

## ВЛИЯНИЕ РЕТАБОЛИЛА НА ГИПЕРУРИКЕМИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Р. Р. Бахтеев

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— проф. А. Ф. Митькин) Оренбургского медицинского института*

Анаболические стероидные препараты широко используются в комплексной терапии хронической сердечной недостаточности. Положительный эффект препаратов этой группы, в частности ретаболила, связывают с нормализацией белкового обмена. В связи с этим представляет интерес определение возможности влияния ретаболила на обмен пуринов как составной части белкового обмена, особенно на этапе образования мочевой кислоты. О развитии гиперурикемического состояния при сердечной недостаточности на фоне лечения сердечными гликозидами и диуретиками сообщают В. Е. Анисимов и соавт. [2].

Под наблюдением находилось 156 больных ишемической болезнью сердца, ревматическими пороками сердца, гипертонической болезнью, хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Мужчин было 81, женщин — 75, возраст — от 34 до 65 лет. Больные были распределены по группам в зависимости от выраженности сердечной недостаточности. В контрольной группе больные получали сердечные гликозиды и мочегонные препараты. В основной группе, помимо этих препаратов, назначали ретаболил по 50 мг внутримышечно через каждые 5—7 дней лечения.

Содержание мочевой кислоты в крови и суточную урикозурию определяли спектрофотометрически. Контролем служили показатели 30 здоровых лиц в возрасте от 20 до 49 лет. Уровень мочевой кислоты в крови составил в среднем  $0,20 \pm 0,02$  ммоль/л и в моче —  $4,61 \pm 0,12$  ммоль/сут, что согласуется с данными других авторов [1, 4, 6, 7].

У больных без сердечной недостаточности уровень мочевой кислоты в крови и моче не отличался от такового у здоровых, в то время как при сердечной недостаточности I и, особенно, II—III степени в крови он достоверно нарастал с уменьшением соответственно уровня суточной урикозурии.

У лиц контрольной группы при обследовании перед выпиской из клиники уровень урикемии достоверно увеличивался по сравнению с исходными данными. Параллельно с нарастанием урикемии содержание мочевой кислоты в суточной моче уменьшалось. Включение в комплексную терапию ретаболила приводило к снижению ее уровня в крови и увеличению суточной урикозурии у больных в основной группе. Отмечено, что у больных этой группы по сравнению с контрольной после лечебных мероприятий частота возникновения интоксикаций сердечными гликозидами и привыкания к мочегонным препаратам уменьшилась в среднем на 7—12%; диурез увеличился в среднем на 0,5 л/сут; время пребывания в стационаре сократилось на 2—3 дня; более стойко сохранялась трудоспособность и уменьшалась частота рецидивов заболевания.

Таким образом, независимо от этиологического фактора (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца, хронические неспецифические заболевания легких) сердечная недостаточность у больных сопровождалась увеличением содержания мочевой кислоты в крови и уменьшением суточной урикозурии.

У больных сердечной недостаточностью, получавших сердечные гликозиды и диуретики, нормализации обмена мочевой кислоты не происходило, однако было отмечено положительное действие ретаболила на этот обмен, наиболее выраженное при сердечной недостаточности I—IIА степени. Предполагается, что при недостаточности такой степени еще не происходит глубоких нарушений гемодинамики, стойких изменений обмена веществ и функций всех органов, необратимых отклонений в структуре тканей и органов [3, 5].

Лечение больных сердечной недостаточностью рекомендуется проводить под контролем уровня мочевой кислоты в крови и суточной моче.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Е. //Клин. мед.— 1976.— № 1.— С. 29.—
2. Анисимов В. Е., Голяков В. Н., Семавин И. Е. //Тер. арх.— 1977.— № 9.— С. 134.—
3. Василенко В. Х. //Клин. мед.— 1979.—

УДК 616.24 — 002.5 — 085.225.2

## ВЛИЯНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА И САЛЬБУТАМОЛА НА БРОНХИАЛЬНУЮ ПРОХОДИМОСТЬ И ГЕМОДИНАМИКУ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

А. А. Визель

*Кафедра туберкулеза (зав.— проф. Ф. Т. Красноперов) Казанского ордена Трудового  
Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Изучение лекарственных средств, воздействующих на бронхиальную проходимость, является важным аспектом современной фтизиопульмонологии, поскольку бронхоспазм отмечен даже при малых формах легочного туберкулеза [5]. Актуальность изучения этого вопроса определяется также высокой частотой сочетания туберкулеза и хронических неспецифических заболеваний легких (23—93,7%) и прежде всего с хроническим обструктивным бронхитом [1, 4].

В последние годы в печати стали встречаться сообщения об использовании нитратов в лечении больных с хроническими заболеваниями органов дыхания [10, 11]. В связи с этим представлялось интересным сопоставить лекарственные эффекты аэрозоля селективного бета-2-адреномиметика сальбутамола с эталоном антиангинальных средств — нитроглицерином — у больных активным туберкулезом легких и в сочетании туберкулеза и хронических неспецифических заболеваний легких. 25 больных (мужчин — 20, женщин — 5, возраст — 29—67 лет) с различной выраженностью бронхиальной обструкции получали сублингвально 0,5 мг нитроглицерина; 23 (мужчин — 17, женщин — 6, возраст — 25—67 лет) — ингаляции двойной дозы (0,2 мг) аэрозоля сальбутамола.

В группе больных, леченных нитроглицерином, у 2 был очаговый туберкулез легких, у 8 — инфильтративный, у одного — кавернозный, у 3 — фиброзно-кавернозный, у 7 — диссеминированный, у 3 — цирротический и у одного больного был плеврит туберкулезной этиологии. У 7 пациентов отмечался сопутствующий хронический обструктивный бронхит, у одного — хроническая пневмония. 2 больных раньше перенесли резекции легких и были госпитализированы с рецидивом. У 14 (56%) человек были обнаружены микобактерии туберкулеза в мокроте. Лейкоцитоз составлял в среднем  $8,7 \pm 0,5 \cdot 10^9$  в 1 л, эозинофилия —  $3,8 \pm 0,9\%$ ; СОЭ — 23,0 ± 4,5 мм/ч.

Среди больных, получавших сальбутамол, у одного был очаговый туберкулез легких, у 5 — инфильтративный, у 10 — диссеминированный, у 2 — фиброзно-кавернозный, у 4 — цирротический и у одного был плеврит туберкулезной этиологии. У 9 больных констатирован сопутствующий обструктивный бронхит, у 3 в анамнезе отмечалась резекция по поводу туберкулеза легких. 11 (48%) больных были бацилловыделителями. Лейкоцитоз составлял  $8,4 \pm 0,5 \cdot 10^9$  в 1 л, эозинофилия —  $3,8 \pm 0,8\%$ ; СОЭ —  $21,4 \pm 4,2$  мм/ч.

Наряду с данными анамнеза исследовали ряд функциональных показателей. Состояние механики дыхания оценивали с помощью спирографии на аппарате СГ-1М при дыхании атмосферным воздухом. Определяли жизненную емкость легких в процентах к должной (ЖЕЛ/ДЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду в процентах к должному (ОФВ<sub>1</sub>/ДОФВ<sub>1</sub>) и индекс Тиффно. У больных снимали поликардиограмму на приборе П8-Ч-01, включавшую электрокардиограмму, тетраполярную реограмму нижней зоны правого легкого (РПГ-2) и ее первую производную по времени и тетраполярную реогастрограмму (РГГ). Отдельно на реографе РГ4-01 с регистратором «Салют» у больных, получавших сальбутамол, регистрировали интегральную биполярную реограмму тела. Артериальное давление в большом круге кровообращения измеряли звуковым методом Короткова. У всех больных определяли количество лейкоцитов в периферической крови, процент эозинофилов в лейкоформуле, СОЭ; ставили кожную реакцию на пробы Манту с IV и VI разведениями старого туберкулина Коха. Характер и частота использования лекарственных средств у больных, получавших нитроглицерин и сальбутамол, приведены в таблице.