

Summary

CLINIC MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF OBTAINED IMMUNE-DEFICIT SYNDROME UNDER CHRONIC DRUG ADDICTION AND CHRONIC ALCOHOL INTOXICATION

Yu.I. Pigolkin, A.B. Gasanov, R.A. Tursunov, Z.K. Hushkadamov

For studying purposes of clinic morphological peculiarities of IDS under chronic drug addiction (CDA) and chronic alcohol intoxication (CAI) results of 335 autopsies were observed, pathomorphological alterations of immune organs and endocrine glands were analyzed. It was shown that IDS under CDA and CAI is taking its stage course through stages of compensation and decompensation. The compensation is because the activity of humoral immunity; stage-duration and compensation-degree connect from type, dose and the time of toxicity, individual genetic and age peculiarities. Small once doses of narcotics may influence transitor-stimulation of immune system. Severity of injury of endocrine system connects from duration and severity of CAI. Features of CDA and CAI have likeness and some special peculiarities.

Key words: drug addiction, chronic alcohol intoxication, immune system, endocrine glands, immunodeficiency syndrome



БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, СОЧЕТАЮЩАЯСЯ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Р.Д. Джамолова

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В результате обследования 100 больных бронхиальной астмой, функциональные изменения сердечно-сосудистой системы обнаружены у 83 больных. В 16 случаях бронхиальная астма сочеталась с гипертонической болезнью и в 5 случаях с ИБС. Изменения на ЭКГ обнаружены у больных со среднетяжёлой и тяжёлой степенью болезни. Чаще всего отмечены синусовая тахикардия - 44 случая, нагрузка на правые отделы сердца - 64 случая. На ЭхоКГ и доплерографии в 15 случаях установлена гипертрофия миокарда левого желудочка, в 13 случаях - снижение сократительной функции до I степени и в 12 случаях - атеросклероз аорты.

Ключевые слова: бронхиальная астма, сердечно-сосудистая система, гипертония

Актуальность. В последние годы отмечается неуклонный рост числа больных с патологией органов дыхания. Наибольший удельный вес среди них занимает бронхиальная астма (БА). Созданы новые генерации антиастматических программ, разработаны новые подходы к трактовке болезни, методам диагностики, лечения и профилактики заболевания [3,4]. Наибольший интерес вызывает у врачей - клиницистов сочетание БА и заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), которые способствуют нарастанию тяжести БА [1].

Чаще всего встречаются сочетание БА и артериальной гипертензии (АГ). Неадекватно лечённая АГ способствует прогрессированию нарушений гемодинамики в малом круге кровообращения и ухудшению бронхиальной проходимости. Установлено, что частота выявления АГ у лиц с бронхи-

альной обструкции составляет 35%.

Частота сочетания БА и ишемической болезни сердца (ИБС) в настоящее время весьма велика, особенно у пожилых больных. Ещё более демонстративны взаимосвязи БА и острого инфаркта миокарда. Более 40% больных БА демонстрируют разнообразные нарушения сердечного ритма, среди которых преобладают наджелудочковые [1].

Взаимноеотягощение и прогрессирование бронхолёгочных заболеваний и ИБС основано на объединении некоторых звеньев патогенеза. Изменение реологических свойств крови по типу синдрома гипервязкости приводит к нарушению лёгочной и сердечной микроциркуляции. Гипоксемия, возникающая при БА, вызывает дисбаланс между транспортом кислорода и его тканевыми потребностями, приводя к ишемии миокарда, проявляющейся нарушениями сердечного ритма и проводимости. Формирование лёгочной гипертензии усиливает постнагрузку на правые отделы сердца, повышая потребность миокарда в кислороде и ограничивая коронарную фракцию сердечного выброса. Все эти факторы в итоге приводят к прогрессированию, как коронарной, так и лёгочно-сердечной недостаточности [2].

Целью нашего исследования явилось изучение функциональных изменений сердечно-сосудистой системы у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 100 больных с БА в условиях пульмонологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан с октября 2005 года по декабрь 2006 года. Среди обследованных больных мужчин было 48, женщин - 52, в возрасте от 20 до 75 лет, в среднем 48,2 года.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, соответствующих по возрасту и полу. Всем больным проводилось всестороннее клинико-лабораторное исследование: общий анализ крови, мочи, мокроты, иммуноглобулинов класса А, М, G, ЦИК, Т- и В-лимфоцитов, коагулограмма, а также инструментальные методы исследования: рентгенологическое обследование лёгких, функции внешнего дыхания, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), доплерография.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования больные были распределены на 2 группы: 1 группа - больные с БА, с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы (ФИССС) - 83 больных и 2 группа больные с БА без ФИССС - 17 больных. Больные были распределены по нозологии (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по нозологическим формам и степени тяжести

Нозология	Форма	БА с ФИССС		БА без ФИССС	
		муж.	жен.	муж.	жен.
БА лёгкой степени тяжести	атопическая	1			
	инфек. - аллергич.				
БА средней степени тяжести	атопическая	1			1
	инфек. - аллергич.	18	27	7	7
БА тяжёлой степени тяжести	атопическая		1		
	инфек. - аллергич.	20	15	1	1
Итого		40	43	8	9
		83		17	

Для изучения ФИССС всем больным проводилось ЭКГ - исследование (табл. 2).

У больных лёгкой степени тяжести БА без ФИССС отклонений от нормы не было выявлено. Наиболее частыми признаками изменений ЭКГ были у больных со среднетяжёлой и тяжёлой степени тяжести БА, особенно у больных инфекционно-аллергической формой БА.

Таблица 2

Электрокардиографические изменения у исследуемых больных

№	Патологические изменения на ЭКГ	БА лёгкой степени тяжести (n=3)		БА средней степени тяжести (n=57)		БА тяжёлой степени тяжести (n=40)		Всего
		БА без ФИССС (n=2)	БА с ФИССС (n=1)	БА без ФИССС (n=12)	БА с ФИССС (n=45)	БА без ФИССС (n=3)	БА с ФИССС (n=37)	
1.	Синусовая тахикардия				22		22	44
2.	Синусовая аритмия				9		1	10
3.	Синусовая брадикардия						3	3
4.	Нагрузка на правое предсердие и желудочек				36		28	64
5.	Признаки систолической перегрузки левого желудочка			3	8		7	18
6.	Снижение процессов реполяризации по задней и заднебоковой стенке		1	2	11		6	20
7.	Умеренное снижение процессов реполяризации			4	8		5	17
8.	Диффузное снижение процессов реполяризации			3	14		9	26
9.	Частичная блокада правой ножки пучка Гиса		1		6		7	14
10.	Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса				1		1	2
11.	Повышенная электрическая активность левого желудочка		1	6	21		10	38
12.	Снижение вольтажа зубцов				7		9	16
13.	Признаки ишемии по задней стенке				1		4	5
14.	Гипертрофия миокарда левого желудочка				2		10	12
15.	Очаговые поля по передне-перегородочной области						1	1
16.	Замедление внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса				3		3	6
17.	Пароксизмальная тахикардия						1	1
18.	Синусовая брадиаритмия		1		2			3
19.	Суправентрикулярная экстрасистолия				2		2	4

Чаще всего были отмечены синусовая тахикардия - 44; нагрузка на правые отделы сердца - 64; снижение процессов реполяризации - 21; диффузные изменения миокарда желудочков, особенно правого отдела сердца - 26; блокада правой ножки пучка Гиса - 14; синусовая брадикардия - 3.

Для оценки ФИССС у больных БА нами также проводилось эхокардиографическое и доплерографическое исследование, результаты которых отражены в таблице 3.

Как видно из таблицы на ЭхоКГ и доплерографическом исследовании: из 33 обследованных больных в группе БА с ФИССС в 15 случаях установлена гипертрофия миокарда левого желудочка, в 13 случаях - снижение сократительной функции до I степени, в 12 случаях - атеросклероз аорты, в 7 случаях - уплотнение аорты, в 5 случаях - пролапс митрального клапана и в 3 случаях - тахикардия. Во 2 группе БА без ФИССС из 10 обследуемых больных в 2 случаях обнаружен пролапс митрального клапана.

Таблица 3

Показатели ЭхоКГ исследований у больных с БА

№	Показатель	Контрольная группа (n=10)	БА с ФИССС (n=33)	БА без ФИССС (n=10)
1.	Гипертрофия миокарда левого желудочка	-	15	-
2.	Снижение сократительной функции до I степени	-	13	-
3.	Атеросклероз аорты	-	12	-
4.	Уплотнение аорты	-	7	-
5.	Пролапс митрального клапана	1	5	2
6.	Тахикардия	-	3	-

Из 83 больных в группе БА с ФИССС в 16 случаях сочеталась с гипертонической болезнью и в 5 случаях с ИБС. У этих больных в клинической картине, наряду с симптомами БА, отмечено наличие головных болей, тяжести в голове, шума в ушах, головокружения, сердцебиения, повышения цифр АД (систолическое АД свыше 140-160 мм рт. ст., диастолическое свыше 90 мм рт.ст.).

Вывод. Нами установлено, что БА сопровождается изменениями ССС, как в виде повышения артериального давления, так и изменения со стороны нарушений ритма и проводимости, гипертрофии левого и правого желудочка, которые неблагоприятно влияют на течение заболевания.

Литература

1. Демко И.В. и др. Особенности клинического течения бронхиальной астмы, сочетающейся с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / Терапевт. архив. 2007. №9. С. 60-65
2. Чичерина Е.Н., Шипицына В.В., Малых С.В. Сравнительная характеристика клинико-функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у больных хроническим обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой / Пульмонология. 2003. №6. С. 97-102
3. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма и астмаподобные состояния / Русс. мед. журнал. 2002. №5. ([http:// www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)).
4. Graeme P Currie. Difficult to treat asthma in adults // Currie Graeme P, Douglas J Graham, Heaney Liam G. / BMJ. 2009; 338: b 494. ([http:// www.thorax.bmj.com](http://www.thorax.bmj.com)).

Хулоса

Зиқи нафаси пайваста бо тағйиротҳои вазоифии силсилаи дилу рағҳо

Р.Д. Чамолова

Дар натиҷаи пажӯҳиши 100 бемори гирифтори зиқи нафас, дар 83 нафари онҳо тағйиротҳои вазоифии силсилаи дилу рағҳо ошкор шуданд.

Зиқи нафас дар 16 маврид бо фишорбаландӣ ва дар 5 ҳолат бо бемории ишемикии дил мувофиқ буд.

Дар беморони дараҷаи миёнаи вазнинӣ ва вазниндошта тағйиротҳо ҳангоми сабти барқии дил (ЭКГ) зоҳир шуданд. Бештар дилзании тези синусӣ дар 44 ҳолат ва сарборӣ ба қисмҳои рости дил дар 64 маврид ба қайд гирифта шуд.

Тавассути ташхиси ултрасадоии дил (ЭхлЭКГ) ва доплерӣ дар 15 маврид ҳипертрофияи му-

шаки меъдаҷаи чапи дил, дар 13 - нузули функсияи кашишоварандаи дараҷаи якум ва дар 12 ҳолат - тасаллуи шохрағ муқаррар карда шуд.

Summary

BRONCHIAL ASTHMA WITH FUNCTIONAL ALTERATIONS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

R.D. Jamolova

Results of investigation of 100 patients with bronchial asthma (BA) showed that functional alterations of cardiovascular system were found in 83 patients. In 16 cases BA associates with hypertonic disease and in 5 cases with IHD. Alterations of ECG were found in patients with middle and severe stage of BA. The oftenest sinus-tachycardia is found (44 cases), lading to right parts of the heart in 64 cases; in 15 cases - hypertrophy of left ventricle, in 13 cases - decreasing contraction-function to 1 degree; in 12 cases - atherosclerosis of aorta.

Key words: BA, cardiovascular system, hypertony



НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭКСКРЕЦИЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

К.З. Уроков, Г.Б. Ходжиева

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В результате проведённого исследования отмечена солевая чувствительность как у здоровых, так и у больных гипертонической болезнью (ГБ). После проведения солевых нагрузок у больных с ГБ II стадией отмечается большая задержка натрия в организме (экскреция натрия составляет 60,2%) по сравнению с I стадией ГБ (экскреция натрия составляет 81,8%). По мере прогрессирования ГБ увеличивается натрий - связывающая способность соединительной ткани сосудистой стенки.

Умеренное ограничение потребления поваренной соли приводит к снижению нагрузки на сердце с улучшением гемодинамики и снижением артериального давления, что, в свою очередь, улучшает водно-солевой обмен.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, поваренная соль, солевая нагрузка

Введение. Высокую частоту развития артериальной гипертонии, злокачественное её течение с частыми кардио- и цереброваскулярными осложнениями у лиц, потребляющих в сутки около 20г поваренной соли (ПС), отмечали многие авторы. При увеличении приёма поваренной соли с пищей выделение почками натрия адекватно повышается и в результате наступает новое равновесное состояние, которое может быть нарушено при патологических условиях [1,2].

Больные гипертонической болезнью отвечают более выраженной и длительной гипертензивной реакцией на пероральное введение солевой нагрузки, чем нормотензивные люди.

В последние годы выявлено различие в солевой чувствительности, характерное как для здоровых лиц, так и для больных артериальной гипертонией, но более выраженное у больных. По