

The Immune Status of Patients with Periodic Disease

The picture of the immune status of patients with periodic disease is described in the article. The inhibition of the functional activity and decrease of T-lymphocytes quantity and their suppressible subpopulation, disfunction of B-system of the immunity and lowering of the reactivity of the organism are revealed.

For the first time the immunogram of periodic disease is given.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
2. Брондз Б. Д. Т-лимфоциты и их рецепторы в иммунном распознавании. М., 1987.
3. Гуюмджян И. О., Завгородняя А. М. Мат. II Всесоюзного съезда врачей-лаборантов. Ворошиловград, 1979, с. 103.
4. Завгородняя А. М. Ж. exper. и клин. мед. АН АрмССР, 1990, т. 30, 6, с. 516.
5. Завгородняя А. М. Иммунол. 1980, 6, с. 69.
6. Завгородняя А. М. Ж. exper. и клин. мед. АН АрмССР, 1988, 28, 4, с. 3.
7. Завгородняя А. М. Автореф. дис. докт. М., 1990.
8. Завгородняя А. М., Овсепян Л. А., Айвазян А. А. Иммунол., 1987, 2, с. 86.
9. Мамиконян Р. С., Казначеев В. П., Назаретян Э. Е., Завгородняя А. М., Абрамян М. К. НПО Союз. мед. информ. Деп. 18180 от 3.8.1989 г.
10. Мамиконян Р. С., Назаретян Э. Е., Завгородняя А. М., Абрамян М. К. Ж. exper. и клин. мед. АН АрмССР, 1990, 30, 6, с. 516.
11. Петров Р. В., Лебедев К. А. Клин. мед., 1985, 3, с. 5.
12. Gershon R. K. et al. Nature, 1976, 15 (5565) Jul. 252, 216.
13. Gupfa S., Firkig S. M. et al. Immunol. Letters, 1982, 4, 5, 289.
14. Ifeld D., Well S., Kuperman O. Clin. Immunol. and Immunopathol., 1931, 18, 2, 231.
15. Miller J. F. A. P. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1975, 249, 9, 16.
16. Schlesinger M. Clin. Exp. Rheumatol. 1984, 2 (4), 351.

УДК 616.33—002.44

Э. Е. Назаретян, З. Т. Джндоян, Н. Е. Сафарян

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ И СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки продолжает оставаться одним из наиболее распространенных заболеваний. Кроме того, участились случаи возникновения симптоматических язв, что связано с распространением сахарного диабета, с длительным психическим перенапряжением, которое наблюдалось после землетрясения в Армении (стрессовые язвы).

Большинство хронических рецидивирующих язв желудка следует лечить оперативно. Чем больше язва, чем глубже ниша, чем старше больной и чем ниже кислотность, тем больше необходимости в оперативном вмешательстве. Неглубокие же язвы желудка поддаются консервативному лечению.

В течение 1989—1991 гг. в гастроэнтерологическом отделении клинической больницы № 8 г. Еревана под наблюдением находились 40 больных с язвенной болезнью желудка, из которых I группа (10 больных) получала лечение H_2 -блокаторами, антацидными препаратами, антиоксидантами; II группа (10 больных), кроме вышеуказанных лекарств, получала солкосерил (депротенизированный экстракт крови крупного рогатого скота); III группа (20 больных) вместо солкосерила получала депротенизированный экстракт человеческой плазмы. Размеры язв во всех случаях были больше 0,7 см.

Эффективность лечения была следующей: в I группе у 3 больных через 2 недели наблюдалось уменьшение размеров язвы, через 4 недели у 5 больных—полное рубцевание, а у 2 язвы уменьшилась в размерах. Во II группе частичное рубцевание язвы через 2 недели наблюдалось у 3 больных, полное рубцевание через 4 недели наблюдалось у 6 больных, а у 1 больного—уменьшение размеров язвы. Из больных III группы у 8 через 2 недели произошло частичное рубцевание, через 4 недели у 10 больных наблюдалось полное рубцевание, а у 2 больных—уменьшение размеров язв.

При лечении язвенной болезни желудка мы широко применяли французский препарат Fundyl. Как известно, в формировании язв желудка наибольшее значение имеет снижение резистентности слизистой оболочки, ослабление ее сопротивляемости повреждающему воздействию желудочного сока, а Fundyl защищает слизистую оболочку от повреждения путем регуляции кровотока, увеличения слоя мукусового геля, увеличения рН градиента поверхностного желудочного и дуоденального эпителия. Этот препарат получили 45 больных в комплексе с депротенизированным экстрактом человеческой плазмы. Эффективность лечения была следующей: через 4 недели у 39 больных наблюдалось полное рубцевание язв.

Под нашим наблюдением находились также 55 больных язвенной болезнью 12-перстной кишки, из которых 15 больных (I гр.) получали циметидин, викалин, ментронидазол, витамины E, C, И; 10 больных (II гр.), кроме этих препаратов, получали также солкосерил; 30 больных (III гр.) вместо солкосерила получали депротенизированный экстракт человеческой плазмы (150—200 мл—через день, курс лечения 5—6 раз). Размеры язв были больше 0,8 см.

Эффективность лечения была следующей: среди больных I группы у 2 через 2 недели наблюдалось уменьшение размеров язв, через 4 недели у 11 больных—полное рубцевание, а у 2—частичное рубцевание. Среди больных II группы через 2 недели размеры язв уменьшились у 2 больных, через 4 недели имелось полное рубцевание у 7 больных и частичное рубцевание у 1 больного. Из больных III группы через 2 недели у 7 язвы уменьшились в размерах, через 4 недели у 22 произошло полное рубцевание, а у 1—частичное рубцевание.

При лечении язвенной болезни 12-перстной кишки хороший эффект дает французский препарат низаксид (производный низатидина)—антагонист H_2 -рецепторов гистамина. Основным фармакологи-

ческим эффектом низаксида является угнетение секреции желудочного сока, связанного с блокадой гистаминовых H_2 -рецепторов стенки желудка. Низаксид в сочетании с депротенинизированной экстрактом человеческой плазмы получали 30 больных, у которых размеры язв были больше 0,7 см. Через 4 недели у 28 больных гастроскопия выявила полное рубцевание язв.

Группа больных	Число больных	МДА н.моль/мл
Н о р м а	10	3,54±0,035
ЯБ до лечения	30	5,62±0,015
Яз после комплексного лечения антиоксидантами	20	3,20±0,04
ЯБ после лечения без антиоксидантов	15	4,8±0,015
Симптоматическая язва (сахарный диабет) до лечения	8	6,7±0,08
Симптоматическая язва (сахарный диабет) после лечения	5	3,6±0,09

Примечание. МДА—один из показателей, который позволяет оценить антиоксидантную систему.

Непрерывное условие терапии симптоматических язв—устранение факторов, вызывающих их развитие. Наряду с этим в терапии симптоматических язв используются средства, применяемые при лечении язвенной болезни, способствующие устранению диспептических расстройств, болевого синдрома, нормализации тонуса желудка, повышению регенераторных свойств слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки. При сахарном диабете язвы возникают в результате нарушения клеточной регенерации, поэтому в этих случаях весьма эффективным является лечение сермионом, тренталом, которые улучшают микроциркуляцию. Хороший эффект дает также никотиновая кислота, ретаболл.

Возникновение стрессовых язв связано с активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которая приводит к выделению глюкокортикоидов. При лечении стрессовых язв широко применяются антиоксиданты (витамин Е, метионин, витамин И, витамин С), которые снижают свободнорадикальное окисление липидов, повышают защитные реакции организма, т. к. при стрессе происходит активация перекисного окисления липидов (таблица), угнетается антиоксидантная система.

Кафедра внутренних болезней № 1
Ереванского медицинского института

Поступила 30.VI.1991 г.

ՍՏԱՄՈՒՄԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՑԻՆ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ԱԽՏԱՆԻՇԱՑԻՆ
ԽՈՑԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ՄՈՏԵՑՈՒՄԸ

Պարզված է, որ խոցային հիվանդության ժամանակ ակտիվանում են լիպիդների գերօքսիդային օքսիդացման պրոցեսները: Հակաօքսիդանտներով բուժման ֆոնի վրա այդ ցուցանիշները կարգավորվում են: Առաջարկված են խոցային հիվանդության և ախտանիշային խոցերի համակցված բուժման մեթոդներ: Դրավան արդյունք է ստացվել արյան պլազմայի սպիտակուցազերծված մզվածքի կիրառման դեպքում:

E. Ye. Nazaretian, Z. T. Djndoyan, N. Ye. Safar'ian

Differential Approach to the Treatment of Gastric and Duodenal and Symptomatic Ulcers

It is found out, that in case of gastric and duodenal ulcers it is observed the activation of lipid peroxide oxidation. A complex therapy is suggested for the treatment of gastric, duodenal and symptomatic ulcers. The application of deproteinized extract of human plasma proved to be very effective.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арутюнян В. М., Минасян Г. А. Арохчапаутюн, 1987, 2, с. 6.
2. Григорьев П. Я., Исаков В. А., Яковенко Э. П. Клин. мед., 1988, 5, с. 25.
3. Минасян Г. А. Автореф. докт. дис. Л., 1988.
4. Метод рекомендации, Новосибирск, 1984.
5. Опарин А. Г. Автореф. докт. дис. М., 1981.
6. Опарин А. Г., Васильев А. А. Клин. мед., 1990, 10, с. 90.

УДК 616.13—002:615.673

Е. А. Меликян, Г. Р. Габриелян, Х. С. Саядян,
С. В. Агабабов, С. Л. Еолян

СЫВОРОТОЧНЫЙ ОСТЕОКАЛЬЦИН ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Поражение костного скелета при ревматоидном артрите наблюдается нередко, гистологически почти всегда представлено остеопорозом (снижение массы кости при нормальной минерализации), реже—остеомалацией (снижение минерализации костного матрикса) [1, 4]. Диффузная потеря кости ведет к высокой частоте стрессовых переломов костей у больных ревматоидным артритом, что может вызвать стойкую инвалидность [7].

До недавнего времени для оценки метаболизма кости широко применяли косвенные показатели, в частности активность щелочной фосфатазы. В настоящее время предложен более точный маркер костного метаболизма—остеокальцин. Остеокальцин—белок с молекулярным весом 5800, составляющий основную массу неколлагеновых