



Рис. 2. Динамика свободного и пептидосвязанного оксипролина у лиц основной и контрольной групп.

Условные обозначения: А — динамика уровня свободного оксипролина; В — динамика уровня пептидосвязанного оксипролина; I — основная группа, II — контрольная группа; а — до применения альвезина в 1-е сутки заболевания; б — после инфузии.

Звездочки — различия между показателями основной и контрольной групп статистически достоверны ($P < 0,05$).

пептидосвязанного оксипролина, что свидетельствует о замедлении рубцевания миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

- Второв А. Е. Казанский мед. ж., 1983, 5, 339.—2. Комаров Ф. И., Сучков А. В., Погромов А. П. Клин. мед., 1977, 11, 62.—3. Мовшович Б. А. Кардиология, 1982, 9, 46.—4. Мовшович Б. А., Наддачина Т. Я. Там же, 1977, 1, 108.—5. Серов В. В., Шехтер А. Б. Соединительная ткань. М., Медицина, 1981.—6. Чазов Е. И. Тер. арх., 1977, 4, 3.—7. Шараев П. Н. Лабор. дело, 1981, 5, 283.—8. Шараев П. Н., Лещинский Л. А., Пименов Л. Т., Второв А. Е. Фармакол. и токсикол. 1984, 1, 44.—9. Burstein M., Scholnick H., Martin K. J. Lipid. Res., 1970, 11, 211.—10. Nogelshmidt M., Struk L. Res. Exp. Med., 1977, 170, 211.—11. Proctor D., Kivirinko R. In: Atlas on Collagen. New-York, 1968, 2A, 215.

Поступила 12.02.86.

УДК 613.84—02:616.12—073.97

СТРУКТУРА СИСТОЛЫ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У КУРЯЩИХ МУЖЧИН

П. Д. Жунгин, Л. И. Узбекова

Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. Л. А. Щербатенко) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Хорошо известны относительно поздние осложнения, возникающие в результате длительного курения, как со стороны легких (хронический бронхит, эмфизема, рак легких), так и сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и др.). Мы изучали сократительную способность

правого желудочка у молодых курильщиков. Под наблюдением находилось 33 курильщика в возрасте от 18 до 35 лет и 35 здоровых некурящих мужчин, соответствующих им по возрасту. Все 68 обследованных нами человек прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование в терапевтической клинике.

Для решения поставленных задач регистрировали объемную и дифференциальную пульмональные реограммы [2] при синхронной регистрации ЭКГ и ФКГ. Реопульмограммы использовали для фазового анализа структуры систолы правого желудочка. Анализировали следующие фазы систолы правого желудочка: асинхронного и изометрического сокращения; периоды напряжения, изгнания и быстрого наполнения, механическую и общую систолу, внутрисистолический показатель, коэффициент Блюмбергера, индекс напряжения миокарда, реографический индекс, частоту сердечных сокращений.

Исследование проводили в состоянии покоя, а в группе курящих — до и сразу после выкуривания сигареты.

Частота сердечных сокращений в покое у курящих мужчин как 18—24 лет, так и 25—34 лет достоверно не отличалась от этого показателя у некурящих. Однако после выкуривания сигареты у большинства курильщиков наблюдалось учащение сердечного ритма на 3—25 уд./мин, что согласуется с литературными данными [1] и объясняется возбуждающим влиянием никотина на симпатико-адреналовую систему.

У мужчин 18—24 лет с небольшим стажем курения в состоянии покоя обнаружены фазовые сдвиги в структуре систолы, которые свидетельствовали о снижении сократительной функции правого желудочка и повышении периферического сопротивления в легких. Было отмечено удлинение периода напряжения по сравнению с таковым в контрольной группе преимущественно за счет фазы изометрического сокращения ($P < 0,05$). Так, средняя продолжительность фаз асинхронного и изометрического сокращения, а также периода напряжения у курящих составила 0,057 с, 0,075 с, 0,132 с, а в контрольной группе — соответственно 0,053 с, 0,063 с и 0,116 с. Период изгнания был сокращен до 0,278 с ($P < 0,05$) по сравнению с контрольными данными (0,288 с). Это сопровождалось статистически достоверным уменьшением механического коэффициента в среднем до 2,1, в контрольной группе — до 2,5 ($P < 0,01$). Колебания продолжительности периода быстрого наполнения и реографического индекса не имели определенной закономерности и были статистически недостоверными.

После выкуривания сигареты сдвиги в структуре систолы правого желудочка стали более выраженными, но сохраняли ту же направленность. Фаза изометрического сокращения удлинялась в среднем до 0,082 с ($P < 0,01$), период напряжения — до 0,147 с ($P < 0,01$); период же изгнания сократился до 0,266 с ($P < 0,05$), коэффициент Блюмбергера снизился до 1,8 ($P < 0,01$).

У курящих 25—34 лет с большим стажем курения фазы систолы правого желудочка изменялись с той же закономерностью, как и в предыдущей группе, но более выражено, за исключением фазы асинхронного сокращения, которая достоверно удлинялась лишь после выкуривания сигареты. Фаза изометрического сокращения была увеличена до 0,08 с, период напряжения — до 0,14 с ($P < 0,05$), период изгнания был уменьшен до 0,27 с ($P < 0,05$), а коэффициент Блюмбергера — до 1,9 ($P < 0,01$). Период быстрого наполнения оказался удлиненным в среднем до 0,057 с, тогда как в группе сравнения он равнялся 0,038 с ($P < 0,05$). Реографический индекс достоверно не отличался от такового у более молодых курящих мужчин (в среднем 2,6 и 2,7).

Сразу после выкуривания сигареты прогрессировали сдвиги в структуре систолы правого желудочка. Средняя длительность фазы изометрического сокращения равнялась 0,095 с ($P < 0,01$), периода напряжения — 0,165 с ($P < 0,01$), периода изгнания — 0,25 с ($P < 0,05$), коэффициент Блюмбергера — 1,7 ($P < 0,001$). Динамики в продолжительности периода быстрого наполнения не было. Отмечалось повышение реографического индекса в среднем от 2,7 до 3,1 ($P < 0,05$).

Кроме того, у курильщиков более старшего возраста (25—34 года) после выкуривания сигареты наблюдалось достоверное снижение внутрисистолического показателя до 73% ($P < 0,05$) и повышение индекса напряжения миокарда до 39% ($P < 0,01$); в группе сравнения эти показатели равнялись в среднем 83% (65% — 100%) и 28% (20% — 43%).

Таким образом, у курящих мужчин установлены изменения в фазовой структуре систолы правого желудочка, усугубляющиеся с возрастом и длительностью курения.

ВЫВОДЫ

1. У курящих мужчин обнаружено снижение сократительной способности правого желудочка, которое проявляется в удлинении фазы изометрического сокращения и периода напряжения, сокращении периода изгнания, снижении коэффициента Блумбергера. Эти изменения усугубляются с увеличением длительности курения.

2. Непосредственно после выкуривания сигареты изменения в структуре систолы правого желудочка проявляются более отчетливо.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герман А. К., Белинский В. П. Врач. дело, 1983, 2, 78.— 2. Пущарь Ю. Т., Коротков А. А., Овруцкий Я. С., Афанасьева А. С. В кн. Актуальные проблемы сердечно-сосудистой патологии, М., 1967.

Поступила 10.03.86.

УДК 616.72—002.77—085.276

ЛЕЧЕНИЕ ДИУЦИФОНОМ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

М. М. Мангушева

Кафедра внутренних болезней лечебного факультета (зав.— доц. И. Г. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Как и для большинства системных заболеваний соединительной ткани, при ревматоидном артрите вопросы этиологии еще не решены, поэтому обоснованной считается патогенетическая терапия. Поскольку воспаление — наиболее постоянное клинико-анатомическое проявление ревматических болезней, противовоспалительный эффект может быть обобщенно представлен как главная цель антиревматического лечения [9].

В данной работе приводятся результаты исследования терапевтической эффективности диуцифона (2,4-диоксо-6-метил-пиримидинил-5-сульфоамидо)-дифенилсульфона, синтезированного в Институте органической и физической химии имени А. Е. Арбузова КФАН СССР. Диуцифон является оригинальным средством, предназначенным в основном для лечения лепры. Это белый или кремового цвета порошок, не имеющий запаха, горьковатый на вкус, умеренно растворимый в воде, малотоксичный: его ДЛ₅₀ составляет 2,6 г/кг. Установлено анаболическое действие препарата по увеличению массы печени, селезенки, почек, надпочечников и нарастанию содержания альбуминов в крови [1]. Наряду со специфическим лечебным действием, диуцифон стимулирует процессы клеточного обмена, защитные иммунные реакции организма, увеличивает количество РНК в клетке, что способствует дифференцировке лимфоцитов. В процессе лечения препаратом больных лепрой имело место также увеличение количества эритроцитов, гемоглобина, нормализации белкового обмена [2—4].

Было обращено внимание на то, что у больных лепрой довольно часты симптомы, характерные для ревматических заболеваний. Например, в реактивной фазе лепры в крови обнаруживаются волчаночные клетки и наблюдаются признаки системной красной волчанки. Кроме того, нередко находят в крови вещества, подобные ревматоидному фактору. Положительная динамика указанных проявлений на фоне лечения диуцифоном послужила поводом для применения препарата при лечении ревматических заболеваний. По разрешению Фармакологического комитета Минздрава СССР проведено клиническое испытание препарата при ревматоидном артрите, системной склеродермии и системной красной волчанке в Институте ревматизма АМН СССР и Казанском медицинском институте [3].

У больных ревматоидным артритом и системной склеродермией диуцифон достоверно уменьшал утреннюю скованность, болевой синдром, увеличивал силу кисти. Кроме того, он одновременно оказывал и противовоспалительное действие, механизм которого еще полностью не изучен. Определенную роль в этом, возможно, играет стимуляция препаратом функции коры надпочечников, выявляемая по увеличению уровня кортикостероидов в крови.