

25. Jacobson K.A., van Galen P.J.M., Williams M. // J. Med. Chem. — 1992. — Vol. 35. — P. 407—422.
 26. Li G., Milani D., Dunnel M.J. et al. // J. Biol. Chem. — 1991. — Vol. 286. — P. 3449—3457.
 27. Mast S.G. // Drug News Perspect. — 1992. — Vol. 5. — P. 378—383.
 28. Murgia M., Pizzo P., Zanovello P. et al. // ATLA. — 1992. — Vol. 20. — P. 66—70.
 29. Palea S., Artibani W., Ostaro E. et al. // J. Urol. — 1993. — Vol. 150. — 2007—2012.
 30. Pizzo P., Murgia M., Zambon A. et al. // J. Immunol. — 1993. — Vol. 109. — P. 3372—3378.
 31. Rapaport E. // Drug Dev. Res. — 1993. — Vol. 28. — P. 428—431.
 32. Reimer W.J., Dixon S.J. // Am. J. Physiol. — 1992. — Vol. 263. — P. C1040—C1048.
 33. Saito D., Ueeda M., Abe Y. et al. // Br. Heart. J. — 1986. — Vol. 55. — P. 291—294.

34. Stone T.W. // Neuroscience. — 1981. — Vol. 6. — P. 523—555.
 35. Tatham P.E.R., Cusack N.J., Gomperts B.D. // Eur. J. Pharmacol. — 1988. — Vol. 147. — P. 13—21.
 36. Theobald R.J. // Life Sci. — 1994. — Vol. 56. — P. 445—454.
 37. Vander Kooy D., DUBYAK G.R., Moore R.M., Moore J.J. // Endocrinology. — 1989. — Vol. 124. — P. 2005—2012.
 38. White T.D. // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. — 1984. — Vol. 8. — P. 487—493.
 39. Williams M. // Drug Dev. Res. — 1993. — Vol. 28. — P. 438—44.
 40. Ziganshina L.E., Ziganshin A.U., Hoyle C.H.V., Burnstock G. // Inflamm. Res. — 1996. — in press.

Поступила 16.01.96

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.24 — 002.5 : 312.2

Г.А. Смирнов, Л.Т. Замалетдинова, Н.К. Газизуллина (Казань). Социально-клиническая характеристика больных туберкулезом легких, умерших в первый год наблюдения

В середине 70-х годов отмечен рост числа впервые выявленных больных туберкулезом, поступающих в стационар в очень тяжелом состоянии и нередко умирающих через непродолжительное время после госпитализации. Мы подсчитали число умерших в г. Казани в первый год наблюдения с 1969 по 1992 г. за 24 года, разделив их на 3-летние периоды. В 1969—1971 гг. было зарегистрировано 0,55% умерших в первый год наблюдения к общему числу впервые заболевших туберкулезом легких, в 1972—1974 — 0,98%, в 1975—1977 — 1,6%, в 1978—1980 — 1,7%, в 1981—1983 — 0,27%, в 1984—1986 — 0,57%, в 1987—1989 — 0,7%, в 1990—1992 — 1,3%.

Как видим, в первый год наблюдения, который начался в начале 70-х годов, отмечался рост числа умерших с достижением максимума во второй половине десятилетия. Затем произошло снижение показателя, до конца 80-х годов он был больше, чем в 60-х годах. В последние годы опять наблюдался его подъем.

Проанализированы материалы 56 историй болезни. 50 больных умерли от туберкулеза в течение первого года наблюдения. У 6 человек при жизни туберкулез был не распознан и их смерть наступила в других лечебных учреждениях. Один больной был в возрасте до 20 лет, 14 — от 21 до 40, 25 — от 41 до 60, 16 — старше 60 лет.

У 43 человек туберкулез был установлен впервые, у остальных имел место рецидив болезни. Двое больных с нераспознанной природой болезни скончались от милиарного туберкулеза. У остальных туберкулезный процесс в легких протекал по типу казеозной пневмонии в следующих клинических формах: инфильтративном (21), диссеминированном (10), фиброзно-кавернозном (23). В легких у всех этих больных имелось множество полости распада, количество которых часто не поддавалось подсчету, причем у 1/3 из них были гигантские каверны.

В большинстве случаев больные после выявления туберкулеза поступали в стационар в очень тяжелом состоянии, с резко выраженной интоксикацией, выделяли большое количество мокроты (от 100 до 300 мл и больше); у 2 лиц отмечена зловонная мокрота. В легких прослушивалось большое количество влажных и сухих хрипов. Отмечались значительные сдвиги в морфологической картине крови и увеличение СОЭ от 30 до 60 мм/ч и больше. У 21 пациента констатированы увеличение печени и ее дисфункция. В мокроте более чем у половины больных обнаружены микобактерии, выявленные путем бактериоскопии, у остальных — только посевом.

Несмотря на достаточно интенсивное лечение (дезинтоксикационная терапия, химиотерапия с применением 3—4 препаратов, включая рифампицин, в 9 случаях одновременное использование ЭВВ или ИМПД изониазида, назначение глюкокортикоидов и анаболических средств, иногда Т-активина или спленина), 28 больных скончались через 1—2 месяца наблюдения, 11 — через 4—6, остальные — через 8—12 месяцев. У некоторых больных в ходе лечения наступало небольшое улучшение состояния с последующим, однако, ухудшением. Только у 2 пациентов улучшение было следствием самовольного прекращения химиотерапии.

Мы попытались изучить причины позднего выявления больных, тяжелого течения болезни и летального исхода на коротких сроках. При анализе социальной характеристики оказалось, что большинство больных (62%) имели начальное или неполное среднее образование, остальные — среднее. По профессии почти все больные были рабочими, но к моменту заболевания работали только 30%, пенсионеров было 25%. 24% лиц ранее были в заключении, 12% — не имели определенного места жительства, 32% — состояли на учете как хронические алкоголики, у 20% — выявлено бытовое пьянство и только у 12% больных, в основном пожилых людей, не было каких-либо особенностей в социально-бытовом аспекте.

Таким образом, причинами позднего выявления туберкулеза у больных являлись определенный образ жизни и низкий уровень развития. Кроме случаев нераспознанного туберкуле-

за, были и диагностические ошибки (у 6). В остальных случаях больные долго не обращались к врачу. Правда, по анамнезу только у 25% из них длительность болезни до установления диагноза туберкулеза варьировала от 6 месяцев до одного года. У большинства больных она не превышала 3 месяца, то есть причиной позднего выявления было не только позднее обращение, но и быстрое прогрессирование болезни, надо полагать, вследствие недостаточной иммунологической защиты.

Мы не проводили лабораторного иммунологического обследования, но, по данным литературы, известно, что при таких тяжелых заболеваниях показатели иммунитета снижены в значительной степени. Однако это, скорее, следствие, а не причина тяжелого заболевания. То же относится и к туберкулиновым пробам. У 50% больных проба Манту на 4-е разведение АТК была отрицательной, только в одном случае выявлена гиперергия, у остальных были слабые реакции (папула до 10 мм).

Косвенно низкую иммунологическую защиту можно предполагать с учетом сочетания ряда факторов: нередко пожилого и старческого возраста, асоциального образа жизни, алкоголизма и наличия сопутствующих заболеваний — энцефалопатии (10), психических заболеваний (3), цирроза печени (6), атеросклероза и ИБС (11), сахарного диабета (8), язвенной болезни желудка (4) и т.п.

Таким образом, смерть от туберкулеза в первый год наблюдения, как правило, имела место у людей среднего и пожилого возраста с низким уровнем развития или деградировавших вследствие асоциального образа жизни и алкоголизма. Поскольку среди населения число таких людей уменьшается, то необходима разработка организационных мероприятий по своевременному обнаружению среди них туберкулеза, так как до выявления болезни они являются активными распространителями этой инфекции.

УДК 616.71 — 003.84 — 073.756.5

Х.Х. Ахметова, И.М. Казаков (Казань). Возможности диагностики костной патологии методом флюорографии

Значение флюорографии как профилактического метода группового рентгенологического исследования больших контингентов населения совершенно очевидно. Основными преимуществами флюорографии являются хорошая разрешающая способность, достаточная пропускная возможность с небольшой затратой времени на исследование, относительная экономичность, сохранение объективной документации и высокая мобильность новейших флюорографических установок.

Кроме основного назначения — выявления изменений в грудной клетке при туберкулезе — флюорография может быть использована для отбора лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, неспецифической легочной патологией, в онкологической практике для обследования больных с патологией костно-суставной системы, о чем свидетельствует выявленный нами случай довольно редкого заболевания остеопойкилии.

Остеопойкилия (греч. "poikilia", что означает пятнистость) — генерализованное поражение костной системы. В литературе описано около 100 случаев остеопойкилии.

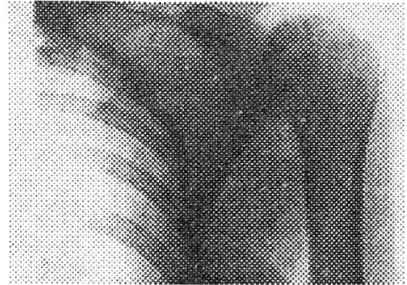
Приводим наше наблюдение.

У К., 30 лет, при прохождении очередного флюорографического обследования на флюорограмме органов грудной клетки в области эпиметафизов обеих плечевых костей были обнаружены изменения, типичные для остеопойкилии. Вызвана для клинического дообследования.

В день осмотра жалоб у больной не было. В возрасте 20 лет женщина состояла на учете у ревматологов, в то время беспокоили сильные боли в области плечевых и коленных суставов. В дальнейшем боли в суставах появлялись только при значительной физической нагрузке.

Объективно: больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. В суставах конечностей при осмотре изменений не обнаружено, движения в них безболезненны, в полном объеме. Лимфатические узлы не увеличены. Со стороны внутренних органов патологических изменений не определяется.

Анализ крови и мочи какой-либо патологии не выявили. На рентгенограммах таза, плечевых и лучезапястных суставов обнаружены очажки остеосклероза (3—6 мм) с отчетливыми контурами, расположенные в эпиметафизарных отделах бедренных, плечевых костях, а также в костях таза и кисти (см. рис.).



Ретроспективно изучены флюорограммы прежних лет этой больной, на которых обнаружены эти же изменения.

Таким образом, профилактическая флюорография органов грудной клетки дает представление о состоянии не только легочной ткани, сердечно-сосудистой системы, но и костно-суставной системы грудной клетки, позвоночника и верхних конечностей.

УДК 616.36—006.6—079.4

Д.Г. Юльметьева (Казань). Легочная маска холангиоцеллюлярного рака печени

Частота распознавания описторхозного рака при жизни даже в местах эндемических очагов составляет только 10—30%. Данный вариант рака протекает в виде острого заболевания длительностью не более 4 месяцев с метастазированием в 53% случаев. Встречаются следующие формы опухоли: 1) гепатомегалическая; 2) пирротическая; 3) латентная маскированная. Последняя протекает в виде абдоминальной катастрофы, лихо-