

ՏՈՒՐԵՐԿԱՌԻՈՋԸ ԵՎ ԲՈՔԵՐԻ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

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 (82,6 %): 1/3 տարեկանից մեծ (81,7 %), ըստ սոցիալական կազմի՝ բանվորներ (56,1 %), 42 % շարաշահում էին ժխախտի օգտագործումը: Նզդակացվել 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. Sahayan, E. A. Apressian

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.

ЛИТЕРАТУРА

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., Байрастанов К. А. Методические рекомендации. Караганда, 1980.
4. Греймер М. С., Корелин В. К., Стрепетова 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. Примах 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

высокогорья почти не изучен. В литературе имеются сведения относительно содержания свободных аминокислот в желудочном соке у больных язвенной болезнью—показано их значительное увеличение при язве двенадцатиперстной кишки [7], при ликвидации язвенного процесса в желудке [4] и снижение в сыворотке крови [2, 10]. Имеются данные о роли дисаминиоацидемии в нарушении активности репаративных процессов при язвенной болезни [5].

Целью настоящей работы явилось определение уровня свободных и суммарных аминокислот в сыворотке крови и желудочном соке у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при лечении в условиях высокогорья (2100 м над уровнем моря). Для определения влияния высотной гипоксии больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки—постоянные жители Еревана (900 м над уровнем моря) были обследованы за 3—5 дней до поездки в Джермук и на второй день пребывания в Джермуке. Обследовано 90 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе затухающего обострения и неполной ремиссии в возрасте 31—60 лет, преимущественно мужчины. Длительность заболевания: у 30 больных—до 5, у 45—до 7 и у остальных—8 лет и более.

Диагноз был установлен на основании данных клинического, рентгенологического и гастродуоденоскопического исследований. По результатам гастродуоденоскопии 45 больных язва луковицы двенадцатиперстной кишки выявлена у 16, язва в желудке—у 2, явление дуоденита—у 14, рубцовая деформация луковицы—у 19 больных. Сопутствующие поражения слизистой желудка обнаружены у 22 чел.

Во фракциях желудочного сока определяли свободные аминокислоты в порции натощак (проба 0) и после стимуляции гистамином (проба I). Желудочный сок извлекался спустя 20 мин после стимуляции гистамином.

Исследование содержания свободных аминокислот в сыворотке крови и желудочном соке проводили методом распределительной хроматографии на бумаге [8]. С помощью этого метода в желудочном соке и крови выявили 16 аминокислот. Свободные аминокислоты сыворотки крови определяли четыре раза: в Ереване и Джермуке на 2, 12 и 23-й дни пребывания и лечения. Исследования, проведенные в течение первых двух дней, когда больные не получали лечения, позволяют выделить влияние адаптационных перестроек на уровень свободных аминокислот крови в условиях высокогорья.

Исследования свободных аминокислот в желудочном соке проводили до лечения в Джермуке и повторно после курса лечения—комплексной терапии джермукской минеральной водой, включающей внутренний прием минеральной воды у источника температурой 40—45°C три раза в день за 30—35 мин до еды, минеральные ванны с температурой 36—37°C продолжительностью 6—12 мин в количестве 10—12, а также диетическое питание, стол № 1.

Суммарное содержание аминокислот сыворотки крови у практически здоровых людей составляло $21,4 \pm 0,24$ мг% [3]. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки оно было ниже в сред-

нем на 15%, в основном за счет снижения содержания цистина+цистеина (на 30%), пролина (на 220%), лизина (на 34%), фенилаланина (на 25%), валина+метионина (на 28%). Однако уровень отдельных аминокислот при этом увеличивался: аланина—на 150, лейцина+изолейцина—на 20, глицина—на 30%. На 2-й день пребывания больных в Джермуке, когда они не получали лечения и все изменения могли быть отнесены к воздействию высотной гипоксии, уровень суммарных свободных аминокислот сыворотки крови возрос в среднем на 13% ($p < 0,05$). Это увеличение было обусловлено возрастанием количества всех аминокислот и более значительно цистина+цистеина (на 23%), глютаминовой кислоты+треонина (на 63%), валина+метионина (на 21%), тирозина (на 34%) и пролина (на 44%).

На 12-й день пребывания в Джермуке—периода активной адаптации [9] и первой недели лечения установлено некоторое уменьшение, по сравнению со 2-ым днем, суммарного содержания аминокислот за счет снижения всех аминокислот, главным образом аланина (на 30%) и фенилаланина (на 28%). В конце комплексного лечения, на 23-й день, суммарный уровень свободных аминокислот сыворотки крови и содержание большинства отдельных аминокислот нормализовались. После лечения уменьшились воспалительные явления в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, исчез язвенный дефект слизистой луковицы и желудка у 5 больных, уменьшился—у 9 (14 из 18). По морфологическим данным, заметно уменьшилось воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Как показывают результаты анализа аминокислотного спектра желудочного сока, суммарное содержание аминокислот в желудочном соке у больных язвенной болезнью в порции натощак было увеличено и после стимуляции гистамином. При этом в высоких концентрациях выявлялись и те аминокислоты, которые не всегда определяются у здоровых людей (цистин+цистеин) [7]. Были изменения и в реакции на стимуляцию—снижение суммы аминокислот после гистамина, увеличение содержания свободных аминокислот желудочного сока в порции натощак, до стимуляции желудочной секреции. Так, содержание триптофана было увеличено в 6 раз, тирозина, валина+метионина, глютаминовой кислоты+треонина, лизина, аргинина, фенилаланина, пролина—в 2—3 раза. После стимуляции желудочной секреции суммарный уровень свободных аминокислот у больных в отличие от здоровых лиц, напротив, снижался за счет некоторого уменьшения тирозина, триптофана, цистина+цистеина, глютаминовой кислоты+треонина, пролина, лейцина+изолейцина.

После комплексной терапии падала суммарная концентрация свободных аминокислот в базальном желудочном соке за счет уменьшения уровня почти всех аминокислот, за исключением глютаминовой кислоты+треонина, а содержание пролина, наоборот, еще более возрастало и достигало уровня, почти в три раза превышающего нормальный. После стимуляции суммарный уровень свободных аминокислот у больных возрастал, т. е. при этом восстанавливалась нор-

мальная реакция на гистамин. Высокий уровень аминокислот в желудочном соке, сохраняющийся и после лечения, отражает корригирующее влияние лечения в условиях высокогорья на перераспределение свободных аминокислот в крови и желудочном соке. Возможно, что это обусловлено улучшением регуляции кислотообразующей функции слизистой желудка, способствующей поддержанию pH в оптимальных пределах. Высокий уровень аргинина, аланина, глицина в желудочном соке после лечения, в основном моноамино-, монокарбоновых (глицин, аланин), диаминомонокарбоновых (аргинин) кислот, имеющих нейтральную или щелочную природу, может быть связан с ощелачивающим действием джермукской минеральной воды. Это соответствует имеющимся в литературе данным о возможной зависимости концентрации аминокислот от степени кислотности желудочного сока и от связанной со структурой аминокислоты ее основной или кислой природы [7].

Повышение суммарной концентрации свободных аминокислот в сыворотке крови больных в первые дни пребывания в условиях высокогорья может быть вызвано усилением распада белков [6], что в определенной мере обусловлено активацией глюкокортикоидной функции коры надпочечников в период адаптационных перестроек больных язвенной болезнью [1].

Наши исследования показали, что при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки значительно увеличивается количество свободных аминокислот в желудочном соке. Сопоставление показателей уровня свободных аминокислот в сыворотке крови и порциях желудочного сока больных выявило нарушение их соотношения: на фоне гипоаминоацидемии содержание этих же аминокислот в порциях желудочного сока в основном резко увеличено, за исключением аланина, лейцина + изолейцина, уровень которых повышен как в сыворотке крови, так и в желудочном соке. Такое перераспределение аминокислот при язвенной болезни, возможно, обусловлено наличием язвенного дефекта.

На фоне выравнивания соотношения аминокислотного состава сыворотки крови и желудочного сока, их суммарной концентрации у больных язвенной болезнью после лечения в условиях Джермука отчетливо прослеживается нарастание уровня пролина. Содержание его в сыворотке крови до лечения было снижено на 36%. После переезда в Джермук по показателям на 2, 12 и 23-й дни уровень пролина превышал начальный более чем в два раза. В порциях желудочного сока после лечения концентрация его в три раза превышала таковую у здоровых людей. Как известно, пролин является маркерной аминокислотой, показателем синтеза коллагеновых белков. Высокая концентрация пролина в сыворотке крови и желудочном соке больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение всего периода пребывания и лечения в условиях высокогорья свидетельствует о наличии активного синтеза соединительной ткани и высокой интенсивности процессов рубцевания язвы. Устранение дисаминоацидемии, выравнивание соотношения аминокислотного состава сыворотки крови и

желудочного сока отражают активацию репаративных процессов и развитие ремиссии при лечении в условиях высокогорья.

НИИ курортологии и физиотерапии им. А. А. Акопяна МЗ Армении

Поступила 6/XII 1989 г.

Ա. Բ. Ասատրյան, Մ. Ի. Աղաջանով, Դ. Ս. Մալերյան, Է. Գ. Գրիգորյան, Ս. Գ. Փափազյան

ԱՐՅԱՆ ԵՎ ՍՏԱՄՈՔՍԱԶՑՈՒԹԻ ՄԵՋ ԱԶԱՏ ԱՄԻՆՔՈՒՆԵՐԻ ԲԱՂԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲԱՐՁՐ
ԼՆՈՆԱՏԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ԲՈՒԺՎՈՂ 12 ՄԱՏՆՑԱ ԱՂԻՔԻ ԿՈՑԱՅԻՆ
ՀԻՎԱԴՐՈՒԹՅԱՄ ԶԻՎԱԴՆԵՐԻ ՄՈՑ

Երևանում և Զերմուկում կատարված ուսումնասիրության հիման վրա հաստատված է, որ 12մատնյա աղիքի խոցային հավանդությամբ հիվանդների բուժումը բարձր լեռնային պայմաններում (2100 մ) նպաստում է դիամինոացիդեմիայի վերացմանը արյան և ստամոքսահյութ ամինաթթվային կարգի հարաբերության հավասարմանը, շարակցական հյուսվածքի ախտիվ սինթեզի զարգացմանը, վերականգնողական պրոցեսների ինտենսիվության բարձրացմանը, խոցի սպիացմանը, խոցային արատի փոքրացմանը և կլինիկական ռեմիսիային:

A. B. Assatrian, M. I. Aghadjanov, D. S. Malerian, E. G. Grigorian,
S. G. Papazian

The Content of Free Aminoacids in the Blood and Gastric Juice of Patients with Duodenal Ulcer at the Treatment in High-Altitude Conditions

By investigations, carried out in Yerevan and Djermouk, it has been established that the staying and treatment of patients with duodenal ulcer in high-altitude conditions (2100m) promote the elimination of disaminacidemia, improvement of the correlation of aminoacidic content of the blood and gastric juice, activation of synthesis of conjunctive tissues, increase of the intensity of reparative processes and healing of the ulcer.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Асатрян А. Б., Малерян Д. С. Ж. exper. и клин. мед. АН Армении, 1983, 3, с. 283.
2. Ващилко М. К. Мат. 8-й научной сессии Гродненского мед. ин-та. Минск, 1971, с. 181.
3. Илько В. Г. Врач. дело, 1974, 12, с. 64.
4. Краснобаева Г. М. Лаб. дело, 1964, 1, с. 10.
5. Коломеец М. Ю. Врач. дело, 1983, 11, с. 55.
6. Мансурова И. Д., Бахрамов Я. С., Аминджанов С. А. Тер. архив, 1980, 2, с. 18.
7. Меерсон Ф. З. Общий механизм адаптации и профилактики. М., 1973.
8. Пасхина Т. С. В кн.: Современные методы биохимии. М., 1964.
9. Сиротинин Н. Н. В кн.: Кислородная недостаточность. Киев, 1963, с. 3.
10. Чернова А. И., Попеляк П. Ф., Усоскина Е. А. В кн.: Физические и курортные факторы и их лечебное применение, вып. 3. Киев, 1969, с. 67.