

па наблюдается повышение уровня глюкагона, наиболее выраженное в 1-й день пароксизма, с постепенным снижением к 3-му дню.

Кафедра внутренних
болезней № 2 Ереванского медицинского
института им. М. Гераци

Поступила 25 VIII 1991 г.

Վ. Մ. Հարությունյան, Բ. Ա. Եգանյան, Զ. Ա. Սիմոն

ՊՆՏՈՒԿՈՒԿՈՆԻ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՐՅԱՆ ՄԵՋ ՊԱՐՐԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ուսումնասիրվել է պարրերական հիվանդությամբ տառապող տարրեր սեռի, տարիքի, հիվանդության տևողությամբ, բարդություններով, ինչպես նաև նոպայի դինամիկայում 101 հիվանդների արյան մեջ գլյուկագոնի պարունակությունը: Կիրառվել են ռադիոիմունանաբանական մեթոդներ՝ օգտագործելով «Sirano Diagnosticus» (ԳՅՀ) ֆիրմայի ռեակտիվ:

Ստացված տվյալները թույլ են տալիս խորապես բնութագրելու պարրերական հիվանդության ժամանակ ածխաջրատալին փոխանակության խանգարումները:

V. M. Haroutyunian, G. A. Yeganian, Z. A. Simon

The Content of Glucagon in the Blood of Patients with Periodic Disease

The content of glucagon in the blood of 101 patients with periodic disease, differing by sex, age and duration of the disease, was investigated by radioimmunologic method with the use of a reactive of „Serano Diagnosticus“ firm (West Germany). The data obtained allow to characterise thoroughly the disturbances of carbohydrate metabolism at periodic disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арутюнян В. М., Григорян Г. А., Никогосян Г. А. Ж. эксп. и клин. мед. АН АрмССР, 1985, 4, с. 71.
2. Виноградова О. М. Периодическая болезнь. М., 1977.
3. Шахгалдян Р. Е., Топчян А. А., Бадалян М. Г. Ж. эксп. и клин. мед. АН Арм ССР, 1985, 2, с. 176.
4. Manon H. Sem. Hop., Paris, 1970, 46, 2024.

УДК 616.127—005.8:616.379—008.64

Р. П. Стамболцян, М. Ф. Драмлян, Д. А. Наджарян

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОД ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные инфаркту миокарда (ИМ), многие вопросы остаются нерешенными. К их числу относится вопрос о роли сахарного диабета (СД) в особенностях течения ИМ.

За последние годы отмечается изменение структуры смертности при СД. Уменьшился удельный вес коматозных осложнений и воз-

росла смертность от сердечно-сосудистых заболеваний до 60—75% [2, 5]. Клинические исследования показывают, что у больных с СД ИМ протекает тяжелее по сравнению с больными без СД и характеризуется высокой летальностью [1, 3, 6]. Однако описание клинических проявлений ИМ при СД недостаточно для его полной характеристики. Необходима его количественная оценка, которая дает возможность не только прогнозировать течение и исход болезни, но оценить эффективность предпринятых терапевтических воздействий.

В наших ранних исследованиях [4] на основании многофакторного анализа разработана методика количественной оценки предшествующего состояния больного до ИМ, первых проявлений, клинического течения и исхода болезни (контрольная группа). Установлено влияние прогностического значения предшествующего состояния (ППС) больного на тяжесть клинического течения и исход болезни.

Для прогнозирования течения, исхода ИМ при СД, в том числе и его индивидуальных особенностей, мы, пользуясь разработанными нами количественными показателями предшествующего состояния больного, клинического течения, исхода болезни, сравнили эти показатели с данными контрольной группы [4].

Обследовано 106 больных с острым ИМ с локализацией на передней стенке сердца на фоне сахарного диабета (средний возраст $60,96 \pm 8,1$ лет). В качестве контрольной группы взято 96 больных с ИМ с локализацией на передней стенке сердца (средний возраст $55,29 \pm 3,1$ года) без СД. У обследованных больных имел место СД второго типа, причем у 4—тяжелой, у 12—легкой и у 90—средней тяжести. Количество сахара колебалось от 4,41 до 13,25 *мл/моль*. Давность заболевания составляла от одного до 18 лет.

По количественной характеристике состояния больных до ИМ, первых проявлений, клинического течения и исхода обследованные больные были подразделены на три группы (табл. 1, 2).

У всех больных СД с ИМ средний показатель ППС составил $81,33 \pm 1,85$ ($P < 0,001$), тогда как в контрольной группе он равнялся $53,14 \pm 3,64$ ($P < 0,001$), т. е. у больных СД ППС был примерно на 30 баллов выше. Следовательно, в каждой из этих групп у больных СД мы имеем более неблагоприятное предшествующее ИМ состояние, чем в контрольной группе. Расчеты показывают, что за счет сахара этот показатель может быть выше не более чем на 15—20 баллов, тогда как у нас это превышение составило около 30.

Представляет интерес и следующее явление—если больные III группы в контроле составили 26 из 96, то у больных с СД—24 из 106, т. е. в контрольной группе больных с неблагоприятным исходным состоянием больше.

Для изучения клинического течения ИМ очень важное значение имеют первые проявления болезни. Нами изучены взаимосвязь и взаимообусловленность этих проявлений с течением, исходом болезни и их отличие от контроля.

По тяжести состояния больные ИМ с СД при поступлении были разделены на 3 группы. Средний показатель (в баллах) I группы

составил $35 \pm 0,94$; II— $55,31 \pm 1,36$; III— $76,44 \pm 1,43$ ($P < 0,001$). По сравнению с контрольной группой у больных СД более выражена поляризация в сторону легких и тяжелых случаев.

Представляет также интерес изучение взаимосвязи между ППС и степенью выраженности клинических проявлений в 1-й день поступления и сравнение этих данных с контрольной группой.

Таблица 1

Взаимосвязь между ППС и клиническим течением болезни

Группы по ППС	Контроль	Клин теч болезни			СД	Клин. теч. болезни		
		I гр.	II гр.	III гр.		I гр.	II гр.	III гр.
I	36	29	7		58	24	16	18
II	34	6	20	8	24	12	8	4
III	26		6	20	24	2	6	16

Установлено, что среди больных СД по сравнению с контрольной группой преобладают лица с нерезко выраженными показателями предшествующего состояния (58 против 36) и меньше больных с высокой степенью ППС с тяжелыми проявлениями в 1-й день поступления (24 против 26 в контрольной группе).

Таблица 2

Взаимосвязь между первыми проявлениями и исходом болезни

Группы по ППС	Нозология	Число больных	Исход болезни по группам		
			I	II	III
I	СД	40	34	2	4
	контр.	36	29	7	—
II	СД	32	8	12	12
	контр.	36	14	16	6
III	СД	34	2	6	26
	контр.	30	2	—	28

Как видно из табл. 1, не всегда низким показателям ППС соответствует легкое течение болезни. Так, из 58 больных с низким ППС у 18 было тяжелое течение, тогда как в контрольной группе из 36 с низким ППС ни у одного больного не наблюдалось тяжелого течения болезни. Парадоксален тот факт, что не у всех больных СД с высокими цифрами ППС наблюдалось тяжелое течение (у 12 из 24), тогда как в контрольной группе из 26 тяжелое течение наблюдалось у 20 пациентов.

Таким образом, даже при низких показателях ППС сахарный диабет сам по себе оказывает неблагоприятное влияние на течение болезни, а при высоких цифрах, видимо, наблюдается изменение течения болезни, кажущегося легким. Так, если при СД ППС в среднем составляет 81,33 балла, то в контрольной группе—53,14 ($P < 0,001$), первые проявления—55,58 и 30,45 ($P < 0,001$), показа-

тели клинического течения—35,58 и 21,95 ($P < 0,001$) соответственно.

Для выяснения роли СД в исходе болезни мы решили изучить состояние больных перед выпиской, сопоставить результаты лечения с первыми проявлениями; а также с течением болезни у больных с ИМ, имеющих СД.

По нашим данным, смертность у больных СД более чем в 3 раза выше, чем в контрольной группе (табл. 2). Как видно из табл. 2, между первыми проявлениями и исходом болезни в контрольной группе есть полное соответствие, в то время как у больных СД такой закономерности не наблюдается.

Так, из 40 больных с первыми нерезко выраженными клиническими проявлениями у 4 отмечался летальный исход в конце пребывания в стационаре. Из 34 больных с тяжелыми проявлениями у 26 изменений не отмечалось, у двух наблюдалось даже благоприятное течение, чего нельзя сказать о контрольной группе.

Таким образом, при СД выраженность первых проявлений не всегда обуславливает соответствующий исход, что, по всей вероятности, объясняется влиянием течения СД на исход болезни при ИМ. Смертность у больных СД, по нашим данным, более чем в три раза выше, чем в контрольной группе.

Кафедра внутренних
болезней № 2 Ереванского
медицинского института

Поступила 18/VI 1991 г.

Տ. Պ. Ստամբոլցյան, Մ. Բ. Դրամբյան, Դ. Ա. Նաթարյան

ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՏԱՐԿԵՒ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ԵՎ ԵԼՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒՓՑՈՒՆԵՆԵՐԸ
ԵՍՔԱՐԱՆՑԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Մեր հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ շաքարախտի ժամանակ հիվանդության առաջին արտահայտությունները ոչ միշտ են պայմանավորում ընթացքի և ելքի ծանրությունը, ինչպիսին նկատվում է ինֆարկտի այն դեպքերում, երբ շաքարախտ չկա: Կարևոր է նշել, սակայն, որ ընդհանուր առմամբ սրտամկանի ինֆարկտով հիվանդության ծանր ընթացքը շաքարախտի առկայության դեպքում ավելի հաճախ է բերում մահվան (մոտ 3 անգամ), քան սովորաբար:

R. P. Stamboltsian, M. F. Drampian, D. A. Najarian

Peculiarities of Clinical Course and Outcome of Myocardial Infarction at Diabetes Mellitus

It is shown that at diabetes mellitus the expressiveness of initial manifestations of myocardial infarction does not always stipulate the gravity of the course and outcome of the disease. The lethality of patients with diabetes mellitus, according to our data, is three times higher, than that in the control group, when myocardial infarction is not accompanied by diabetes mellitus.

1. Бостанджян О. Ш. Автореф. дис. док. Ереван, 1975. 2. Геллер Л. И. Патология внутренних органов при сахарном диабете. М., 1975. 3. Левина Л. И. В кн.: Теансы XXIII Всероссийского съезда терапевтов. М., 1981, с. 290. 4. Стамболцян Р. П., Драмлян М. Ф., Азатян Ю. А. с соавт. Ж. экспер. и клин. медицины АН Ар1 ССР, 1989, 3, с. 248. 5. J-cotot B. Rev. Franc. Endocr. Clin., 1979, 20, 1, 49. 6. Kvethu . . Acta M.d. Scand., 1976, 200, 3, 151.

УДК 616—009.7—039.13

Р. М. Хаитов, Л. П. Алексеев, А. В. Акопян, И. С. Полянская

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕНОВ ТКАНЕВОЙ
СОВМЕСТИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Одной из важных особенностей периодической болезни (ПБ), которая довольно распространена в Армении, является нарушение иммуногенеза, в частности его регуляторного звена. Хорошо известна роль HLA-системы в регуляции иммунного ответа и межклеточных взаимодействий.

Антигены системы гистосовместимости человека, характеризующиеся чрезвычайным полиморфизмом, являются генетическими маркерами для выявления предрасположенности к ряду заболеваний, которые могут быть использованы для определения риска развития той или иной патологии, характера течения заболевания, выбора метода терапии [1, 2].

Особенный интерес представляет изучение связи HLA-антигенов с ПБ. Ранее предпринимались отдельные попытки установить эту связь у нас и за рубежом [3, 4, 6]. Однако эти исследования были проведены типизирующими сыворотками, выявляющими ограниченное число антигенов HLA. Практически не изучены антигены II класса.

Целью нашей работы было выявление особенностей распределения HLA-антигенов у больных ПБ. В настоящей работе представлены также результаты распределения антигенов в армянской популяции (здоровый контроль) Республики Армения.

Обследовано 90 здоровых и 80 страдающих ПБ человек армянской национальности. Национальная принадлежность определялась по паспортным данным, месту жительства с учетом предшествующих поколений. HLA-фенотип определялся в стандартном микролимфоцитотоксическом тесте. Был использован набор уникальных HLA-антисывороток на почти все установленные в настоящее время антигены системы HLA. Сыворотки были любезно предоставлены организационным комитетом Конгресса по изучению антигенов гистосовместимости и их распределения среди народов мира, проходившего в ноябре 1991 г. в Японии.