

званные сорбенты смешивали в равных объемах (по 0,2 мл) со взвесью нейтрофилов и инкубировали параллельно с контролем в дважды силиконированной посуде 30 мин при 37°. Контролями служили системы, состоящие из нейтрофилов и неопсонизированных гранул сефарозы и сефадекса в тех же концентрациях и объемах, что и в опытных системах.

По истечении срока инкубации определяли концентрацию нейтрофилов в надосадках контрольных и опытных систем раздельно для каждого вида адгезии. Из нейтрофильных взвесей 23 больных были приготовлены препараты одинаковой плотности, которые были подвергнуты иммунофлуоресцентному исследованию для обнаружения иммуноглобулинов на поверхности нейтрофилов.

Уровень ЦИК в сыворотке крови определяли по преципитации в среде полиэтиленгликоля-6000, ревматоидный фактор — с помощью латексового диагностикума.

Контрольную группу во всех лабораторных исследованиях составили 15 здоровых людей.

Исследуя неспецифическую адгезию нейтрофилов, мы не обнаружили разницы в ее количественной оценке у больных ревматоидным артритом и у здоровых людей. Величина показателей неспецифической адгезии не зависела ни от степени активности, ни от наличия экстраартикулярных знаков, ни от серопринадлежности артрита. Напротив, уровень адгезии нейтрофилов (УАН) к субстратам, содержащим IgG и СЗ-фрагмент комплемента, значительно превышал контрольные показатели. Наиболее высокие параметры специфических адгезивных реакций наблюдались в условиях максимальной активности заболевания и наличия системных проявлений ревматоидного артрита. Обнаружена прямая корреляция между УАН (IgG) и суставным индексом Ричи ( $r = 0,38$ ,  $P < 0,025$ ), суставным счетом ( $r = 0,41$ ,  $P < 0,005$ ), величиной СОЭ ( $r = 0,28$ ,  $P < 0,05$ ) и аналогично между УАН (СЗв) и суставным индексом Ричи ( $r = 0,41$ ,  $P < 0,005$ ), суставным счетом ( $r = 0,29$ ,  $P < 0,05$ ), СОЭ ( $r = 0,25$ ,  $P < 0,05$ ). Налицо взаимосвязь уровня специфической адгезии нейтрофилов с остротой суставного воспаления, которая может быть объяснена двояко: с одной стороны, высокий уровень адгезии нейтрофилов к иммунным субстратам создает предпосылку реализации флогогенного потенциала ПМЯЛ; с другой стороны, в ходе ревматоидного воспаления вырабатываются медиаторы, индуцирующие гиперэкспрессию рецепторов на мембране нейтрофила. По-видимому, названные причины не исключают друг друга, а сосуществуют неразделимо, формируя один из «порочных кругов» патогенеза ревматоидного артрита.

Была также выявлена прямая корреляция между ЦИК и УАН (IgG):  $r = 0,39$ ,  $P < 0,025$ , а также между ЦИК и УАН (СЗв):  $r = 0,34$ ,  $P < 0,025$ . От наличия и титра РФ УАН не зависел ( $P < 0,05$ ). Не определялась зависимости УАН и от рентгенологической стадии, длительности заболевания, степени функциональной недостаточности суставов, пола и возраста больного.

Итак, феномен гиперадгезивности обнаруживается не во всех случаях ревматоидного артрита, а только при максимальной активности воспаления и наличии системных признаков процесса. Целям коррекции гиперэкспрессии рецепторов могут служить не только привычные фармакологические методы (применение глюкокортикосте-

роидов), но и нетрадиционные способы лечения: лейкаферез, а в перспективе — селективный лейкаферез. Возможно, что методом изучения специфической адгезии нейтрофилов как теоретической предпосылкой нестандартных форм патогенетической терапии ревматоидного артрита можно определять показания к их применению и осуществлять контроль за эффектом лечения.

УДК 616.36—002.14—036.82—055.2

**А. С. Ванесян, И. А. Ушакова, М. А. Барковская, Р. М. Габитова, В. Л. Мустакова, Р. Г. Царегородцева, Б. А. Святский (Уфа). О диспансеризации женщин-реконвалесцентов после перенесенного вирусного гепатита**

Целью настоящей работы являлось повышение достоверности исследований путем установления конкретных сроков взятия крови на активность АЛАТ с учетом фаз менструального цикла у женщин репродуктивного возраста перед выпиской из стационара и при их диспансерном наблюдении после перенесенных вирусных гепатитов.

Мы провели исследование активности АЛАТ и эстрадиола ( $E_2$ ) у 150 реконвалесцентов женщин репродуктивного возраста после перенесенного вирусного гепатита В с разной тяжестью течения заболевания, а также у 59 женщин, находящихся под диспансерным наблюдением и перенесших вирусные гепатиты различной этиологии.

Посещение реконвалесцентами диспансерной кабинета, организованного при инфекционной больнице, имело место уже спустя 10—15 дней после выписки из стационара в том случае, если уровень активности АЛАТ превышал принятые нормативы в 2—3 раза.

Возраст женщин колебался от 17 до 45 лет. Среди реконвалесцентов было 40 женщин, перенесших легкую, 60 — среднетяжелую и 50 — тяжелую формы болезни.

Вирусный гепатит В диагностировали на основании общепринятых клинко-эпидемиологических данных, в ряде случаев он подтверждался обнаружением НВ<sub>с</sub>Ag методом реакции преципитации в геле. Показатели активности АЛАТ определяли по методу Умбрайт в модификации Т. С. Пасхиной. Уровень  $E_2$  в сыворотке крови устанавливали путем использования коммерческого набора реагентов (фирма-Sorin biomedica-Италия) для радиотестирования с помощью радиоиммунологического анализа. Пределы нормальных колебаний  $E_2$  и АЛАТ были уточнены по данным обследования 50 доноров-женщин репродуктивного возраста.

Согласно проведенным исследованиям, у доноров были зарегистрированы наиболее высокие уровни  $E_2$  в овуляционном и лютеиновом пиках менструального цикла — соответственно  $1,1 \pm 0,1$  и  $0,9 \pm 0,1$  нмоль/л, приходящихся при 28-дневном половом цикле на 13 и 21-й дни с начала менструаций. Соответственно данным показателям наблюдалось закономерное увеличение активности АЛАТ в овуляционном и лютеиновом пиках, превышающее принятые нормативы в 1,5 и 1,2 раза, — соответственно  $1,08 \pm 0,05$  и  $0,83 \pm 0,03$  ммоль/ч (ч. л).

У реконвалесцентов вирусным гепатитом В перед их выпиской из стационара показатели АЛАТ независимо от тяжести перенесенной болезни в овуляционном и лютеиновом пиках значительно превышали таковые вне данных пиков.

Так, после перенесенной легкой формы заболевания уровни АЛАТ составляли в овуляционном пике  $2,27 \pm 0,18$  ммоль/(ч.л), лютеиновом пике —  $1,94 \pm 0,25$  и вне пиков — лишь  $0,72 \pm 0,07$ , после среднетяжелого течения — соответственно  $2,38 \pm 0,29$ ,  $2,02 \pm 0,29$  и  $0,76 \pm 0,09$  ммоль/(ч.л), после тяжелой формы заболевания —  $2,63 \pm 0,36$ ,  $2,12 \pm 0,36$ ,  $0,79 \pm 0,11$  ммоль/(ч.л).

Показатели  $E_2$  в овуляционном и лютеиновом пиках существенно отличались от таковых, зарегистрированных вне данных пиков.

Аналогичные результаты были получены и при исследовании активности АЛАТ у женщин, находившихся под диспансерным наблюдением. Так, в овуляционном, лютеиновом пиках и вне их показатели АЛАТ составляли соответственно  $1,21 \pm 0,11$ ,  $0,84 \pm 0,07$  и  $0,6 \pm 0,05$  ммоль/(ч.л) ( $P < 0,01$ ).

Поскольку продолжительность менструального цикла у женщин репродуктивного возраста колеблется от 21 до 36 дней, мы в каждом конкретном случае определяли время наступления предполагаемых овуляционного и лютеинового пиков, соответствующих наиболее высоким показателям активности АЛАТ, согласно выведенным формулам определения сроков максимальной инкрети эстрогенов у здоровых женщин:  $p_0 = (n - 15) \pm 1$ ,  $p_1 = (n - 7) \pm 1$ , где  $n$  — длительность менструального цикла,  $p_0$  и  $p_1$  — дни овуляционного и лютеинового пиков.

До изменения принятых нормативов активности АЛАТ с учетом половых различий данные формулы могут быть использованы для вычисления оптимальных сроков взятия крови на активность ферментов у репродуктивных женщин репродуктивного возраста перед выпиской из стационара и при их диспансерном наблюдении после перенесенного вирусного гепатита.

удк 616.322—002.2—031.64

#### Х. А. Алиматов, Д. Д. Джабаров (Казань). Множественные осложнения паратонзиллита с благоприятным исходом

Воспалительный процесс при паратонзиллите может распространиться на клетчаточные пространства шеи и средостения с развитием тяжелых осложнений. Приводим собственное наблюдение множественных осложнений паратонзиллита с благоприятным исходом.

Н., 34 лет, поступил в клинику ЛОР-болезней КГМИ 05.03.1985 г. с жалобами на боли в горле при глотании, резкие боли в области шеи слева. Заболел 02.03.1985 г., когда после бани выпил холодной воды; через 2 дня обратился к ЛОР-врачу. Вскрыт левосторонний паратонзиллит; гноя не получено; назначено лечение. Однако на следующий день больной с ухудшением состояния был доставлен службой скорой медицинской помощи в ЛОР-клинику. В анамнезе имеется хронический тонзиллит.

При поступлении состояние больного тяжелое: температура —  $37,8^\circ$ , пульс — 128 уд. в 1 мин, АД —  $21,3/13,3$  кПа; имеется инфильтрация кожи левой щеки, подчелюстной области и левой боковой поверхности шеи до ключицы, тризм жевательной мускулатуры до 1,5 см. Левая боковая стенка глотки гиперемирована, отечна, инфильтрирована; на месте бывшего разреза — фибринозный налет. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Анализ крови — эр. —  $3,85 \cdot 10^{12}/л$ , Нб —  $2,2$  ммоль/л, л. —  $8,2 \cdot 10^9/л$ , ю. — 6%, п. — 6%, с. — 68%, э. — 1%, лимф. — 20%, мон. — 4%;

СОЭ — 41 мм/ч. Больному поставлен диагноз: левосторонний паратонзиллит, осложнившийся флегмоной шеи слева. Срочно произведена операция — вскрытие флегмоны окологлоточного пространства шеи и верхних отделов переднего средостения слева. Все клетчаточное пространство шеи и средостения, куда распространилась инфекция, дренированы. Проводили интенсивную противовоспалительную, дезинтоксикационную, общеукрепляющую терапию: три раза в сутки делали перевязки с отсасыванием гноя и промывали рану растворами антисептиков. В посеве из операционной раны был выделен золотистый стафилококк, чувствительный к гентомицину, линкомицину, ристомицину.

Несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось: увеличился отек левой щеки, появились признаки сепсиса, большой временами находился в состоянии септического делирия. 08.03 при нарастающих явлениях стеноза гортани произведены трахеостомия, вскрытие и дренирование гнойника в заднем средостении, из которого по предлобозонной фасции в рану поступал жидкий гной. Продолжали интенсивную терапию. Контрольное рентгенологическое исследование от 11.03 подтвердило увеличение размеров средостения по сравнению с данными от 08.03. Ввиду неэффективности лечения и недостаточности дренирования гнойника 11.03 совместно с торакальным хирургом произведены правосторонняя торакотомия и медиастинотомия с дренированием средостения и плевральной полости. 12.03 челюстно-лицевым хирургом обнаружена, вскрыта и дренирована флегмона левой щеки. Большой осмотрен терапевтом: выявлены сепсис с поражением внутренних органов, миокардит, двусторонняя нижнедолевая пневмония, дыхательная недостаточность III ст., легочно-сердечная недостаточность II степени. Проведена коррекция лечения.

Состояние больного постепенно улучшалось, дыхание через естественные пути восстановилось и 21.03 была выполнена деканюляция. Однако через пять дней состояние больного вновь ухудшилось, повысилась температура тела до  $39,5^\circ$ . При повторной рентгеноскопии средостения от 26.03 обнаружена полость с горизонтальным уровнем жидкости в верхних отделах справа. 28.03 вскрыт правосторонний изолированный парамедиастинальный абсцесс черешейным доступом справа. Из полости абсцесса синхронно актам дыхания выделилось большое количество зловонного гноя. Полость гнойника была дренирована и два раза в сутки ее промывали через дренажную трубку. Состояние больного после этого стало прогрессивно улучшаться, раны на шее постепенно очистились и склеились. Больной выписан домой под наблюдением терапевта по поводу остаточных явлений миокардита.

Таким образом, к выздоровлению больного привели раннее хирургическое лечение с широким дренированием ран и массивная противовоспалительная терапия.

удк 616.314.18—002.4—08—089.8

#### Н. А. Горячев (Казань). Парадонтальный очаг и последствия его устранения

Роль стоматогенных очагов хронической инфекции общеизвестна. Большинство работ посвящено тонзиллярному и зубному (околоверхушечному) очагам. Хотя очаг хронического воспаления в пародонте рассматривается как хорошо дренируемый