

ОБ ОСТАТОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ЛЕГКИХ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ ПРИ ФЛЮОРОГРАФИИ

И. П. Королюк, В. В. Казаков, Н. В. Филиппова

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф. И. П. Королюк) Куйбышевского
медицинского института имени Д. И. Ульянова*

В настоящее время отмечается тенденция к избирательной заболеваемости туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких среди отдельных групп населения. Особому риску подвержены лица с рентгенологически выявляемыми внутригрудными остаточными изменениями, которые заболевают значительно чаще рентгеноотрицательных, то есть с рентгенологически интактными легкими [2, 4, 5]. Однако частота и характер остаточных изменений, по данным ряда авторов, весьма различивы, что связано не только с различной трактовкой выявляемых изменений, но и с конкретной эпидемиологической обстановкой, влиянием сочетанных факторов риска [3]. Большое значение в увеличении количества внутригрудных остаточных изменений имеет хроническая алкогольная интоксикация, которая сама по себе приводит к выраженным органическим нарушениям в легких [1].

Нами изучены частота и характер остаточных изменений в легких у больных хроническим алкоголизмом с помощью комплексной флюорографии. С этой целью были обследованы 370 больных хроническим алкоголизмом (возраст — 25—55 лет), леченных в наркологическом диспансере. В качестве контрольной группы обследованы 180 здоровых непьющих лиц.

Применение комплексной флюорографии включало, кроме обычной стандартной проекции, задненаклонную (в положении заднего лордоза), а также снимки в боковых проекциях.

Согласно классификации Э. Э. Рубиной (1982), изменения, расцененные нами как остаточные, были разделены на 4 группы. К 1-й были отнесены фиброзно-очаговые, ко 2-й — первичный туберкулезный комплекс в фазе обызвествления, к 3-й — остаточные изменения во внутригрудных лимфатических узлах, к 4-й — на плевре. В зависимости от выраженности остаточные изменения классифицированы как малые и большие и были выявлены у 190 (24,3%) человек, страдающих алкоголизмом, тогда как среди здоровых непьющих — только у 17 (9,4%).

У большинства больных (40 чел.) были обнаружены внутригрудные (фиброзно-очаговые) изменения, у 22 — первичный туберкулезный комплекс в фазе обызвествления, у 11 — изменения во внутригрудных лимфатических узлах и у 17 — на плевре, причем у всех обследованных малые изменения преобладали над большими. Внутригрудных остаточных изменений было больше у мужчин, чем у женщин (81,2%), однако их относительная выявляемость была более высокой среди женщин (соответственно 38,5% и 20,4%).

Характер внутригрудных остаточных изменений в разных половых группах был неодинаков. Так, фиброзно-очаговые изменения обнаруживались одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, а первичный туберкулезный комплекс в фазе обызвествления — чаще у мужчин. У женщин преобладали изменения во внутригрудных лимфатических узлах, у мужчин — на плевре (последние у женщин отсутствовали совсем). Сочетанные изменения выявлены у 9 мужчин и 2 женщин.

Зависимость частоты и выраженности остаточных изменений от стадии хронического алкоголизма установить не удалось, так как у всех больных была II стадия хронического алкоголизма, однако имелись различия, обусловленные длительностью заболевания хроническим алкоголизмом и возрастом больных. При длительности заболевания от 4 до 6 лет остаточные изменения обнаружены у 11,2% больных, от 6 до 8 лет — у 14,5%, от 8 до 10 лет — у 17,2%. Наряду с общим увеличением числа «носителей» остаточных изменений в старших возрастных группах возросло количество выраженных сдвигов. Так, соотношение больших и малых изменений у лиц от 26 до 35 лет составляло 1:6,6, от 36 до 45 лет — 1:4,9, от 46 до 55 лет — 1:2,8. Все сочетанные изменения выявлены у больных хроническим алкоголизмом старше 35 лет.

Изменения обнаруживались чаще в правом легком (у 53), реже в левом (у 30), с обеих сторон — у 7 больных. Фиброзно-очаговые изменения и изменения на плевре, как правило, локализовались в нижних долях, а первичный комплекс в фазе обызвествления — в средних и верхних отделах легких. Наиболее часто (у 6)

выявлялись фиброзно-очаговые изменения в сочетании с изменениями на плевре, а также с первичным туберкулезным комплексом в фазе обызвествления (у 4).

У 67,2% больных с остаточными внутригрудными изменениями в анамнезе не отмечены легочные заболевания, однако все больные указывали на частые респираторно-вирусные инфекции — не менее 5—6 раз в год.

Таким образом, установлено, что у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, остаточные изменения в легких встречаются значительно чаще, чем в контрольной группе. Очевидно, в сочетании со свойственными алкоголизму иммунологическими нарушениями они способствуют более частому возникновению легочных заболеваний и более тяжелому их течению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вершинин Н. В. Фармакология. М., Медгиз, 1952.— 2. Кочнова Н. Е. Сов. мед., 1972, 4.— 3. Рубилина Э. Э. Флюорография в практике пульмонологии. Алма-Ата, 1982.— 4. Edwards P. Q. Chest., 1975, 68, 3.— 5. Stead W. W. Ibid., 1975, 68, 3.

Поступила 27 ноября 1984 г.

УДК 616.314.17—008.1—08:612.017

ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНИЗМА ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПАРОДОНТА

Н. А. Горячев

Кафедра терапевтической стоматологии (зав.— проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Болезни пародонта обоснованно рассматривают как очаг хронической инфекции [2—4, 6а]. Анализ литературных данных и собственные клинические наблюдения дают основания считать, что патогенное действие очага пародонтита связано с образованием патологических зубодесневых карманов. Для подтверждения этой зависимости и с целью разработки путей их щадящего устранения мы изучали динамику показателей иммунобиологического состояния организма после ликвидации патологических зубодесневых карманов. Под нашим наблюдением находилось 190 лиц с болезнями пародонта. У 138 из них были устранены 305 патологических зубодесневых карманов хирургическим путем (гингивэктомия, папиллэктомия) либо посредством склерозирующей терапии, основанной на инъекциях 10% раствора хлористого кальция или на повторном введении в патологические зубодесневые карманы турунд, пропитанных 5% раствором йода.

Об эффективности устранения патологических зубодесневых карманов судили по клинически определяемым изменениям десневого края, глубине кармана, индексам РМА, Remfjord, рентгенограммам, количеству кревикулярной жидкости и цитоморфологической картине.

Во всех случаях до и спустя 2—12 мес после устранения патологических зубодесневых карманов наряду с оценкой состояния пародонта исследовали такие показатели иммунобиологического состояния организма, как активность лизоцима сыворотки крови, смешанной и паротидной слюны по В. Г. Дорофейчук (1968), определяли концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (ИГ)^G, M и A по Манчини и др. (1965), уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) по В. Г. Гашковой и др. (1978) в модификации Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии (КНИИЭМ) и аллергическую чувствительность к аллергену гемолитического стрептококка и стафилококка производства КНИИЭМ.

У 97 из 138 больных удалось ликвидировать 176 патологических зубодесневых карманов. У 42 пациентов было диагностировано по одному карману, у 39 из них они были успешно устранены. У 56 больных было выявлено по 2 кармана, у 41 из них удалось устранить оба, у 8—один, у 7—ни одного. Из 40 больных, у которых были констатированы три и большее число карманов, у 17 лиц устранены все, у 6 остался один, у 9—2, у 6—3, у 2—все.

Динамика показателей иммунобиологического состояния организма до и после лечения 190 больных отражена в табл. 1. Данные табл. 1 свидетельствуют о су-