

## ULTRASONIC STUDY OF THE LENS—AS AN OBJECTIVE METHOD OF DETERMINATION OF THE CATARACT PROGRESSION AFTER ANTIGLAUCOMATOUS OPERATIONS

The objective method by means of ultrasonic study of the lens for determination of the cataract progression after antiglaucomatous operations is suggested, which has been approved on the clinical material. The method allows to reveal the initial stages of the development of this complication and take measures for its prevention.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В. Г. Вестн. офтальмол., 1979, 3, стр. 15.
2. Мачехин В. А. Там же, 1979, 1, стр. 17.
3. Суприн А. В. Там же, 1981, 3, стр. 3.
4. Шилкин Г. А. Там же, 1974, 4, стр. 23.
5. Ширшиков Ю. К. Там же, 1979, 1, стр. 13.
6. Chauvand D., Glay Fressint Cl., Pouliquen Y. et al. Arch. Ophthal., (Paris), 1976, 36, 379.
7. Hara K., Shimizu T., Okura F. et al. Acta Soc. Ophthal. Jap., 1978, 82, 99.
8. Leighton D. Klin. Mbl., Augenheilk., 1974, 164, 475.
9. Lowe R. Brit. J. Ophthal., 1972, 56, 409.
10. Sugar H. Am. J. Ophthal., 1970, 69, 740.
11. Weekers R., Luyck J., Weekers J. Klin. Mbl., Augenheilk., 1969, 155, 625.

УДК 616.24—002.5

Е. П. СТАМБОЛЦЯН, Е. Ф. МАРКОВА, И. Л. САГОЯН,  
Н. Р. МАРКАРЯН, А. Л. СААКЯН

### АНАЛИЗ ЗАПУЩЕННЫХ И РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ (ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА)

Проведен анализ запущенных и распространенных форм туберкулеза легких по данным Республиканской туберкулезной клинической больницы, выявлены причины поздней диагностики туберкулеза легких. Рекомендовано относить инфильтративные формы, протекающие по типу казеозной пневмонии с множественными или большими полостями распада, к поздно выявленным и подвергать тщательному анализу с точки зрения возможности их выявления на более ранних этапах.

За последние десятилетия в связи с патоморфозом туберкулеза проблема своевременности выявления данного заболевания приобрела еще большую актуальность, о чем свидетельствуют многочисленные публикации [4, 5 и др.].

В Армянской ССР в последние годы удельный вес запущенных форм туберкулеза легких колеблется в пределах 10—11%.

Э. Т. Карапетяном [2] был проведен тщательный анализ причин возникновения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких по данным республиканских противотуберкулезных учреждений, были даны практи-

ческие рекомендации по предупреждению развития запущенных форм туберкулеза легких.

Нами на базе Республиканской клинической туберкулезной больницы проведен детальный анализ случаев запущенного и распространенного туберкулеза легких за 1980—1981 гг.

Были охвачены не только больные с запущенными формами туберкулеза легких, но и с обширными инфильтративными процессами по типу казеозной пневмонии с большими или множественными полостями.

Обобщены данные 86 больных (69 мужчин, 17 женщин) в возрасте до 30 лет—20, от 30 до 50 лет—37, старше 50 лет—29 человек; 46 больных были жителями г. Еревана, остальные—из других городов и районов республики.

Социальное положение больных было следующим: рабочих—37, неработающих—17, служащих—18, колхозников—4, пенсионеров—8, учащихся и студентов—2.

Большинство больных (70) было выявлено при обращении в поликлинику и только 9 человек—при профилактических флюорографических обследованиях; двое больных были выявлены в диспансерах из группы контактных и один больной был доставлен в больницу с легочным кровотечением.

По формам туберкулеза распределение было следующим: фиброзно-кавернозный туберкулез—у 19, распространенный диссеминированный туберкулез в фазе распада—у 38, распространенный инфильтративный туберкулез в фазе распада (по типу казеозной пневмонии)—у 28, цирротический туберкулез—у 1 больного. У 8 больных имелись осложнения (у 5—легочно-сердечная недостаточность, у 2—туберкулез гортани и у одного—туберкулез кишечника).

Выяснение основных причин позднего выявления туберкулеза показало, что ошибки со стороны учреждений общей медицинской сети имели место у 18 больных. В большинстве случаев (66 больных) причина позднего выявления заболевания заключалась в малосимптомности и атипичности течения болезни, в низкой санитарной грамотности, а также в недостаточном охвате массовыми флюорографическими исследованиями населения.

Следует отметить, что более чем у половины больных (44) имелись сопутствующие заболевания: хронический алкоголизм—у 14, ХНЗЛ—у 10, сахарный диабет—у 8, язвенная болезнь—у 4 и др. Эти больные подлежали диспансерному наблюдению в поликлиниках как относящиеся к группам повышенного риска заболевания туберкулезом. Однако большинство этих больных рентгенологически не обследовалось.

Таким образом, причины поздней диагностики туберкулеза кроются в недостаточном охвате массовыми флюорографическими обследованиями населения, малосимптомности и атипичном течении болезни в результате патоморфоза туберкулеза, низкой санитарной грамотности, отсутствии рентгено-флюорографического обследования при обращении больных с клиническими симптомами легочного заболевания, нерегулярном обследовании контактных и других групп с повышенным риском заболевания туберкулезом.

Нами проведен анализ предварительных результатов лечения больных в стационаре. Из 56 больных, лечившихся более 4 месяцев, у 14 был фиброзно-кавернозный туберкулез, у 24—диссеминированные процессы и у 18—распространенный инфильтративный туберкулез с деструкциями.

Значительное улучшение в результате комбинированного антибактериального лечения в сочетании с патогенетическими средствами отмечено у 29 больных. У этих больных наблюдалось почти полное рассасывание очаговых и инфильтративных явлений, уменьшение размеров каверн и полостей распада, исчезновение МБТ из мокроты. У 9 из них полости к концу лечения не определялись томографически.

У 24 больных имело место частичное улучшение, у одного состояние не изменилось, и у двоих процесс прогрессировал. Ввиду распространенности процесса, в основном с поражением обоих легких, ни одной больной не был оперирован. Абациллирование методом посева наступило у 42 больных.

Наилучшие результаты наблюдались при диссеминированных процессах ( $66,6 \pm 9,8\%$ ), при инфильтративных процессах эффективность была несколько ниже ( $50,0 \pm 12,2\%$ ), и при фиброзно-кавернозном туберкулезе значительное улучшение наступило лишь у 4 из 14 ( $28,6 \pm 12,4\%$ ). Разница статистически достоверна ( $t=2,3$ ,  $P>0,01$ ).

Между тем диссеминированные процессы с распадом (хронические) принято относить к запущенным, а распространенные инфильтративные процессы—нет, что говорит об условности этого деления. По нашему мнению, подобные процессы нельзя приравнивать к очаговым и ограниченными инфильтративным или даже подострым ограниченными диссеминированным процессам с небольшими полостями, где в большинстве случаев в течение 5—6 месяцев наступает рассасывание очаговых и инфильтративных явлений, абациллирование и заживление полостей.

Лечение больных с обширными инфильтративными процессами по типу казеозной пневмонии с большими деструкциями должно быть интенсивным и длительным, при этом не всегда удается предотвратить переход в хронический деструктивный туберкулез.

Учитывая распространенный характер поражения и недостаточно высокую эффективность лечения, эти случаи так же, как и запущенные формы туберкулеза, должны подвергаться тщательному анализу с целью их более раннего выявления.

Кафедра туберкулеза ГИУВ

Поступила 17/VI 1983 г.

Ե. Պ. ՍՏԱՄԲՈՒՅՅԱՆ, Ե. Ֆ. ՄԱՐԿՈՎՍ, Ի. Լ. ՍԱՂՈՑԱՆ,  
Ե. Ռ. ՄԱՐԿԱՐՅԱՆ, Ա. Լ. ՍԱՀԱԿՅԱՆ

**ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԲԱՐՁԻԹՈՂԻ ԵՎ ՏԱՐԱԾՎԱՆ ԶԵՎԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒՄԸ  
ՍՏԱՑԻՈՆԱՐԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐՈՎ**

Վերլուծված են տուբերկուլոզի ուղ ախտորոշման պատճառները ֆիբրոզ-կավերնոզ, տարածված դիսմինացված և կազեոզ բնույթով ու քայքայմամբ ընթացող ինֆիլտրատիվ տուբերկուլոզով տառապող 86 հիվանդի մոտ, որոնք բուժվել են ստացիոնարում:

Ուշ ախտորոշման հիմնական պատճառները եղել են պրոֆիլակտիկ հետազոտման անբավարարությունը, հիվանդության ընթացքի ատիպիկությունն ու ախտանիշների սակավությունը, անուշադրությունը սեփական առողջության նկատմամբ, ավելի հազվադեպ՝ սխալներն ընդհանուր ցանցի բժիշկների կողմից, հիվանդների հետ կոնտակտ ունեցողների, ինչպես նաև շաքարախին դիաբետով, թոքերի խրոնիկական ոչ սպեցիֆիկ հիվանդություններով տառապող անձանց հետազոտության անհետևողականությունը:

Բուժման արդյունավետությունը համեմատաբար բարձր է եղել դիսեմինացված պրոցեսների ժամանակ:

Հեղինակները խորհուրդ են տալիս նշված ձևերը համարել ուշ հայտնաբերված և մանրամասն վերլուծել դրանց վաղ շրջանում հայտնաբերման հնարավորության տեսանկյունից:

Ye. P. STAMBOLTSIAN, Ye. F. MARKOVA, I. L. SAGOYAN, A. L. SAHAKIAN

#### ANALYSIS OF THE NEGLECTED AND DISSEMINATED FORMS OF PULMONARY TUBERCULOSIS, ACCORDING TO THE STATIONARY DATA

The analysis of the neglected and disseminated forms of pulmonary tuberculosis has been carried out, according to the data of the Republican tuberculous clinical hospital. The reasons of the late diagnosis of tuberculosis are analysed.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бозуш Л. К., Карапетян Э. Т. Хирургическое лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Ереван, 1981.
2. Карапетян Э. Т., Горцунян Д. К. Проблемы туберкулеза, 1968, 6, стр. 9.
3. Карапетян Э. Т. Дисс. докт. Ереван, 1971.
4. Смирнов Г. А., Сираев Ф. М. Проблемы туберкулеза, 1981, 10, стр. 13.
5. Страхов Н. С., Струтинский М. И., Зозуляк В. И., Голубчак Б. А., Гаврилюк С. Г., Ткачук Б. М. Проблемы туберкулеза, 1982, 8, стр. 5.
6. Хоменко А. Г., Рудой Н. М. Проблемы туберкулеза, 1982, 4, стр. 7.

УДК 616.33—002.44+576.3

Т. П. АЛИХАНЫ

#### К ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЯЗВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕЛУДКА И ОПРЕДЕЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Описаны особенности цитогамм при различных стадиях язвенного процесса желудка. Определена возможность цитологической верификации эрозивного гастрита, хронических и каллезных язв, что имеет значение для выбора метода терапии и выделения больных группы повышенного риска.

Применение гибких фиброгастроскопов в гастроэнтерологической практике открыло широкие возможности для прижизненного морфологического изучения измененной слизистой оболочки желудка.