

Таблица 1

Средние величины показателей окислительно-восстановительных процессов и реактивности организма у обследованных лиц

Показатели	Контрольная группа		Больные ревматизмом		P
	n	M ± m	n	M ± m	
ВКК мг %	30	121,9 ± 0,80	90	136,7 ± 1,36	< 0,001
ВКМ г	30	9,5 ± 0,26	90	11,5 ± 0,20	< 0,001
КН ед	30	0,87 ± 0,08	45	1,04 ± 0,04	< 0,001
Каталазный инд.	30	3,54 ± 0,019	70	3,32 ± 0,04	< 0,001
ГО мг %	30	38,8 ± 0,31	90	39,8 ± 0,49	> 0,05
ГВ мг %	30	28,9 ± 0,34	90	28,4 ± 0,51	> 0,05
ГОК мг %	30	9,1 ± 0,26	90	11,2 ± 0,35	< 0,001
Пероксидаза	45	277 ± 1,49	90	239 ± 2,7	< 0,001
Цитохромоксидаза	45	259 ± 1,53	90	216 ± 1,9	< 0,001
Щелочная фосфатаза	45	29 ± 2,19	90	108 ± 7	< 0,001
Кислая фосфатаза	45	74 ± 5	90	122 ± 5,7	< 0,001
Лейколиз (ППЛ)					
контроль	15	0,01 ± 0,002	90	0,07 ± 0,003	< 0,001
стрепт. аллерг.	15	0,03 ± 0,006	90	0,24 ± 0,01	< 0,001
стаф. аллерг.	15	0,02 ± 0,007	90	0,09 ± 0,008	< 0,001
Лейкергия (%)					
контроль	15	3 ± 0,03	90	7 ± 0,09	< 0,001
стрепт. аллерг.	15	5 ± 0,06	90	20 ± 0,9	< 0,001
стаф. аллерг.	15	4 ± 0,05	90	9 ± 0,85	< 0,001

**ПОКАЗАТЕЛИ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА  
У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ  
ГЕМОДИНАМИКИ**

М. И. Лазорик, Ю. М. Гаврилик (Ужгород)

Общепризнано, что ревматизм является инфекционно-аллергическим заболеванием, в становлении и течении которого большую роль играет изменение реактивности организма. Исходя из этих теоретических предпосылок, нами изучены показатели неспецифической иммунологической реактивности — ферменты лейкоцитов периферической крови, фагоцитоз, а также тесты, характеризующие аллергизацию организма.

Отсутствие единого мнения в отношении характера инфекци-



онной аллергии при ревматизме побудило нас изучать аллергические тесты — лейколиз, лейкоергию и кожные аллергические пробы со стрептококковым и стафилококковым аллергенами.

Показатели неспецифической иммунологической реактивности и аллергизации организма изучались в объеме и методами, изложенными в статье этого сборника (М. И. Лазорик). Кроме того, изучался фагоцитоз — индекс Райта, индекс Гамбургера и показатель интенсивности фагоцитоза — среднее количество микробов в фагоцитирующем лейкоците. Объектом фагоцитоза служила 2 млрд. взвесь убитого нагреванием стафилококка штамм 209.

Всего обследовано 45 практически здоровых лиц и 90 больных ревматизмом. Среди больных мужчин 27, женщин — 63 в возрасте от 16 до 65 лет, с наличием и без наличия пороков сердца. Клиническое расстройство гемодинамики отсутствовало у 27 больных. Недостаточность кровообращения I стадии имела место у 26, IIА ст. — у 20, IIБ—III ст. — у 17 больных. Неактивная фаза ревматизма диагностирована у 18 больных, активность I степени (по А. И. Нестерову) — у 36, второй — у 30, третьей — у 6 больных.

На основании проведенного анализа результатов исследований отдельных проб и тестов выявлены разная частота, степень и характер их изменений. Установлено, что чаще других выпадают положительными различной степени выраженности такие тесты, как лейколиз со стрептококковым аллергеном (93,3%), пероксидаза (90%), цитохромоксидаза (87,7%), ЩФ (83,3%), несколько реже — кожные пробы со стрептококковым аллергеном через 24 (77,7%) и 48 часов (76,6%), лейкоергия со стрептококковым (70%), лейколиз (66,6%) и лейкоергия со стафилококковым аллергенами (60%), КФ (53,3%). Еще реже оказались положительными кожные пробы со стафилококковым через 24 часа (41,1%), со стрептококковым через 20—25 минут (23,3%) и со стафилококковым через 48 часов (6,6%) аллергенами. По характеру КФ, ЩФ, лейкоергия и лейколиз у больных повышались, по сравнению с контрольной группой, а пероксидаза, цитохромоксидаза и показатели фагоцитоза — снижались. Индекс Райта и индекс Гамбургера снижались в среднем на 25%. Снижение показателя интенсивности фагоцитоза статистически недостоверно.

Нами также установлено, что изменение изученных показателей, их частота и характер, находятся в определенной зависимости от фазы ревматизма. Хотя все показатели изменяются, как в группе больных в фазе ремиссии, так и в группе больных



в активной фазе, все же различие отдельных из них в этих группах отчетливо выражено. Так, если у больных в фазе ремиссии нарушение КФ отмечено в 28,2%, ЩФ — в 38,8%, цитохромоксидазы и пероксидазы — в 55% случаев и в основном слабых степеней, то в активной фазе они изменялись значительно чаще и в более выраженной степени, соответственно КФ — 69,4%, ЩФ — 95,5%, цитохромоксидаза — 95,8%, пероксидаза — 98,6%. Обращает на себя внимание, что отдельные из изученных показателей изменяются не одинаково у больных с различной степенью активности процесса. Например, максимальное повышение КФ, лейколиза и лейкоергии с обоими аллергенами отмечено при минимальной активности процесса. При средней и высокой степени активности указанные тесты снижались, оставаясь, однако, выше, чем у лиц контрольной группы.

Состояние гемодинамики также определено влияет на характер изменений изученных показателей. Установлено, что по мере нарастания недостаточности кровообращения, показатели цитохромоксидазы и пероксидазы снижались, а КФ, ЩФ, лейкоергия и лейколиз с обоими аллергенами — повышались. При выраженной декомпенсации сердца (IIБ—III ст.) кожные пробы, как правило, выпадали отрицательными, нарушалась обратная зависимость между показателями лейколиза и фагоцитоза, особенно интенсивностью фагоцитоза. В некоторых же случаях, при высоких показателях лейколиза (альтерации лейкоцитов), отмечены низкие показатели лейкоергии (агломерации лейкоцитов).

Результаты наших исследований и их анализ подтверждают точку зрения на ревматизм как форму патологии, в основе которой лежит изменение реактивности организма. Наши данные подтверждают также, что изменение реактивности при ревматизме есть следствие инфекционной неспецифической аллергии.