

А. Н. Молофеев, Н. А. Молофеева, А. П. Наумова (Ульяновск). Лечение больных туберкулезом легких, злоупотребляющих алкоголем

Мы проанализировали 109 историй болезни пациентов с деструктивными формами туберкулеза легких за 1970—1971 гг. 47 из них (1-я группа), по наблюдениям медицинского персонала и данным медицинской документации, во время прохождения основного курса лечения злоупотребляли алкоголем. 9 чел. состояли на учете в психоневрологическом диспансере по поводу алкоголизма, у многих установлена повышенная толерантность к алкоголю, абстинентный синдром, деградация личности по алкогольному типу. Некоторые больные вели асоциальный образ жизни: потеряли семью, часто меняли место работы и т. д. В этой группе у 15 чел. был очаговый туберкулез легких, у 29 — инфильтративный и у 3 — диссеминированный.

62 больных, не злоупотреблявших алкоголем, составили контрольную группу. У 17 из них был очаговый туберкулез, у 34 — инфильтративный, у 7 — диссеминированный и у 4 — туберкуломы. По возрастному составу и по формам туберкулезного процесса обе группы были идентичны. В обеих группах проводилось комплексное лечение в условиях противотуберкулезного стационара.

В результате 2-летнего наблюдения было установлено, что 20 из 47 больных 1-й группы (42,6%) плохо переносили противотуберкулезные препараты: ПАСК, ГИНК и стрептомицин. Во 2-й группе плохая переносимость наблюдалась у 16 из 62 больных (25,8%). Средняя продолжительность лечения больных 1-й группы составила 152 дня, 2-й — 232 дня. Такая значительная разница обусловлена тем, что больные 1-й группы чаще нарушали больничный режим, и их выписывали из стационара досрочно.

В результате комплексного лечения в 1-й группе стойкое абациллирование достигнуто у 19 из 33 бацилловыделителей (57,6%), в контрольной — у 41 из 47 (87,3%).

Одновременно мы решили выяснить уровень санитарной грамотности и общей гигиенической подготовленности больных обеих групп. Для этого было предложено всем больным заполнить разработанные нами анкеты, содержащие вопросы о мерах профилактики и лечения туберкулеза, об отношении больных к употреблению алкоголя и курению, соблюдению режима дня и питания, лечения и т. д. Такой опрос позволил установить, что уровень санитарной грамотности у больных, злоупотребляющих алкоголем, ниже, чем у лиц контрольной группы.

Результаты наблюдения показывают, что лечение больных с деструктивными формами туберкулеза легких, злоупотребляющих алкоголем, в условиях общего противотуберкулезного стационара малоэффективно. Возникает необходимость в организации специализированных отделений, где с участием врача-нарколога проводилось бы лечение как от туберкулеза, так и алкоголизма.

УДК 612.466.2:616.24—002.2

Р. А. Давлетшин, Б. Х. Ахметова (Уфа). Калиурез при хронических неспецифических заболеваниях легких

Для суждения о калиуретической функции почек нами были обследованы 114 больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), которых в зависимости от стадии и фазы течения заболевания мы разделили на 4 группы. В 1-ю включен 21 больной с I стадией хронической пневмонии (ХП), во 2-ю — 56 больных со II стадией, в 3-ю — 17 больных с III стадией и в 4-ю — 20 больных бронхиальной астмой, осложненной хроническим воспалительным процессом в бронхолегочной системе.

Результаты исследования показали, что при ХНЗЛ концентрация калия в эритроцитах начиная с I стадии достоверно уменьшается. Экскреция калия с мочой, несмотря на ограничение фильтрации его клубочками, имеет лишь незначительную тенденцию к снижению. Корреляции между экскрецией и канальцевой резорбцией калия не отмечено (см. табл.). Очевидно, отсутствие у наших больных зависимости экскреции калия от канальцевой реабсорбции и от его фильтрационной нагрузки в условиях резкого снижения величины клубочковой фильтрации обусловлено наличием тубулярной секреции. Последняя становится более очевидной с обнаружением достоверной корреляции между экскрецией калия и показателем очищения его — клиренсом, даже там, где степень экскреции не зависела от уровня фильтрационного заряда, т. е. в 3 и 4-й группах ($P < 0,01$).

О повышении минералокортикоидной функции надпочечников мы судили по величине коэффициента натрий/калий мочи, имеющей тенденцию к уменьшению в первых двух группах и достоверно сниженной в остальных группах.

Скорость экскреции калия с мочой находилась в прямой корреляционной связи со степенью фильтрационной фракции, которая достоверно повышалась по мере нарастания тяжести процесса.

Итак, при ХНЗЛ нарушение калиуретической функции почек находится в зависимости от тяжести проявления заболевания.