

հիվանդների էրիթրոցիտներում խթանվում է մեթհեմոգլոբինագոյացումը, որն ավելի արտահայտված է սուր շնչական անբավարարության ժամանակ:

Ցույց է տրվել, որ սուր շնչական անբավարարության ժամանակ ասկորբինաթթուն կարող է խթանել մեթհեմոգլոբինագոյացումը: Հայտնաբերվել է, որ ռիբոֆլավինը հավասարապես արդյունավետ ինչպես սուր, այնպես և խրոնիկական շնչական անբավարարության ժամանակ և գլյուտաթիոնի ավելի բարձր անտիմեթհեմոգլոբինագոյացնող հատկություն՝ սուր շնչական անբավարարության ժամանակ:

Քննարկվում են ասկորբինաթթվի, ռիբոֆլավինի և գլյուտաթիոնի արդյունավետության և հեռանկարային օգտագործման հարցերը սուր և խրոնիկական շնչական անբավարարության ժամանակ:

L. V. Filev, V. A. Ignatyev, R. R. Frangoulian, Ye. B. Zhoubert, I. I. Zakharov
G. V. Selivanova

The Influence of Ascorbic Acid, Riboflavin and Glutathione on the Methemoglobin Formation in Human Erythrocytes at Breathing Insufficiency

In patients with breathing insufficiency (BI) the influence of ascorbic acid, riboflavin and glutathione upon the process of methemoglobin formation is revealed. The differences in the action of these preparations on methemoglobin formation are established at different forms of BI.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алексеев Г. А., Ермаков Н. В. В кн.: Наследственные анемии и гемоглобинопатии. М., 1983, с. 92.
2. Андреева А. П., Токарев Ю. И. Там же, с. 292.
3. Владимиров Ю. А., Арчаков А. И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М., 1972.
4. Мхитарян В. Г., Агаджанов М. И., Геворкян Д. М. Вестн. АМН СССР, 1982, 9. с. 29.
5. Палеев Н. Р., Царькова Л. И., Ворохов А. И. Хронические неспецифические заболевания легких. М., 1985, с. 30.
6. Рубина Х. М. В кн.: Физиология системы крови. Физиология эритропоэза. Л., 1979, с. 211.
7. Скаун Н. П., Шелдевицкий В. И. Тер. арх., 1980, т. 52, 1, с. 100.
8. Словарь-справочник по физиологии и патофизиологии дыхания (под ред. В. А. Березовского). Киев, 1984.
9. Справочник по пульмонологии (под ред. Н. В. Путова, Г. В. Федосеева, А. Г. Хоменко). Л., 1987, с. 84.
10. Степко М. И. В кн.: Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. М., 1968, с. 5.
11. Шепотиновский В. И. Пат. физиол. и экскпер. тер., 1984, 2, с. 70.
12. Hess W. Anaesthesist., 1987, 455.

УДК 616.517—08:615.36

А. А. Минасян

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЛЕНИНА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

Лечение псориаза на сегодняшний день остается нерешенной проблемой. Ввиду отсутствия достоверных данных об этиологии заболевания лечение носит симптоматический характер. В качестве общего лечения назначают витамины, гиротерапию, седативные средства, соли кальция, местно используются различные мази, содержащие кортикостероиды, ртуть, салициловую кислоту, дёготь, хризоро-

бин, цигнолин и др., однако они мало влияют на естественное течение псориаза и не предупреждают рецидивов заболевания [2, 5]. Системное использование кортикостероидов при псориазе не только неэффективно, но и может привести к генерализации процесса и поэтому абсолютно противопоказано [3]. У части пациентов с упорным течением псориаза эффективны цитостатические средства, в частности метотрексат и аминоптерин, однако их использование сопряжено с серьезными осложнениями, например, язвенными стоматитом, лейкопенией, геморрагиями, диареей и т. п. [2, 6].

Наиболее эффективным на сегодняшний день методом лечения псориаза является так называемая PUV-A терапия, заключающаяся в пероральном приеме псоралена (метоксалена) с последующим (через 2 часа) тотальным длинноволновым (320—400 нм) ультрафиолетовым облучением. У 80% пациентов при 2—4-разовом облучении в неделю через месяц отмечается полное купирование обострения болезни [7], однако одновременно значительно повышается риск развития рака кожи, катаракты и ряда других заболеваний [6]. Поэтому повышение эффективности терапии псориаза остается актуальной проблемой. В связи с этим представляют интерес данные о понижении детоксицирующей функции печени у больных псориазом [4]. Исходя из этих сведений, можно предположить, что средства, улучшающие функцию печени, способны оказать положительное влияние на течение псориаза. К числу средств, повышающих обезвреживающую функцию печени, нормализующих азотистый обмен и уменьшающих интоксикацию организма, относится спленин, предложенный для лечения и профилактики токсикозов ранних сроков беременности и гипопаратиреоза [1]. Это обстоятельство послужило основанием для включения спленина в комплексное лечение больных псориазом. С целью установления эффективности этого препарата при данной патологии 48 больных (32 женщины, 16 мужчин) с острой формой псориаза в возрасте 15—59 лет и длительностью заболевания 1—8 лет были распределены на 2 группы по принципу «случайного отбора» и релевантности переменных. Больным I группы (16 женщин, 8 мужчин) было назначено общепринятое антипсориазное лечение, включающее диету, витамины, транквилизаторы, хлорид и глюконат кальция, различные мази, содержащие кортикостероиды, индифферентные и шелушащие средства (контроль); больные II группы получали аналогичное лечение с дополнительным включением в терапию спленина по 2,0 внутримышечно 1—2 раза в день в течение 3 недель. Результаты лечения оценивались в конце 1-, 2- и 3-й недели лечения. Полное купирование процесса (исчезновение высыпаний) расценивали как положительный результат, уменьшение высыпаний или отсутствие изменений регистрировали как отрицательный результат. Данные статистически обрабатывались методикой χ^2 с использованием критерия Фишера.

Результаты оценки регрессии клинической симптоматики представлены в таблице.

Купирование клинических проявлений псориаза при включении в комплексное лечение спленина

Группа больных	п	1-я неделя		2-я неделя		3-я неделя	
		(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
I (контроль)	24	4	20	6	18	8	16
II (с спленином)	24	5	19	9	15	17	7

Примечание. /+/- полное устранение высыпаний. /-/- неполное устранение высыпаний или отсутствие изменений

Уже ко второй неделе лечения почти у всех больных, получающих спленин в составе комплексного лечения, наблюдалось более значительное уменьшение высыпаний, чем у лиц контрольной группы, однако полное устранение кожных проявлений псориаза наблюдалось лишь у 9 человек (в контрольной группе — у 6 пациентов, различия недостоверны, $p > 0,05$). К третьей неделе лечения различия в эффективности лечения в двух группах больных стали ещё более существенными, в частности, полное клиническое выздоровление было констатировано у 17 пациентов, получивших с комплексным лечением спленин, по сравнению с 8 пациентами контрольной группы (различия достоверны, $p < 0,05$). Дальнейшее наблюдение за больными, у которых к третьей неделе лечения не наступило клинического выздоровления, показало, что у лиц, получивших трехнедельный курс лечения спленином, дальнейшее течение псориаза имеет менее затяжной характер. Так, через 8 недель от начала лечения только у 2 больных, получивших спленин, отмечалось наличие псориазических высыпаний, в то время как в контрольной группе то же наблюдалось у 7 человек. Хотя эти различия не достигали уровня статистической значимости ($p > 0,05$), однако более чем трехкратная разница говорит за себя. Спленин хорошо переносился, побочных реакций не наблюдалось.

Таким образом, согласно полученным данным, включение спленина в комплексное лечение псориаза достоверно повышает его эффективность. Это обстоятельство, а также хорошая переносимость и безопасность препарата позволяют рекомендовать включение спленина в комплексное лечение псориаза.

Поликлиника
профилактических осмотров
г. Еревана

Поступила 12/V 1989 г.

Ա. Ա. Միհայլան

ՍՊԼԵՆԻՆԻ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՓՈՐՐԱԶԻ ՀԱՄԱՐ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

48 փսորիազով հիվանդներ բաժանվել են 2 խմբի. առաջին խումբը ստացել է ընդունված հակափսորիատիկ բուժում, երկրորդը՝ նույնանման բուժում՝ զուգակցված սպլենինի միջմկանային սրտկոմների հետ:

Ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ սպլենինը ստույգ կերպով բարձրացնում է բուժման արդյունավետությունը և կարող է կիրառվել փսորիազի համալիր բուժման մեջ:

Effectiveness of Splenin in Complex Treatment of Psoriasis

48 patients with psoriasis were divided into 2 groups for randomised clinical trial. The first group was treated by vitamins, calcium salts, sedatives and etc., the second—by the same treatment with additional intramuscular splenin injections.

It was shown, that after 3 weeks the effectiveness of treatment was significantly higher in the group with splenin. The authors recommend to use splenin in complex treatment of psoriasis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Машковский М. Д. Лекарственные средства, ч. 2. М., 1986, с. 157.
2. Braverman I. Skin Signs of Systemic Disease. Philadelphia, Saunders, 1981, 186.
3. Faber E. M., Cox A. G. Psoriasis. New York, Yorke Medical, 1981, 316.
4. Fitzpatrick T. B. Dermatology in General Medicine. New York, McGraw Hill, 1987, 428.
5. Goldsmith L. A. Diagnosis of Skin Disease. Philadelphia, Davis, 1981, 566.
6. Honigsmann H. PUVA-Therapy. New York, McGraw Hill, 1987, 128.
7. Parrish J. A. N. Engl. J. Med., 1974, 291, 1407.

УДК 612.12—001.4:577.1

Б. Г. Балаян

СОДЕРЖАНИЕ ВОДЫ, K^+ И Na^+ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ СЕРДЦА ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ, УМЕРШИХ ОТ ТРАВМЫ

Развитие реаниматологии и интенсивной терапии поставило перед патологоанатомической службой ряд новых задач. Среди них одно из важных мест занимает диагностика расстройств водно-электролитного баланса в миокарде, которые в ряде случаев являются причиной смерти [5]. Изучению водно-электролитного состава миокарда умерших больных посвящен ряд работ. Однако в них либо приведено слишком мало наблюдений [2, 4, 12, 13], либо отмечается большая вариабельность исследуемых параметров, что, по-видимому, связано с разными механизмами умирания [9, 10, 11].

Целью настоящей работы явилась разработка простого и точного метода определения содержания воды и электролитов в миокарде на секционном материале, а также характеристика этих показателей в норме.

Исследовали сердца 28 трупов (17 мужчин и 11 женщин) практически здоровых людей, погибших насильственной смертью в возрасте от 20 до 50 лет (материал взят из судебно-медицинских моргов). Во всех случаях причиной смерти была травма (автомобильная авария, падение с высоты, ножевое ранение и т. д.). Смерть пострадавших наступила до проведения реанимационных мероприятий. Вскрытие трупов производилось в сроки от 12 до 20 часов после смерти. Сердце отсекалось от крупных сосудов и максимально освобождалось от крови. Забор материала первоначально производился из девяти участков миокарда (рис., а). Масса каждой пробы равнялась 110,0—120,0 мг. В дальнейшем мы ограничились пятью участками (рис., б),