

The Impact of Nitrong and Corinfar on the Processes of Lipids Peroxidation in Patients with Ischemic Heart Disease

The results of investigation of the influence of combination of mannil with nitrong and mannil with corinfar on the process of lipids peroxidation at ischemic heart disease in patients with diabetes mellitus are presented. The comparison of the results obtained allow to recommend the use of mannil in combination with nitrong, which is more effective in limitation of intensity of lipids peroxidation processes, preventing farther deepening of the process of myocardial ischemization.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельченко Д. И., Сопка Н. В., Ханина Н. Л. Пат. физиол., 1986, 3, с. 33.
2. Дранкин В. Э., Марон Р. С., Сердюк А. С. В кн.: Спектроскопические методы исследования в физиологии и биохимии. Л., 1987, с. 233.
3. Журавлев А. К., Мурашко В. В., Каличатнов П. Р. Клин. мед., 1988, 4, с. 35.
4. Кудрин А. Н., Коган А. Х., Коровлев В. В и др. Пробл. эндокринолог., 1978, 2, с. 115.
5. Ланкин В. В. Кардиология, 1980, 8, с. 42.
6. Меерсон Ф. З. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемизированных повреждений сердца. М., 1984.
7. Славина Л. С. Сердце при эндокринных заболеваниях. М., 1979.
8. Amentya T., Saito R., Kasahara T. et al. J. Jap. Diabet. Soc., 1979, 22, 470.
9. Demopoulos H. B., Flamm T. S., Pletronigro D. D. Acta Physiol. Scand., 1980, 92, 91.
10. Fechner J., Artgen J., Goy J. et al. Arch. Mal. (oeur...), 1986, 79, 1017.
11. Gillet M. P. T. Atherosclerosis, 1975, 22, 111.
12. Thompson J., Hess M. Progr. cardiovasc. Dis., 1986, 28, 449.
13. White B. C., Wiregar C. D., Wilson R. F. Crit. Care Med., 1983, 11, 202.

УДК 616.002.5—039:11

Е. П. Стамболцян, И. Л. Сагоян, Э. А. Апресян

ТУБЕРКУЛЕЗ И ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

За последнее десятилетие отмечается рост сочетания туберкулеза с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), что является одним из проявлений патоморфоза туберкулеза. Эта проблема привлекает внимание многих исследователей [1—8]. По мнению большинства авторов, распространение сочетанных поражений органов дыхания вызвано рядом причин. Среди них основными являются рост ХНЗЛ, более интенсивное развитие пневмосклероза у больных активным туберкулезом под влиянием некоторых антибактериальных препаратов, в первую очередь стрептомицина, увеличение числа лиц с клинически излеченным туберкулезом с остаточными изменениями в легких в виде фиброза, пневмосклероза, удлинение жизни больных с хроническими деструктивными формами туберкулеза и изменение возрастной структуры заболеваемости туберкулезом.

Однако если проблема сочетания хронических форм туберкулеза с ХНЗЛ исследована достаточно полно, то вопрос частоты и взаимо-

влияния вновь выявленного туберкулеза и неопецифических заболеваний легких недостаточно освещен в литературе. Исходя из этого, мы задались целью изучить этот вопрос на клиническом материале двух отделений стационара республиканского противотуберкулезного диспансера. Нами проанализированы клинико-рентгенологические данные 115 больных с различными формами туберкулеза в сочетании с ХНЗЛ, что составило 12,6% всех впервые диагностированных больных, поступивших за 3 года в эти отделения (914 чел.). Среди больных 82,6% составляли мужчины, лица старше 40 лет—81,7%. По социальному положению преобладали рабочие—56,1%, из коих 21,7%—работающие во вредных профессиональных условиях. Злоупотребляли курением 42% больных.

Туберкулезный процесс у всех больных был диагностирован впервые, однако по анамнезу 25 чел. болели более года, у 16 чел. были остаточные изменения после спонтанно излеченного туберкулеза. Преобладали очаговые процессы (34,0%) и диссеминированный туберкулез (28,0%), реже встречались инфильтративные процессы (20,0%), хотя у всех поступивших больных с вновь выявленными процессами в последние годы преобладала эта форма туберкулеза. Хронический деструктивный туберкулез (кавернозный, фиброзно-кавернозный) и цирротические процессы отмечались у единичных пациентов (3,8%). У 13,6% больных в основном с очаговым туберкулезом наблюдались процессы сомнительной активности или неактивные остаточные изменения. Деструкция имела место у 28,0, бактериовыделение—у 27,0, условно-патогенная микрофлора—у 32,1% больных. Неспецифические заболевания легких классифицировались следующим образом: хронический бронхит—у 58,0, хроническая пневмония—у 35,0, пневмосклероз—у 4,4, бронхоэктатическая болезнь—у 2,6% больных. У 34,3% больных наблюдались различные осложнения и сопутствующие заболевания, причем у 13,9%—легочно-сердечная недостаточность. Изучение давности ХНЗЛ по анамнезу установило, что в 44,5% случаев эти заболевания предшествовали туберкулезу, у 24,1% они были выявлены после диагностирования туберкулеза. Однако у 31,4% больных ХНЗЛ были обнаружены в больнице патогенетически и, по-видимому, были связаны с активным и неактивным туберкулезом. Можно полагать, что туберкулез и ХНЗЛ с одинаковой частотой оказывают взаимное неблагоприятное влияние на возникновение и прогрессирование обоих заболеваний. Не исключается и возможность их простого сочетания без патогенетической связи.

Следует отметить, что не всегда возможно точно установить, предшествовал ли хронический бронхит (ХБ) развитию туберкулеза или возник на его фоне. Данные литературы весьма противоречивы [2—4]. То обстоятельство, что лечение туберкулеза химиопрепаратами нередко приводит к благоприятной клинической динамике ХБ, свидетельствует в ряде случаев о туберкулезной этиологии последнего. Диагноз ХНЗЛ, в частности ХБ, нами ставился на основании клинических данных (длительный кашель, сухие хрипы, «барабанные палочки» и др.), снижения функции внешнего дыхания (ФВД), бронхо-

скопии, рентгенологических данных. Снижение ФВД той или иной степени наблюдалось у 42,5% больных. Изменения носили в основном обструктивный или смешанный характер.

Бронхоскопия была произведена у 59,1% больных, из них специфический эндобронхит установили в 42,3, неспецифический—в 47,0% случаев.

Нами обобщены также результаты лечения больных с сочетанной патологией, получивших комбинированное лечение: противотуберкулезное, противовоспалительное (при наличии неспецифической флоры), бронхолитики. Большинство больных принимали курс аэрозольной ингаляции саломидом, сульфаниламидами, бронхолитиками. Сроки лечения колебались от 2 (с малоактивным процессом) до 4 месяцев и более. Значительное улучшение наблюдалось у 45,1%, в том числе каверны закрылись у 41,9% больных с деструкцией. Частичное улучшение (рассасывание очагов и инфильтратов, уменьшение размеров полостей, абациллирование) наблюдалось у 36,5%, состояние не изменилось у 18,2% больных. В последнюю группу вошли только лица с сомнительной активностью процесса или неактивными туберкулезными изменениями.

Таким образом, учитывая сравнительно короткие сроки, результаты лечения туберкулеза можно считать удовлетворительными, хотя они несколько хуже, чем у больных с идентичными процессами без сочетания с ХНЗЛ (контрольная группа). Разница в эффективности лечения в обеих группах составила около 8%, что объясняется тем, что ХНЗЛ препятствует лучшему заживлению туберкулезного процесса, снижает эффективность химиотерапии и ухудшает ее переносимость.

Менее эффективным было лечение ХНЗЛ. Значительного улучшения с исчезновением всех клинических симптомов не наблюдалось ни у одного больного. У 63,5% больных наблюдалось клиническое улучшение: уменьшение кашля и мокроты, хрипов в легких. Рентгенологически отмечалось уменьшение тяжести легочного рисунка, реакции со стороны корня, воспалительных изменений в легких. Состояние не изменилось в основном у больных с коротким сроком лечения—до 2—3 месяцев (36,5%). Ухудшения процесса не наблюдалось. Сравнительно низкая эффективность лечения неспецифической патологии объясняется тем, что среди наблюдаемых нами больных преобладали лица с хроническим обструктивным бронхитом, обычно плохо поддающимся лечению.

Своевременная диагностика и профилактика сочетанных поражений позволит предотвратить развитие хронических неспецифических и метатуберкулезных изменений в легких.

ՏՈՒՔՆԵՐԿՈՒԼՈՋԻ ԵՎ ՔՐՔՆԵՐԻ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒՔՑՈՒՆՆԵՐԸ

Ուսումնասիրվել են թոքերի զուգորդված ախտահարման՝ տուբերկուլոզի և ոչ սպեցիֆիկ խրոնիկական հիվանդությունների հաճախականությունը, կլինիկական ընթացքը և ելքը:

3 տարվա ընթացքում Հանրապետական կլինիկական հակատուբերկուլոզային գիսպանսերի երկու ստացիոնար բաժանմունքներում ընդունված հիվանդների 12,6 % մոտ ախտորոշվել են այլ թոքային հիվանդություններ, հիմնականում խրոնիկական բրոնխիտ: Գերակշռում էին աղամարդիկ (Յ2,6 %), 1/3 տարեկանից մեծ (81,7 %), ըստ սոցիալական կազմի՝ բանվորներ (56,1 %), 42 % շարաշահում էին ժխտաբանական օգտագործումը: Եզրակացվել է, որ թոքերի վերը նշված պաթոլոգիաները ունեն անբարենպաստ փոխազդեցություն, հանդիպում են բավական հաճախ, որը և թելադրում է նրանց կանխարգելման և վաղաժամ հայտնաբերման միջոցառումների կիրառում:

Ye. P. Stamboltsian, I. L. Salyan, E. A. Apresian

Tuberculosis and Chronic Nonspecific Diseases of the Lungs

The frequency, peculiarities of clinical course and outcomes of the combined affections of the lungs with tuberculosis and chronic nonspecific pulmonary diseases, are investigated.

The increase of the incidence of these affections is found out testifying to the necessity of conduction of definite measures for prophylaxis and early diagnosis of these pathologies.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бутенко Г. Е., Темирбулатов Л. П., Степаненко В. А. Пробл. туберкулеза, 1986, 1, с. 69.
2. Вильдерман А. М., Достовалова Э. П., Левченко П. В., Погребкова С. А. Пробл. туберкулеза, 1987, 3, с. 19.
3. Витолс О. Я., Байарстанова К. А. Методические рекомендации. Караганда, 1980.
4. Греймер М. С., Корелин В. К., Стрелетова Т. Н. Пробл. туберкулеза, 1986, 11, с. 25.
5. Ковалева С. И. Тезисы к Пленуму правления ВНМОФ «Проблемы интенсификации противотуберкулезной помощи». Иркутск, 1988, с. 116.
6. Полушкина Е. Е., Упорова Е. Ф., Свистунова А. С. Пробл. туберкулеза, 1989, 10, с. 21.
7. Примак Н. А., Шестерина М. В., Свистунова А. С. Пробл. туберкулеза, 1987, 3, с. 16.
8. Шульгина З. Л., Паниатова С. В., Шульгин Н. С. и др. Пробл. туберкулеза, 1986, 10, с. 49.

УДК 616.342—002.44—006

А. Б. Асатрян, М. И. Агаджанов, Д. С. Малерян, Э. Г. Григорян, С. Г. Папазян

СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В КРОВИ И ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Аминокислотный состав крови и желудочного сока у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при лечении в условиях