

тий к плесневым грибам и в контрольной группе достоверных различий не отмечалось (табл.).

#### Содержание иммуноглобулинов А, М, Г в сыворотке крови при сенсибилизации больных к плесневым грибам

Иммуноглобулины, мкмоль/л	Больные с сенсибилизацией к плесневым грибам	Контрольная группа
A P	10,1 ± 0,8 >0,05	9,1 ± 0,6 >0,05
M P	0,91 ± 0,09 >0,05	0,77 ± 0,05 >0,05
G P	78,3 ± 4,8 >0,05	88,3 ± 4,1 >0,05

Содержание общего IgE в сыворотке больных находили с помощью радиоизотопного метода с использованием стандартных наборов фирмы Phatmacia Diagnostics (Швеция). Поскольку атопические аллергические заболевания сопровождаются повышением уровня общего IgE, мы считали целесообразным исключить из результатов исследования данные больных с повышенной чувствительностью к пыщевым, пыльцевым, эпидермальным и другим инфекционным аллергенам. Оказалось, что у больных, имевших положительные кожные пробы с аллергенами плесневых грибов, более высокий уровень общего IgE, чем у лиц контрольной группы (соответственно  $719,11 \pm 173,62$  кЕд/л и  $189,18 \pm 28,58$  кЕд/л,  $P < 0,01$ ). Это подтверждает ведущую роль IgE в патогенезе респираторных аллергозов, обусловленных сенсибилизацией к плесневым грибам.

Специфические IgE-антитела определяли к аллергену *Alternaria tenuis* в радиоаллергосорбентном teste (РАСТ).

Специфические IgE-антитела (I—IV класс) к *Alternaria tenuis* были выявлены у 42,9% больных с положительными внутрикожными пробами, поставленными с аллергеном *Alternaria tenuis*, что соответствует литературным данным [6]. Специфические IgE-антитела не обнаружены ни у одного больного с отрицательными кожными пробами.

Итак, при сенсибилизации к аллергенам плесневых грибов наблюдается повышение содержания общего IgE. Кожные пробы являются более чувствительными при оценке состояния специфической гиперчувствительности к плесневым грибам, чем радиоаллергосорбентный тест.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д., Польнер А. А. // Современная практическая аллергология.— М., Медицина, 1963.— 2. Лещенко В. М., Бородин Ю. П., Лещенко Г. М. // Вестн. дерматол. и венерол.— 1975.— № 10.— С. 36—40.— 3. Пастернак Н. И., Брысин В. Г. // Микология и фитопатология.— 1972.— № 5.— С. 414—419.— 4. Burge H. A., Solomon W. R., Muilenberg M. L. // J. Allergy and clin. Immunol.— 1982.— Vol. 70.— P. 101—108.— 5. Gravesen S. // Allergy.— 1978.— Vol. 33.— P. 268—272.— 6. Pascual H. C., Reddy Mohan P., Nagaya H. et al. // Ann. Allergy.— 1977.— Vol. 39.— P. 325—327.— 7. Singh B. P., Mukerjea P. K., Nath P. // Proc. Indian Nat. Sci. Acad.— 1981.— Vol. 47.— P. 78—82.

Поступила 02.02.87.

УДК 616.233—002.2+616.248]:612.112.91—086

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Д. Г. Юльметьева, А. И. Рахматуллина

Кафедра внутренних болезней лечебного факультета (зав.— доц. И. Г. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В настоящее время при изучении патологии органов дыхания большое внимание уделяется исследованию состояния специфической и неспецифической защиты организма, его реактивности. Такие заболевания, как бронхиальная астма и хронический обструктивный бронхит, отличаются медленным течением со склон-

ностью к прогрессированию. Существенно влияет на указанные заболевания органов дыхания присоединение вторичной инфекции. В формировании клинической картины и характера основного заболевания, кроме инфекции, большую роль играет состояние общей и специфической реактивности организма. Этим подчеркивается не только теоретическое, но и практическое значение методов, позволяющих в клинике судить о состоянии реактивности организма больного, тем более что они могут служить критерием активности процесса. К методам, позволяющим в клинике оценивать неспецифическую реактивность организма и состояние компенсаторно-приспособительных механизмов, могут быть отнесены и цитоферментные исследования нейтрофилов, так как ферментная активность нейтрофилов крови отражает изменения внутриклеточного метаболизма и согласуется с общими сдвигами обмена веществ в организме [1].

Среди современных методов исследования функционально-метаболического состояния нейтрофилов цитохимический тест восстановления нитросинего тетразоля (НСТ) выгодно отличается своей стандартностью, воспроизводимостью и простотой. Ценность теста состоит в том, что он позволяет определять активацию пероксидазных систем, являющихся интраплейкоцитарными микробицидными факторами в процессе фагоцитоза. Взаимодействуя с активированным нейтрофилом, НСТ восстанавливается в диформазан, который в виде грубодисперсных темно-синих гранул откладывается внутри или на поверхности клеток [2, 3, 4].

Под нашим наблюдением находилось 42 человека. По данным клинического обследования с учетом функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем у 22 больных была диагностирована бронхиальная астма инфекционно-аллергического генеза среднетяжелого и тяжелого течения, у 20 — обструктивный бронхит среднетяжелого течения. Показатели спонтанного и индуцированного НСТ-теста представлены в таблице.

**Показатели спонтанного и индуцированного НСТ-теста (%) у больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом**

Диагноз	Разгар		Улучшение		Выписка	
	спонтан- ный	индуци- рованный	спонтан- ный	индуци- рованный	спонтан- ный	индуци- рованный
Бронхиальная астма	47,7 ± 11,8	45,1 ± 6,5	37,7 ± 17,0	31,0 ± 8,0	43,8 ± 18,9	44,6 ± 8,0
Хронический обструктивный бронхит	20,0 ± 5,7	32,0 ± 4,2	33,0 ± 5,4	33,0 ± 5,1	26,0 ± 6,0	30,0 ± 2,0
Контроль			13,6 ± 1	27,5 ± 1,2		

В разгаре заболевания количество клеток, спонтанно восстановивших формазан, у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом составляло соответственно 47,7 ± 11,8% и 20,0 ± 5,7%, что было выше ( $P < 0,01$ ), чем у здоровых, а во время лечения и при выписке достоверно не отличалось от этого показателя у пациентов во время обострения и разгара процесса.

Таким образом, наши исследования позволяют предполагать, что кислородзависимый метаболизм нейтрофилов, а также их фагоцитарная активность у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом максимально высоки как в периоде обострения, так и во время ремиссии. Следовательно, состояние организма не обеспечивает достаточной защиты от вторичной инфекции, что необходимо учитывать при диспансеризации и лечении таких больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев А. К.//Гистохимия щелочной и кислой фосфатазы человека в норме и патологии.— Л., 1969.— 2. Каллахан Дж. В., Доуден Дж. А.//Лизосомы и лизосомные болезни накопления.— М., Медицина, 1984.— 3. Маянский А. Н., Галиуллин А. Н.//Реактивность нейтрофила.— Изд. Казанского ун-та, 1984.— 4. Нагоев Б. С.//Лабор. дело.— 1983.— № 8.— С. 34—37.

Поступила 18.11.86.