

K. S. SHAHINIAN, E. G. GRIGORIAN, P. Ya. GAPONYUK, B. G. KHEMCHIAN
EFFECT OF PHONOPUNCTURE ON THE INDICES OF
GASTRODUODENAL pH-METRY IN PATIENTS WITH
DUODENAL PEPTIC ULCER

It is shown that phonopuncture of the constant regimen has an expressed correlative effect on the acid-forming and acid-neutralizing functions of the stomach, reduces the duodenal acid-neutralizing function, creating the conditions for the healing of the ulcerous defect.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дуринян Р. А., Логинов А. С., Осипова Н. Н., Мельникова М. Н. Тер. архив, 1982, 2, с. 41.
2. Лея Ю. Я. Исследование кислотообразования в желудке. М., 1976.
3. Линар Б. Ю. Кислотообразовательная функция желудка в норме и патологии. Рига, 1968.
4. Рычагов Г. П., Фурсова Е. П. Сов. мед., 1985, 12, с. 20.
5. Серебряна Л. А., Мавродий В. М., Гандзян С. П., Кривошеевко Л. П. Сб. тр. ЦНИИ гастроэнтерологии. М., 1985, с. 83.
6. Тилумджян Л. С., Гладышева Л. М. Сб. тр. Рязанского мед. института, т. 83. Рязань, 1984, с. 76.
7. Улащик В. С., Чиркин А. А. Ультразвуковая терапия. Минск, 1983.
8. Фомина Т. В. Актуальные вопросы электролечения и ультразвуковой терапии. Минск, 1983, с. 82.
9. Kajdos V. Amer. J. Acup., 1977, 5, 277.
10. Kise WI. J. Jap. Acupunct. a. Moxib., Soc., 1979, 27, 2, 192.

УДК 616.351—08

Л. А. КЦОЯН, Г. С. КАРГАНЯН, Д. И. ЭЛОЯН

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ТОЛСТОЙ КИШКИ

Изучен уровень сывороточных иммуноглобулинов классов G, A, M у больных с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки. Выявленные достоверные сдвиги в уровне IgA могут быть учтены при дифференциальной диагностике этих заболеваний.

На сегодня роль иммунологических расстройств в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника очевидна [3, 5]. В литературе имеются работы по оценке гуморального [1, 10] и клеточного [2, 5, 6, 8, 9] звеньев иммунитета при воспалительных заболеваниях толстой кишки. Однако данные по этому вопросу немногочисленны и разноречивы.

Цель настоящей работы состояла в определении уровня Т-лимфоцитов и сывороточных иммуноглобулинов классов G, A, M у больных с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки в период обострения и выявлении взаимозависимости содержа-

ния сывороточных иммуноглобулинов и ряда клинических параметров: возраст, протяженность процесса, длительность заболевания, степень активности, наличие дисбактериоза и сопутствующих заболеваний при рассматриваемых нозологиях.

Содержание Т-лимфоцитов в периферической крови определялось у 42 больных с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки: 19—неспецифический язвенный колит (НЯК), 17—катаральный колит (КК), 6—функциональные расстройства (ФР). Содержание сывороточных иммуноглобулинов определялось у 170 больных: 88—КК, 42—НЯК и 40—ФР в возрасте 19—70 лет. Контрольную группу составили 128 практически здоровых доноров того же возраста.

Выделение суспензии мононуклеаров из периферической крови проводили в градиенте фиколл-верографин по методу Воуйт [7]. Т-клетки выявляли методом спонтанного розеткообразования эритроцитами барана по Jondal и соавт. [11]. Для оценки функционирования В-системы определяли концентрацию иммуноглобулинов классов G, A, M в сыворотке венозной крови методом радиальной диффузии в геле по Machini и соавт. [12]. Предварительный сравнительный анализ абсолютного и относительного содержания Т-лимфоцитов выявил их снижение при всех трех рассматриваемых заболеваниях.

Изучение средних величин исследуемых трех классов иммуноглобулинов показало, что в среднем их уровень остается в пределах нормы у больных НЯК и КК. У больных с функциональными расстройствами толстой кишки уровень IgG и M без изменений, а IgA—несколько ниже контроля ($P > 0,05$).

Принимая во внимание наличие возрастных различий в количестве иммуноглобулинов G, A, M у здоровых лиц [4, 13], здоровые и больные были разделены соответственно на две возрастные группы: от 19 до 35 и от 36 лет и выше. Результаты исследований показали, что при всех рассматриваемых заболеваниях в обеих возрастных группах не было заметных отклонений в количестве IgG и M в сравнении с воз-

Содержание сывороточных иммуноглобулинов G, A, M у больных НЯК, КК и ФР толстой кишки в возрастном аспекте

Обследованные	IgG			IgA			IgM		
	возраст								
	19-70	19-35	36 и выше	19-70	19-35	36 и выше	19-70	19-35	36 и выше
Контрольная группа	9,59± 0,78	10,84 ±1,11	8,57± 1,18	2,55± 0,12	2,09± 0,13	2,52± 0,22	0,99± 0,05	1,09± 0,07	0,96± 0,09
НЯК	10,11± 1,29	9,74± 0,97	10,48 ±1,91	2,74± 0,13	2,7*± 0,23	2,78± 0,2	1,04± 0,08	1,14± 0,1	0,93± 0,12
КК	10,37± 0,51	11,38 ±1,11	9,98± 0,62	2,44± 0,13	2,46± 0,33	2,44± 0,16	1,13± 0,08	1,08± 0,14	1,14± 0,1
ФР	9,17± 0,65	9,93± 1,15	8,24± 1,03	2,09± 0,147	2,17± 0,25	2,01* ±0,13	1,08± 0,1	1,08± 0,12	1,07± 0,15

Примечание. *—статистически достоверная разница с контролем.

растной нормой. Межгрупповых колебаний тоже нет. В I группе (норма— $2,09 \pm 0,13$) у больных НЯК уровень IgA значительно выше контроля, в то время как во II возрастной группе у больных ФР содержание IgA значительно ниже контроля (таблица).

Для изучения взаимозависимости протяженности воспалительного процесса и содержания сывороточных иммуноглобулинов при НЯК и КК больных сгруппировали в три группы: I—с тотальным поражением, II—с левосторонним поражением толстой кишки и III—с проктосигмоидитом. Установлено, что при НЯК и КК во всех исследуемых группах уровень IgG и M практически не изменяется по сравнению с нормой, уровень IgA близок к норме в группах с тотальным и левосторонним поражением толстой кишки. У больных с проктосигмоидитом концентрация IgA незначительно ниже нормы при катаральной форме и существенно выше нормы при неспецифическом язвенном проктосигмоидите. При этом установлена статистически достоверная разница ($P < 0,02$, рис. 1).

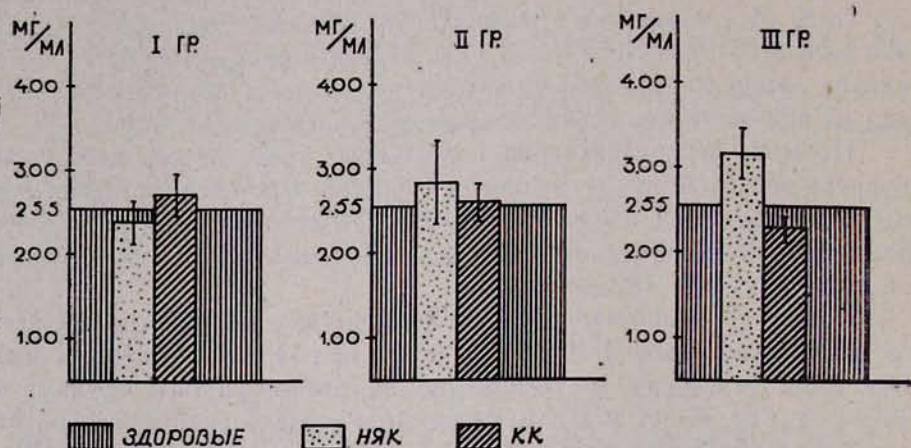


Рис. 1. Средний уровень IgA у больных НЯК и КК с различной протяженностью воспалительного процесса.

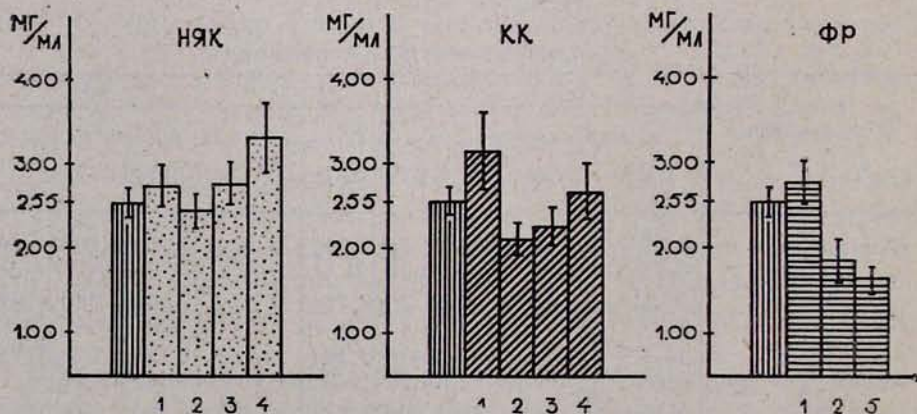


Рис. 2. Средний уровень IgA у больных НЯК, КК и ФР с различной длительностью заболевания. I—до года, 2—2—5 лет, 3—6—10 лет, 4—более 10 лет, 5—более 6 лет.

С целью исследования влияния длительности заболевания на уровень иммуноглобулинов больных с воспалительными и функциональными заболеваниями толстой кишки больных разделили на 4 группы. В I группу вошли больные с длительностью заболевания до года, во вторую—2—5, в III—6—10 и в IV—более 10 лет. Особых изменений в концентрации IgG и М в зависимости от длительности заболевания не наблюдалось. Из рис. 2 видно, что у больных НЯК при длительности болезни более 10 лет уровень IgA заметно повышается и статистически достоверно отличается от контроля ($P < 0,05$). При ФР, напротив, средний уровень IgA снижается по мере удлинения сроков заболевания и уже во второй группе существенно разнится с контролем ($P < 0,001$). У больных КК средний уровень IgA при различной длительности заболевания изменяется незначительно. Не обнаружено достоверной зависимости между содержанием трех исследуемых классов иммуноглобулинов и степенью активности воспалительного процесса при НЯК и КК.

Сравнительный анализ концентраций IgG, А и М у больных НЯК, КК и ФР толстой кишки, протекающих с дисбактериозом и без него, показал, что средний уровень IgG и М не меняется от наличия дисбактериоза кишечника. Уровень IgA достоверно увеличивается у больных НЯК с дисбактериозом— $3,0 \pm 0,18$ ($2,28 \pm 0,29$ —без дисбактериоза), в то время как у больных КК и ФР межгрупповых колебаний в уровне IgA нет. Анализ средних величин IgA при заболеваниях, протекающих без дисбактериоза, выявил, что содержание IgA несколько ниже контрольного при НЯК и КК и значительно ниже последнего при ФР ($P < 0,001$, рис. 3А).

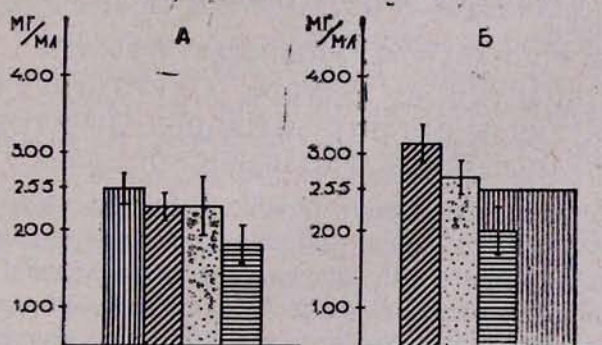


Рис. 3. Средний уровень IgA у здоровых и больных НЯК, КК, ФР. А—без дисбактериоза, Б—без сопутствующих заболеваний. Обозначения, как на рис. 1.

Полученные данные по изучению взаимозависимости сывороточных иммуноглобулинов и сопутствующих заболеваний (в основном желудочно-кишечного тракта) при воспалительных и функциональных заболеваниях толстой кишки показывают, что наличие сопутствующего заболевания не влияет на уровень IgG, А, М у больных НЯК и ФР, тогда как при КК имеется статистически недостоверное увеличение содержания IgA. Сравнительное изучение концентрации сывороточного IgA

при рассматриваемых трех заболеваниях, протекающих без каких-либо сопутствующих болезней, показало, что у больных ФР в среднем уровень IgA значительно ниже уровня IgA у больных НЯК и КК ($P < 0,05$; $P < 0,05$, рис. 3Б).

Выявленные достоверные сдвиги в уровне IgA у больных НЯК, ФР, КК могут быть учтены в дифференциальной диагностике этих заболеваний, а расшифровка показанных закономерностей в сдвигах уровня IgA требует дальнейших исследований в этом направлении.

НИИ проктологии МЗ АрмССР

Поступила 24/III 1987 г.

Լ. Ա. ԿՏՈՅԱՆ, Գ. Ս. ԿԱՐԳԱՆՅԱՆ, Դ. Ի. ԷԼՈՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂՈՒ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ԵՎ ԲՈՐՐՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ
ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ԻՄՈՒՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ ՓՈԽԿԱՊԱԿՑՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ուսումնասիրված է ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտով, կատարալ կոլիտով և հաստ աղու ֆունկցիոնալ հիվանդություններով տառապող հիվանդների շիշճուկային A, M, G իմունոգլոբուլինների և T-լիմֆոցիտների քանակը: Պարզվել է, որ վերը նշված հիվանդությունների դեպքում շիշճուկային A իմունոգլոբուլինների քանակի և մի շարք կլինիկական ցուցանիշների միջև գոյություն ունի փոխադարձ կապ:

Ընդ որում A իմունոգլոբուլինի փոփոխության աստիճանն ու բնույթը կախված են հիվանդության տեսակից:

Հայտնաբերվել է, որ ֆունկցիոնալ հիվանդությամբ տառապող անձանց A իմունոգլոբուլինի քանակը շատ ավելի ցածր է, քան ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտով և կատարալ կոլիտով հիվանդներին:

L. A. KTSOYAN, G. S. KARGANIAN, D. I. ELOYAN

THE INTERACTION OF CLINICAL AND IMMUNOLOGIC
PARAMETERS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY
AND FUNCTIONAL BOWEL DISEASES

The level of serum immunoglobulins, T-lymphocytes and interdependence between serum immunoglobulins and some clinical characteristics is studied in patients with inflammatory and functional bowel diseases. It is established interdependence between some clinical characteristics and IgA in the studied diseases, the character and the degree of changes of IgA depend on the type of disease.

It is revealed, that the level of IgA is significantly lower in patients with functional bowel disease than that in healthy men and persons with nonspecific ulcerative and catarrhal colitis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дейнеко Н. Ф., Замула А. Д. В сб.: Гастроэнтерология, вып. 13. Киев, 1981, с. 65.
2. Ларченко Н. Т., Стенина М. А., Автандилов Г. Г., Чередеев А. Н., Лоранская И. Д., Перевозников А. И. Сов. мед., 1983, 9, с. 9.
3. Петров Р. В. В кн.: Иммунология. М., 1982, с. 41.
4. Чередеев А. И. В кн.: Общие вопросы патологии. Иммунология, т. 4. М., 1976, с. 124.

5. Шахназаров А. А. Тер. архив, 1984, 56, 2, с. 106.
6. Шафер Н. П., Лосьева Л. Р. В сб.: Актуальные вопросы медицинской паразитологии. Ташкент, 1981, с. 60.
7. Boylston A., Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1968, 21, 97, 77.
8. Ginsburg C. H., Dombrowskas J. T., Ault K. A., Falchuk Z. M. Gastroenterology 1983, 85, 4, 846.
9. Godin N. J., Sachar D. B., Winchester R., Simon C., Jonowitz H. D. Gut., 1984, 25, 7, 743.
10. Hodgson R. J. F., Jewell D. P. Amer. J. dig. Dis., 1978, 23, 2, 123.
11. Jondal M., Holm G., Wigzell H. J. Exp. Med., 1972, 136, 207.
12. Mancini G., Garbonara A. O., Heremans J. E. Immunochemistry, 1965, 2, 235.
13. Stoop J. W., Zegers B. J. M., Sander P. C., Ballieux R. E. Clin. exp. Immunol., 1969, 4, 101.

УДК 616.853 : 616.155.3

М. В. ХУДГАРЯН

ЛЕЙКОФОРМУЛА И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ ЭПИЛЕПСИИ (сообщение 1)

Получены данные, свидетельствующие о чрезвычайной динамичности лейкоформулы при эпилепсии и особой подвижности в ней агранулоцитарной популяции клеток — лимфоцитов и моноцитов. Высказано предположение о предпосылках изменения поведения моноцитарного фактора крови при эпилепсии в различные периоды болезни.

Тот факт, что лейкоформула крови подвержена определенным изменениям в течение эпилептического процесса, был отмечен уже в ранних гематологических исследованиях при эпилепсии. Однако в целом работ в этом аспекте проведено немного, и интерпретация имеющихся гематологических сдвигов весьма разноречива. Если наличие сдвигов со стороны клеток крови при эпилепсии не представляет сомнений, то природа этих изменений еще далеко неясна [9].

Вышеизложенное послужило основанием для проведения систематизированного исследования лейкоформулы и морфофункциональных особенностей лейкоцитов крови в динамике эпилепсии, в частности, изменения состава лейкоформулы, особенно соотношения нейтрофилов и лимфоцитов, морфологических особенностей, состояния хроматина и уровня дифференцировки нейтрофилов и лимфоцитов, зависимости состава и структуры клеток от клинических особенностей и лечения эпилепсии.

Нами исследовались 204 мазка крови 47 больных эпилепсией в динамике болезни и 17 здоровых доноров. Кровь бралась утром натощак обычным способом. Мазки крови окрашивались по методу Романовского-Гимза (по [5]). Статистическая обработка проводилась методом вариационной статистики [3]. Помимо лейкоформулы, нами вычислялись еще 3 показателя: лимфоцитарный индекс, лимфоцитограмма и индекс полиморфноядерности лимфоцитов [6], ибо изучение дифференциальной формулы лимфоцитов может служить критерием функционального состояния лимфоцитарной системы и реактивной способности организма в целом [1].