

Ye. F. MARKOVA, L. T. NIKOLAYAN, A. R. TEYMURAZIAN

ON CLINICAL PECULIARITIES AND TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

The treatment results of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis and diabetes mellitus have shown gradual tuberculosis onset, prevalence of cloud-like form of infiltrations with decompensation and dissemination and low treatment efficiency. Frequent transition of infiltrative tuberculosis into cavernous and fibrocavernous one and increased mortality rate of the patients with combined pathology are observed. The complete onset was observed in 61% of the patients.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гольдштейн В. Д. Туберкулез легких и сахарный диабет. М., 1979.
2. Добрев П. В кн.: Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями. София, 1974, стр. 145.
3. Кольцова И. А. Автореферат канд. дисс. М., 1974.
4. Смурова Т. Ф. Проблемы туберкулеза, 1977, 12, стр. 55.
5. Тудос Т. И. Автореферат канд. дисс. Харьков, 1974.
6. Яблоков Д. Д., Галибина А. И. В кн.: Туберкулез легких в сочетании с внутренними болезнями. Томск, 1976, стр. 232.

УДК 616.633.66:616.137.8—002.18

А. М. ПАРСАДАНЯН

ОБ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ РАЗНИЦЕ В СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ, ХОЛЕСТЕРИНА И ИНСУЛИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, СТРАДАЮЩИХ МАКРОАНГИОПАТИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Изучено содержание глюкозы, холестерина и инсулина в венозной и артериальной крови больных сахарным диабетом, страдающих макроангиопатией нижних конечностей. Выявленные глубокие нарушения в процессах метаболизма следует учитывать при комплексном лечении больных с данным заболеванием.

Нами изучено содержание глюкозы, холестерина и инсулина в артериальной и венозной крови 42 больных сахарным диабетом, страдающих макроангиопатией нижних конечностей, из коих у 2 имелся сахарный диабет легкой, у 27—средней и у 13—тяжелой степени. Возраст больных колебался от 40 до 72 лет. Кровь для исследования бралась в одинаковых условиях из локтевой вены, из пальца руки и бедренных артерий больной и здоровой конечности путем чрескожной артериопункции. У 15 больных с тяжелой и средней степенью тяжести сахарного

диабета имелась гангрена пальцев стоп, выраженный облитерирующий атеросклероз магистральных артерий нижних конечностей.

Как известно, у здоровых людей в артериальной крови сахара на 15—20 мг больше, чем в венозной [1 и др.].

Исследования И. Х. Геворкяна [2] показали, что при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей, в частности при облитерирующем эндартериите, артерио-венозная разница бывает нарушена за счет увеличения количества сахара в венозной крови, что автор объясняет расстройством трофической функции при этом заболевании вегетативной нервной системы и нарушением нормального обмена веществ в конечности.

Глюкоза в крови определялась нами по ферментативному (глюкозодегидразному) методу. У 11 больных с сахарным диабетом тяжелой и средней степени тяжести содержание глюкозы в венозной крови было выше, чем в бедренной артерии как здоровой, так и больной конечности. У 19 больных содержание глюкозы в артериальной крови было выше в больной конечности, по сравнению со здоровой.

Увеличение количества глюкозы колебалось в пределах от 1 до 10 мг%. Интересно отметить, что при тяжелой степени сахарного диабета с наличием у больных выраженной макроангиопатии и дистрофических расстройств на конечности (раны, гангрена пальца и др.) содержание глюкозы в артериальной и венозной крови было в два раза и более выше, чем в крови, взятой из пальца руки. Так, у больного А. В., 56 лет (история болезни № 6130/487), страдавшего сахарным диабетом тяжелой степени, флегмоной левой стопы, гангреной 1-го пальца и облитерирующим атеросклерозом, содержание глюкозы в крови, взятой из пальца, составило 200, а в крови, взятой из локтевой вены,—397 мг%; в бедренной артерии здоровой ноги—427, а в крови, взятой из бедренной артерии больной ноги,—432 мг%. При этом у этих больных содержание глюкозы в раневом отделяемом конечностей (при наличии ран) было также меньше, чем в венозной и артериальной крови.

Таким образом, наши исследования показали, что нормальное артерио-венозное соотношение в содержании сахара у больных сахарным диабетом, как правило, нарушено. Это нарушение выражается у одних больных повышением содержания глюкозы в венозной крови, у других—в артериальной крови как здоровой, так и больной конечности. Выявить какую-либо закономерность в артерио-венозной разнице в содержании глюкозы у больных сахарным диабетом, страдающих макроангиопатией нижних конечностей, нам не удалось. Тем не менее, остается фактом, что у этих больных нормальное соотношение в артерио-венозном содержании глюкозы нарушено и, видимо, ведущую роль в этом играет ряд факторов, в частности, индивидуальные особенности организма больного.

Как было отмечено, мы исследовали и артерио-венозную разницу в содержании холестерина у наших больных. Известно, что в норме содержание холестерина в артериальной крови несколько выше, чем в венозной. По данным И. Х. Геворкяна [2], содержание холестерина в крови, взятой из магистральных артерий и вен у больных, страдающих об-

литерирующей ангиодистрофией нижних конечностей, почти одинаковое. Однако автор указывает, что после комплексного лечения количество холестерина в артериальной крови больной конечности становится больше, чем в венозной крови той же конечности.

Холестерин определялся у наших больных по ферментативному методу. Как и при исследовании содержания сахара, количество холестерина нами определялось в бедренных артериях больной и здоровой конечностей и в венозной крови, взятой из локтевой вены. Анализ результатов наших исследований показал, что у 20 больных содержание холестерина в венозной крови было выше нормы и колебалось от 5,22 до 10,962 ммоль/л (за норму были взяты 2,97—5,20 ммоль/л). У остальных 19 больных содержание холестерина находилось в пределах нормальных цифр, и у трех—ниже нормы.

В артериальной крови, взятой из бедренной артерии здоровой конечности, у 28 из 36 больных содержание холестерина было выше нормы и достигало 12,7 ммоль/л. Почти такое же положение имело место и в артериальной крови, взятой из бедренных артерий больной конечности. Максимальное количество холестерина у больных этой группы достигало 12,6 ммоль/л.

Анализируя результаты наших исследований, мы приходим к заключению, что содержание холестерина как в венозной, так и в артериальной крови определяется не тяжестью сахарного диабета, а в основном степенью выраженности атеросклеротического процесса в конечности и возрастом больных. В литературе по этому вопросу имеются различные мнения. Так, П. Н. Савина, К. С. Сарымсакова [9] отмечают, что у больных сахарным диабетом содержание холестерина в крови повышено. А. Ефимов, Л. Ланко, Л. Шарнок [5] повышение холестерина в крови больных, страдающих сахарным диабетом, связывают с развитием у них ангиопатии, следовательно, в основном с атеросклеротическим процессом. Наши исследования, выполненные, в частности, с артериальной кровью, подтверждают мнение этих авторов и указывают на ведущую роль ангиопатии в повышении содержания холестерина в крови больных. Почти у 74% наших больных, страдающих макроангиопатией нижних конечностей, имелось выраженное повышение количества холестерина в артериальной крови как больной, так и здоровой конечности. В этом вопросе, как было указано, определенную роль играет и фактор возраста. У лиц пожилого и старческого возраста содержание холестерина было намного выше, чем у лиц более молодого возраста.

В литературе имеются разноречивые данные о содержании инсулина в крови больных, страдающих сахарным диабетом. Так, по данным Л. К. Старосельцевой и соавт. [10], уровень свободного инсулина в сыворотке крови у больных сахарным диабетом был ниже, чем у здоровых людей, а у некоторых больных со средней и тяжелой формой сахарного диабета инсулин не определялся.

По данным Ю. Э. Ливергант [7], в плазме крови 32 из 40 больных со средней тяжестью сахарного диабета иммунореактивный инсулин был повышен в среднем на 124 ± 13 МКЕ/мл, а у больных с легкой фор-

мой иммунореактивный инсулин натошак был в пределах нормы (инсулин определяли радиоиммунологическим методом).

Некоторые зарубежные авторы указывают, что повышенное количество инсулина активно усиливает атеросклеротическое поражение сосудов и влияет на обмен белка [16, 17]. Что касается содержания инсулина в артериальной крови, взятой из бедренных артерий больных сахарным диабетом, страдающих макроангиопатией нижних конечностей, то таких исследований в доступной литературе мы не встретили.

У 25 больных (из 42) параллельно с вышеуказанными исследованиями мы изучили и содержание инсулина в артериальной крови, взятой из бедренных артерий больной (с выраженной симптоматикой ангиопатии) и здоровой конечностей. Содержание инсулина определялось радиоиммунологическим методом при помощи тест-наборов производства Будапештского института изотопов.

Как известно, в венозной крови, которую мы получали из локтевой вены, содержание инсулина у здоровых людей колеблется в больших пределах—от 1 до 20 МКЕ/мл. У 12 больных с относительно здоровыми нижними конечностями содержание инсулина в артериальной крови колебалось в пределах 0,7–23,8, только у 2 больных имелись низкие цифры инсулина (0,8 и 0,7 МКЕ/мл), и у одного больного—высокие—23 МКЕ/мл. У этого больного имелся сахарный диабет тяжелой степени с гангреной стопы; содержание инсулина в бедренной артерии с выраженной макроангиопатией было высоким и составляло 25,4 МКЕ/мл, на 1,6 МКЕ/мл больше, чем в противоположной бедренной артерии.

В артериальной крови других 19 больных количество инсулина колебалось в пределах нормальных величин—от 1,1 до 18 МКЕ/мл. У 5 больных содержание инсулина было выше нормы и колебалось от 20,7 до 43,5, а у одного больного—ниже нормы—0,8 МКЕ/мл.

Анализ полученных результатов позволяет прийти к заключению, что в артериальной крови больной конечности содержание инсулина было выше на 2,9–0,1 МКЕ/мл, чем в другой, относительно здоровой конечности. Что касается содержания инсулина в венозной крови, взятой из локтевой вены, то из 19 больных только у одного оно было ниже нормального показателя (0,8 МКЕ/мл), а у 6 больных было выше нормы и достигало 48,9 МКЕ/мл. Эти больные имели сахарный диабет средней и тяжелой формы.

Наши исследования свидетельствуют о том, что тяжесть сахарного диабета у больных, страдающих макроангиопатией нижних конечностей, не сопровождается закономерными изменениями в содержании инсулина в крови. Как правило, у больных сахарным диабетом в венозной крови инсулин содержится в большем количестве, чем в артериальной. Что касается разницы в содержании инсулина в артериальной крови, взятой из магистральной артерии противоположной конечности, то у 10 больных (из 12) оно было выше в артерии больной конечности.

ԳԼՅՈՒԿՈՉԱՅԻ, ԽՈԼԵՍՏԵՐԻՆԻ ԵՎ ԻՆՍՈՒԼԻՆԻ ԶԱՐԿԵՐԱԿ-ԵՐԱԿԱՅԻՆ
ՏԱՐԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ՄՈՏ, ՈՐՈՆՔ ՏԱՌԱՊՈՒՄ ԵՆ ՍՏՈՐԻՆ ՄԱՅՐԱՆԴԱՄՆԵՐԻ
ՄԱԿՐՈՆԳԻՈՊԱԹԻԱՑՈՎ

Շաքարային դիաբետով հիվանդների մոտ, որոնք տառապում են ստորին ծայրանդամների մակրոանգիոպաթիայով, ազդրային զարկերակներից և արմնկային երակից վերցվել է արյուն և հետազոտվել է գլյուկոզայի, խոլեստերինի ու ինսուլինի քանակը:

Զարկերակային արյան մեջ գլյուկոզայի պարունակությունը ավելի բարձր է, քան ձեռքի մատից վերցված արյան մեջ) նորմալ զարկերակ-երակային տարբերությունը գլյուկոզայի նկատմամբ խախտված է. որոշ հիվանդների մոտ այն բարձր է զարկերակային, որոշների մոտ էլ երակային արյան մեջ:

Ստորին ծայրանդամների մակրոանգիոպաթիայով տառապող դիաբետիկների մոտ որպես կանոն կա խոլեստերինի քանակի ավելացում և երակային և զարկերակային արյան մեջ: Այդ ավելացմանը նպաստում է տարիքային ֆակտորը՝ միջին և բարձր տարիքի անձանց մոտ խոլեստերինը ավելի բարձր է, քան երիտասարդների մոտ:

Հիվանդների մոտ զարկերակային և երակային արյան մեջ գլյուկոզայի, խոլեստերինի, ինսուլինի քանակի օրինաչափական փոփոխություններ չեն հայտնաբերված:

A. M. PARSADANIAN

ON THE ARTERIOVENOUS DIFFERENCE IN THE CONTENT OF
GLUCOSE, CHOLESTERIN AND INSULIN IN PATIENTS WITH
DIABETES MELLITUS, SUFFERING WITH MACROANGIOPATHY
OF THE LOWER EXTREMITIES

The content of glucose, cholesterin and insulin in the venous and arterial blood has been studied in patients with diabetes mellitus, suffering with macroangiopathy of the lower extremities. The serious disturbances revealed in the metabolism process must be taken into consideration in the complex treatment of such patients.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Асланян Р. А. Нов. хир. архив, 1960, 4, стр. 74.
2. Геворкян И. Х. Облитерирующая ангиодистрофия конечностей. Ереван, 1978.
3. Генес С. Г. Сахарный диабет. М., 1963.
4. Гервазиев В. Б. Автореф. докт. дисс. М., 1970.
5. Ефимов А., Ланко Л., Шарнок Л. В кн.: Вопр. эндокрин. и обмена веществ. Киев, 1970, стр. 210.
6. Крутовская О. В., Басте З. Г. В кн.: Научные труды Кубанского медицинского института. Ростов/Дон, 1970, т. 29, стр. 118.
7. Ливергант Ю. Э., Крипчикая К. И. Сов. мед., 1973, 12, стр. 32.
8. Пришляк В. Д. В кн.: Система свертывания крови и фибринолиз. Киев, 1969, стр. 388.
9. Савина П., Сарымсакова К. Здравсохранение Казахстана, 1971, 11, стр. 42.
10. Старосельцева Л., Клячко В. и др. Пробл. эндокрин., 1971, 17, 3, стр. 10.
11. Ханина Е. В. Автореф. дисс. канд. М., 1979.

12. Харламов В. К. В кн.: Научные труды Иркутского мед. института, 1973, 19, стр. 120.
13. Mörl F. Diabetes und Chirurgia. 1. Teil. DtSch. Gesundh, 1959, 14, 27, 1225.
14. Mörl F. Diabetes und Chirurgia. 2. Teil. DtSch. Gesundh, 1959, 15, 28, 1265.
15. Pratt T. Bull. New-York. Acad. Med., 1950, 26, 12, 786.
16. Staut R. W. Atherosclerosis, 1977, 27, 1.
17. Sterowald W. S., Wool L. C., Caviel P. Proc. nat. Acad. Sci. (USA), 1967, 57, 885.

РЕФЕРАТЫ

УДК 616.314—089.27

В. Г. ТАТИНЦАН, И. Г. ПЕТРОСЯН, Л. В. БАЛАЯН

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОГЕННОГО МАТЕРИАЛА ИЗ БРЕФОКОСТИ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ

На основе многочисленных экспериментальных исследований рекомендуется при пломбировании корневых каналов зубов использовать кость плода человека в виде костной муки, состоящей из элементов с различными биомеханическими характеристиками. Предлагаемый материал может включать в себя также дополнительные компоненты различных терапевтических препаратов, что позволит избирательно воздействовать с учетом патологического процесса.

Пломбировочный материал на основе кости плода человека доступен, технология его изготовления проста, биологически совместима с окружающими тканями, стимулирует биологические процессы остеогенеза, не изменяет цвета зубов, надежно obturiрует корневой канал, что позволяет рекомендовать его к широкому внедрению в клиническую практику.

5 с., илл. 2, библиогр. 6 назв.

Кафедра терапевтической стоматологии

Ереванского медицинского института

Поступила 26/VI 1983 г.

Полный текст статьи депонирован в ВНИИ медицинской и медико-технической информации за № Д-7055 от 2/XI 1983 г.

УДК 616.36—002

Р. Б. МАГДЕСИЕВА, И. А. АБАГЯН

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ТЕЧЕНИЯХ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «В»

Изучено состояние клеточного иммунного ответа при вирусном гепатите В с помощью реакции розеткообразования Т- и В-лимфоцитами и «адгеренс» теста макрофагов.

Выявлена прямая зависимость между тяжестью течения болезни и степенью иммунного ответа при затяжном и рецидивирующем течении вирусного гепатита, тем самым указана важность этих тестов при прогнозировании течения болезни уже в ранние сроки заболевания.

8 с., библиогр. 12 назв.

Ереванский медицинский институт

Поступила 9/X 1982 г.

Полный текст статьи депонирован в ВНИИ медицинской и медико-технической информации за № Д-7053 от 2/XI 1983 г.