина),
г. Нижний Новгород

Частота затянувшейся реконвалесценции и затяжного течения острого вирусного гепатита (ОВГ) достигает 54%. Развитие поражения желчевыводящих путей (ЖВП) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при ОВГ представляет сложный патофизиологический механизм, состоящий из взаимосвязанных и взаимообусловленных процессов. Прежде всего следует отметить нарушения микроциркуляции за счет развившейся в остром периоде вирусного гепатита венозной гиперволемии печени и портальной гипертензии, коррелирующей с уменьшением артериального кровотока в печени. Наблюдаемые при ОВГ морфологические изменения слизистой ЖКТ связаны, в первую очередь, с гистамином, концентрация которого возрастает в крови за счет нарушения антиоксидантной функции печени [1].

В условиях снижения барьерной функции печени и повышенной абсорбции кишечные бактерии и их эндотоксины попадают в кровеносное русло,

7. Baade K., Hein J. et al. // Kinderärztl. Prax. — 1988. — Vol. 56. — P. 381—387.

8. Hanson L. A., Anderson B. et al. // Infection. — 1984. — Vol. 12. — P. 111—114.

9. Quie P. C. // Zbl. Bakt. Orig. Abt. A. — 1984. — Bd. 256. — S. 401—407.

Поступила 23.02.93.

CHARACTERISTIC OF ANTIADHESIVE PROPERTIES OF THE SALIVA OF NEWBORNS AND BREAST MILK OF THEIR MOTHERS

F. I. Sibgatullina, O. I. Pikuza

Summary

The estimation of the effect of saliva and breast milk on the adhesion of fungus *C. albicans* to litoral epithelium surface is given. The reduction of adhesive activity of the saliva in newborns, patients with acute respiratory disease and breast milk in sick mothers is noted. The antiadhesive activity of colostrum is higher than of mature breast milk.

вызывая усиление интоксикации и развитие инфекции. Доказано, что повышение содержания антител к *E. coli* и развитие эндотоксинемии, обусловленной грамотрицательной бактериальной микрофлорой, встречаются при острых и хронических заболеваниях печени [3]. Развитие холестаза при ОВГ приводит к значительному снижению или полному прекращению поступления желчи в кишечник. Снижение в желчи конъюгатов желчных кислот, в особенности дезоксихолевой, обладающих бактериостатическим действием, способствует инфицированию билиарного тракта [3]. Если учесть, что репликации вирусов гепатита в органах гастродуодено-панкреатобилиарной системы не выявлено ни в эксперименте, ни у больных, то становится очевидным патогенетическое участие бактериальной микрофлоры в развитии осложнения со стороны гастродуоденопанкреатобилиарной системы при ОВГ. Бактериальную суперинфекцию следует рассматривать как один из существенных факторов риска затянувшегося течения и затяжной реконвалесценции болезни [2].

* Расходы на оплату данной статьи частично возмещены путем постраничной оплаты.

С учетом значимости фагоцитарных показателей для индикации нарушения гомеостаза, то есть для определения глубины и динамики патологических процессов, в нашей клинике были использованы показатели люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ) нейтрофилов для диагностики осложнений со стороны ЖВП и ЖКТ.

В клинике Нижегородского НИИЭМ было обследовано 189 больных, из них 88—с вирусным гепатитом В (ВГВ) и 101—с вирусным гепатитом А (ВГА). Диагноз вирусного гепатита ставили с учетом эпидемиологического анамнеза, клинических данных, биохимического анализа сыворотки крови, характеризующего выраженность цитолитического, экскреторно-билиарного и холестатического синдромов, а также белковосинтетическую функцию печени. В сыворотке крови определяли маркеры вирусных гепатитов А и В: $\text{HB}_s \text{Ag}$, $\text{anti-HB}_{\text{core}}$ классов IgM и IgG, anti-HBeAg , дельта-агент, anti-HAV классов M и G. О тяжести гепатита судили по выраженности синдрома интоксикации и геморрагического синдрома.

Трудности распознавания функциональных нарушений гастродуоденопанкреатобилиарной системы у больных ОВГ обусловлены в значительной степени общностью многих клинических проявлений. Диагностике поражений ЖВП и ЖКТ у больных с ОВГ помогают тщательно собранный анамнез с указанием на снижение толерантности к пищевым нагрузкам, вздутие живота, боли в животе с учетом их характера, локализации, иррадиации, нарушения стула. Поражения ЖВП и ЖКТ могут проявляться в виде острых воспалительных и дискинетических состояний и обострения хронических заболеваний. Тем не менее уже в остром периоде всем больным показано проведение определенного комплекса диагностических процедур, направленных на выявление заболеваний ЖВП и ЖКТ: исследование α -амилазы мочи, α -амилазы сыворотки крови, копрограммы, рентгеноскопия ЖКТ.

Кислородзависимый метаболизм нейтрофилов в цельной крови оценивали в спонтанной и индуцированной люминолзависимой хемилюминесценции. В качестве стимулятора в индуцированной ХЛ использовали латекс (средний размер частиц—1,7 мкм).

Кровь брали из локтевой вены в количестве 0,5 мл с добавлением 25 ед./мл гепарина. Кровь разводили в соотношении 1:100 средой Хенкса и помещали в сцинтилляционные флаконы. К 1 мл разведенной крови добавляли 0,1 мл люминола в конечной концентрации 10^{-3} м/л. Флаконы с содержимым инкубировали 15 минут при температуре 37°C и измеряли спонтанную хемилюминесценцию (СХЛ). Затем к содержимому флакона добавляли 0,1 мл латекса, инкубировали 15 минут при 37°C и измеряли индуцированную хемилюминесценцию (ИХЛ) через каждые 10 минут в течение одного часа на бета-анализаторе (завод «Медаппаратура», г. Киев). Величину выражали в импульсах светового потока за 1 минуту. Индивидуальные показатели СХЛ у здоровых доноров не превышали $44,0 \pm 1,5 \cdot 10^3$ имп/мин. Средний показатель СХЛ составлял $34,0 \pm 1,4 \cdot 10^3$ имп/мин. Это значение и было принято за норму. Индивидуальные показатели ИХЛ здоровых доноров не превышали $201,0 \pm 24,3 \cdot 10^3$ имп/мин. Средняя величина ИХЛ равнялась $119,0 \pm 30,2 \cdot 10^3$ имп/мин. СХЛ и ИХЛ отличались разнонаправленностью, что свидетельствовало о том, что они выражали различные состояния нейтрофилов, воспроизводимые независимо друг от друга. Исходя из этого, мы определяли коэффициент реактивности нейтрофилов (КРН), который равен отношению ИХЛ/СХЛ. Индивидуальные показатели КРН у здоровых не превышали 6,6. Среднее значение КРН составляло $4,8 \pm 0,3$, оно и было принято за норму.

При легком течении ВГВ уровень СХЛ был повышен у 50% больных, ИХЛ — у 12% и то и другое — у 38%, при среднетяжелом — соответственно у 36%, 18%, 45%, при тяжелом — у 40%, ни в одном случае, у 60%.

Показатели ХЛ нейтрофилов при ВГВ, осложненных развитием остро воспалительных и дискинетических процессов гастропанкреатодуоденобилиарной зоны или обострением хронического воспалительного процесса ЖВП и ЖКТ, были следующими: при легком течении величина СХЛ была равна $94,0 \pm 3,8 \cdot 10^3$ имп/мин, ИХЛ — $220,0 \pm 9,3 \cdot 10^3$ имп/мин, КРН — $2,3 \pm 0,4$, при среднетяжелом — соответственно $0,85 \pm 5,4 \cdot 10^3$ имп/мин, $214,0 \pm 11,1 \cdot 10^3$ имп/мин, $2,4 \pm 0,01$, при

тяжелом — $97,0 \pm 5,5 \cdot 10^3$ имп/мин, $319,0 \pm 36,4 \cdot 10^3$ имп/мин, $2,7 \pm 0,6$.

При ВГА легкого течения повышенный уровень СХЛ наблюдался у 31% больных, ИХЛ — у 22%, и то и другое — у 45%, среднетяжелого течения — соответственно у 36%, у 21%, у 42%.

ВГА, осложненный острым воспалительным или дискинетическим процессом гастропанкреатодуоденобилиарной зоны или обострением хронического воспалительного процесса ЖВП и ЖКТ, характеризовался следующим образом: уровень СХЛ при легком течении — $98,0 \pm 3,5 \cdot 10^3$ имп/мин, ИХЛ — $233,0 \pm 18,1 \cdot 10^3$ имп/мин, КРН — $2,5 \pm 0,2$, при среднетяжелом — соответственно $91,0 \pm 3,6 \cdot 10^3$ имп/мин, $227,0 \pm 12,9 \cdot 10^3$ имп/мин, $2,4 \pm 0,2$.

Итак, раздельная характеристика СХЛ и ИХЛ не позволяет дифференцировать варианты динамики течения острого вирусного гепатита и является малоинформативной для прогнозирования и ранней диагностики осложнений. Введение КРН дает возможность до начала ярких клинических проявлений диагностировать признаки острых воспалительных и дискинетических состояний ЖВП и ЖКТ. При сопутствующем воспалении гастродуоденопанкреатобилиарной системы от-

мечается достоверное снижение КРН, что важно в плане диагностики воспаления, усиления дезинтоксикационной терапии и назначения противовоспалительного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер А. Ф., Новицкий И. Н. Практическая гепатология. — Рига, 1984.
2. Мельник Г. В. // Тер. арх. — 1991. — № 11. — С. 47 — 50.
3. Bode J. H. // Connective tissue norm. and fibrotic hum. diver. — Stuttgart, New-York. — 1982. — P. 137—142.

Поступила 18.12.92

DIAGNOSIS OF COMPLICATIONS OF DUODENOPANCREATOBILIARY SYSTEM IN ACUTE VIRAL HEPATITIS

D. M. Sobchak, N. M. Travina

Summary

The index of spontaneous and stimulating chemiluminescence of neutrophils in patients with acute viral hepatitis in acute inflammations, dyskinesia process of gastropancreaticoduodenobiligenesis system and in acute chronic diseases of the organs of gastroenteric and biligenesis systems is studied. The coefficient of reactivity of neutrophils provides the diagnosis of acute inflammation, dyskinesia process of gastropancreaticoduodenobiligenesis systems in acute viral hepatitis. It is important for the modification of the treatment of patients.

ОБЗОРЫ

УДК 616.24—001.36

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ «ШОКОВОГО ЛЕГКОГО»

А. З. Шакирова

Кафедра судебной медицины (зав. — проф. Г. М. Харин), Казанского медицинского университета

В настоящее время механические и гермические повреждения играют важную роль в структуре смертности и летальности наиболее трудоспособного населения. Это во многом связано с развитием после шокогенных повреждений мультисистемной или полиорганной недостаточности [20, 24]. Следует согласиться с мнением Ю. Шутеу и др. [21], что среди жизненно важных органов, повреждение которых имеет решающее значение в эволюции шока, легким принадлежит первостепенная роль. Согласно многочисленным литературным данным, вовлечение легких в патологический процесс увеличивает возможность летального исхода при различных видах шока от 25,5% до 85—90% [15, 34]. Совокупность структурных и функциональных изменений легкого, возникающих после воздействия на организм экстремальных факторов, обозначается

в литературе различными терминами, чаще всего как «синдром острой дыхательной недостаточности», которому в зарубежной литературе соответствует название «adult respiratory distress syndrome», а в нашей стране — «респираторный дистресс-синдром взрослых» (РДСВ). В литературе встречаются и такие определения данного состояния как «мокрое (влажное) легкое», «водяное легкое», «синдром перфузионного легкого», «синдром дыхательных расстройств», «легкое Дананга», «застойные ателектазы», «шоковое легкое» или «легкое при шоке» и др. Подобное обилие терминов вызвано нередко противоречивым подходом исследователей к оценке морфофункциональных изменений, возникающих в легких на различных стадиях экстремальных состояний.