

## 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 абацеллирование 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.

**Калиуретическая функция почек у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких**

Показатели	Группы обследованных				
	Контроль	1-я	2-я	3-я	4-я
Концентрация К, <i>м-экв/л</i> : в эритроцитах . . . . .	96,3 ± 4,0	88,5 ± 1,8*	86,7 ± 2,8*	84,1 ± 0,6*	89,2 ± 2,9*
в плазме . . . . .	3,6 ± 0,1	4,2 ± 0,6	3,9 ± 0,2	4,0 ± 0,2	3,7 ± 0,6
Экскреция К, <i>м-экв/мин</i> . . . . .	0,053 ± 0,005	0,050 ± 0,009	0,046 ± 0,004	0,039 ± 0,009	0,044 ± 0,005
Клиренс К, <i>мл/мин</i> . . . . .	15,33 ± 1,54	14,13 ± 2,06	11,95 ± 1,34	7,94 ± 1,36	12,74 ± 2,54
Фильтрационная нагрузка, <i>м-экв/мин</i> . . . . .	0,36 ± 0,02	0,31 ± 0,04	0,26 ± 0,02*	0,20 ± 0,02*	0,30 ± 0,05
Реабсорбция К, % . . . . .	85,7 ± 0,5	82,8 ± 2,3	80,7 ± 1,8*	80,2 ± 1,9*	80,4 ± 3,3
Na/K мочи . . . . .	4,0 ± 0,4	3,3 ± 0,4	3,2 ± 0,4	2,6 ± 0,5*	2,9 ± 0,4*
Клубочковая фильтрация, <i>мл/мин</i> . . . . .	98,5 ± 3,4	80,4 ± 8,2*	67,8 ± 3,2*	50,8 ± 6,6*	75,9 ± 10,0*
Фильтрационная фракция, %	12,8 ± 0,5	12,2 ± 1,8	27,2 ± 2,6*	25,2 ± 6,1*	37,9 ± 4,1*

\* Величина достоверно отличается от показателя в контрольной группе ( $P < 0,05$ ).

УДК 616.211—005.1:616.1/4

**Канд. мед. наук Ю. М. Иванов и В. Бремзин (Саратов). Причины носовых кровотечений при заболеваниях внутренних органов**

Мы проанализировали причины носовых кровотечений у пациентов с различными заболеваниями внутренних органов. В зависимости от этиологических или способствующих факторов носовых кровотечений 275 больных были разделены на 5 групп: 1-я — лица, страдавшие той или иной формой гипертонии (52%); 2-я — больные атеросклерозом без гипертонии (8%); 3-я — лица с идиопатическими носовыми кровотечениями (19%); 4-я — больные с кровоточащими полипами, состоянием после аденомотомии, с гемангиомами слизистой полости носа, болезнью Рандю — Ослера, ринитами и абсцессом носовой перегородки (17%) и 5-я — больные гриппом, ревматизмом, болезнью Верльгофа и агранулоцитозом (4%).

У лиц первых трех групп частота носовых кровотечений была одинаковой весной и летом и нарастала осенью и зимой.

Более чем у половины больных, поступавших в стационар по поводу носового кровотечения, наблюдались гипертонические кризы, гипертоническая болезнь и симптоматическая атеросклеротическая гипертония. Отмечена определенная тенденция к сезонности носовых кровотечений у «сосудистых» больных и при идиопатических кровотечениях.

УДК 617.7—007.681

**А. С. Семенова (Казань). Видовые варианты оттока камерной влаги глаза**

Исследования оттока камерной влаги, проводимые на глазах человека и животных, представляют практический интерес в изучении глаукомы и помогают вскрыть особенности функции дренажной системы глаза различных видов, находящихся на разных этапах эволюционного развития.

Перфузия производилась нами изотоническим раствором хлористого натрия на энуклеированных глазах животных и человека с помощью аппарата А. П. Нестерова и Л. Т. Назарова. Иглу перфузионной системы вводили косо через склеру в заднюю камеру и проводили через зрачок в переднюю камеру. В системе устанавливали давление (P), равное 20 мм рт. ст. Через несколько минут включали секундомер и замечали время (t), необходимое для инфузии в глаз 30 мм<sup>3</sup> жидкости (V). Коэффициент оттока рассчитывали по формуле:

$$c = \frac{V}{P \cdot t}.$$

Полученные данные приведены в таблице. 90% изменений оттока вызваны увеличением объема глаза, а 10% — какими-то другими факторами, к которым, вероятно, можно отнести морфологические особенности дренажной системы глаза.

**Видовые варианты коэффициента легкости оттока**

Вид	n	Объем глаза, мм	Коэффициент оттока
Крыса . . . . .	14	0,25 — 0,3	0,031 ± 0,005
Морская свинка . . . . .	19	0,49 — 0,5	0,079 ± 0,026
Кролик . . . . .	24	2,0 — 4,0	0,296 ± 0,084
Свинья . . . . .	24	6,5 — 11,0	0,697 ± 0,458
Бык . . . . .	16	20,0 — 30,0	1,867 ± 0,608
Лошадь . . . . .	18	43,0 — 50,0	2,880 ± 1,149
Человек . . . . .	27	6,5 — 7,5	0,272 ± 0,087