

К 61/П 80



1200000867945

124

НАУЧНИТЕ РАБОТНИЦИ В БЪЛГАРИЯ
КЛОН РУСЕ

ПОСТИЖЕНИЯ НА НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЯ ПРОГРЕС В МЕДИЦИНАТА

Доклади изнесени на научно-практическата
конференция по случай 25 годишния юбилей на ВБШСИ

Свипък I

Руса
1987 г.

СЪЮЗ НА НАУЧНИТЕ РАБОТНИЦИ В БЪЛГАРИЯ
КЛОН РУСЕ

ПОСТИЖЕНИЯ НА НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЯ ПРОГРЕС В
МЕДИЦИНАТА

Доклади изнесени на научно-практическата конференция по случай 25 годишния юбилей на ВБШСИ

свитък I

Регионална библиотека
"Любен Каравелов"



120000867945

Русе
1987г.

448 199

КЛИНИКА И ИНСТРУМЕНТАЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ В КАРДИОЛОГИЯТА

Мл. Григоров (ВВМИ)

Научно-техническият прогрес в медицината и по-точно в кардиологията предложи значителен брой диагностични и лечебни методи, базирани на най-новите достижения на медицинската и техническа мисъл. Всъщност въпросът не е нов, защото от Уилям Харвей започват първите опити за инструментална преценка на откритото от него кръвообръщение. Следват поредица от големи достижения в медицинската наука, основани на медико-техническата мисъл, характерна за съответната епоха: откриването на стетоскопа от Лаенек, на фонокардиограмата от Айтховен, на електрокардиограмата, за да се стигне до първото присаждане на сърце през 1967 г. от Кристиан Бернар. Последните две десетилетия предложиха истински „бум“ в областта на инструменталната кардиология. Може определено да се каже, че големите крачки, които направи последната, в основата си се дължат именно на широкото навлизане на инструменталната диагностика и лечение на сърдечно-съдовите заболявания.

Какви са предимствата на инструменталната кардиология? Те могат да се сведат в следното:

1. Диагнозата става значително по-точна в количествен аспект, като същевременно възможността за пропуски и диагностични грешки решително намаляват. Става ясно не само какво има болния, но и до колко го има. Изчисляват се шънтовете и градиентите при вродените сърдечни пороци, размера на стесненията и кръвообръщенията при придобитите пороци, обективизира се причината за рено-вазалната хипертония, морфологически се уточняват стесненията по хода на артериите, в това число и венечните. Трудно е да се изброят всички предимства на инструменталната кардиология в това отношение.

2. Създава се тясна връзка между морфология и функция, т.е. между причина и следствие в диалектически аспект. Огромни възможности по този въпрос предлагат съвременната ехокардиография, ангиокардиография, багрийно-дилуционно и студово-дилуционни методи, електрофизиологичните изследвания и други. По този начин диагнозата става не само морфологична, но и

функционално обоснована, което представлява своеобразен мост към по-точното етиопатагенетично лечение. Един пример: при сърдечна недостатъчност се поставя въпроса не само за нейните причини и функционален клас, но и за реакциите на инсуфициентния миокард към обемно и тензионно обременяване. С изграждането на функционалните криви това се постига лесно, бързо и точно, като през поставения в белодробната артерия катетър веднага започва и инфузионното лечение на болния, съобразно получените данни. Измерването само на ЦВН при такива случаи е далеч недостатъчно, поради което широко се използват катетрите на Сван-Ганц и термо-дилуционния метод до леглото на болния. Друг пример: Обикновената ЕКГ не може да даде точното място на нарушената атрио-вентрикуларна проводимост, нито пък може да потвърди със сигурност или отхвърли категорично синдрома на болния синусов възел. Това много добре се постига с електро-физиологичното изследване.

3. Инструменталната кардиология широко навлезе в лечението на болните и то в остри, решителни за техния живот състояния: кардиогенния шок (поставяне на Сван-Ганц катетри и на базата на тяхната оценка включване на контрапулсатор); белодробната тромбоемболия, особено в нейната кардиална форма (ангиопулмография, разбиване на тромбите, вливане на стрептаза в белодробната артерия); ангиопластиката на коронарните и други артериални съдове; поставянето на временни и постоянни изкуствени водачи на ритъма; разширяването на умерени и лекоестепенни стенози на аортната и пулмонална клапи; прегаряне на ектопични възли в миокарда, причиняващи ритъмни нарушения и други.

4. Огромни са възможностите на инструменталната кардиология за гражданската и военна експертиза. Изводите стават качествено и количествено обосновани, убедителни и точни. Един пример: В авиацията на САЩ и Канада, за да се разреши на пилот след 40 г. да лети, задължително се прави кардиография.

На какви условия трябва да отговарят изследванията в кардиологията? Обобщеното становище е следното: изследванията трябва да се изграждат на принципа на минимизацията и динамичния контрол, като същевременно бъдат безвредни за болния, информативни максимално и евтини. Чрез минимизацията (достигане до диагностични лечебни изводи, на основата на по-прости и евтини изследвания, като се използва добитият опит от по-сложните) до голяма степен се постига по-малка стойност на изследванията без да се нарушават другите два принципа — за информативността и безвредността.

Какви са недостатъците на инструменталната кардиология:

1. Опасност от техническа абсолютизация на изследването, от технократизъм, който отдалечава лекаря и сестрата от болния човек. Това довежда до грешки най-вече в оценката на неговото клинично и функционално състояние. Типичен пример в това отношение са битовите и инструментални натоварвания на болните. Един и същ човек, при липса на точен клиничен подход дава нисък физически работен капацитет на велоергометрите и бягащите пътеки, а същевременно преодолява значителни битови натоварвания.

2. Подценяване на класическите прийоми на кардиологията: перкусия, палпация и аускултация. Съвременното становище по този въпрос е следното: тези прийоми не само запазват своето място в изследването и следенето на болния, но и решително се обогатяват от достиженията именно на инструменталните изследвания. Типичен пример може да се даде с аускултаторните феномени при ангина пекторис: появата на III и IV тон, съчетано със системен шум и раздвояване на I тон в момент на стенокарден пристъп почти категорично може да се свърже с това, че крайното диастолно налягане в лявата камера е надвишило 22 — 23 мм Нг, което предполага и съответните лечебни мероприятия — на първо място нитропрепарати. Известно е, че точно снетата анамнеза дава възможност за осигуряване на диагнозата на стабилната стенокардия в 80%. Повлияването от студ на стенокардната болка е съществен аргумент в полза на допълнителен вазоспазм. Същият добре се обективизира със студова проба и бета-стимулатори. Не случайно във ФРГ излезе голямоформатно издание под заглавие „Аускултация“, в което практически са включени и всички съвременни знания от инструменталните изследвания, пречупени през призмата на класическия обективен кардиологичен преглед.

Какъв е изходът?

Преобладава становището, че изходът е в следното: всички изследвания на инструменталната кардиология са чисто клинични, напълно възможни и достъпни за клиничния кардиолог. Те по същество са част от клиниката на болния. Не може да бъде параклиника изследване, посредством което лекарят директно вижда и определя ляво-десния шънт, камо ли когато това изследване служи за лечение и то решително в конкретната патологична ситуация. Ясно и категорично е становището на проф. Беленков от Института на академик Чазов в Москва, както и на голямата група американски кардиолози от щата Флорида: още от студентската скамейка бъдещите кардиолози трябва да усвояват сами да извършват почти всички манипулации на съвременната ин-

инструментална кардиология.

Погрешно и вредно е твърдението, че съществуват ангиографисти, ехокардиографисти и всевъзможни други — „исти“, особено във военните лечебни заведения, които по принцип са многопрофилни. Определени лекари — кардиолози могат да се специализират в някои от клоновете на съвременната инструментална кардиология, но откъсването им от пряката и ежедневна клинична работа е с тежки последици за собственото им клинично мислене. Същото се отнася за онези лекари от криво разбрания клиничен сектор, които нищо не знаят и не могат освен обикновения класически клиничен преглед. Практиката показва, че именно те най-вече абсолютизират инструменталните изследвания, защото или не ги познават или посредствено ги владеят. В такъв случай реална представа за тях не се получава и възможностите на инструменталната кардиология или се надценяват или се подценяват.

В заключение може да се каже, че и двете увлечения водят до груби грешки в диагностиката и лечението на сърдечноболните. Едното — по пътя на технократизма и грубото подценяване на биологичните закономерности, а другото — по пътя на примитивизма и изоставането от съвременното хемодинамично и патофизиологично по същество клинично мислене. И двете увлечения довеждат до полипрагмазия в изследванията, безпътница в заключенията и очакване машината да даде това, което лекарят и сестрата не са в състояние да дадат. А това поне за сега е невъзможно, тъй като все още няма машина, която може да замени човешкия мозък.

СЪВРЕМЕННА ДИАГНОСТИКА И ФУНКЦИОНАЛНА ОЦЕНКА НА МИТРАЛНИЯ ПОРОК

Пл. Коцев, Мл. Григоров, Пл. Милков (ВВМИ)

Митралните пороци се срещат при 45% от всички болни с ревматичен сърдечен порок. В 50-75% от случаите се касае за комбинирани пороци на митралната клапа. Голямото социално значение на това често срещано заболяване и широкото навлизане в практиката на хирургическото лечение, повишават изискванията към кардиолозите. От прецизността на диагнозата и функционалната оценка на тежестта на заболяването зависят както хирургическата тактика, така и определянето на близката и далечна прогноза за болните. Комплексното клиничко-инструментално изследване позволява да се оцени точно необходимостта от оперативно лечение, а също така и вида на операцията.

В настоящото съобщение си поставихме за цел да сравним функционалното състояние на болни с митрални пороци с данните от инструменталните изследвания, а също така и възможностите на някои методи за точна оценка на вида и степента на митралния порок.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

На 50 болни на възраст 23-59 г. се проведе комплексно изследване включващо: аускултация, фонокардиография, електрокардиография, ехокардиография, дясна сърдечна катетеризация с тонометрия и измерване на минутния сърдечен обем посредством термодилуция, лява вентрикулография с определяне степента и обема на регургитацията, чрез разликата между ангиографски определения минутен сърдечен обем и измерения посредством термодилуция ефективен минутен обем. Ангиокардиографията се проведе в дясна коса проекция с корекция по Кенеди.

РЕЗУЛТАТИ

Според анамнезата и обективното изследване болните бяха разпределени според Ню-йоркската функционална класификация:

- II функционален клас — 12 болни (24%)
- III функционален клас — 30 болни (60%)
- IV функционален клас — 8 болни (16%)

Според вида на митралния порок, въз основа на лявата вентрикулография, болните бяха разпределени на три групи:

- чиста митрална стеноза — 16 болни (32%)

—митрална стеноза—инсуфициенция I ст.-6 болни (12%)
— митрална стеноза инсуфициенция над I ст. — 28 болни (56%)
Поради незначителната регургитация болните от II група бяха обединени с тези от първа група, като болни с практически чиста митрална стеноза.

1. Функционални класове и минутен сърдечен обем.

Величината на минутния сърдечен обем при отделните класове беше: II ф. кл.- $3,1 \text{ л/м}^2 \text{ } \bar{x}=0,36$; III ф. кл.- $2,62 \text{ л/м}^2 \text{ } \bar{x}=0,28$; IV ф. кл.- $2,23 \text{ л/м}^2 \text{ } \bar{x}=0,46$. Налице е статистически достоверна разлика между стойностите на МСО: III-II ф. кл.- $p < 0,001$ и III-IV ф. кл.- $p < 0,05$.

2. Функционални класове и налягане в белодробната артерия. Направи се сравнение със средното налягане в а. пулмоналис: II ф. кл.- $24 \text{ мм Hg } \bar{x}=3,6$; III ф. кл.- $28 \text{ мм Hg } \bar{x}=4,4$; IV ф. кл.- $38 \text{ мм Hg } \bar{x}=7,1$. И тук е налице статистическо значимо различие между средното налягане и функционалния клас на болните.

Корелацията между функционалния клас, минутния сърдечен обем и средното налягане в белодробната артерия, показва, че посредством клиничните оплаквания е възможно да се направи първичен подбор на болните за по-нататъшно изследване с оглед правилния подбор на вида на лечението-консервативно или оперативно. Сравнително високите стандартни отклонения, вероятно се дължат на различно влошената белодробна вентилация при тези болни.

3. Аускултация и вид на митралния порок.

Аускултацията даде безспорни данни за митрална стеноза при 96% от болните. При двама от IV ф. кл. с липсваща митрална аускултаторна находка, се касаеше за стеноза тип „рибя уста“. Недостатъчно информативна е аускултацията при митрална инсуфициенция-при 6 от болните с „чиста“ митрална стеноза се намери I ст. митрална регургитация, а при 5 болни с аускултаторно незначима митрална инсуфициенция — 2 с II и 3 с III ст. регургитация. Това показва, че с оглед оперативното лечение, дори и при болни с аускултаторни данни за незначителна регургитация се налага доизясняване посредством лява вентрикулография.

4. Рентгенография и вид на митралния порок.

Оценката се направи посредством телерентгенография — фас и ляв профил и томография. В 66% се наблюдаваше съвпадение между данните за чиста митрална стеноза и истинските случаи на такава. Грешките са по отношение хипердиагностика за комбиниран митрален порок, особено при болни с по-голяма давност на заболяването. Причина за това е по-значителната левопредсърдна дилатация при такива болни и увеличената лява камера.

поради съпътстващата миокардиопатия дължаща се на ниския МСО, прекарания ревмокардит и развитие на миокардиосклероза. Вероятно поради същите причини, както и поради различните промени в белодробната съдова структура, не се наблюдава достатъчна корелация между функционалния клас и степента на митралния порок.

5. Ехокардиография при митрален порок.

Характерните белези за митрална стеноза се наблюдаваха при 100% от болните. /М-мод/. Не се наблюдава статистически значима разлика в ЕФ-наклона между болните от II и III ф. кл., докато такава е налице при IV ф. кл. ($p < 0,01$). При шестте болни с I ст. митрална регургитация и при 8 от болните с регургитация над I ст. липсата на левокамерна и изразена левопредсърдна дилатация, не дадоха основание да се приеме наличието на комбиниран митрален порок. Това потвърждава мнението за недостатъчната информативност на ехокардиографията при по-леката митрална инсуфициенция и необходимостта от Доплер-ехокардиография.

6. Електрокардиография и ляво и деснопредсърдно обременяване

Направи се сравнителна оценка между средното налягане в белодробните капиляри, пулмоналната хипертония и наличието на р-синистро и декstroкардиале. Оцениха се случаите при Р ср.р.с. над 18 мм Hг и Р сист. а. р. над 50 мм Hг. Степента на корелация е незадоволителна: $r = 0,49$ при р-синистрокардиале и $r = 0,38$ при р-декstroкардиале.

7. Регургитираща фракция и ангиографски степени за м. инсуф. Митрална регургитация бе установена при 34(68%) болни. Налице е почти пълно съвпадение между РФ под 20% и I ст. и РФ над 60% и IV ст. Между 20-60% и II-III ст. не съществува статистически значима разлика. Вероятна причина за това е съпътстващата в различна степен митрална стеноза пречатваща изпразването на лявото предсърдие, наличието на предсърдно мъждене, различната големина на лявото предсърдие и следобременяване на лявата камера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. Съвременната диагностика и функционална оценка на митралния порок изисква добре да се познават възможностите на отделните методи, положителните им страни и недостатъци, за да се постави точна оценка с оглед оперативното лечение.

2. Добрата корелация между функционалните класове и инструменталната оценка на хемодинамиката, подчертава ролята на клиничното изследване при болните с митрален порок.

РЕЗУЛТАТИ ОТ РАННОТО ВЕЛОЕРГОМЕТРИЧНО ТЕСТУВАНЕ НА БОЛНИ С ИНФАРКТ НА МИОКАРДА ПО ВРЕМЕ НА РЕХАБИЛИТАЦИОННО ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯТА НА КЛИНИЧЕН ВОЕНЕН САНАТОРИУМ — БАНКЯ

Н. Иванов, Д. Дренски, Вл. Попов, М. Аксентиев/Банкя/

Социалната значимост на миокардния инфаркт се обуслави от безспорното му зачестяване и подмладяване, значителната инвалидизация и високата смъртност. Каю се изхожда от съвременните схващания за същността на миокардния инфаркт (МИ) като етап от исхемичната болест на сърцето (ИБС), основателно усилията са насочени към проблемите на профилактиката. В дългосрочните програми, особено за вторичната профилактика на МИ, съществено място се отрежда на физическата рехабилитация. Доказано е, че тя подобрява работния капацитет на сърдечно-съдовата система (ССС), повишава прага за поява на ангинозни пристъпи, ограничава въздействието на някои рискови фактори, осигурява по-бърза социална рехабилитация на заболяелите.

Целта на настоящата работа е да оцени резултатите от велотестуването на болни с МИ, в ранния следболничен период и в условията на санаториална рехабилитация.

Материал и методика

Изследвани са 50 болни, всички мъже на възраст от 20 до 62 години (средно 47 г.) постъпили за санаториална рехабилитация след болнично лечение. Всички имат сигурно диагностициран посредством клинично-инструментални методи МИ. При 4 болни е извършено и радионуклидно изследване на миокарда. Разпределихме болните на три групи, според локализацията на МИ: I група — с преден МИ — 20 болни (40%). От тях 15 (39%) са с антеросептален, а 5 (10%) с обширен преден МИ. II група — със заден МИ — 17 (34%) и III група — с нетрансмурален МИ 13 болни (26%). Най-чест от екзогенните фактори е тютюнопушенето — при 32 болни (64%) повече от 10 години, над 20 къса дневно. Клинични данни за постинфарктна стенокардия имат 17 (34%).

При всички е провеждан комплекс за физическа рехабилитация съставен от ЛФК, изкачване на стълби, лечебно ходене по предварително оразмерени и остойностени в кг/м маршрути. Кинези-

терапията е индивидуализирана съобразно функционалния клас на болния. Велотестуването е извършено средно на 30-ия ден от развитието на МИ. Използван е съвременен велоергометър на фирмата Инженеринг-Швейцария, позволяващ автоматично дозиране на натоварването. Същото е извършвано по метода на непрекъснато, стъпаловидно обременяване, нестресов вариант, с достигане на устойчиво хемодинамично равновесие и времетраене 4 минути за всяко стъпало. Започвахме с 25 вата, а нарастването на обременяването е осъществяването с 25 вата за всяко стъпало. Електрокардиографското проследяване е извършвано с отвежданията по Неб. За пълнота е проследявано и едно униполарно, гръдно отвеждане, снето от точка с най-типични ЕКГ промени. Записите са правени в покой — легнал, в покой — седнал и на всяка втора минута по време на теста, а в реституцията — на 1,3 и 6 минути. За визуален контрол е използван осцилоскоп. Артериалното налягане е измервано с полуавтоматичен апарат в същите времена, а пулсовата честота — чрез мониториране. На всеки болен е извършено предварително разширено ЕКГ изследване, включително по Неб, задни гръдни, високи и ниски гръдни. Пробата е провеждана до субмаксимален или близък до него пулс, а за преценката ѝ са използвани електрокардиографски, клинични и хемодинамични показатели. Нивото на физическия работен капацитет сме оценявали по количеството извършена обща работа, достигнатата максимална пулсова честота, двойно произведение, време на непрекъсната работа.

Резултати и обсъждане

Резултатите от проведеното изследване са обработени статистически и представени на таблицата. Вижда се, че най-голям обем обща работа са извършили болните с изживяан нетрансмурален МИ — 5410 кг/м. Тяхното състояние е разрешило и достигане на по-висока пулсова честота — 152 мин. Болните с преден и заден МИ са достигнали пулсова честота с недоверлива разлика (145 и 147), но е на лице предимство на II група по отношение на извършената работа — 3061 към 4492. Нашето обяснение за конкретния случай се основава на това, че 5 болни от групата с преден МИ имат обширна локализация. Двойното произведение при наблюдаваните групи има близки стойности. Статистически достоверна разлика се отбелязва между групите с нетрансмурален и преден МИ, съответно $x = 27363.22$ и $x = 25461.62$. Получените от нас данни, отнесени към резултатите на Перчев показват достигане на добро ниво на кислородна консумация на миокарда. Причините, довели до прекратяване на обременява-

нето бяха следните: СТ-депресия при 11/22%, стенокардна болка при 9/18%, камерна ектопия при 2/4% от болните. В 5 случая /10%, лимитирани поради манифестни електрокардиографски промени, не се изявиха никакви субективни оплаквания. Това се имаше предвид при провеждането на кинезитерапията и при нужда се контролираше телеметрично.

ИЗВОДИ

1. Ранното велотестуване има голямо значение за уточняване функционалното състояние на ССС и способствува за адекватното дозиране на кинезитерапията.

2. Преобладаващата част от изследваните болни още в периода на ранната следболнична рехабилитация показват добра поносимост към физическо усилие, достатъчна за умерена битова активност.

Книгопис — от 9 заглавия — на разположение при авторите.

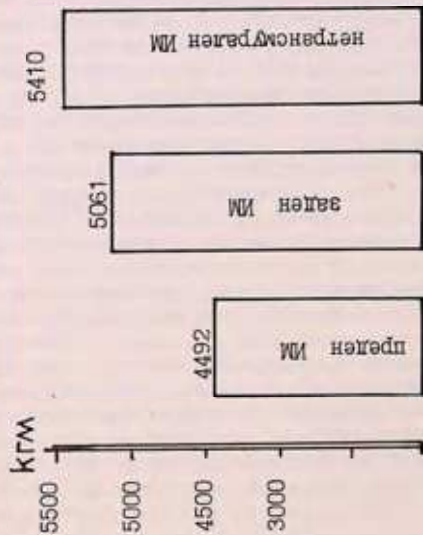
Таблица 1

Резултати от ранното велотестуване на болни с ИМ

показатели локализация	извършена обща работа та в в КГМ	време за не- прекъсната работа в М.	максимална пулсова честота	изходна пулсова честота	двойно про- изведение към 100
преден ИМ	$\bar{X}$ 4492	15	145	69	254
n=20	σ 382	0,31	1,73	0,88	1,62
заден ИМ	$\bar{X}$ 5061	14,5	147	66	261
n=17	σ 640	0,30	2,30	0,86	0,87
нетрансмуларен ИМ	$\bar{X}$ 5410	15,4	152	64	273
n=13	σ 618	0,45	2,34	1,56	3,22
P < 0,005				P < 0,005	

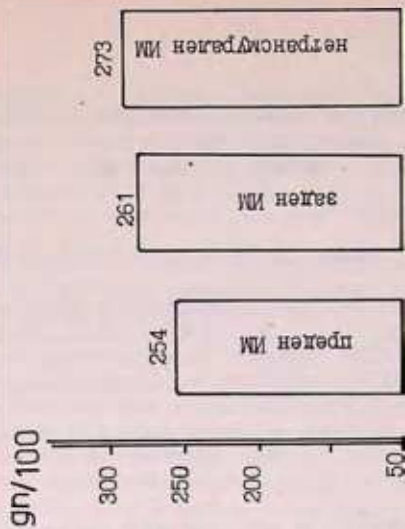
Фиг. 1

Извършена обща работа при ИМ



Фиг. 2

Достигнато ДП при ИМ



РАННИ ПРОЯВИ НА ДИГИТАЛИСОВА ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ПОДДЪРЖАЩО ЛЕЧЕНИЕ НА КЛАПНО ПРОТЕЗИРАНИ СЪРДЕЧНО БОЛНИ

Н. Иванов, Д. Дренски, Вл. Попов, Л. Панайотова (Баня)

За разлика от първоначалното прилагане на сърдечни глюкозиди през 1775 г., от английския лекар W. Withering в последните десетилетия лечението на сърдечната недостатъчност стана по-рационално в резултат на откриването на нови сърдечни глюкозиди и получаването им в химически чист вид. Сега лечението с тях се превърна в един от най-добре научно-обосновани методи. Независимо от това съвременните схващания за лечението на сърдечната недостатъчност непрекъснато се подлага на преоценка.

Действието на дигиталисовите препарати зависи от много фактори като дозировката например. Някои автори смятат, че терапевтичната доза е близка до токсичната. В един случай лечебната и токсичната дози се припокриват, а от друга страна диапазонът на токсичната доза е твърде широк. Това се дължи на индивидуалната чувствителност на болния към дигиталисовите препарати или дори към определен препарат. Индивидуалната доза на пълно действие не е идентична със средната доза на пълно действие.

Трудно е да се определи максималната лечебна доза. Дори при радиоимунологично изследване нивото на дигоксина проличава, че тя е твърде различна — очевидно зависи от големината на сърцето, електролитния състав, контрактилния резерв, изчерпването на резервите, състоянието на бъбреците и др.

Практиката показва, че напредналите стадии на сърдечната недостатъчност със силно увеличено сърце имат много по-малка поддържаща лечебна доза, така, че нерядко се появяват токсични симптоми още при дози, които в други случаи биха били опасени като недостатъчни.

Лечението със сърдечни глюкозиди е патогенетично. Те имат многостранно действие върху сърдечния мускул. Някои автори изразяват схващане, че дигиталисовото лечение не е желателно при болни с някои сърдечни пороци в синусов ритъм. Напоследък се разширяват показанията за етиологично лечение на сърдечните пороци като една от най-честите причини за сърдечна недостатъчност. Независимо от добрите резултати се получават услож-

нения и странични явления като ритъмни нарушения, ендокардит, тромбозиране на изкуствените клапи, хемолиза. Смята се, че хемолизата се дължи на травмирането на еритроцитите от изкуствената клапа. В този смисъл честотата е различна и зависи от клапата — Bjork Shiley хемолиза до 5%, Lillehei-Caster — 30% лека и 19% средно изразена, Starr Edwards 39% лека и 7% средно изразена.

Представяме болен с дигиталисов ефект при ниска дозировка и серумна концентрация на прилагания препарат. Болният Д. Й. П. 60 г. Д. ревматизъм в ремисия. Ревматичен порок. Състояние след протезиране на митрална клапа и корекция на аортна клапа. СНП. Хипербилирубинемия индиректна. Анемия секундарна. Бронхиектази билатерални. Варицес крuris. След активен ревматичен процес оформил сърдечен порок със засягане на митралната и аортна клапи. През 1970 г. поставена протеза на митралната клапа тип Starr Edwards и корекция на аортната клапа.

Болният постъпва в клиниката с водещи симптоми на левокамерна сърдечна недостатъчност от II функционален клас, средно изразен анемичен синдром с ХБ 97-121 г/л, и хипербилирубинемия с общ билирубин 45-18 ммол/л, увеличен за сметка на индиректната фракция.

Обективно се намери средно увредено общо състояние. Кожа и видими лигавици с иктерична окраска. Пулмо-сонорен перкуторен тон, намалена респираторна подвижност, удължено издишване, дребни и средни влажни хрипове в двете белодробни основи повече в дясно. Кор-аритмична сърдечна дейност, без пулсов дефицит, фреквенция 70 удара в мин. РР 115/75, на аускултация — клапна механика на протезираната митрална клапа, акцентуиран първи тон, протомезосистолен шум на върха и Ерб. Корем-хепар на 2-3 см. под ребрената дъга, мек, необолезнен. Крайници — без отоци, варикозни промени.

Проведено бе лечение с кардиотоници /Новодигал/, диуретици, калиеви препарати, муколитични, кардиотрофични средства, железни препарати.

По време на престоя в клиниката правеше впечатление задълбочаване на левокамерната сърдечна недостатъчност.

Дозирането на диуретика (Алдактон) 3 x 2 и глюкозида Новодигал x 1 т. се извършваше много внимателно съобразно с клиниката и данните от физикалното изследване. С цел овладяване на левокамерната недостатъчност повишавахме дозата на Новодигала с 1/2 т., което водеше до брадикардии, отпадналост, стомашен дискомфорт при дигоксиново ниво 0,29 ммол/л. При спиране на Новодигал и увеличаване дозата на калийзадържащите

диуретици горните оплаквания изчезнаха. Изключи се бъбречно заболяване чрез лабораторни и инструментални изследвания.

Извърши се имунологично изследване, което не даде данни за супресия на количествените стойности на Т-лимфоцити, но се откриха сенсibiliзирани лимфоцити към антиген инфарктна тъкан миозин. Тези данни на клинично обсъждане бяха преценени като резултат на „изчерпване“ на миокардния фактор и дългогодишно травмиране от изкуствената клапа на сърцето. Това е довело до редица промени включително и в сърдечния мускул, които клинично се изразяват в намалена толерантност към кардиотоници.

В хода на лечението настъпи постепенно нормализиране на хипербилирубинемията.

2. Болна Е. С. А. 44 г. с данни за дигиталисова интоксикация при обичайна дозировка на Ланитол, проявена с проводни нарушения Д. ревматизъм в ремисия. Вициум кордис реуматика. Статус пост имплантационем протезес вавуле митралис. Дисципно аtriоventрикулорум гр. II- Венкебах - Самойлов - транзитория. Статус пост емболиам пулмонум дестра. През 1979 г. след ревматично увреждане на митралната клапа е извършено протезиране. През последните години болната често излиза от синусов ритъм. По време на последния пристъп на тахикартия на клинично обсъждане бе решено болната да остане трайно в абсолютна аритмия. Назначи се терапия с Ланитол в оптимална дозировка 1 1/2 т. дневно. След 4 дни болната влезе в синусов ритъм. При аускултация се установиха единични екстрасистולי, наредко последвани от по-дълги паузи. На ЕКГ -AV блок гр. II тип Венкебах - Самойлов при сравнително рядко отпадане на QRS комплекси. Състоянието на болната се прецени като израз на дигиталисова интоксикация от умерени дози дигиталисов препарат (Ланитол). След спиране на медикамента ЕКГ се нормализира.

3. Б. В. В. 53 г. с прояви на дигиталисова интоксикация при хипокалиемия. Болната е с ревматичен двуосев вициум, с двукратна комисуротомия на митралната клапа. През последните години явления на ритмични нарушения — екстрасистולי, пристъпни тахикардии. В хода на поддържащото лечение на левокамерна сърдечна недостатъчност с дигиталисови препарати и салидиуретици при ежедневна диуреза около 2 л. настъпват явления на отпадналост, тахикартия. На ЕКГ — абсолютна аритмия на камерите при предсърдно трептене-мъждене. Изразено смущение на процеса на пълната деполаризация и реполаризация. Болната бе разгледана на клинично обсъждане и се

прие, че се касае за дигиталисов ефект на фона на диселектро-
литемия — $K = 2,6$ ммол/л. След спиране на дигиталисовия пре-
парат и приемане на калийзадържащи диуретици и калиеви пре-
парати се възстанови синусовия ритъм и оплакванията намаляха.
Постепенно настъпи клинично стабилизиране.

Тези няколко примера показват колко трудно понякога може
да бъде лечението на сърдечно болни с дълготрайно приемане
на дигиталисови препарати. Явленията на дигиталисова инток-
сикация не са толкова редки при подобни болни, което изисква
близко следене на състоянието им и своевременно отреагиране на
първите симптоми.

Книгопис — 4 заглавия — на разположение при авторите.

ВЪРХУ ВЪЗМОЖНОСТТА ЗА ОЦЕНКА НА
ЛЕВОКАМЕРНАТА ФУНКЦИЯ ПРИ БОЛНИ СЪС
СТАБИЛНА СТЕНОКАРДИЯ ПОСРЕДСТВОМ
АПЕКСКАРДИОГРАФСКИЯ МЕТОД В УСЛОВИЯТА НА
КЛИНИЧЕН ВОЕНЕН САНАТОРИУМ — БАНКЯ

Н. ИВАНОВ, И. ГЪЛЪБОВА, Г. ЦВЕТКОВ, М. АКСЕНТИЕВ
/Банкя/

Необходимостта от оценка на функционалното състояние и левокамерната функция при болни със стабилна стенокардия се е наложила при избора на терапевтичен подход, за определяне на трудоспособността, както и за нуждите на кинезитерапията и рехабилитацията.

Намалението на коронарния кръвоток при стабилната стенокардия, както в покой, така и при физическо усилие предизвиква понижаване на помпената и контрактилна функция на лявата камера. Тези степенни промени са потвърдени нееднократно в множество проучвания с помощта на инвазивни и неинвазивни методи.

При тестовите с физическо обременяване се активизира комплекс от различни фактори, водещи до повишаване на съпротивлението в коронарните артерии, повишаване на кислородната консумация и исхемия на миокарда, както и покачване на интрамиокардиото напрежение вероятно във връзка с намаления комплайанс. За разлика от електрокардиографията, с апекскардиография може да се анализира възстановителната фаза след дозирано усилие. Голямата чувствителност на апекскардиографския метод позволява да се използват онези минимални дози на обременяване, които дават отчетливи резултати при здрави и болни.

Първи A. Benchimol и E. Diamond стигат до извода, че а-вълната отразява хемодинамични величини. При болни с исхемична болест на сърцето те установяват зависимост между величината на а% и височината на теледиастолното налягане в лявата камера в покой, след обременяване и след третиране с нитрати.

Подробни клинични изследвания убедително са доказали, че промените в апекскардиографските показатели — процентна амплитуда на а-вълната (а%), скъсяването на OF — времето и продължителността на възстановителната фаза след дозирано физическо обременяване отговарят на степенни изменения в помпе-

ната функция на сърцето. Това е констатирано при различни заболявания включително и при стабилната стенокардия. Установено е, че особено удължаването на възстановителната фаза е израз на най-ранната форма на миокардна и контрактилна недостатъчност в предклиничния стадий.

Цел на настоящото проучване е да се направи опит за комплексна оценка на левокамерната функция при болни със стабилна стенокардия с помощта на динамичните промени в някои апекскардиографски показатели и продължителността на възстановителната фаза след дозирано физическо обременяване.

Материал и методика

Бяха изследвани 26 мъже на възраст от 41 до 62 години със стабилна стенокардия при условията на санаториално лечение и рехабилитация в Клиничен военен санаториум — Баня, с давност на заболяването от 1 до 12 години. Допълнително изискване при подбора им беше отсъствието на артериална хипертония, идиопатична хипертрофична кардиомиопатия и органичен клапен сърдечен порок. Диагнозата беше поставена посредством данните от целенасочената и подробна анамнеза, физикалния статус, многоосево рентгенологично изследване на сърцето и белите дробове, ЕКГ в покой, велоергометрия, като на двама болни е била извършена селективна коронарна ангиография, а при шест болни — стрес перфузионна миокардна сцинтиграфия с Талий — 201.

Болните бяха разпределени по групи във функционални класове по класификацията на НИКА съгласно клиничната картина и чрез стъпаловидно физическо обременяване на велоергометър, манифестиращо стенокардията с хоризонтална или низходяща депресия на СТ — сегмента 2 мм. Съобразено с тези критерии се оформиха следните групи: I функционален клас — 8 болни, с изявяване на стенокардията над 150 вата, II функционален клас (101 — 150 вата) — 10 болни и III функционален клас (51 — 101 вата) — 8 болни. Болни от IV функционален клас не бяха изследвани поради наличието на клинични белези на левокамерна сърдечна недостатъчност още в покой и противопоказаното им физическо обременяване. На групиранияте болни беше извършено апекскардиографско изследване с натоварване от 50 вата педалиране на велоергометър на фирмата „Медицина Инжиниринг — АГ — Швайц“, с продължителност от 3 минути в седнало положение при 60 оборота /мин по модифицираната методика на К. Чичовски. Веднага след обременяването изследваният се поста-

вяние в легнало положение и се записваше лява апекскардиограма на 6-канален поликардиограф „Хелиге“ — ЕК — 22 при скорост 50 мм/сек, а диастолната част — в уголемен образ и при скорост 100 мм/сек.

Определени бяха апекскардиографските показатели $a\%$ и OF в покой и техните промени на върха на физическото обременяване и във възстановителната фаза на петата минута след преустановяване на натоварването.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Получените стойности на апекскардиографските показатели при изследваните болни и тяхната динамика при физическо обременяване и във възстановителната фаза бяха обработени с помощта на вариационния анализ.

Установи се, че в покой изходната стойност на $a\%$ е съществено по-висока при II функционален клас в сравнение с I функционален клас и съществено по-висока в III функционален клас в сравнение с II и I функционални класове. Освен това времепродължителността на фазата на бързото пълнене OF в покой е съществено по-висока при болните от III функционален клас в сравнение с тези от II функционален клас и особено в сравнение с I функционален клас. Докато между I и II функционален клас за OF съществена разлика не се установява (таблица 1). Следователно нашите данни потвърждават, че показателят $a\%$ е по-чувствителен за хемодинамично отдиференциране на функционалните класове в покой, отколкото OF.

Извършеното сравняване на средните стойности на $a\%$ и OF на върха на физическото обременяване, отразено на таблица 2, показва сходни отнасяния с тази разлика, че OF е със съществено по-ниска стойност при болните от II функционален клас в сравнение с I функционален клас. Това осмисля извършването на апекскардиографското изследване с дозирано физическо обременяване при тези болни.

Оценката на средните разлики сами по себе си и при трите функционални класа за двата показателя $a\%$ и OF в покой и на петата минута след обременяване е представена на таблица 3. Вижда се, че те са съществени, с изключение на средната разлика за $a\%$ при III функционален клас, която е несъществена, вероятно поради голямата вариабилност — коефициент на вариация $V\% = 164\%$.

Съпоставянето на същите средни разлики при трите функционални класа на принципа „всеки срещу всеки“ показва някои осо-

бености (таблица 4).

Те не са съществени за показателя $a\%$ и за OF при — I и II функционален клас, когато те са съществени само за OF при болните го I и II функционален клас и за болните от II и III функционален клас. Тези данни показват, че $a\%$ няма съществена стойност за оценка на левокамерната функция при болни със стабилна стенокардия, когато се съпоставят изходните му стойности със стойностите му на петата минута след обременяването, докато промените в стойностите на OF могат да служат за такава оценка. Трябва да се изтъкне обаче, че вариабилността на тези средни стойности е много голяма и се движи в граници от 60% до 100%, което компрометира използването на разликите между изходните стойности в покой и стойностите на двата показателя във възстановителната фаза за индивидуална оценка на левокамерната функция в отделния случай.

Известно влияние в извършеното от нас изследване най-вероятно оказва възрастовата нееднородност и сравнително малкият брой на групирани болни, различната давност на заболяването, действителната структурна тежест на промените в левокамерния миокард, както и други хемодинамични промени недоловими с посочения неинвазивен метод за оценка.

Получените от нас резултати не противоречат по принцип на съвременните данни в тази област, тъй като е известно, че едни автори установяват определена зависимост между показателите $a\%$ и OF и теледиастоличното налягане в лявата камера при болни със стабилна стенокардия в покой и след обременяване, докато други автори твърдят, че зависимостта е слаба.

В заключение представения скромнен опит показва, че за оценка на левокамерната функция при болни със стабилна стенокардия имат значение и двата показателя $a\%$ и OF, както в покой, така и на върха на дозираното физическо обременяване.

Трябва да се отбележи още, че ниската вариабилност на стойностите на $a\%$ и OF в покой и на върха на обременяването, която в повечето случаи не надминава 10% позволява значително по-надеждното им използване за оценка на левокамерната функция в индивидуалния случай.

Книгопис — от 14 заглавия — на разположение при авторите

СЪЧЕТАНИЕ НА ПЪЛЕН ДЕСЕН БЕДРЕН БЛОК И ЛЯВ ПРЕДЕН ХЕМИБЛОК СЪС СТАБИЛНА СТЕНОКАРДИЯ И ХЕМОДИНАМИЧНА ОЦЕНКА НА ЛЕВОКАМЕРНАТА ФУНКЦИЯ ПО НЕИНВАЗИВЕН ПЪТ С ДЕМОНСТРАЦИЯ НА ЕДИН СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА

Н. ИВАНОВ, И. ГЪЛЪБОВА, М. АКСЕНТИЕВ, Д. ДРЕНСКИ
(Банкя)

В резултат на многобройни и прецизни изследвания напоследък е установено, че стабилната стенокардия представлява краен резултат от разнообразните нарушения на коронарното кръвообращение, предизвикващи дисбаланс между кислородната потребност на миокарда и доставката на кислород с кръвта (Е. И. Чазов, 1982). Електрокардиограмата, проследена в динамика в покой, в периода на ангинозни пристъпи и при физическо обременяване е най-важният рутинен неинвазивен метод за диагноза на стабилната стенокардия. Електрокардиографските промени отразяват вторично нарушената електрогенеза в миофибрилите в резултат на миокардната исхемия (Е. Маламов, 1985).

При стабилната стенокардия като неспецифични промени в електрокардиограмата в покой се установяват различни ритмични и проводни нарушения. Те обикновено доста често съпровождат заболяването при по-възрастни болни и се проявяват като ляв и десен бедрен блок, ляв преден и ляв заден хемиблок, различни степени на нарушена AV проводимост, мъждене и трептене на предсърдията, камерни екстрасистולי и др. (L. Horwitz, 1974). При коронарна ангиография на същите болни се установяват сигнификантни атеросклеротични изменения в 30% до 60% от случаите (A. Bruschke, 1977).

При провеждане на тест с физическо обременяване с диагностична или с прогностична цел, той обикновено е по-рядко положителен, а левокамерната функция е по-рядко нарушена при болни със стабилна стенокардия и нормална електрокардиограма в покой, отколкото при болни с променена електрокардиограма (F. Schwarz, 1979).

Наличието на пълен десен бедрен блок в съчетание с ляв преден хемиблок при болни със стабилна стенокардия не позволява прецизна преценка за изява на исхемични електрокардиографски промени при велоергометрично тестване.

В последните години неинвазивните диагностични методи за

оценка на левокамерната функция, като непредставляващи риск за болния се наложиха при различни сърдечно-съдови заболявания. Апекскардиографското изследване в покой, както и проследяването на различни апекскардиографски показатели по време на дозирано физическо обременяване и времето за тяхното възстановяване представляват определен интерес в клиничко-функционалната оценка на исхемичната болест на сърцето (А. Вещимол et al., 1963; Sherwin, 1960). Апекскардиографският анализ на бедрените блокове, извършван от редица автори (К. Чичовски, 1980) засега е показал, че само пълният ляв бедрен блок може да се демонстрира с изменения в помпената функция на сърцето. Променичната се последователност и синхронност на контрахиращите се части на камерния миокард намаляват ефекта на изтласкващата функция (В. Атанасов, 1978).

Съобщава се за случай на болен със стабилна стенокардия в съчетание с пълнен бедрен блок и ляв преден хемиблок, част от параклиничните изследвания при когото — рентгенография на сърцето и на белите дробове, перфузионна миокардна скintiграфия с Таллий-201 и едноразмерна ехокардиография — се извършиха по общоприетите методики във ВВМИ — София, а апекскардиографската оценка на левокамерната функция — от нас по модифицираната методика на К. Чичовски с дозирано физическо обременяване и проследяване на процентната амплитуда на а-вълната (a%), времепродължителността на фазата на бързото пълнене OF, теледиастоличното налягане в лявата камера и възстановителното време.

В клинични условия наблюдавахме болен В. Н. Б., на 60 години. Л. И. Б. 3087/1985 г. Постъпва в клиниката по рехабилитация на сърдечно-съдовите заболявания с оплаквания от лесна умора при по-значителни физически усилия, тъпа пристягаща болка зад гръдната кост, която се провокира от студен въздух и физическо пренапрежение, трае 3 — 4 минути, излъчва се към шията, долната челюст и вътрешната повърхност на лявата ръка, изчезва няколко минути след прекратяване на физическото усилие или след вземане на нитроглицерин. Оплакванията датират от преди повече от 10-12 години, като от 5—6 години насам знае, че са му установени „трайни промени в ЕКГ“. Досега не е имал промяна в силата, локализацията, честотата и ирадиацията на болката, както и повишаване на дневната нужда от нитроглицерин — не повече от 2-3 таблетки. От 4-5 години редовно се лекува с нитропрепарати, антиагреганти, кардиотрофични и кардиопротективни средства, а от една година и с калциеви антагонисти със сравнително добър ефект. От миналата анамнеза — от 8 години има

установен инсулинонезависим захарен диабет, който лекува с диета и манинил. Фамилната анамнеза е необременена.

От физикалното изследване на болния се установява добро общо състояние, бледа кожа и видими лигавици, астеничен хабитус. Белодробният статус е без промяна. Сърцето е в нормални перкуторни граници, а сърдечната дейност — нормофреквентна, ритмична, с честота 60 удара в минута. Сърдечните тонове са леко приглушени. На сърдечният връх и на пункта на Боткин-Ерб се долавя къс, нежен, мек систолен шум без особена пропация, а на сърдечната основа — фиксирано раздвоен втори тон. Артериалното налягане е 115/80 мм живачен стълб. Черен дроб и слезка не се палпират. Крайниците са без видими промени и със запазени артериални пулсации. От лабораторните биохимични изследвания не се установяват промени от нормата. Двукратния кръвно-захарен профил установява напълно компенсиран захарен диабет със стойности на кръвната захар от 4,5 до 3,8 милимола на литър, без захарозагуба в урината. Изследването на очните дъна показва диабетна ретинопатия от втора степен. Рентгеновото изследване на сърцето и белите дробове разкрива умерено уплътнена възходяща аорта и аортна дъга, стари плеврални сраствания в дясната белодробна основа.

Стрес-перфузионната миокардна скintiграфия с Талий-201 показва слабо изразена дифузна хипофиксация на радионуклида предимно в антеросенталната и високо-латералната зони на лявата камера.

Едиоразмерна ехокардиография — нормални размери на сърдечните кухини със запазени амплитудни и скоростни параметри на отваряне и затваряне на аортната, митралната и трикуспидалната клапи, септум и ЗСЛК — нормални размери. Септумът е хипокинетичен с парадоксален тип В-движение.

Многократното електрокардиографско изследване установи траен пълен десен бедрен блок и ляв преден хемиблок с вътрешно отклонение в V2 от 0,11. Студовата проба доведе до стенокардна болка, купирана с нитроглицерин.

На болния беше извършено анекскардиографско изследване с натоварване от 50 вата — в продължение на три минути педалиране на велоергометър в седнало положение със скорост 60 оборота в минута и регистриране на изходните (преди натоварването) показатели а%, OF, теледиастолично налягане в лявата камера както и динамиката на техните промени при физическо обременяване и във възстановителната фаза. Теледиастоличното налягане в лявата камера изчислявахме по формулата:

$$\text{ТДНлк} = a\% + \text{СНлп-4}$$

като средното налягане в лявото предсърдие се определя също от апекскардиограмата по номограма в зависимост от стойността на OF.

Получиха се следните резултати: изходни- $a\% = 6,4$; OF=60 msec /ТДНлк=7,3 мм живачен стълб/, на върха на натоварването- $a\% = 25$; OF=50 msec; /ТДНлк=30 мм живачен стълб/; на петата минута след преустановяване на обременяването (във възстановителната фаза) - $a\% = 13,6$; OF = 55 msec /ТДНлк = 14,6 мм живачен стълб/.

Получените резултати в абсолютни стойности се доближават най-много до т. нар. първи хемодинамичен АКГ-синдром-тип на абнормна а-вълна, която нараства, скъсяване на OF времето под 60 msec и удължено възстановително време (К. Чичовски, 1974).

Несъмнено съчетанието на пълен десен бедрен блок с ляв преден хемиблок в случая говори за по-напреднали изменения в помпената функция на сърцето и миокардния контрактилитет, като диастолните налягания в лявата камера при обременявания се повишават много рано. Това повишава средното налягане в лявото предсърдие и в резултат се получава по-голяма дължина на предсърдните миофибрили. Така се реализира максимална предсърдна контрактилност и по-високо теледиастолно налягане в лявата камера.

Наличието на двуклончест блок (библок), какъвто представлява демонстрираният случай, най-вероятно говори не само за изолирано проводно нарушение, но и за ангажиране на миокарда от дифузен процес, който намалява контрактилитета му.

Въз основа на получените клинично-функционални данни се прие, че се касае за болен с коронарна недостатъчност в трети функционален клас на НЙКА, което ни позволи да проведем индивидуализиран комплекс от ЛФК и да се препоръча подходяща битова активност, в съчетание с етиопатогенетична медикаментозна терапия. Катамнестичното наблюдение в продължение на една година установи, че болният се намира в стабилно състояние, но с ограничена трудоспособност. Беше предложено извършването на селективна коронарна ангиография с оглед кардиохирургическо лечение, което на настоящия етап болният отказва.

Представеният случай е интересен, защото показва реалната възможност за съчетана функционално-диагностична оценка на левокамерната функция при болни с проводни ЕКГ нарушения в покой и стабилна стенокардия. Описаната модифицирана апекскардиографска методика с физическо обременяване позволява да се долови и най-ранната форма на миокардна недостатъчност дори и в предклиничния стадий. В този смисъл това апекскар-

диографско изследване в съчетание с другите тестове за дозирано физическо обременяване може да окаже ценна помощ в кинези-терапията и рехабилитацията на болните със стабилна стенокар-дия, дори и като критерий за добра тренираност на сърдечно-съдовата система.

Книгопис — от 9 заглавия — на разположение при авторите.

ПРИЛОЖЕНИЕ НА МАГНИТОТЕРАПИЯТА В
КОМПЛЕКСНОТО БАЛНЕОЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С
ХИПЕРТОНИЧНА БОЛЕСТ I-II СТАДИЙ В УСЛОВИЯТА
НА КУРОРТА Б А Н К Я

Д. Дренски, Н. Иванов, Г. Цветков /Банкя/

През последните години има редица наблюдения за добри лечебни резултати при приложението на магнитотерапията, ново лечебно средство във физикалната терапия, при болни с хипертонична болест (В. Д. Григорьева, 1971, Н.Н. Захарова, 1976, В. В. Осипов и съавт. 1977, В.Н. Фотенков, 1977, Г.И. Еронова и съавт., 1982, Н. Тодоров, 1982 и др.).

Проведохме наблюдения при 44 болни (основна група) с хипертонична болест на възраст от 32 до 65 години (51,2 години), 31 мъже и 13 жени, 11 от болните бяха в I стадий на заболяването, 10-I-II стадий и 23 болни-III, продължителността на заболяването се движеше в широки граници — от 2 до 15 години.

За контролна група използвахме 32 болни, които по възраст, клинично протичане и продължителността на заболяването не се отличаваха съществено от тези при основната група.

За уточняване стадия на клиничното протичане на заболяването бяха проведени в необходимия обем клинични и параклинични изследвания.

При основната група провеждахме магнитотерапия по методиката описана от Н. Тодоров (1982); апарат Магнит Н-80 (НРБ) разположение на индукторите-двустранно в синокаротидната област, честота на повторението 1 Hz, времетраене на импулса—0,2S, мощност на полето—14000 A/m, времетраене на процедурата от 10 до 15 мин., общо за лечебен курс 10-12 процедури, провеждани ежедневно.

Заедно с това на болните се назначаваше и балнеолечение: вана с температура на водата 36° С, продължителност 5—12-15 мин., през ден до 5—6 пъти седмично, общо за лечебен курс 10-12 процедури.

Болните от контролната група провеждаха само балнеолечение по посочената методика.

13 болни от основната и 16 болни от контролната група продължаваха провеждането на поддържащо лечение с медикаменти с антихипертензивен ефект. В хода на провежданото наблюдение

не се наложи предписването на други медитаменти.

Болните от двете групи бяха поставени в условията на свободен санаториален режим, диета 10 по Певзнер.

Непосредствено след единична процедура магнитотерапия, особено след първите 3—4, констатирахме забавяне на сърдечната честота спрямо изходната средно с 5—12 в минута и понижаване стойностите на систолното налягане в границите от 10 до 15—20 мм Нг и диастолното—от 5 до 10 ммНг. След 4—5 процедури, когато при почти всички болни стойностите на кръвното налягане се нормализира, тези показатели оставаха почти без промяна.

Промените на субективните оплаквания преди и след лечение то е показано на табл. 1. Те показват добро повлияване, по-добре изразено при основната група.

Настъпилите промени в стойностите на обективните показатели (артериално налягане — систолно и диастолно, пулсова честота, УО, УИ, МО, СИ и ПСС) се виждат на табл. 2. Стойностите на систолното и диастолното налягане се снижават до границите на нормата, като разликата при изписването в сравнение с постъпването съществува като обективна закономерност. Като имаме предвид това и посочените промени след единична процедура магнитотерапия, и че при основната група кръвното налягане се нормализира по-рано в сравнение с контролната, можем да приемем безспорният ефект на магнитотерапията по отношение на тези показатели.

Основните хемодинамични показатели не са повлияни статистически значимо и за двете групи болни. Прави впечатление, че стойностите на СИ при основната и УО за контролната група показват понижени, което е статистически значимо. При отсъствието на статистически значими разлики за другите показатели на централната хемодинамика вероятно в основата на обяснението е относително точният и непрецизен импеданскардиографски метод за определяне на тези показатели.

Статистически достоверното снижение на УО при контролната група като изолирано явление не ни дава основание за сериозна интерпретация, но в съчетание с благоприятното повлияване на ПСС показва по-добър терапевтичен ефект при тази група болни отколкото при основната.

От друга страна липсата на статистическо значимо понижение на стойностите на ПСС при основната група се дължи на първоначалните значително високи стойности спрямо нормалните и пониски в сравнение с изходните при контролната група. Това е характерно за този хемодинамичен тип болни и трудно повлияване на този показател от прилаганото лечение. При основната група

все пак има, макар и статистически незначима, тенденция към понижение на ПСС.

Не получихме статистически значими промени в стойностите на холестерола, беталипопротеините и триглицеридите и при двете групи болни (табл. 3).

Почти при половината от болните, провеждащи поддържащо медикаментозно лечение, се създадоха условия за намаляване на дневната доза на медикамента.

Патологичните показатели на ЕКГ, констатирани при 31 болни от основната и 16 болни от контролната група, не претърпяваха промяна.

В заключение се вижда, че благоприятните промени особено за субективните показатели, са по-добри при основната група — когато на фона на балнео- и медикаментозното лечение се провежда и магнитотерапия. Наблюдението върху промените на субективните оплаквания и обективните показатели, особено след единична процедура (систолично и диастолично налягане и пулсова честота) потвърждава съобщенията на наши и чужди автори за възможностите на магнитотерапията при болни с хипертонична болест.

Твърде възможно е броят на процедурите магнитотерапия и срокът на лечение да са недостатъчни по брой и продължителност за да настъпят статистически значими промени и в другите показатели на хемодинамиката.

Получените лечебни резултати, лесното техническо изпълнение на процедурите магнитотерапия, добрата им поносимост и наличието на апаратура родно производство ни дават основание за препоръчване по-широкото използване на магнитотерапия при болните с хипертонична болест I—II стадий, в санаториална, амбулаторна, поликлинична и болнична обстановка.

ТАБЛИЦА 1

ПРОМЕНИ В СУБЕКТИВНИТЕ ОПЛАКВАНИЯ

ГРУПИ БОЛНИ СУБЕКТИВНИ ДАННИ	ОСНОВНА ГРУПА (n=44)		КОНТРОЛНА ГРУПА (n=32)	
	преди лечение	след лечение	преди лечение	след лечение
главоболие	34	3	27	12
тежест в главата	22	2	18	10
лесна умора	14	3	13	7
висене на свят	24	3	8	6
безсъние или лош сън	27	7	13	5
стенокардни оплаквания	17	4	17	13

ДИНАМИКА НА НЯКОИ ПОКАЗАТЕЛИ НА ХЕМОДИНАМИКАТА

ГРУПИ БОЛНИ ПОКАЗАТЕЛИ	ОСНОВНА ГРУПА (n=44)			КОНТРОЛНА ГРУПА (n=32)			F критерии
	X	S	след лечение	X	S	след лечение	
систолично налягане [mmHg]	156,13	16,19	129,43	129,43	13,10	129,06	9,28
Диастолично налягане [mmHg]	99,77	8,27	83,06	14,19	96,25	85,46	7,33
Пулсова честота [min]	71,97	6,31	69,09	6,49	69,90	69,00	8,06
Ударен обем [ml]	69,85	12,30	66,81	15,38	67,35	66,52	15,76
Ударен индекс [ml/m ²]	40,60	7,64	38,80	6,83	39,10	38,70	8,70
Минутен обем [L/min]	5,02	0,93	4,61	0,81	4,70	4,58	0,93
Сърдечен индекс [L/min/m ²]	2,91	0,64	2,70	0,83	2,73	2,72	0,51
периферно съдово съпротивление [kPa.S/L]	2340,88	499,41	2152,04	375,51	2636,06	2287,15	677,16

ВЕЛОЕРГОМЕТРИЧНИЯ (ВЕМ) ТЕСТ И РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ДИАГНОЗАТА И ПРОГНОЗАТА НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ И ИБС

Е. КОЛЕВА, Е. БЕЛЧЕВ (Варна)

По данни на СЗО за последните 20 години в САЩ смъртността от ИБС е намаляла с 59%, а смъртността от мозъчни инсулти с 64%. Причини за това са подобрената ранна диагностика, адекватна терапия и с най-голям относителен дял — борбата с рисковите фактори (здравословен начин на живот).

В Америка ежегодно се регистрират около 500 000 случая на внезапна сърдечна смърт. При 80% от тях патоанатомичен субстрат е ИБС. При около половината от внезапно починалите няма предшестваща клиника за изявена ИБС, но рисковите фактори и при тези случаи са същите като при исхемична болест:

- напреднала възраст;
- мъжки пол;
- артериална хипертония;
- тютюнопушене;
- нарушена частна обмяна и диабет
- емоционален стрес (Моргенрот, 85 г.)

Във връзка с горното си поставихме за цел на нашето проучване да установим зависимостта между група рискови фактори и пробата с натоварване (ВЕМ тест), като основен за откриване на предклинични форми на АХ и ИБС. Досега няма единно мнение за прогностичното значение на резултатите от теста с физическо натоварване (Липовитски, 1985 г.) Според Шефилд (1977 г.) положителната (исхемична) работна проба широко варира за сметка на т.н. лъжливо положителни реакции до 50%. Заедно с това той не изключва възможността тези лъжливо положителни резултати да са израз на една предклинично протичаща ИБС.

По проучвания в България (Маламов 1985 г.), съпоставяйки данните от теста с тези от коронарография се установява чувствителност 68%, а специфичност 70%.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

Изследвани при клинични условия са 80 мъже на възраст 34-60 години (средна възраст 50, 46 г.) за периода 1984/85 г. При всички са налице 3 от основните рискови фактори: пол, възраст и

напрегната умствена работа често съпроводена със стрес.

Сформирани са 3 групи от изследваните:

I група — с анамнеза за АХ повече от 1 година

II група — с новооткрита АХ, доказана с ВЕМ тест.

III група — клинично здрави.

И трите групи са проследени в следните рискови фактори:

— тютюнопушене; (ТП)

— хиперхолестеролемия;

— злоупотреба с алкохол

Комбинациите между тези фактори и връзката им с положителен ВЕМ тест.

Като критерии сме приели:

— за тютюнопушене повече от една цигара дневно в продължение на една година;

— за злоупотреба с алкохол повече от 100 гр. концентрат дневно или 3 литра месечно;

— за повишен холестерол над 6,8 ммол/л.

Всички изследвани са подложени на стресово натоварване до постигане на субмаксимална пулсова честота с велоергометър на фирмата „Медикор“ — Унгария.

Отчитани бяха следните показатели:

1. Хипертоничен тип реакция.

2. Положителен (исхемичен) тест с критерии (Помаланов, 1985 г.);

А. Електрокардиографски

— депресия (елевация) на S T сегмент повече от 1 мм и по-продължителен от 0,08 сек. след т.

— изменения в амплитудата на R зъбец (увеличава чувствителността на ВЕМ с 20%, а специфичността му с 15—21%);

— ритъмни и проводни нарушения.

Б. Клинични симптоми — стенокардна болка; употреба на нитроглицерин.

В. Хемодинамични критерии — намаляване на RR

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Епидемиологични изследвания са доказали, че АХ способствува за развитието на коронаросклероза, която пък е водещ фактор в развитието на ИБС (Стеймльор, 84 г.). Недостатъчно е проучена връзката между АХ и степен на промените в коронарните артерии (Дубов, 85 г.).

19 от изследваните (23,7%) са с доказана АХ, с дългогодишна анамнеза. У 7 от тях (31,6%) е установен положителен ВЕМ, говорещ за исхемични промени в сърдечния мускул. 37 (46,3%) са

без данни за АХ-клинически здрави. В третата група 24(30%) от случаите в състояние напълно здрави, без никакви субективни оплаквания установихме с ВЕМ хипертоничен тип реакция, разкриващ една безсимптомно протичаща АХ. При тези, вече болни, се установи 7(29,2%) исхемичен ВЕМ тест, корелиращ с данните на Моргенрот (85 г.) за предклинично протичаща ИБС. Според същия автор рискът при тези болни от внезапна сърдечна смърт е точно толкова, колкото и при болните с изявена ИБС.

Общопризната е ролята на ТП за бързо развитие на коронаросклероза. Нашите данни на пръв поглед не съвпадат с това. Случаите с исхемия при непушачите превалират над тези за пушачите. За доказана хипертония 30% (3 от 10 случая) от пушачите имат положителен тест срещу 45% (4 от 9 случая) на непушачи.

При новооткрита АХ — 23% (3 от 13 случая) у пушачи срещу 37% (4 от 11 случая) у непушачи. Този парадокс смятаме, че се дължи на бавно развиващата се склероза на коронарните съдове, която създава условия и време за образуване на добра коронарна система, временно компенсираща намаления кръвоток.

Съгласно изследванията на Махмудов и Кожански (85 г.) ТП при интактни коронарни съдове не предизвиква съществено изменение на кислородната консумация на миокарда. Това обяснява и ниския процент 4,2% (1 от 23 случая) на положителен ВЕМ тест у здрави пушачи.

Като изключим групата с доказана АХ, където процента на исхемичен тест е почти еднакъв 35,7% (5 от 14) и 40% (2 от 5 случая), рязко проличава положителната връзка на ИБС към комбинацията АХ плюс хиперхолестеролемия. В новооткритата АХ — 41,7% (5 от 12 случая) срещу 16,6% (2 от 12 случая) за болни с нормален холестерол. Подобно е и общото съотношение — 41% (12 от 27) за хиперхолестеролемичните към 13% (7 от 53 случая) за болните с нормален холестерол.

Много интересно е отношението злоупотреба с алкохол към АХ и ИБС. Според Фрамингамското изследване сред лицата употребяващи повече от 60 унции месечно алкохол (1 унция = около 30 гр. етилов алкохол) АХ се среща два пъти по-често, отколкото сред хората употребяващи под унции месечно. А RR у последните е по-ниско отколкото RR сред въздържателите, т.е. връзката не е линейна.

Пресорното действие на алкохола се обяснява с прякото му въздействие на РААС или с повишението на кортизола.

Доказано е, че въздържането у алкохолици води до нормализация на RR. Парадоксалното тук е, че злоупотребата с алко-

хол предразполага за развитието на АХ, а е в отрицателна корелация с ИБС. Повечето автори обясняват това с повишаване съдържанието на липопротеиди с висока плътност в кръвта под влияние на алкохола (Клатски, Фридман, 85 г.).

Нашите данни потвърждават горното.

В групите с АХ преобладават употребяващите алкохол — общо 32 към 11 случая.

Докато групата на въздържателите са дали в по-голям процент положителен ВЕМ тест — 32% (8 от 25) срещу 18,2% (10 от 55) за непиещите.

Подобно е отношението по групи:

I група — 33% (5 от 15) към 50% (2 от 4);

II група — 23,5% (4 от 17) към 43% (3 от 7);

III група — 4% (1 от 23) към 21,4% (3 от 14).

ИЗВОДИ:

1. Независимо от липсата на оплаквания, при наличието на рискови фактори е наложително провеждането на ВВМ тест с оглед откриването на хипертоничен тип реакция (при нашето изследване 30%) и/или положителен ВЕМ тест (исхемичен) — при 22% от изследваната група.

2. Отстраняването на рисковите фактори подобрява прогнозата на АХ и профилактира развитието на ИБС.

ВЕНОЗЕН ТЕСТ С АНТИСТЕНОКАРДИН ЗА ДИАГНОСТИКА НА КОРОНАРНАТА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

Д. Шишманов, В. Василев, Д. Гочев, Л. Пенева, К. Кадийска,
А. Чаушев /ВВМИ/

Венозният тест с Дипиридамола (Антистенокардин) се явява една от възможните фармакологични проби в диагностиката на исхемичната болест на сърцето. Наред с бетаблокери, нитроглицерина, калиевия хлорид, компламина и др. дипиридамола може да се използва успешно като неинвазивен метод за изследване в кардиологията.

Дипиридамолят (антистенокардин) предизвиква значително увеличение на обемната скорост на коронарния кръвоток. Той представлява вазодилататор, водещ до разширение предимно на непроменените патологично коронарни артерии. Бързото снижение на съпротивлението на коронарните съдове посредством тяхната дилатация води до изразено увеличение на кръвотока в тези зони. Настъпва преразпределение на коронарното русло със снижение на миокардната перфузия в зоните с патологично променени коронарни съдове („феномен на открадването“). По този път става възможно чрез тест с антистенокардин да се изяви и докаже налична исхемична болест на сърцето.

По данни на Lerro и сътрудници, при съчетаното провеждане на венозния тест с антистенокардин и миокардна сцинтиграфия с Tl201, чувствителността на втората достига 93%. Резултатите не се повлияват съществено от колатералното кръвообръщение и лечението с бетаблокери на изследваните лица. Авторите считат, че миокардната сцинтиграфия с талий, извършена след венозно приложение на антистенокардин, представлява високочувствителен и специфичен диагностичен тест. До аналогичен извод в своите проучвания стигат и Josephson и сътр. Те считат, че изобразения талиев дефект показва по-точно абнормното движение на миокардната стена, сравнен с ангиографските данни. Наличието на колатерали не повлиява значимо резултатите от талиевото преразпределение, настъпило след венозния тест с антистенокардин. При друго изследване проведено от Tauchert и сътрудници антистенокардиновия тест е сравнен с пробата с физическо обременяване на бягаща пътека — трейдмил. Състоящието на коронарното кръвообръщение е определено чрез коронарна

антиография. Въз основа на получените резултати авторите дават предпочитание на антистенокардния тест пред пробата с трейдмил. Отчита се, че венозният тест е с по-малко рискове за болния, достатъчно прецизен метод и са налице по-малък брой контраиндикации за приложението му.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Теста се провежда по методика описана от Сидоренко и сътрудници. Ние прилагаме антистенокардин в доза 0,75 мг/кг телесно тегло, разреден до 20 мл с 5% сол, глюкозе, като се въвежда бавно интравенозно. За три минути се въвежда $1/3$ от дозата, т.е. 0,25 мг/кг телесно тегло. При отсъствие на ЕКГ промени и субективни оплаквания от болния се въвежда остатъка от дозата за време 5 минути. ЕКГ се регистрира по НЕБ: изходно — преди започване на изследването, на третата минута от въвеждане на антистенокардина и след въвеждането на цялата доза през една минута до 15-тата минута. При възникване на пристъп от стенокардия, при изразени исхемични промени настъпващи в ЕКГ или при изразени странични явления се прилага антагонист на антистенокардина — новфилин в доза 0,240 — 10 мл. венозно, което довежда до отстраняване на исхемичните промени и страничните явления. Критериите за положителната проба са същите, както при теста с физическо обременяване.

Изследвани са 36 болни, 2 жени и 34 мъже на средна възраст 49 години (34—61 години). Критерии за подбора на болните съгласно определението на СЗО бяха следните клинични белези: типична стенокардна болка с липса на бърза и клинически изяснена еволюция. Стенокардната болка е със запазена характеристика по отношение на честота, трайност, сила, локализация, разпространение в продължение на месеци и години при фактори (физически усилия, студ, хранене, емоции) които повишават изискванията към коронарното кръвообръщение. Коронарната перфузия, макар и смутена е в състояние да компенсира потребностите на миокарда до определен праг. При по-големи натоварвания или други провокиращи фактори се проявява коронарната недостатъчност. Предполага се, че измененията в коронарните съдове еволюират бавно, като в този период се развива коллатерална мрежа, която компенсира стенозирания коронарен клон и осигурява до известна степен съответната исхемична зона от миокарда. При всички 36 болни е проведен тест с антистенокардин по описаната методика. При 22 от болните е проведен тест с физическо обременяване до достигане на субмаксимална сърдечна честота или появата на друг лимитиращ изследването фактор. Из-

следването е проведено на следващия ден след теста с антистенокардин. При 10 от болните беше проведен антистенокардинов тест, съчетан с TI201 сцинтиграфия на миокардната перфузия. Резултати: при теста с антистенокардин средната сърдечна честота се увеличава от 70 ± 11 удара за 1 мин. до 98 ± 12 удара./р 0.001/ Субективни оплаквания по време на теста се наблюдаваха при 17 болни от 36 изследвани (47,2%). От тях типична ретростернална болка се наблюдава при 4 болни (11,1%), болка и тежест в гърдите без типична характеристика при 12 болни (33,3%). При трима болни без стенокардна болка и при петима от болните при които се появи такава се регистрираха промени говорещи за миокардна исхемия на ЕКГ в ST и T сегментите (22,2%). При провеждането на теста се наблюдаваха известни странични явления при 15 болни (41,6%) като от тях могат да се отбележат: главоболие при 11 болни — 30% гадене и повръщане при 2 болни — 5% камерни екстрасистоли при 5 болни — 14%

Наблюдаваните странични явления при теста с антистенокардин бяха бързопреходни, а само при един болен се наложи да се направи 1 ампула новфилин интравенозно за овладяване на стенокардната болка и повръщането.

При 22 от нашите болни е проведено стресово физическо обременяване на велоергометър. В 12 случая (55%) се наблюдаваха исхемични ЕКГ промени (ST-T депресия от 1 мм под изоелектричната линия или негативирана T вълна от 2 мм). При 10 от болните при които се проведе теста с антистенокардин се изследва миокардната перфузия с TI201. При четирима от болните бяха регистрирани дефекти в перфузията на различни сегменти от миокарда, т.е. в 40% от случаите. Това съпада с данните от литературата Leppo и сътр. Josephson и сътр. Tauchert и сътр. Сидоренко и колектив, където се отбелязва, че съчетаването на антистенокардиновия тест с TI201 сцинтиграфия на миокарда увеличава специфичността и чувствителността на последното изследване. В случая не можем да подкрепим нашите изследвания с коронарографско доказателство, а и подбраната група болни (стабилна стенокардия) не са обект все още на оперативно лечение. Малкият брой проведени сцинтиграфии с TI201 (само 10 на брой) ни ограничава да дадем точна статистическа обработка.

ИЗВОДИ:

1. Теста с антистенокардин е удобен за приложение в клиничната практика при всички форми на стабилна стенокардия в съчетание с други диагностични методи или самостоятелно, и според литературните данни особено в случаите при съпътстващи

заболявания на двигателния апарат, периферните съдове и нерви и отказ на болните за провеждане на тест с физическо обременяване.

2. Ефектите на антистенокардина се осъществяват чрез резистентните съдове, като предизвиква максимална вазодилатация и невъзможност за компенсиране на стенозата по този механизъм.

3. Уместно е съчетаването на TI201 сцинтиграфия на миокарда с антистенокардинов тест, при което се повишава специфичността и чувствителността на двата метода при диагностиката на стабилна стенокардия.

Книгопис — от 6 заглавия — на разположение при авторите.

СЪРДЕЧНА ЧЕСТОТА
ПРИ:

АНТИСТЕНОКАРДИНОВ ТЕСТ

ВЕМ

СЪРДЕЧНА ЧЕСТОТА	СИГМА	95% ДОВЕРИТЕЛЕН ИНТЕРВАЛ	СЪРДЕЧНА СИГМА ЧЕСТОТА	95% ДОВЕРИТЕЛЕН ИНТЕРВАЛ	
$\bar{X}_1 = 70.33$	11.78	74.36—66.31	36	$\bar{X}_3 = 85.75$	10.93
$\bar{X}_2 = 98.64$	12.95	103.06—94.21	36	$\bar{X}_4 = 142.44$	12.40
$P < 0.001$				$P < 0.001$	

$\bar{X}_1$ = ИЗХОДНА СЪРДЕЧНА ЧЕСТОТА ПРИ ТЕСТ С АНТИСТЕНОКАРДИН
 $\bar{X}_2$ = МАКСИМАЛНО ДОСТИГНАТА СЪРДЕЧНА ЧЕСТОТА ПРИ ТЕСТ С
 АНТИСТЕНОКАРДИН

$\bar{X}_3$ = ИЗХОДНА ЧЕСТОТА ПРИ ВЕМ

$\bar{X}_4$ = МАКСИМАЛНО ДОСТИГНАТА ЧЕСТОТА ПРИ ВЕМ

ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ СЪС ЗАСТОЙНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С КОКАРБОКСИЛОЗА

И. Кьостебеков, В. Найденова (Русе)

Застойната сърдечна недостатъчност е клиничен синдром при който сърцето не може да осигури адекватен за метаболитните нужди на тъканите сърдечен минутен обем в условията на нормална хемодинамика и/или е на лице повишено налягане във веннозната система зад отслабналата сърдечна половина. Основни принципи на лечението са три: 1. отстраняване на главните причини, 2. отстраняване на предразполагащи и провокиращи фактори, 3. контрол на основните патофизиологични механизми, което се осъществява по четири начина: а) намаляване на сърдечната честота, б) намаляване на преднатоварването, в) намаляване на следнатоварването, г) увеличаване на миокардния контрактилитет. Последното се постига с оптимално дигитализиране или със симпатикомиметици (допамин, добутамин). Разбира се, на практика отделните медикаменти имат комбиниран, понякога сложен ефект върху хемодинамиката. Трудностите с които се сблъскват интернистите произтичат и от многобройните странични ефекти от лечението с дигиталисови препарати, диуретици, симпатикомиметици. Проблем за лечението си остава и групата на идиопатичните кардиомиопatii. Също така в крайните си етапи стават резистентни на лечение и исхемичната, ревматичните и други кардиомиопatii с известна етиология и патогенеза. Интерес представлява и често срещаната се напоследък дигиталисова интоксикация, която се комбинира с налична или прогресираща застойна сърдечна недостатъчност, при която голям брой от медикаментите не само са противопоказани, но и понякога фатално увреждащи.

Това наложи да се погледни по-сериозно на известните до сега (макар и с много по-слаб хемодинамичен ефект) лекарства, повлияващи интимния механизъм на сърдечната обмяна. Към тази група принадлежат основно атрифос (фосфобийон) и кокарбоксилаза. Кокарбоксилазата по биологично действие се приближава до ензимите и витамините — тя е физиологично активната форма на витамин В₁, тъй като въведен в организма тиаминът (витамин В₁) чрез фосфорилиране се превръща в кокарбоксилаза. Тя представлява коензим на ензима карбоксилаза който от своя страна участва активно във въглехидратната обмяна, катализирайки карбоксилирането и декарбоксилирането на алфа-кето-киселините. Биологичните свойства на кокарбоксилазата не съв-

падат с тези на витамин В₁ и тя не може да се използва за лечение на авитаминоза В₁.

При недостиг на кокарбоксилаза в тъканите се натрупва пирогроздена киселина, развиват се полиневрити, нарушава се дейността на сърцето. Тя влияе благоприятно върху процесите на обмяната, намалява ацидозата, а при аритмиите води до забавяне и регулиране на пулса, спомага за намаляване на болковите пристъпи при стенокардия. Обикновено не се прилага самостоятелно, а влиза в състава на комплексната терапия.

Кокарбоксилазата представлява бял кристален прах (анхидрид) разлага се при температура 218° С, разтваря се във вода, има неутрална реакция и не се разтваря в спирт и хлороформ. Има молекулна формула C₁₀ H₁₂ N₄ O₃ и молекулно тегло 268,23. Притежава следните фармакологични свойства: 1) преминава без трудности през клетъчната мембрана за разлика от нуклеотидите, включително и АТФ. 2) участва във въглехидратната обмяна, по-точно в глюकोлизата, особено в условията на кислороден глад, когато разграждането на макроергичното съединение АТФ е невъзможно, или концентрацията на последното е ниска, 3) активира карбоксилазата, което има значение за окислението на пировата и други алфа-кето-киселини, 4) активира ксантиндехидрогеназата в черния дроб на пилета и мишки, 5) има отношение към синтеза на нуклеотидите — ДНК и РНК, 6) притежава изключително ниска токсичност, която позволява прилагането ѝ в големи дози, 7) за разлика от АТФ не разширява коронарните съдове и не забавя чувствително честотата на пулса.

В условията на стационарно лечение в периода от I. I. 1985 г. до 16. VII, 1986 г. бяха изследвани фармакологичните свойства върху известен брой болни. Освен при кардиологични случаи, кокарбоксилазата бе прилагана при уремични състояния, полиневрити, хепатопатии, интоксикации. От тях за изследването бяха заделени 21 болни с изразени прояви на сърдечна недостатъчност, на възраст от 32 до 78 години, 17 мъже и 4 жени. От тях 6 случая бяха с ИБС-миокардиосклерозис атеросклеротика (с два случая на стенокардия), 7 случая с ИБС — миокардиосклерозис постинфаркта с нестабилна стенокардия, 3 случая с ревматична кардиомиопатия (комбинирани клапни пороци), 3 случая с доказани ехографски конгестивни кардиомиопатии и по 1 случай с Морбус хипертоникус-кор хипертоникум и Хронична обструктивна кардиомиопатия с кор пулмонале и сърдечна недостатъчност. Според класификацията на Стражеско-Ланг сърдечната недостатъчност в 5 от случаите беше I стадий, в 9 случая — II стадий (в 5 — 2А и в 4 — 2Б стадий) и в 7 от случаите — III стадий

Подбраните болни имаха при всички случаи по 2-3 съпътстващи заболявания: 11 случая с артериална хипертония, 4 — ХОББ, 2 — с диабет и пиелонефрит, 2 — с дуоденална язва и 3 — с хроничен хепатит. При 3 случая бе доказан намален толеранс към дигиталис.

Използвана бе стандартна схема на лечение от 2 пъти по 1 ампула (50 мг) производство на фирмата „Полфа“ (Полша) дневно мускулно в продължение на 20 дни. В два от случаите парентералното приложение бе продължено с перорално с медикамента Инозие-Ф (таблетки 200 мг) в дневен курс 3 по 2 таблетки, производство Моришита-Япония, с много добър ефект. В миоинството от случаите кокарбоксилазата бе комбинирана с дигиталисови глюкозиди, коронародилататори, нитрати, диуретици, антихипертензивни, бетаблокери и К-съдържащи препарати. Отбеляза се намаление, макар и незначително, на насищаната доза на дигиталисовите препарати. Особено интересни бяха трите случая с дигиталисова интоксикация и наличие на II и III степен сърдечна недостатъчност, при които лечението беше проведено само с кокарбоксилаза, К-съхраняващи диуретици и калиеви препарати. Добър резултат бе постигнат при лечението на конгестивните кардиомиопатии, за които е характерно, че миокарда е особено чувствителен към дигиталис. При четири от случаите препаратата спомогна за по-бързото (преди постигане на максималната доза на насищане с дигиталис) коригиране на предсърдното мъждене в синусов ритъм. Не беше поставено за цел на изследването разреждане на коронарната болка, но при случаите със стенокардия се отбелязва такъв ефект.

За отчитане на резултатите бяха използвани две основни групи критерии:

I. субективна: намаляване на чувството на задух, подобрение в общото самочуствие, намаляване на прекордиалната опресня;

II. обективна, включваща:

1. физикално изследване — ортопнея, застойни хрипове, отоци, ниво на черния дроб и пулсова честота;

2. инструментални методи — рентгенография на сърце и бял дроб, данни за белодробен застой и ЕКГ с рутинните отвеждания. Избрана бе следната система на оценки:

— слаб — при неповлияване или повлияване само на един критерий

— незадоволителен — при благоприятно повлияване на два

— среден — при благоприятно повлияване на три критерия,

— добър — при повлияване на четири критерия.

— много добър — при повлияване на пет критерия.,

— отличен — при повлияване на шест и повече критерии.

Като обобщение за всички болни — най-добре се повлия чувството на задъх и се подобри общото самочуствие, а прекордиалната опресня се повлия по-трудно. Началото на ефекта е бавен и трудно отграничим — наблюдава се след 10 — 14 дни лечение, но за сметка на това е по-продължителен (1 — 2 месеци). След втората седмица се маркират отчетливо и промените в ЕКГ изразяващи се в подобрене на реполяризационните промени, намаляване на дигиталисовите промени, разреждане на екstrasистолите и се избистря рентгеновия образ. По това време се отчита и подобряване на останалите критерии — намаляване на отоците, прибиране на черния дроб, отзвучаване на хриповете. Промяна в стойностите на артериалното налягане не бе установена, а пулсовата честота намалва незначително — с 10 — 15 удара в мин. във вероятна връзка с подобряване на декомпенсацията. Забелязва се по-отчетлив ефект на медикамента в случаите с по-изразена сърдечна недостатъчност.

Отчитайки горните ефекти, ние си даваме сметка за значението на болничния режим, диетата и останалата медикаментозна терапия. При всички случаи не бяха установени странични действия или алергия към медикамента. Не бе установена фармакологична несъвместимост с останалата терапия.

Резултатите са обобщени в приложените таблици.

ИЗВОДИ:

1. Кокарбоксилазата може да заеме заслужено място като субституираща терапия при лечението на застойната сърдечна недостатъчност.

2. Лечението да се проведе като продължителен курс с желателна поддържаща перорална терапия.

3. Кокарбоксилазата може да се приложи като основен медикамент при лечението на дигиталисовата интоксикация.

4. Препаратът е вероятно подходящ за субституираща терапия при лечението на застойните прояви при конгестивната /дилативна/ кардиомиопатия.

5. Медикаментът вероятно води до намаление на дозата на насищане на дигиталисовите препарати.

6. Кокарбоксилазата е подходяща при лечение и на съпътстващите вътрешни и неврологични заболявания (чиито показания са известни на съответните специалисти) на застойната сърдечна недостатъчност.

7. Не бяха установени реакции на несъвместимост, странични явления и алергични прояви.

Книгопис — от 5 заглавия — на разположение при авторите.

Таблица 1

№ по ред	Нозологична единица	Общо случаи	О Ц Е Н К А					
			Слаб	Неудов.	Среден	Добър	Мн.доб.	Отд.
1	Ишемична болест на сърцето Миокардна ате- росклероза	4				1	1	2
2	Ишемична бо- лест на сърцето Миокардиоскле- роза постинф.	7	1			1	1	4
3	ИБС — Стено- кардия	2		1		1		
4	Ревматична кар- диомиопатия	3					1	2
5	Конгестивна кардиомиопатия	3						3
6	Морбус хиперто- никус Кор хипертони- кум	1			1			
7	ХОББ Кор пулмонале	1					1	
ВСИЧКО		21	1	1	1	3	4	11
ПРОЦЕНТ		100%	4,8%	4,8%	4,8%	14,2%	19,2%	52,3%

Таблица 2

№ по ред	Степен сърдечна недостатъчност	Общо случаи	О Ц Е Н К А				
			Слаб	Неудов.	Среден	Добър	Мн.добър
1	I степен сърдечна недостатъчност	5				1	3
	Процент	23,8%				4,8%	14,2%
2	II степен сърдечна недостатъчност	9	1		1	3	1
	Процент	43%	4,8%		4,8%	14,2%	4,8%
3	III степен сърдечна недостатъчност	7		1			6
	Процент	33,5%		4,8%			28,6%
	ВСИЧКО:	21					

ПО ВЪПРОСА ЗА ЕФИКАСНОСТТА НА РАЗЛИЧНИТЕ МЕТОДИКИ ПРИ САНИРАНЕ НОСИТЕЛИТЕ НА БЕТА ХЕМОЛИТИЧНИ СТРЕПТОКОКИ.

Д. Ковачев (Русе)

Преди повече от три десетилетия е била установена връзката на ревматизма с хемолитичните стрептококи от групата A-Sorby и Paul. Наблюденията са показали, че много често епидемиите от ревматизъм в отделни колективи и войскови подразделения са бивали предшествувани от стрептококовите инфекции. В санаториумите на ревматично болните рядко са бивали отбелязвани рецидиви без наличност на стрептококови инфекции между болните в санаториума.

Множество епидемиологични, бактериологични и серологични проучвания в последните десетилетия недвусмислено потвърдиха връзката на бета хемолитичния стрептокок с ревматизма. Това се потвърждава от известните факти: 1. Честото предхождане на ревматизъм от стрептококова инфекция в горните дихателни пътища. 2. Паралелизъм между разпространението на ревматизма и стрептококовата инфекция в зависимост от сезона, географската ширина, климата и възрастта. 3. Повишаване титъра на антителата, които се образуват по отношение токсините на хемолитичния стрептокок като антистрептолизина O, антистрептокиназата, антихиалорунидазата и други. 4. Профилактичният ефект на пеницилина и сулфонамидите при саниране на носители на бета хемолитични стрептококи, което води към резултатна профилактика на ревматизма и неговото ограничаване.

Наблюденията показали, че преболеждали от ревматизъм, подложени на химиопрофилактика при стрептококова инфекция в горните дихателни пътища значително по-рядко дават рецидиви.

Изследвания за носителство на бета хемолитични стрептококи в здрави хора извършвани от различни автори дават разнообразни стойности, което до голяма степен е зависело от сезона, географската ширина и възрастта. Така например, в нас Наков е правил изследване над печатарски работници в държавната печатница и е намерил в 11% носители на бета хемолитични стрептококи.

Дончев при деца е намерил носители на бета хемолитични стрептококи в 29,4%, а Ковачев в новопостъпили в казармата войници намира 9,11%, който процент след сто дневно колективно съжителство достигнал 16,5%.

Като се има предвид данните от последните години по отношение честотата на ревматизма и стрептококовите инфекции в горните дихателни пътища 2—3% е видно, че значителното носи-

телство на бета хемолитични стрептококи представлява потенциал за развитие на ревматизма в организмите с променена реактивност. В настоящият етап на познанията, санирането на бета хемолитичните стрептококи в горните дихателни пътища като профилактична мярка за ревматизма е от решаващо значение при следните случаи:

1. За предпазване от ревматичен рецидив при възпаление на горните дихателни пътища в преболедалите от ревматизъм.

2. За прекъсване на ревматичен взрив сред индивиди поставени при условия на колективно съжителство, където издирването на носителите на бета хемолитични стрептококи и санирането им води към преустановяване на поредицата от ревматични заболявания.

С настоящето проучване се постави за цел да се установи възможния по-краткотраен, лесен за приложение, икономичен, но същевременно ефикасен метод за саниране на горните дихателни пътища от бета хемолитични стрептококи, който същевременно да е удобен за приложение при колективи като обществения, училища, казарми, пансиони и т.н.

Като химиотерапевтични средства за профилактика бяха определени следните препарати производство на Фармахим а) Пеницилин калиева и натриева соли, които приложени мускулно бързо достигат терапевтичната кръвна концентрация, която оптимално се задържа до 4 часа. б) Процилин, който се резорбира бавно и поддържа терапевтичното ниво в кръвта 12 до 24 часа. в) Депосулфамид г) Бензацилин.

ПОСТАНОВКА НА РАБОТАТА

Извършваше се търсене на бета хемолитични стрептококи във войници от едно поделение в продължение на няколко години през месеците декември, януари и февруари. Поделението се намира в климатична зона с рязко континентален климат. Вземаше се сутрин преди храна секрет от тонзилофарингеалната област със стерилен памучен тампон. Правеше се посевка върху бульона на Тод и след 24 часово култивиране се извършваше посевка върху кръвен агар, след което колонните с бета хемолитична зона се гледаха на препарат оцветен по Грам. Същите се препосяха на кръвен агар за бацетрацинов тест. Бацетрациновите колонии се препосяха върху средата на Бирковски.

Намерените 120 носители на бета хемолитични стрептококи бяха подлагани на саниране както следва:

1. Тридесет носители се санираха с депосулфамид три дни по две таблетки и четири дни по една таблетка дневно.

2. Петнадесет носители се санираха с пеницилин приложен двукратно през дванадесет часа по 300,000 Е на апликация, общо 600,000 Е за деңоношиѐ. Санирането се проведе седем дни.

3. Двадесет и пет носители се санираха с процилин приложен двукратно през дванадесет часа по 300,000Е на апликация, общо 600,000Е за деңоношиѐ. Санирането се проведе седем дни.

4. Двадесет носители се санираха с процилин приложен еднократно в доза 600,000Е дневно в продължение на седем дни.

5. Тридесет носители се санираха с бензацилин приложен еднократно в доза 1,120,000 Е.

Непосредствено след цялостното саниране се търсеха бета хемолитични стрептококи в тонзилофарингеалната област. На санираните обаче с еднократно приложение на бензацилин контролното изследване се извърши на 10—11 ден след бензацилинната апликация.

Процентното съотношение статистически се обработи по метода на анализа за относителните величини.

РЕЗУЛТАТ И ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите са дадени в таблица 1.

От приложената таблица е видно, че най-добър ефект при санирането се получи от прилагането на процилин два пъти по 300,000Е в деңоношиѐ седем дни поред и от прилагането на бензацилин 1,200,000 еднократно. Двата метода се оказаха най-ефекасни. След санирането с процилин всички 25 носители на бета хемолитични стрептококи се оказаха без наличие на такива в тонзилофарингса (санирани в $86,69\% \pm 13,31\%$.) а при профилактиката с бензацилин от 30 санирани носители само в 4 се намериха бета хемолитични стрептококи (санирани в $86,67\% \pm 6,31\%$). Тъй като приложението на бензацилина е методика бърза и нетрудоемка, тя се очерта като най-перспективна и практична, особено при саниране на по-големи контингентни.

Що се отнася до преоралната профилактика с депосулфонамид по дадената схема се приема, че заслужава внимание, тъй като не се изискват условия за парентерална апликация и получените резултати се преценяват за добри.

Направеното проучване ще бъде продължено с оглед по-голямата достоверност на получените резултати.

ИЗВОДИ:

1. От приложените методики за саниране на тонзилофарингеалната област от бета хемолитични стрептококи се намери за най-ефекасно приложението на процилин два пъти по 300, 000 Е дневно в продължение на 7 дни и бензацилин 1,200,000Е приложен

ТАБЛИЦА I
 Резултат от медикаментозната профилактична
 терапия над носителите на бета хемолитични
 стрептококи

Вид на лечението	Време на прилагането	Подложени на санитране носители на хемолитични стрептококи	Успешно санитирани стрептококоносители		Останали носители на бета хемолитични стрептококи след санитрането	
			Брой	Процент	Брой	Процент
А. Девосулфонамид			22	73.33	8	26.67
3 дни по 2 т.	7 дни	30		±8.21		±8.21
4 дни по 1 т.						
Б. Пеницилин	7 дни	15	11	73.33	4	26.67
2 пъти по 300,00 Е дневно				±11.22		±11.22
В. Процилин	7 дни	25	25	100	0	0
2 пъти по 300,000Е дневно				±13.31		±13.31
Г. Процилин веднъж дневно	7 дни	20	16	80	4	20
600000 Е				± 9.18		± 9.18
Д. Бензацилин	1 ден	30	26	86.67	4	13.33
1,200,000Е еднократно				± 6.31		± 6.31

еднократно.

2. Санирането с депосулфамид по дадената схема при обстановка непозволяваща парентерална профилактика е резултатна и превъзхожда останалите методики по отношение лесното и независимото от медицински кадри приложение.

КНИГОПИС:

Дванадесет заглавия- в автора.

УВРЕЖДАНЕ НА МИОКАРДА ПРИ РУБЕОЛА

Д. КОВАЧЕВ(Русе)

При инфекциозните болести в зависимост от етиологичният момент се обуславят миокардни увреждания причинени от вируси, бактерии, микози, в по-редки от паразити. При вирусните инфекции причинителят прониква предимно в клетките на миокарда предизвиквайки възпалителни реакции. По-рядко биват засегнати ендотелните и интерстициалните клетки.

Паренхимните и интерстициални промени могат да претърпят обратно развитие без да настъпи промяна, но е възможно да настъпят промени в мускулните влакна водещи до тяхното загиране и разрастване на грануляционна тъкан. Формира се миокарднофиброза споменавана често, като вирусна миокардоза.

Миокардни изменения са установявани често при морбили, дори и в рековалесцентния период, вариола, епидемичен паротит при който в 4 — 15% от болните се срещат електрокардиографски промени, инфекциозна мононуклеоза, остър полиомиелит, вирусен хепатит и т.н. Оскъдни са съобщенията за засягане на миокарда при варицела.

Що се отнася до рубеола вероятно не е установено често увреждане на миокарда, тъй като в литературата с която се разполагаше не се намери третиране на този въпрос.

В колектив от войници в продължение на три дни се установиха 22 случая от рубеола. Епидемиологичното проучване показва, че в населеното място в което живее войнишкият колектив има епидемия от рубеола предимно сред учащите се. Диагнозата е била потвърдена серологично.

Заболяването започваше изведнъж с температура 38-39°, траяща два, по-рядко три дни, която спадаше критично. По кожата на болните се откриваше характерният изрив съпроводен с отпадналост, главоболие, болки в мускулите, в единични случаи в ставите. В шест от дванадесетях от болните се намериха увеличени лимфни жлези по врата и зад ушите. След спадане на температурата заболялите се чувстваха добре и стационарното лечение се преустановяваше. Усложнения не се установиха.

С постъпването на лечение се извърши електрокардиографско изследване, като се правеха периферните униполарни и биполарни и шест стандартни гръдни отвеждания. Случаите при които се намериха електрокардиографски промени се проследиха амбулаторно тридесет дни, като през седем дни се правеше контролното електрокардиографско изследване. По-продължително наблюдение нямаше възможност да се извърши, тъй като преболедевалите бяха разпратени по принадлежност.

От преболедевалите 22 души с електрокардиографски промени се намериха 9. Промените по вид и времетраене са показани на таблицата:

ВИД НА ЕКГ ИЗМЕНЕНИЕТО	БРОЙ НА СЛУЧАИТЕ	ВРЕМЕТРАЕНЕ НА УВРЕЖДАНЕТО
Смущение в предсърдната проводимост	2	1 — 14 дни 1 след 30 дни промените не са напълно отзвучали
Мигриращ/плъзгащ ритъм/	2	1 — 7 дни 1 — 14 дни
Камерна екстра систолия	1	12 дни
Смущение в камерната проводимост	1	След 30 дни промените напълно не са отзвучали
Синусова брадикардия	2	1 с честота 48 — 7 дни 1 с честота 52 — 7 дни
Смутена реполяризация	1	21 дни

1. Прави впечатление честотата на миокардните изменения при наблюдаваната рубеолна епидемия (в 9 от 22 заболяли).

2. По-голямата част от ЕКГ промените са в предсърдното смущение в предсърдната проводимост 2, мигриращ ритъм 2, синусова брадикардия 2.

3. Промени в реполяризацията, които по-често се срещат при инфекциозните заболявания се регистрираха само в един случай.

Естествено наблюдаваните случаи са малко и не могат да се правят категорични изводи за кардиотропността на вируса, поради липса на статистическа достоверност.
Книгопис: четири заглавия — в автора.

ПРОУЧВАНИЯ ВЪРХУ СВОЕВРЕМЕННАТА ДИАГНОСТИКА НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СТОМАХА ПРИ СЪВРЕМЕННИ УСЛОВИЯ

Р. Хинков, Д. Такъв, Ст. Русанов, К. Везирев (ВВМИ)

Карциномът на стомаха е едно от най-честите заболявания на човешкия организъм, а в някои страни заема първо място при неоплазиите на стомашночревния тракт. Нехарактерните субективни оплаквания в началния стадий, сравнително ранното метастазиране и относителната резистентност към цитостатично лечение намаляват значително възможността за благоприятен изход на болестта. Ето защо усилията на медицинския персонал трябва да бъдат насочени към възможно най-ранно диагностициране на заболяването, когато е възможна радикална оперативна интервенция. Известни надежди в тази насока дават съобщенията на японски автори за нарастване процента на ранно диагностицирани карциноми при използването на масови профилактични ендоскопски прегледи при рисковите контингенти.

В доклада е представено проучването на част от болните със злокачествени заболявания на стомаха диагностицирани в ендоскопския кабинет към II вътрешна клиника, с анализ на следните основни въпроси:

1. Каква е била първоначалната амбулаторно-клинична диагноза?
2. Каква е първичната рентгенова диагноза преди ендоскопията?
3. Причината за закъснение при поставяне на диагнозата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

Проучихме данните на 50 души със злокачествени заболявания на стомаха, от които 33 мъже и 17 жени, на средна възраст 52,8 години (ранг 21-70 г.), като 74% от болните са над 50 г. възраст. Окончателната диагноза е поставена ендоскопски, хистологично, а в част от случаите и оперативно. При извършване на ендоскопията е използван панендоскоп тип „K2“ и гастрофиброскоп на фирмата „ОЛИМПУС“ — Япония. Вземането на ма-

териал за хистологично изследване се извършване със стандартни биопсични щипки за тези апарати.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

Давността и характера на субективните оплаквания при първичния медицински преглед са представени на табл. № 1.

Таблица №1

О П Л А К В А Н И Я					
давност	бр.б.		бр.б.		бр.б.
до 3 месеца	10	болки в епиг.	38	намален апетит	10
3—6 месеца	12	тежест в епиг.	3	отслабване	2
6—12 мес.	14	гадене	5	отпадналост	3
1—2 години	9	повръщане	8	метеоризъм	3
над 2 години	4	дисфагия	3	мелена	3

Най-често продължителността на оплакванията е била в интервала от 3—12 месеца (53%), а най-голям процент от болните са имали болки в епигастриума, наподобяващи тези при язвена болест (76%). Характерна е нетипичността на субективните прояви, които могат да се срещнат при голям брой заболявания на горния отдел на ГИТ.

За своевременно поставяне на диагнозата от голямо значение е срока на извършване на първичния медицински преглед, след появата на първите симптоми, като основна роля е тази на пациента. При проучените болни в срок от три месеца от началото на оплакванията на лекарски преглед са отишли 35 души — 75%, а останалите 25% са потърсили лекарска помощ в интервала от 3 мес. до 2 год. Причината за закъснението на първичния преглед при тези болни е тяхното убеждение, че нямат сериозно заболяване поради поносимостта на оплакванията.

Какво е било поведението на лекаря за установяване на точната диагноза? От анализа на данните се установява, че в 68% е поставена по начало грешна диагноза, 18% от болните не са проследени динамично, при 12% не е назначено рентгеново изследване, при голяма част от пациентите не са извършени елементарни лабораторни изследвания, достъпни за всяка лаборатория.

Рентгеновото изследване заема важно място при диагностицирането на малигнените заболявания на стомаха. Съществен е въпросът за срока на изпращане на болните за рентгеново изследване след първичния медицински преглед, което е представено на табл. № 2

Таблица №2

С Р О К	бр. болни	С Р О К	бр. болни
веднага	9	7—12 месеца	7
1 — 3 месеца	18	над 1 година	5
4 — 6 месеца	9		

Както е видно от таблицата, в около 43% от болните закъснението с рентгеновият преглед е повече от три месеца, като в тези случаи причината не трябва да търсим в болните.

Рентгенологичните диагнози са представени на табл. № 3:

Таблица №3

РЕНТГЕНОВА ДИАГНОЗА	бр. болни	РЕНТГЕНОВА ДИАГНОЗА	бр. болни
Стомашен карцином	10	хроничен гастрит	9
съмнение за карцином	5	хр. гастродуоденит	5
ектодерма	1	дуоденална язва	4
стом. полип	1	деформация на б. дуодени	1
стомашна язва	6	спастичен колит	1
стомашен дивертикул	1	б.о.	4
съмн. за стом. язва	1		

От анализа на представените данни се установява, че сигурна рентгенологична диагноза за карцином на стомаха е поставена в 23%, а съмнение за карцином в 10% от случаите. В останалите 67% рентгенологичните диагнози са представени на таблицата, като при 6 души с диагностицирана стомашна язва явно се е касало за първичен карцином или дегенерирала стомашна язва, което

още един път подчертава трудността в диференциалната диагноза между двете заболявания. Прави впечатление големия процент (30%) рентгенологично поставена диагноза за хроничен гастрит или гастродуоденит, без да се подозира стомашен карцином, въпреки рисковата възраст на изследваните болни. Ние считаме, че причините за неправилно поставени рентгенологични диагнози са следните:

1. Недостатъчна подготовка на рентгенолога и ненасочено търсене на малигнено заболяване на стомаха.

2. Липса на съвременна рентгенова апаратура.

3. Трудно доловимите рентгенологични промени при наличен карцином.

4. Разположение на промените в кардиалният отдел (при малка част от случаите), при което рентгенологичното изследване се осъществява със специални прийоми.

При проведените повторни рентгенологични прегледи допълнително при още 7 души се поставя истинската диагноза, а при 4 се изказва съмнение за злокачествено заболяване на стомаха (повторните прегледи се извършват в друго здравно заведение — най-често във ВВМИ). Натъкнахме се на фрапантни случаи с 3 до 5 рентгенови прегледа без да се постави вярната диагноза. Трябва да се отбележи, че първичният рентгенологичен преглед е извършван в здравни заведения в цялата страна.

Понастоящем е прието, че рентгенологичното изследване и ендоскопията са два взаимно допълващи се диагностични метода, като предпочитание се дава на ендоскопското изследване, поради възможността за биопсия, улавяне и на минималните лигавични промени и липсата на „слепи“ зони при диагностичния оглед. Как е била използвана ендоскопията като диагностичен метод при проучените болни?

На следващата таблица № 4 е представен срока на изпращане на болните за гастроскопия след рентгеновото изследване.

Таблица №4

С Р О К	брой болни
ВЕДНАГА	21
1 — 3 месеца	9
4 — 6 месеца	4
7 — 12 месеца	1
над 1 година	7

Както е видно от таблицата 50% от болните са изпратени за ендоскопия в срок до 1 месец от рентгеновия преглед, а останалите — в различни срокове от 1 мес. до 2 год. Ендоскопски при всички болни е поставена вярната диагноза, като само при двама души първата гастроскопия не е установила карцином, но след повторно изследване в интервал от 2 до 7 месеца диагнозата е уточнена. Хистологично при 49 от болните е доказан аденокарцином, а при 1 — ретикулосарком. Закъснението при половината от болните показва, че част от лекарите не познават възможностите за съвременна диагностика на това заболяване.

Необходимо е да подчертаем, че голяма част от болните са имали отклонения в лабораторните изследвания, задължавани диагностичното им уточняване, а именно: при 20 души (от 30 изследвани амбулаторно), е открита анемия, при 24 (от 26 изследвани) СУЕ е била леко, средно или силно повишена.

Интерес представлява, какви са амбулаторно-поликлиничните диагнози при болните, при които след първичния рентгенов преглед не е установен карцином, които са представени на табл. 5:

Таблица №5

Д И А Г Н О З А	бр. болни	Д И А Г Н О З А	бр. болни
хроничен гастрит	18	„нервен“ стомах	1
хр. гастродуоденит	5	невралгия	1
стомашна язва	8	невроза	2
дуоденална язва	11	вегетативна полиневроза	1
стомашен полип	1	невро-вег. дистония	1
стомашен дивертикул	1	спастичен колит	1
хнатусова херния	1	анемия	2

Прави впечатление, че най-големи грешки се правят с хроничен гастрит и гастродуоденит, язвената болест и функционалните неврологични заболявания, което води до неадекватно лечение и закъснение при поставяне на точната диагноза.

На следващата таблица са представени срока на закъснение при поставяне на диагнозата и чия е вината за закъснението:

Таблица №6

СРОК ЗА ПОСТАВЯНЕ НА ВЯРНА ДИАГНОЗА	бр. болни	ПРИЧИНА ЗА ЗАКЪСНЕ- НИЕТО	бр. болни
до 1 месец	3	на болния	6
1 — 3 месеца	7	на лекаря	29
4 — 12 месеца	23	на болния и лекаря	12
над 1 година	17		
	вс. 50		вс. 47

Ние приехме условно, че ако точната диагноза се постави до 1 месец от началото на оплакванията, това ще бъде своевременно изградена диагноза, независимо, че може да се касае за напреднал процес. За съжаление само при 3 болни (6%) от проучените диагнозата е поставена за по-малко от 30 дни. Най-често тя е уточнявана в срок от 4 — 12 мес. (при 46%), а дори и след 1 год (при 34%). Показателно е, че при повече от половината болни (58%) вина за забавянето имат лекарите. От направения анализ се очертават следните най-чести причини:

1. Ненасочено изследване и непознаване на рисковите контингенти.
2. Неправилна преценка и недооценяване на лабораторните показатели.
3. Неточна рентгенологична диагноза.
4. Недостатъчно проследяване на болните.

Съвсем накратко ще приведем за пример три случая:

Случай № 1: М.Н.С. — жена на 67 г. възраст с оплаквания от „бодежи“ в епигаструма и намален апетит, за което е преглеждана в селския участък, в Районната болница в гр. Айтос и в гр. Бургас, където ѝ изписват лечение след физикалният преглед и ѝ препоръчват да си лекува „нервите“ в Баня. Едва след 7 месеца диагнозата е установена рентгенологично и ендоскопски във ВВМИ.

Случай № 2: Г.О.Д. — 61 год. мъж, с оплаквания от болки в епигастриума, датиращи от 1 г. и 4 мес., за което е извършено рентгенологично изследване в гр. Оряхово и са открити данни за гастрит, за което е лекуван. При физикалния преглед се откри Вирхова жлеза колкото кестен, а при ендоскопията — напреднал стомашен карцином.

Случай № 3: К.Н.К. — 55 г. мъж, с оплаквания от болки в епи-

гастриума, безапетитие, отслабване на тегло. Началото на оплакванията датират от 2 години, за което е прегледан многократно амбулаторно и са поставяни следните диагнози: невровегетативна дистония, хрон. гастрит неврастенна невроза, невровралгия, вегетативна полиневроза на крайниците, дуоденална язва. При ендоскопското изследване се откриха данни за напреднал стомашен карцином.

ИЗВОДИ:

1. Въпреки наличието на богато развита мрежа от медицински учреждения, снабдени със съвременна апаратура, диагнозата на стомашния карцином се поставя с голямо закъснение. От представените 50 случая, само в 6% тя е поставена в срок до 1 месец от началото на оплакванията.

2. Закъснението при поставяне на диагнозата стомашен карцином най-често е станало по вина на лекаря (в нашето проучване — при 58%), което говори за слаба онкологична насоченост в предните звена на медицинската помощ.

3. Необходимо е диспансеризиране и задължително проследяване на болните със стомашни оплаквания, с разширяване на диагностичните търсения при липса на задоволителни лечебни резултати.

4. Добрият общ вид и нормалните лабораторни показатели при болни с горно диспептичен синдром на възраст над 50 г. не изключват наличието на стомашен карцином. Необходимо е тези болни да бъдат диспансеризирани.

ДИАГНОСТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ НА СОЛНО- КИСЕЛИННИЯ ПЕРФУЗИОНЕН ТЕСТ ПРИ РЕФЛУКС- ЕЗОФАГИТ

СТ. СИМИТЧИЕВ (Пловдив)

През 1958 г., L. M. Bernstein и L. A. Beker предложиха перфузионен тест за доказване на рефлукс-езофагит, чрез обливане на хранопровода с 0,1N HCl. Този тест по-късно модифициран многократно намери надеждно приложение в клиничната практика, печелейки преди всичко със своята простота, лесна изпълнимост — неизискваща сложна апаратура и със своята си специфичност и чувствителност, съответно 82% и 79% по класирането на методите за доказване на рефлуксна хранопроводна патология на J.E. Richter и D.O.Castell. Въпреки, че в нашата клинична практика той не е заемл подобаващо място, много клиницисти извличат от него ценни данни, прилагайки го като достоверен тест за доказване хранопроводния произход на епигастралната болка и повишената чувствителност на хранопроводните нервни окончания при киселинното дразнене на възпадената мукоза.

Н.Ф. Лорие и О.С. Радбиль го определят, като тест, доказващ увреждането на хранопроводната лигавица наред с ендоскопията, биопсията и рентгенографията на хранопровода. Тъй като за чувствителността и специфичността на перфузионната проба на Бърнстейн-Бекер при доказването на настъпили деструктивни лигавични промени в хранопровода има много противоречиви становища, а R. J. Earlam твърди, че чувствителността на пробата варира и не е проучена връзката ѝ с макроскопските и хистологични промени, ние си поставихме за цел да проверим сензитивността на теста при болни с язвена болест, протичаща с рефлуксен синдром, като резултатите съпоставим с ендоскопската и морфологична картина и какво е отношението на стомашната секреция. У нас няма публикувани подобни изследвания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

В клинични условия изследвахме 52 болни на възраст от 18 до 72 години с язвена болест в остър стадий, съпроводена с гастроэзофагеален рефлукс, диагностициран рентгенологично и фиброендоскопски.

Перфузионната проба със солна киселина се провеждаше по описаната в ръководството методика и модифицирана от R. J.

Earlam. След завършване на рутинното изследване за базална и стимулирана с пентагастрин стомашна секреция, поставената тънка гумена сонда в стомаха, се изтегляше на 30 — 35 см. височина от съзбието и се перфузираше 20 — 30 мл 0,1 NHCl в продължение на 5 — 10 минути. След това през същата сонда се вкарваше физиологичен разтвор и се караше болният да сравни наличието на болка (ако имаше такава) по време на двата сеанса. Определяше се интензивността и характера на болката. Болният не познава съдържанието на перфузираната течност. За положителна се приемаше тази проба, при която болният усещаше болка или силно парене зад гр. кост, вследствие изливането през сондата на децинормална солна киселина. Това ни информираше за наличието на повишена чувствителност в рецепторите на хранопроводната мукоза, раздразнени от протичащия възпалителен процес и провокирани отново от солно-киселинното дразнене.

РЕЗУЛТАТ И ОБСЪЖДАНЕ

От изследваните 52 болни с язвена болест и гастроезофагеален рефлукс теста бе положителен в 38 от случаите, т.е. 73,1 ± 6,1%. Ендоскопски белези за рефлукс-езофагит намерихме при 33 болни, като при 3-ма бяха установени ерозивни промени в лигавицата. Преобладаваха случаите с катарални визуални изяви. При хистологичното изследване се установи в 27 болни данни за умерено изразен езофагит и при 8 от случаите изразен езофагит, или общо в 35 от изследваните имаше хистологични данни за рефлукс-езофагит. Тези данни съответствуват на получената позитивна проба с перфузия 0,1 NHCl. Очевидно е много близкото съотношение на резултатите от трите изследвания, което потвърждава мнението и на други автори, че пробата на Бърнщайн-Бекер има висока специфичност и корелира много добре с ендоскопско-морфологичните изменения в долната трета на хранопровода. Дори някои автори изказват мнение, че на киселинно-перфузионния тест може да се разчита повече, отколкото на манометричната и радиологична техника.

Изследването на стомашната секреция показва хиперсекреторен тип базална секреция у 30 болни, стимулираната секреция бе увеличена при 28 болни, а БАО се измери повишено при 30 болни, МАО — 10 болни. Намирането на тези данни потвърждава становището, че рефлукс-езофагитът се съпровожда с по-честа базална хиперсекреция и хиперацидитет, но същевременно приблизително съответствува на позитивната солно-киселинна перфузионна проба, което говори, че при инкомпетентен долен езофагеален сфинктер регургитираното кисело съдържимо е увредило по-дълбоко епителните структури на хранопровода, чрез

обратната дифузия на водородни катиони при по-продължителното им престояване в хранопровода. Обаче положителна проба се среща и в болни с базална хипосекретия и хипацидитет, но с достоверно висок дуоденогастрален рефлукс, което пък обяснява възможността за увреждане на хранопроводния епител от рефлуктирани панкреасни ензими и неконюгирани жлъчни соли.

При провеждането на теста с киселинна перфузия, болните съобщаваха, че се възпроизвежда същата болка, която са имали, когато им е изострена язвената болест, което смятаме, че е потвърждение на твърдението за хранопроводния произход на епигастралната (задстернална) болка. За доказването на произхода на епигастралната болка има проведени много интересни наблюдения и клинични експерименти. В нашите наблюдения имаме случаи, когато морфологично не бе доказан езофагит, а намирахме положителна проба. Това може да се обясни с варирането на чувствителността към дразнещите нокси. Едни имат хиперсензитивен долен хранопровод, дразнещ се от минимален рефлукс на киселина и пепсин, а други имат по-висок праг за болка и при по-голям рефлукс. Ние не намерихме отрицателна проба при случаи с доказан хистологично рефлукс езофагит, което още веднъж потвърждава специфичността на солно-киселинния перфузионен тест, явяващ се много удобен за клиничната практика при доказване на нарушен интегритет на хранопроводната мукоза.

ИЗВОДИ:

1. Солно-киселинния перфузионен тест, модифициран по R.J. Earlam, е сравнително високо-специфичен в диагностиката на рефлукс-езофагита. Той не изисква специална апаратура и условия, което го прави лесно приложим и икономичен.

2. Съпоставен с ендоскопските и морфологични изследвания на хранопровода, този тест доказва с много голяма достоверност наличие на възпалителни промени в дисталния хранопровод.

3. Перфузията на децинормална солна киселина в дисталния хранопровод възпроизвежда болката зад мечовидния израстък и епигастриума, такава каквато е била при изостряне на заболяването. Това доказва, че освен двигателно-секреторните стомашни нарушения в произхода ѝ съучаства нарушения интегритет на хранопроводния епител от киселинно-пептични нокси.

Кингопис — от 11 заглавия — на разположение при автора.

ЕНДОСКОПСКА ОЦЕНКА НА РЕФЛУКСНИТЕ ПРОМЕНИ В ХРАНОПРОВОДА ПРИ ЯЗВЕНА БОЛЕСТ

СТ. СИМИТЧИЕВ (Пловдив)

Ендоскопското изследване се явява основен диагностичен метод за разпознаване на рефлукс-езофагита и неговите усложнения. То е особено показано при всички случаи със съчетание на язвена болест и рефлуксен синдром. С негова помощ става възможно откриването на незначителни изменения от страна на хранопроводната, стомашната и дуоденална лигавица. Възможностите за визуална и хистологична характеристика на възпалителните промени в мукозата са големи. Ендоскопията е отлично средство за диагностика на гастроезофагеален рефлукс и рефлукс-езофagit при язвена болест, като превъзхожда видимо по комплексна информативност другите инструментални методи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В клинични условия изследвахме две групи болни: I група — 220 болни с активна язвена болест и съпроводен гастроезофагеален рефлукс; II група — 34 болни с язвена болест в активен стадий без клинично изявен рефлуксен синдром, т.е. болни, които имаха само болки в надпъпната област без други оплаквания — контролна група. Всички 254 болни бяха изследвани клинично, рентгенологично и ендоскопски. Възрастовите граници на първата група са 18 — 75 години. Средна възраст — 32,2 години, 32 са жени. Втора група 19 — 69 г. Средна възраст — 32,2 години, като 5 от тях са жени. С язвена болест на дванадесетопръстника от тази група са 28 души, а с язвена болест на стомаха — 8 души.

Ендоскопското изследване се извършваше с фиброоптичен панендоскоп FUJINON — UGI — FP. За да не се повлияят функционалните прояви на хранопроводно-стомашния и пилородуоденален сегмент изследването се правеше без анестезия. Визуалната находка се описваше по определен ред и се вземаше прицелно биопсичен материал от хранопровода, антрума и корпуса на стомаха. При огледа на хранопровода винаги се отчитаха най-напред функционалните изменения: разширяване просвета на хранопровода, наличие на сегментарни спазми, зеене на кардията.

рефлуке на стомашно съдържимо (обилен или оскъден), а после измененията от страна на лигавицата: оток, зачервяване, височина и брой на гънките, наличие на единични или множествени ерозии, язви, фибринови налепи, *Linea serrata* — добре отграничена от стомашната лигавица или границите ѝ са заличени. Определяше се височината на стоене на кардията, като се измерваше разстоянието до нея от резците на горната челюст, при вкарването и изкарването на ендоскопа от хранопровода. За нормална дължина се приемаше тази равна на или повече от 39 см. Първа степен скъсяване се считаше, когато дължината беше в рамките на 37—39 см. По-малко от 37 см. — II степен скъсяване. За нормален хранопровод и кардия се приемаха тези, при които стените му обикновено се намираха слепнати и се откриваха на кратки промеждутъци от време (1—3 сек.). Лигавицата имаше бледорозов цвят с тънко нишковиден рисунък и липсваше в просвета пенесто-стомашно съдържимо.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите получени от изследванията за различните клинични форми на язвена болест са представени на табл. 1. Почти всички съвременни методи за изследване на хранопровода са свързани с вкарване интралуменарно на инструментариум, което води несъмнено до негативна реакция у човека и нарушения на функционалната взаимовръзка. Това се отнася и за усъвършенствувания флексибилен фиброендоскоп. Обаче, отчитайки, че изследването винаги се провежда при едни и същи условия, а функционални нарушения на хранопроводно-кардиалния преход и пилора при болни без органична патология почти не се откриват, ни кара да приемем, че изследванията проведени от нас съответствуват на истинското състояние у наблюдаваните болни. Този извод се налага, като се анализират отделните ендоскопски симптоми, част от които показваме на табл. 1. Прави впечатление преобладаването на налепите при стомашна язва и честото намиране на ерозии при дуоденалната язва, което отразява някои моменти от патогенетичната същност на тези клинични форми на язвена болест. Гастроезофагеален рефлуке се среща значително по-рядко у язвено болните само с болков синдром $38,2 \pm 13,7\%$. Същото се отнася и за дуодено-гастралния рефлуке — $26,5 \pm 12,3\%$ ($P < 0,001$) и за всички останали признаци P е значително по-малко (виж табл. 2). Тези два функционални показателя достоверно опровергават предположението, че ендоскопското изследване е с по-ограничени възможности при търсенето на функционални изменения в проксималната част на храносмилателния

тракт. Дуоденогастрален рефлукс намерихме в $67,3 \pm 5,2\%$ от болните, като най-чест е при стомашната локализация на язвата — $70,2 \pm 11\%$. Нашите данни съвпадат с тези посочени в литературата. Л. И. Геллер и съавт. намират при всички стомашни язви дуодено-гастрален рефлукс. Твърде интересен е въпроса има ли значение дуодено-гастралния рефлукс в развитието на деструктивните промени в хранопроводната мукоза? Както е известно, при функционална недостатъчност на пилора дуоденално съдържимо във вид на пенеста течност в голямо количество попада върху хормонално активната лигавица на антралния отдел, като смита защитната пелена от слуз, предизвиквайки нейното раздразване, което от своя страна способствува за отделянето на гастрин — активатор на солната киселина от една страна, а от друга потенцира продукцията на интестинални полипептидни хормони чрез АРИД — системата, имащи отношение към промяната на тонуса на долния езофагеален сфинктер в междухраносмилателния период. От по-нови изследвания се знае, че рефлукс-езофагит се развива не само от солна киселина и пепсин, а и от попадане на дуоденално съдържимо в хранопровода, което е богато на жлъчни соли и трипсин. Те способствуват за по-лесното обратно преминаване на H^+ в хранопроводната лигавица и до по-чести деструктивни промени. В нашите наблюдения всички болни с язвена болест са имали гастроезофагеален рефлукс, а в $67,3 \pm 5,2\%$ дуодено-гастрален рефлукс. Ендоскопски данни за рефлукс-езофагит е намерено в $63,2 \pm 5,4\%$. Тези съотношения са в подкрепа на гореизложеното значение на попадналото дуоденално съдържимо в хранопровода за развитието на рефлуксната хранопроводна патология.

При ендоскопски оглед на долната трета на хранопровода и кардията при наличие на гастроезофагеален рефлукс в лумена на хранопровода попада пенесто, бистро, а понякога примесено с жлъчка стомашно съдържимо. Разбира се извън напъните за повръщане на болния, предизвикани от дразненето на фиброскопа. Често кардията постоянно или периодично зее. Лигавицата при езофагит лека степен е хиперемизирана, оточна, в ограничени участъци или дифузно, като обикновено измененията нарастват в аморално направление. Лонгитудиналните гънки са задебелени, а понякога с белезникави налепи, а при някои от болните се срещат сегментарни спазми и разширения в долната част на хранопровода. При средно тежък езофагит се откриват точковидни или линейни ерозии покрити с беловат налеп, а понякога хранопроводната мукоза има зърнеста структура и наподобява улична настилка (паваж), говореща за по-напреднал възпалителен процес. В по-тежките случаи се установяват разязвява-

ния и склонност към кръвотечение. Заличава се границата между хранопроводната мукоза и тази на стомаха. Възможни са и дълбоки вдавания на стомашната лигавица към хранопровода под формата на „езици“. Пептична езофагеална стриктура обикновено се счита за тежка форма на езофагит, намерихме при трима болни, но не им създаваше затруднение в пасаж на храната, поради което не сме предложили за хирургическо лечение.

Истинската пептична язва на стомаха е сравнително рядко заболяване. Съгласно многочислените литературни данни язва на хранопровода се среща 25—30 пъти по-рядко отколкото язвите на стомаха и дванадесетопръстника. Според С. L. Jackson хранопроводните язви значително се срещат по-често отколкото се откриват, което се обяснява с трудности при рентгеновата диагностика. Така от 4000 езофагоскопии проведени при болни с подозрение за хранопроводно заболяване, язва на хранопровода е намерено в 88 случая, докато рентгеновото изследване при всички е дало негативен резултат. Засяга се преимуществено средната и старческа възраст, а при млади се наблюдава по-рядко.

В един болен с язва на дванадесетопръстника наблюдавахме язва на хранопровода, която рентгеновото изследване не можа да диагностицира. Случаят е характерен затова си позволяваме да го демонстрираме. Касае се за наборник М. М. К. — 24 г., ЛИБ № 525 от 1983 г. За първи път оплаквания от болки под лъжичката, разпространяващи се към дясното подбедрие му се появяват през 1979 г. в затвора, където излежавал 4 годишна присъда. Болките били най-силни сутрин, като вземал сода за хляб му преминавали временно. Системно лечение не е провеждал. На рентгенов преглед му откриват язва на дванадесетопръстника. Напоследък от м. юни 1982 г. има болки под лъжичката и зад мечовидния израстък, които с малко прекъсвания продължавали при постъпването в клиниката. Болките били променливи, на периоди ставали нетърпими. Появили му се киселини, оригвания, а понякога повръщане. Бил му е опериран два пъти за усложнена язва на дванадесетопръстника. Пуши по две кутин цигари дневно. Алкохол употребява често, предимно концентрати. От физикалния статус: език — обложен с белезникав налет, палиаторна болка в подлъжичната област. Лабораторни и инструментални изследвания: НВ-17,3г/л; Левк.—4,8г/л; СУЕ—2/4мм; Тимол—16 ВСЕ; ГОТ—3МЕ/л; ГПТ—4МЕ/л; Алк. фосфатаза—30 МЕ/л; Общ билирубин—18 мк/мол/л; Протеинограма—б.с. Холестерин 6,3 мМол/л; Бета липопрот. — 26 ФД; ЕКГ — б. о. Ръо скопия на хранопровода, стомаха и дуоденума — при компресия регургитация на бариева вода в хранопровода. Също така се установява и в легнало положение. Стомах — груб релеф, булбус дуодени

деформиран, като на предната стена централно се вижда дено колкото грахово зърно. Заключение: Гастроезофагеален рефлукс. Улкус булби дуодени-ниша; Изследване на стомашната киселинност с пентагастрин-Базална нормосекреция (65 мл с жлъчни примеси), с нормацидитет (БАО—2,07 мЕкв/час), след стимулация хиперсекреция (240 мл) с нормацидитет (МАО—23,4 мЕкв/час). ПАО-37 мЕкв/час. Фиброгастроскопско изследване: Хранопровод-рефлуке на стомашно съдържимо през кардията. На задната хранопроводна стена в долната трета на 4 см. над линия серата се вижда елипсовидна язва на хранопровода с размери 8/3 мм., покрита със сиво-белезникав налеп, ръбовете са зачервени и оточни. На предната хранопроводна стена се вижда кръгла ерозия с големина 2 мм и зачервена околна лигавица. Взе се материал за хистологично изследване на лигавицата от ръба на язвата. Стомахът е с възпалителни изменения от суперфициален тип, най-добре изразени в антрума. Лигавицата на булбус дуодени е зачервена и оточна, като на задната стена се виждат множествени ерозии. Лигавицата лесно кърви при допир. На предната стена се откроява по-голяма язва с овална форма и размери 4/5 мм, като от нея изхождат гънки, които не се изглаждат при инсуфлация. Заключение: Гастроезофагеален рефлукс. Ерозивен рефлукс-езофагит. Улкус езофаги активум. Гастритис хроника суперфициалис. Булбитис хроника ерозива. Улкус дуодени хроникум екзацербата. Перидуоденитис. Хистологично изследване № Б-83-549,550, 551, 552 — Хранопровод — силно задебелен базален слой с лимфоцитна инфилтрация, силно увеличени папили, достигащи до повърхността, оток и вакуолизация в цитоплазмата на двата слоя, умерено изразена хиперкератоза, добре изразена паракератоза, фиброзиран хорион. Хистологичната картина отговаря на изразен езофагит, Стомашна лигавица с данни за суперфициален гастрит. Проведе се лечение с алцид, церукал бионабол, оксиферискорбон, след което 20 дневно сапнат. лечение. При контролния преглед след 3 месеца болният се чувствуваше добре, като съобщи за тежест под лъжичката, явяваща се от време на време. При ендоскопския преглед се намери отново гастроезофагеален рефлукс. Долната трета на хранопровода бе покрита с белезникав налеп, заличена линия серата. Ерозии няма. На задната хранопроводна стена се виждаше линейрен пилатрикс с кафеникаво-червен цвят и нарушена цялост на лигавичните гънки. Язвата на дуоденума се представи с намалени размери, но не беше напълно епителизирана. Разгледаният случай считаме за илюстрация на изказаното твърдение, че трябва целенасочено да се търси патология в долния хранопроводен

сегмент при всички язвено болни с рефлуксен синдром. Ендоскопското изследване дава най-добра морфологична и функционална информация за патологията в хранопроводно-стомашната връзка и трябва по-широко да се прилага в ежедневната практика.

Хиатална херния ендоскопски сме установили при 20 болни (9,1 $\pm$ 3,2%). Някои съобщават за по-голям процент, особено у болни в над 50 годишна възраст.

При 80 болни определихме височината на стоеж на кардията по разстоянието от нея до резците на горната челюст. Получихме средна стойност 40,65 см. Само при двама болни кардията безразположена по-ниско от 39 см., т.е. имаха I степен скъсяване на хранопровода. В литературата се съобщава за скъсяване на хранопровода I степен в 16,8% и II степен (по-малко от 37 см.) в 9,1% при хиатални хернии.

По отношение симптома — зесне на кардията, в литературата се изнасят твърде широки граници за язвено болни с гастро-езофагеален рефлукс и рефлукс-езофагит. От 11% до 100% в случаите с втора и трета степен рефлукс-езофагит. Ние го намерихме този признак в 20,9% $\pm$ 3,6%.

При степенуването на ендоскопските белези, определящи дифузността и тежестта на дистрофично-възпалителния процес в хранопровода рефлукс-езофагита намерен при нашите наблюдения можем да разпределим така: 36,8 $\pm$ 5,4% „все още нормални“ или както ги наричат някои автори „съмнителни“, т.е. има гастро-езофагеален рефлукс, но все още не са се получили видими признаци на рефлукс-езофагит, 46,4 $\pm$ 5,5% — I степен, катарален, лек езофагит, без нарушение на интегритета на хранопроводната мукоза, 15,5 $\pm$ 4% — II степен езофагит, средно тежък, където има нарушение на целостта на лигавицата под формата на ерозии, фибринови налепи, гранулираност в различна степен и други. Това са три степени на рефлукс-езофагит, които се подават на консервативно лечение и оздравяване. III степен — тежък рефлукс-езофагит е когато са настъпили необратими промени в лигавицата под формата на напречни или надлъжни стриктури. Такъв ние намерихме в 1,8 $\pm$ 1,5%.

ИЗВОДИ

1. Езофагогастродуоденоскопията е флексибилен ендоскоп, е надеждно средство за диагностика на функционалните промени в горната част на храносмилателния тракт, съпровождащи много често язвената болест.

2. Недостатъчността на хранопроводно-стомашната връзка

почти постоянно придружава изострената язвена болест. Антрално-пилорната дискинезия проявена с дуодено-гастрален рефлукс се намира в $67.3 \pm 5.2\%$ от случаите с язвена болест и гастроезофагеален рефлукс и има важно етиогенетично значение в развитието на възпалително-дистрофичните промени в хранопроводната лигавица, даващи отпечатък върху клиничната картина на язвената болест.

3. При язвена болест в активен стадий с гастроезофагеален рефлукс по ендоскопски данни се открива в $63.2 \pm 5.4\%$ рефлукс-езофагит, който корелира с дуоденогастрален рефлукс ($67.3 \pm 5.2\%$). Значително е по-малко рефлукс-езофагита при болните от язвена болест без рефлуксен синдром — $14.7 \pm 10\%$, което достоверно отразява ролята на рефлуксната генеза в клиниката на язвената болест. Няма пълно съвпадение между ендоскопската, хистологичната находка и клиничната картина при рефлуксната болест.

4. Ендоскопските признаци, отразяващи състоянието на хранопровода трябва да се оценяват комплексно и се определя степента на рефлукс-езофагит за да се изгради правилен терапевтичен подход и определи адекватно трудоспособността и евентуалните експертизни промени.

Книгопис — от 28 заглавия — на разположение при автора

ЭНДОСКОПСКИ ПРИЗНАЦИ ЗА ГЕР И РЕ ПРИ ЯЗВЕНА БОЛЕСТ В АКТИВЕН СТАДИЙ

Групи болни	Брой на болните	Г Е Р	Р Е	Д Т Р	Земе на кардията	Надлеп	Ерозии	Оток и зачервяване	Хипертонична линея	Херния сегата
Пилоро-дуоденална язва	164	164	106	108	42	42	30	103	45	17
Стомашна язва	47	47	27	33	3	22	3	20	9	3
Стомашна и дуоденална язва	9	9	6	7	1	4	1	6	1	—
Всичко язвено болни	220	220	139	148	46	68	34	129	55	20
%			63,2	67,3	20,9	30,9	15,5	58,6	25	9,1
и										
Δ	100		55,4	55,2	14,5	15,1	54	55,5	54,8	53,2

ЕНДОСКОПСКИ ПРИЗНАЦИ НА ХРАНОПРОВОДНИТЕ ПРОМЕНИ ПРИ ЯЗВЕНА БОЛЕСТ С И БЕЗ
КЛИНИЧЕСКИ ИЗЯВЕН РЕФЛУКСЕН СИНДРОМ

Ендоскопски симптоми		Т а б л и ц а 2														
Груп болни		Гастроэзофагеален рефлукс	Рефлукс-эзофит	Дуоденоэзофитен рефлукс	Жесте на кардиита	Наличие	Ерозия и апоневроза	Оток и зачервяване	Запалена ликва сепати	Хвататна херния						
Язвена болест	абс.	220	139	148	46	68	34	129	55	20						
с рефлуксен синдром	бр.	100	67,2	67,3	20,9	30,9	15,5	58,6	25	9,1						
n=220	Δ		55,4	55,2	54,5	55,1	54	55,4	54,8	53,2						
язвена болест	абс.	13	5	9	2	2	1	6	2	—						
без рефлуксен синдром	бр.	38,2	14,7	26,5	5,9	5,9	2,9	17,6	5,9	—						
n=34	Δ	±13,7	±10	±12,3	±6,7	±6,7	±4,7	±10,8	±6,7	—						
Уровен на значимост	P	0,001	0,001	0,001	0,01	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001						

ПРИЦЕЛНА ХРАНОПРОВОДНА БИОПСИЯ И МЕТОД ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МОРФОЛОГИЧНИТЕ ПРОМЕНИ В ЛИГАВИЦАТА ПРИ РЕФЛУКСНА БОЛЕСТ

СТ. СИМИТЧИЕВ, ИЛ. БОДУРОВ (Пловдив)

За изучаване промените в хранопроводната мукоза се използват редица клинични и инструментални методи: рентгенография, солно-киселинен перфузионен тест, изследване на потенциалната разлика между мукозата и серозата, ендоскопия с целенасочена биопсия, витално оцветяване, хистологично изследване и др. Директното изследване на хранопроводната лигавица стана популярно след въвеждането на фиброоптичната ендоскопия. Доброто осветление, възможността за разширяване на езофагеалния лумен с въздух и великолепната видимост значително допринасят за сигурното и пълно изследване. Освен това тази методика, напоследък значително усъвършенствувана, позволява амбулаторното ѝ провеждане и наблюдение на ефекта от терапията. Съществуват два начина за вземане на биопсичен материал, с аспирационно вакуумно устройство, което се провежда на сяло и директно биопсиране със щипки през ендоскопския канал, целенасочено под визуален контрол.

Прицелната трансендоскопска биопсия е основен метод за прижизнена оценка на степените промени в многослойния плосък хранопроводен епител при наличие на гастроезофагеален рефлукс, съпровождащ много гастроентерологични заболявания и най-вече язвената болест. Повечето автори подчертават безвредността на хранопроводното биопсиране при добре овладяна техника, и съдновременно се отбелязва, че полученият материал чрез щипковата ендоскопска биопсия е твърде малък и процента на негодността за разчитане на лигавичната тъкан е твърде голям. Правени са различни предложения за повишаване броя на годните за интерпретация лигавични къчета с размери 1–2 мм., чрез експресна обработка с Луголов разтвор, или изготвяне на езофагоцитограми.

Морфологичната диагностика на езофагита е свързана с определени трудности, тъй като проявите изменения на лигавицата са нееднозначни, което се потвърждава от достатъчно много числени литературни данни, където по правило става дума за диагностичната стойност на отделните хистологични изменения.

Несъмнени признаци за езофагит са ерозивните и язвени дефекти на лигавицата, свидетелстващи за далеч напреднал процес. Определянето на по-ранния стадий на възпаление се основава на определянето изразеността на хиперемията и отока в лигавицата на хранопровода, което носи твърде субективен характер. Почти всички изследователи приемат, че гастроезофагеалният рефлукс води до задебеляване на базално-клетъчния слой и увеличаване височината на папиларния слой в епитела на хранопровода, но това е така да се каже неспецифичен езофагеален репаративен отговор към уврежданата нокса. Американския гастроентеролог Ch.E.Pore II прави сполучлива аналогия със слънчевото изгаряне на кожата, което е маркер на слънчевата светлина, а яромениите в хранопроводния епител са маркери на рефлуктираните материали, значи получили се е достатъчен рефлукс за да предизвика морфологични промени.

Поставихме се за цел да проучим диагностичните възможности на трансендоскопската щипкова биопсия, количеството на негоден за разчитане лигавичен материал и някои от причините за това. Да направим практическа проверка на обективността и значимостта на методиката на А. С. Логинов и сътр. за количествена оценка на степенната изразеност на езофагита при язвено болни, като съпоставим морфологичната оценка извършена по тази методика с ендоскопското заключение за налични хранопроводни промени.

МАТЕРИАЛ И ИЗВОДИ

Проучихме 420 щипкови ендоскопски биопсии извършени от нас при различни болни с гастроентерологични заболявания, със или без наличие на гастроезофагеален рефлукс. Значително преобладават случаите с рефлукс. От тях при 220 болни с язвена болест и ендоскопски изявен гастроезофагеален рефлукс направихме морфологична оценка на щипковия биопсичен материал по оригинална методика предложена от А. С. Логинов и сътр. в 1981 г. за обективна количествена оценка на степенните хранопроводни, лигавични изменения, основана на математическа статистика и теорията за разпознаване на образи. По твърденето на самите автори, такава методика по-рано не е използвана и значително се отличава от описаните в литературата. У нас се прилага за пръв път, като рутинен метод върху значителен брой случаи. (Авторите на метода са проучили 37 болни). Подробното описание на метода е посочено в сп. „Арх. патология“ кн. N 12 от 1981 г.

Възрастово-половия състав на изследваните болни и разпределението им по клинични форми на язвена болест са представени на табл. I и фиг. I.

Накратко методиката се състои в следното: след вземане на биопсичен материал от хранопроводната лигавица при ендоскопското изследване и фиксиране в 10% разтвор на формалин по стандартно възприет начин, се приготвят срезове от парафиново блокче и оцветяват с хематоксилин и еозин. Интерпретацията на хистологичните промени в хранопроводната лигавица се прави на светлинна микроскопия. За описание на хистологичните изменения на хранопроводната лигавица се използва съвкупност от 10 признака: I — увеличаване височината на папилите на 2/3 и повече от дебелината на епителния слой; II — задебеляване на базалния слой на 1/6 и повече от дебелината на епителния слой; III — оток на шиповатия слой; IV — оток на зърнестия слой; V — вакуолизация на цитоплазмата на клетките от шиповатия слой; VI — вакуолизация на цитоплазмата на клетките от зърнестия слой; VII — лимфоидна инфилтрация; VIII — гранулоцитна инфилтрация; IX — хиперкератоза; X — паракератоза. Всеки признак има три степени на изразеност, които се обозначават количествено: 0 — дадения признак липсва, 1 — изразен умерено, 2 — изразен рязко. Целият комплекс от 10 признака, оценени цифрово образува три еталона, с които се сравнява всеки отделен случай и се определя математическата степен на сходство, като се използва следната формула:

$$R(\text{Sk.Se}) = \sum (\text{Pk-Pe}),$$

където Sk е обозначението на болния; Se — обозначението на еталона; R — разстоянието между тях в пространството на параметрите; Pk и Pe — значението на признаците на конкретния случай и еталона; (Pk-Pe) — модул на разликата; $\sum_{i=1}^n$ — символ на сумата от разликите между признаците с отразяване на изменението на индекса от 1 до N. За най-достоверно се приема тази хистологична диагноза, която има най-голямо сходство със съответния еталон, т.е. разликата $R(\text{Sk.Se})$ е най-малка.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

От проведените 420 хранопроводни трансендоскопски биопсии при различни заболявания в 94 се получиха осъдени и негодни за разчитане биопсични късчета, а 54 биопсични материала

(12,85%) бяха неправилно ориентирани и бе невъзможна прецизна интерпретация. Твърде голям е броя на негодния за цялостно и изчерпателно, т.е. определяне на всички набелязани 10 признака, изследване на хистологичния материал. К. Geboes et al твърдят, че биопсичното разпознаване на езофагита има чувствителност 77% (по нашия материал е 64,77%). Но авторите са използвали като критерий само три признака за езофагит — височината на папилите, дебелината на базалния слой и дилатацията на кръвоносните съдове вътре в папилите. По оригиналната методика на А. С. Логинов и сътр. се търсят десет признака, което значително увеличава обективността, но намалява сензитивността на метода, макар, че от тях 6 признака могат да бъдат отчетени и при недобре ориентиран биопсичен материал, а два признака изискват много прецизна ориентация на късчетата. При множествени (2—3) биопсии, значително намалява броя на негодните за разчитане хистологични материали и се увеличава чувствителността на хранопроводната биопсия като метод. При провеждане на биопсичното изследване дори при някои болни множествени (2—3), не сме имали сериозни усложнения и считаме, че методиката е безвредна и я препоръчваме за неотменна при изследване на рефлуксните промени в хранопровода. С нея се уточнява степента на морфологичните промени, което има несъмнена стойност в определяне на терапевтичното поведение, профилактика и трудоспособност.

Съпоставяйки получените хистологични резултати оценени по метода за обективна оценка на хранопроводните промени с ендоскопските заключения на рефлуксните хранопроводни промени при проучените 220 биопсии на болни с язвена болест и гастро-езофагеален рефлукс, се вижда, че няма пълно покритие между тях. (виж табл. № 2). Такова разхождение се отбелязва и от други автори. По-голямо приблизителност има в съотношенията на средно тежките ендоскопски форми с данните за изразен морфологично езофагит. Това се дължи и на по-отчетливите критерии при ендоскопията на средно тежката форма — ерозии, хеморагии, заличена линия серата и др. При леката степен описанието на ендоскопските признаци (оток, зачервяване, налепи и др.), носят в голяма степен субективен характер от една страна, а от друга определянето на умерено изразения езофагит по количественият метод на А. С. Логинов и сътр., създава специално за леките, катарални форми, по-висок критерий за оценка. Ако добавим към умерено изразените езофагити и тези случаи при които са намерени незначителни дистрофични промени в хранопроводния епител, било само задебеляване на папиларния слой или повише-

на височина на папилите, тогава би имало по-голяма адекватност, но и по-малка точност по отношение определянето на състоянието здраве и патология. Количествения метод на А. С. Логинов и сътр. създава по-обективна мярка за оценка на епителните хранопроводни промени, поради което е удобен за практиката, като тест внасящ единство в тълкуването на многообразните хранопроводни лигавични промени. За слабост на метода може да се отчете еднаквата тежест, която се отдава на всички морфологични признаци в крайния числов израз. Така наличието на левкоцити без други промени, един много достоверен белег за рефлукс-езофагит по мнението на много автори, би било равнозначно на наличието на оток в клетките на шиповатия слой без други промени. От друга страна отокът и клетъчната инфилтрация са показатели за острота на възпалително-дистрофичния процес, докато хиперкератозата и паракератозата, високите папили и задебелявания базален слой са маркери на хронично дразнене. Независимо от това, като цяло методиката за обективна оценка на морфологичните промени в лигавицата на хранопровода при рефлуксна болест е значим напредък в езофагологията, докато морфометрията трудно се прилага рутинно. Ако се съкратят признаците на 5 — 6, тя ще стане още по-лесно приложима без това да се отрази на обективността ѝ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Множествената шипкова ендоскопска биопсия е основен метод за екзактно верифициране на възпалително-дистрофичните промени в многослойния плосък хранопроводен епител при рефлуксна болест. Тя е безопасна и безвредна при добре овладяна техника на работа.

Съществуващото разноезичие в оценката на хистологичните хранопроводни мукозни промени, може да се преодолее чрез внедряване в клиничната практика на единен метод за оценка на различните хистологични критерии на рефлуксно дразнене на хранопроводния епител. Такава възможност се предлага от метода на А. С. Логинов и сътр. за обективизиране на визуалната находка, чрез математическа обработка на предварително кодирани данни за степенно изразяване на рефлуксните промени в хранопровода. Същата методика може да се усъвършенствува в улесни нейното провеждане, чрез отстраняване на някои нейни недостатъци, което ще я направи още по-достоверна и лесно приложима като рутинна методика.

Книгопис — от 16 заглавия — на разположение при автори:
те

ТАБЛИЦА I

ВЪЗРАСТО-ПОЛОВ СЪСТАВ НА БОЛНИТЕ С ГЕР И РЕ ПРИ ЯЗВЕНА
БОЛЕСТ В АКТИВЕН СТАДИЙ

П О Л	възраст, години								над 60	Всичко болни
	18—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60		
	б р о й н а б о л н и т е									
МЪЖЕ	60	8	16	18	19	16	23	14	14	188
ЖЕНИ	1	3	3	3	4	4	7	4	3	32
ОБЩО	61	11	19	21	23	20	30	18	17	220

ТАБЛИЦА 2

РЕФЛУКСНИ ПРОМЕНИ В ХРАНОПРОВОДА ПРИ РАЗЛИЧНИТЕ КЛИНИЧНИ ФОРМИ НА ЯЗВЕНА БОЛЕСТ

ГРУПИ БОЛИ	Брой на болните	Всички изпитани	I степен — лека	II степен — средно тежка	III степен — тежка (стриктури)	Всичко с рефлукс-езофатит	Нормални или с незначителни про- мени	Умерено израс- тен езофатит	Израс-тен езофатит	Всичко с рефлукс- езофатит
ПИЛОРО- ДУОДЕНАЛНА ЯЗВА	164	58	73	30	3	106 (64,6)	77	55	32	87 (53)
СТОМАШНА ЯЗВА	47	20	24	3	—	27 (57,4)	30	13	4	17 (36,2)
СТОМАШНА И ДУОДЕНАЛ- НА ЯЗВА	9	3	5	1	—	6 (66,7)	6	3	1	4 (44,4)
ОБЩО ЗА ТРИТЕ ГРУПИ %		36,8±5,4	46,4±5,5	15,5±4	1,8±1,3	63,2±5,4	51,4±5,6	31,8±5,6	16,8±4,2	48,6±5,6

РЕЗУЛТАТИ ОТ ЛЕЧЕНИЕТО НА ЯЗВЕНАТА БОЛЕСТ СЪС СИНУСОИДАЛНИ МОДУЛИРАНИ ТОКОВЕ В КОМПЛЕКСА СЪС САНАТОРИАЛНИТЕ ФАКТОРИ В ХИСАР

Ап. Нончев, Б. Божков, Н. Тодоров, Ив. Тарев (ВС Хисар)

През последните години синусоидално модулираните токове (СМТ) се прилагат при редица заболявания у нас. В изследването се съобщават наблюденията върху повлияването на язвената болест под въздействието на СМТ модулирани от апарата „Амплипулс-4“ в комплекса със санаториалните фактори.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: Язва на дванадесетопръстника, язвено нише, синусоидално модулирани токове, „Амплипулс-4“.

Апарата „Амплипулс-4“, създаден в СССР модулира променливи синусоидални токове с честота 5 000Н, с възможност за промяна в честотата от 30 до 150Н и в ниско честотна модулация от 0 до 100%, което разнообразява биологичните и терапевтичните ефекти на СМТ. Редуването на различните модуляции спомага за намаляване и избягването на проникването към тока в процеса на лечението Л. Николова (1980), И. Н. Сосина (1973) Т. Ф. Кувелев (1978). СМТ имат обезболяващо действие, подобряват кръвооросването и трофиката на тъканите, активират резорбционните процеси. Действуват тонизиращо върху вегетативната нервна система, стимулират обменните процеси, И. Ацагорян (1971), Т. Драгиев (1984), В. Ясногородский (1979). Съобщават се добри резултати при лечението на язвената болест (ЯБ). Начина на въздействие на СМТ при ЯБ не е изяснен. В случая повече се говори за комплексно въздействие, като отделните механизми се приемат в рамките на хипотетичното. Наблюдение върху повлияването на ЯБ у нас под въздействието на СМТ няма. Ние си поставихме задача да проследим как се повлиява ЯБ със СМТ произведени с апарат „Амплипулс-4“ в комплекса със санаториалните фактори в Хисар.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Нашият наблюдения са върху 52 болни с рентгенологически ендоскопски доказана язвена болест; 49 с язва на дванадесетопръстника (свежа язва на дванадесетопръстника-12 и хронично рецидивираща язва на дванадесетопръстника в стадий на изостряне — 37) и язва на стомаха — 3. От тях мъже — 50, жени — 2 на възраст от 18 до 25 години — 44; от 25 до 40 години — 7 и над 40 години — 1 болен. На голяма част от тях преди постъпването в санаториума е проведено лечение в продължение на 15—30 дни в наши военни медицински учреждения.

На болните се провеждаше лечение по два основни комплекса:
I-ви комплекс: Амплипулс на стомаха

Вана 37° С 8—15 мин. 5 пъти седмично

Пиене на „Момина сълза“ — 3 х 200 мл. 1 ч. преди ядене

ЛФК за язвена болест

Диета № 1

Брой на лекуваните болни 19.

Амплипулса се прилага по следната методика: 2 електрода от по 200 см² един в епигастриума и втори на нивото на T7 — T12 I-ви Рад 2 мин, II-ри Рад 4 мин., III-ти Рад — 4 мин., сто Н 50% променлив режим. След пет процедури 50Н 100% — 12 процедури.

II-ри комплекс Амплипулс на стомаха

Вана 37° С

Пиене на „Момина сълза“ — 3 х 200 мл. 1 ч. преди ядене

ЛФК за язвена болест

Симетидин — 3 х 1 табл. и 2 табл. вечер преди лягане

Диета № 1

При част от тях, с подчертан болков синдром се даваше Бусколизин 3 х 1 табл.

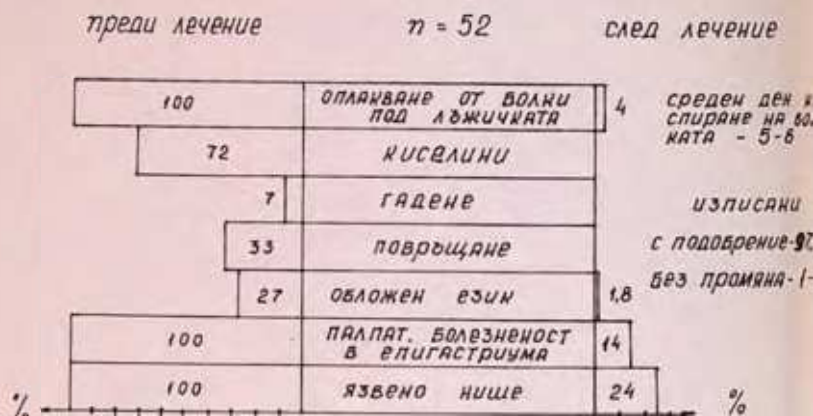
Лекувани болни 33.

При болните следяхме оплакванията преди, по време на лечението и след лечението, средния ден на спиране на болките. Проследихме промяната в обективната находка и на язвеното нише, чрез рентгеноскопия на стомаха и ендоскопия преди лечение и ендоскопско изследване след 18 дневно лечение. Получените резултати сравнявахме помежду им. За контрола използвахме и предишни наши наблюдения, върху повлияване на язвената болест чрез комплексно лечение в Хисар, без СМТ.

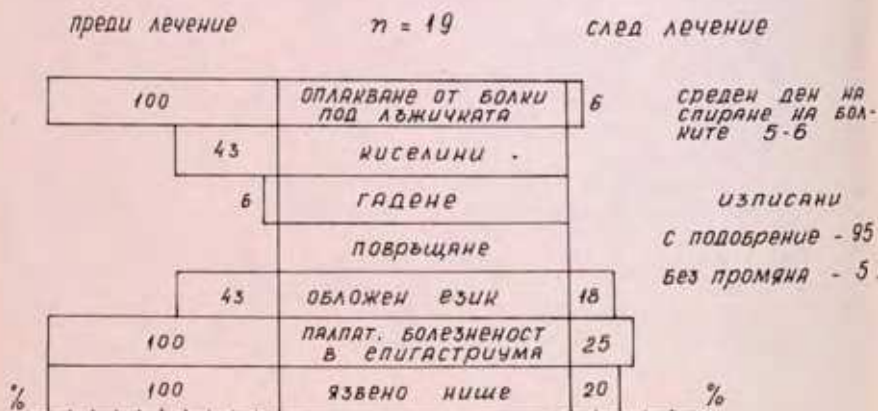
Резултати и обсъждане:

Промяната в клиничните показатели и средния ден на спиране на болките са отразени на фигури № 1, 2 и 3.

болките са отразени на фигура № 1, 2 и 3



Фиг. №1 Промени в клиничните показатели и ендоскопската находка след лечение в %

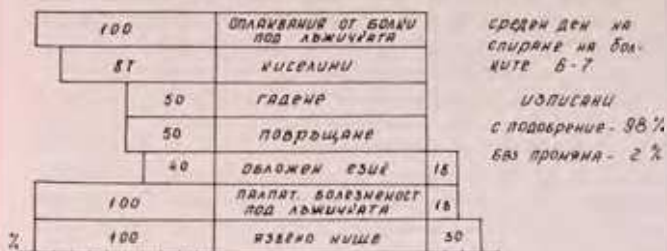


Фиг. №2 Промяна в клиничните показатели и ендоскопската находка след лечение по 1^{ви} комплекс в %

преди лечение

п. 33

след лечение



Фиг. № 3 Промяна в клиничните показатели и ендоскопската картина след лечение по 2^{ри} комплекс в %

Обсуждане

При нашите наблюдения след комплексно лечение на язвено болните по първи и втори комплекс се получи значителен ефект с овладяване на болковия синдром и изчезване на язвеното нише при 76%.

При лекуваните болни по I-ви комплекс се наблюдава спиране на болките между 5—6 ден, палпаторната болезненост изчезва при 75% и язвеното нише при 80%. При болните лекувани с втори комплекс установихме изчезване усещането на болка в 96%, киселините при 100%, повръщането при 100%, палпаторната болезненост при 82% и изчезване на язвеното нише при 72%. Резултати приблизително еднакви.

При нашите предишни наблюдения на 120 болни, млади хора с язва на дванадесетопръстника след комплексно лечение без Амплипулс, ние наблюдавахме подобрене на язвено болните при 98—99%, изчезване на язвеното нише при 65—70%.

Изводи:

1. При лечение на язвената болест в стадий на изостряне със СМТ — апарата „Амплипулс-4“ се наблюдава подобрене при болните от 94—98%, с изчезване на язвеното нише от 70—80%, без да се наблюдава съществена разлика между лекуваните със СМТ и санаториалните фактори и СМТ със санаториалните фактори плюс медикаментозно лечение.

2. СМ-токове имат своето място в лечението на язвената болест. Нашите наблюдения ще продължат.

Книгопис — от 8 заглавия — на разположение при авторите.

**ВЪРХУ НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ЗАСИЛВАНЕ
ПРИЛОЖЕНИЕТО НА БЕЛОДРОБНАТА ФУНКЦИОНАЛНА
ДИАГНОСТИКА ВЪВ ВОЕННИТЕ БОЛНИЦИ И
САНАТОРИУМИ**

Р. Стефанов, Л. Напчев, В. Чаушев (ВВМИ)

Клиничната респираторна физиология е област от медицинското познание която е типичен пример за оформяне на нова дисциплина в резултат главно на бурното развитие на научно-техническата революция през последните 25-30 години.

До 1947 год. единствения функционален белодробен показател който се определяше с помощта на създадения още в средата на миналото столетие воден спирометър на Хътчинсон беше виталния капацитет.

През следващия период от около 10-15 години бяха извършени редица пионерски проучвания върху различни аспекти на белодробната функция наистина на ниско техническо ниво. Тези отправки проучвания показаха по недвусмислен начин назрялата практическа необходимост, както за физиологията така и за клиничната практика от бързото създаване и внедряване в ежедневната работа на съвременни технически средства за бърза и точна оценка на различни звена от белодробната функция. Някои от аспектите на нарушената белодробна функция и дотогава както и сега се долавят и от клиничната мисъл, но както тяхната количествена характеристика, така и някои неизвестни или недостъпни от клинична гледна точка елементи от отправленията на белодробната функция в норма и патология станаха достъпни за клиниката само благодарение създаването на съвременна апаратура за тази цел.

През 1966 год. беше създадено и Европейското Дружество по Клинична респираторна Физиология чиито членове проведоха през изтеклите 20 години 21 конгреса и почти двойно повече симпозиуми на създадените към дружеството 14 работни групи специализирани за изучаване на отделни звена като например диагностична стойност на методите за оценка на функцията, количествена оценка на нарушенията с оглед професионалната годност, бронхиална хиперреактивност, математическо моделиране на белодробната функция, механика на дишането, биохимизъм на белодробната тъкан и по специално сурфактант, епидемиология, битови и професионални фактори за нарушаване белодробните функции и др.

Набирането на все нова и нова научна информация предизвиква паралелно конструиране на основа на бързия научно-технически

прогрес на все по-усъвършенствуванa апаратура напоследък включително и с компютърни приставки за максимално бързо, точно поднасяне на информацията на консуматора, клиничист или физиолог, в последно време даже и във вербална форма.

И ето към настоящия момент достъпни за точна качествена и количествена оценка са всички възлови и диагностично значими звена на белодробната функция: вентилация с всички нейни подразделения, разпределение на газовете, обем на мъртвото пространство, обем на алвеоларната вентилация и състав на алвеоларните газове, перфузия и съотношение вентилация перфузия, алвеолокапилярен градиент за кислорода, вентилаторен асинхронизъм на периферни нива на бронхиалната система, съществени елементи от дихателната механика като съпротивление в дихателните пътища (тотално, инспираторно и експираторно), статична и динамична разтегливост (комплайънс) на белия дроб, тъканно или вискозно съпротивление на белодробната тъкан, интраезофагеално (кореспондиращо с интраплевралното) налягане във всеки момент на дихателния цикъл, газов състав на кръвта, честота на дишането, минутна вентилация, газова обмяна и респираторен квотент по време на физическо обременяване, дифузионен капацитет на белия дроб и редица други производни показатели за белодробната функция.

В световен мащаб, както и у нас, беше извършена огромна изследователска работа за създаването с помощта на математически методи на т.н. референтни стойности за множеството показатели на белодробната функция.

Резултатите от белодробните функционални изследвания отдавна напуснаха научно-изследователските звена и в по напредналите страни апаратурата за тази цел навлезе широко не само в специализираните за белодробни заболявания болници, клиники и санаториуми, но също така и в болниците от общопрофилен тип та даже и в кабинетите на частно практикуващите лекари в капиталистическия свят. От данните на белодробните функционални изследвания се ползват в зависимост от активността си не само пневмозози и фтизиатри, но също така и интернисти, педиатри, гръдни и коремни хирурзи, както и неврохирурзи, ортопеди и уролози — всички с оглед на предоперативната подготовка и профилактичните мероприятия срещу хиповентилация и инфекциозни белодробни усложнения в следоперативния период, анестезиозози — реаниматори, лекарите от интензивните терапевтични единици, лекарите от общ профил. Изобико белодробната функционална диагностика вече като рутинно из-

следване с все по-засилващо се темпо навлиза в ежедневната диагностична практика.

Независимо от широкото и все по-засилващо се използване създадената във ВВМИИ модна, лаборатория за белодробни функционални изследвания една непреднамерена анкета илюстрира значението на субективния фактор в това направление:

От 1098 души диспансеризирани „на легло“ в различни клиники (висш команден състав на възраст от 50 до 60 год) при 126 (11,5%) в окончателната клинична диагноза фигурира и диагноза на хронични белодробни заболявания. И докато флуорографско изследване е извършено при всички, то функционално изследване на дишането е извършено едва при 62 случая (49,2%), т.е. при половината. Обструктивни белодробни заболявания са диагностицирани при 64 души, като наличността на обструктивен синдром е удостоверена функционално едва при 18 (28,1%) от тях, при 27 случая (42,2%) функционално изследване липсва, а при 19 (29,7%) то не е установило отклонения. Или диагнозата при 2/3 от случаите с хронична обструктивна белодробна болест е изградена въз основа на други (вероятно клинични и рентгенови) критерии. На съвременния етап обаче подобен подход е критикуем.

В специализираната в пиевмологична насока III вътрешна клиника диагнозата на подобни заболявания по правило се изгражда въз основа и на функционалните данни.

От всичко изложено до тук произтича един основен извод: на зряла е необходимостта от засилване приложението на белодробната функционална диагностика във военните болници и санаториуми; медицинските познания в тази сфера се обогатиха неимоверно много и за това важна роля изигра бързия научно-технически прогрес. Създадени са референтни стойности за основните показатели специално за нуждите на БНА. Все повече укрепват функционалните сектори в медицинските учреждения. Проведени са вече и три курса по функционална диагностика вкл. белодробна. От някои звена излязоха или са на път да излязат публикации от проучвания в тази област (ВМ Болница — Варна, В. болница — Русе), а от В. болница — Пловдив предстои и защитата на кандидатска дисертация. Възловия проблем към момента представлява разработването на програма за постепенно съоръжаване на болниците и някои санаториуми с най-необходимата на първо време съвременна апаратура като задължителна предпоставка за ускорено внедряване възможностите на съвременната белодробна функционална диагностика.

Оптималния вариант на примерна снабдителна концепция би трябвало да включва минивариантен тип на целотелесен плетизмограф, компютеризиран воден спирометър и апарат за газов анализ. Комплекта е в състояние да предостави всички съществени и най-често необходими в диагностичната, лечебната и експертна работа показатели за вътрешните, хирургическите клиники и ОАРИЛ на първостепенните болници както и на санаториумите Баня и Велинград.

Минималния вариант би трябвало да включва компютеризиран воден спирометър и апарат за газов анализ и би задоволил по ограничените нужди на второстепенните болници и някои, специализирани в друга насока санаториуми.

Един трети вариант, който би бил най-достъпен от икономическа гледна точка със запазване на оптимум диагностични възможности представлява снабдяване на първостепенните болници с плетизмограф, а второстепенните с воден спирометър и в двата случая с възможности за газов анализ.

ОЦЕНКА НА БЕЛОДРОБНАТА ФУНКЦИЯ ПРИ БРОНХИЕКТАЗИТЕ — НОВ КРИТЕРИЙ ЗА ПОДОБРЕНА ДИАГНОСТИЧНА, ЛЕЧЕБНА И ЕКСПЕРТИЗНА РАБОТА ПРИ НАБОРНИЦИ И ВОЙНИЦИ

В. Чаушев, Л. Напчев (ВВМИ)

Обзорното разглеждане на бронхиектазиите позволява тяхното обособяване като едно разпространено страдание сред групата от неспецифични белодробни заболявания. Като се добави към тази констатация и обстоятелството, че редица предразполагащи фактори са изиграли своята негативна роля още в детска възраст, става ясно, че младежката възраст често е онзи етап, в който се промъкват отделни белези на заболяването, и които могат да претърпят една по-бърза или по-бавна неблагоприятна еволюция в зависимост от конкретните условия. От това следва, че търсенето и откриването на бронхиектазиите трябва да напусне фазата на епизодичното хрумване и да добие обоснована насоченост, подтиквана от отделни симптоми или по-често от клиникорентгенологична констелация от симптоми, откривани във всеки индивидуален случай. В този дух бронхографията намира мястото си като незаменим метод в арсенала на съвременната белодробна диагностика, служейки за диагностициране, локализиране и документирание на бронхиектазиите. Разбира се, намирането на бронхиектазии остава само констативен акт, на който се вдъхва живот чрез свързването му с изпълняваните от белодробните структури специфични функции с краен ефект — оксидиране на кръвта.

В последните години бяха направени редица технически нововъведения и в резултат на това се разшири обхватът на възможностите за характеризирането на белодробната функция и откриването на нейните отклонения. Бронхиектазиите някак излязоха извън интереса на изследователите, отстъпвайки място на други също значими страдания, като например бронхиалната астма. Хроничният деструктивен ход на заболяването, обаче, е повод да се приеме по презумция наличието на функционални отклонения, които при поставяне на индивида в екстремни условия ограничават възможностите му за преодоляване на физическа натовареност, т.е. това, което е ежедневие в казармения живот.

Очертава се необходимостта от системно проучване на бронхиектазиите във войнишка възраст, при което чрез обособяване на типична морфологична и функционална картина на заболяването, чрез свързване промените в морфологията с функцио-

налните отклонения, се достига до изкристализирането на онези показатели и признаци, по които може да се охарактеризира всеки отделен случай и в крайна сметка да се определи онази степен на годност чрез експертиза, която ще му позволи да се справи със задълженията си без излагане на излишен риск, като се съхраняват непокътнати резервите на дихателната функция, и се подбере правилно бъдещето лечение и профилактично поведение.

Извършена беше оценка на белодробната функция в аналитичен вид при 46 случая с ограничени пневмосклерози, при 70 с шилиндрични бронхиектазии, при 71 със смесени бронхиектазии и 14 случая с кистични бронхиектазии. Установи се, че при сравняемост на групите по антропометрична характеристика (възраст и ръст) те се различават съществено от контролните групи по телесно тегло и количество нетлъстинна телесна маса. Последните имат съществено по-ниска стойност. При всички групи се очертаха сходни по качествена характеристика нарушения на белодробните функции.

- Намаление на статичните и динамични белодробни обеми (ВК, ФЕО₁, ТБК) и при отсъствие на съществена промяна в остатъчния обем, съотношението ОО/ТБК нараства

- Дебитно-обемните съотношения при всички групи са нарушени: При еднакво ниво на интраторакалния газов обем се установява намаление на дебита през втората половина на форсираната еспирация (фиг. 1, 2, 3, 4).

- Дифузионният капацитет, измерен по метода на уравнивено състояние (steadystate) при всички групи е намален.

- Газовият анализ при артериализирана капилярна кръв се характеризира с намаление парциалното налягане на кислорода със съществено намаление при всички групи, а при групата с кистични бронхиектазии е съществено намалено насищането на Нв.

- При стандартизирано въз основа на кислородна консумация $67 \text{ mmol} \cdot \text{min}^{-1} = 1,5 \text{ l} \cdot \text{min}^{-1}$ физическо обременяване при всички случаи се установи съществено нарастване на МВ при тенденция към намаление на дихателния обем. Това на практика означава, че е налице тахипнея, респ. нарастване на дихателната работа.

- От страна на сърдечно-съдовата система се установява умерена тахикардия. Тя надхвърля стойностите, предвидени въз основа на телесното тегло и количеството нетлъстинна телесна маса; установява се и тенденция към повишаване на систоличното и диастоличното налягане (надхвърлящо предвидените въз основа на изходното артериално налягане стойности.)

- Съществени промени се установиха и по отношение показатели на дихателната механика:

а) намалени са както статичния, така и динамичния белодробен комплайънс.

б) в случаите с белодробен комплайънс в референтните граници неговата стойност клони, или подчертано към долната граница, или е налице феноменът на честотното обусловено намаление на динамичния комплайънс.

в) общото белодробно и тъканно съпротивление са увеличени

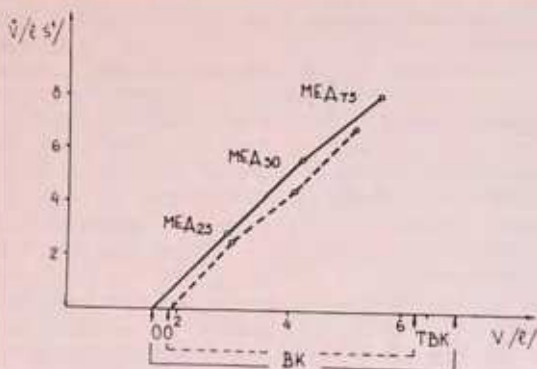
г) съпротивлението в дихателните пътища е нормално при ограничените пневмосклерози и в нарастващ брой случаи повишено при цилиндричните, смесените и кистични бронхиектазии.

— Спектърът на отклонените показатели за белодробната функция се разширява в качествен аспект и нарушенията се задълбочават прогресивно от ограничените пневмосклерози през цилиндричните бронхиектазии до смесените и кистични бронхиектазии. При смесените бронхиектазии функционалните нарушения са изразени и засягат почти всички изследвани показатели, а при кистичните бронхиектазии дълбоки нарушения на белодробната функция се установяват в 100% от случаите.

За рутинната практика трябва да се има предвид, че най-често отклонени от референтните стойности са показателите на ФЕО1% от предвидената стойност и диспноичният индекс, представен в проценти от предвидената въз основа на ръста стойност; последният е отклонен (в положителен смисъл) при 62% от случаите.

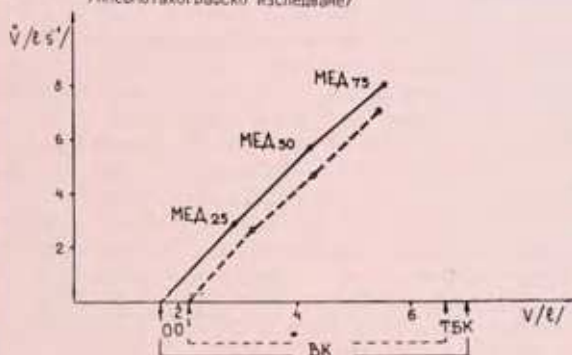
Що се касае за приложението на извършеното проучване за нуждите на диагностичната, лечебната и експертна дейност сред войнишката възрастова група, то несъмнено се налага един генерален извод: внедряването на постиженията на научно-техническата революция в областта на белодробната функционална диагностика откриват съвършено нови, малко познати за сега хоризонти за вникване в патофизиологичната същност на ограничените пневмосклерози и формите бронхиектазии, за внедряване все по-детерминистичен подход при цялостната оценка на тези заболявания. Очевидно детайлното бронхографско изследване в съчетание с обстойна оценка на белодробната функция към настоящия етап трябва да се превърне в задължителна съставна част в изграждането на пълната и окончателна диагноза при ограничените пневмосклерози и формите бронхиектазии за нуждите на диагностичната, лечебната и експертна работа. Проучването показва, че смесените и кистични бронхиектазии се характеризират от една страна с обширни по територия и пестри бронхографски изменения, а от друга страна с широка гама от нарушения на белодробните функции. Има всички основания при тези форми да се възприеме особено сериозна, включваща обсъждане

на оперативна намеса, терапевтична тактика както и категорично експертизно заключение, в смисъл на негодност за военна служба. При цилиндричните бронхиектазии експертизното становище би следвало да се изгражда индивидуално. Наличността на засягане на по-обширни територии (повече от един белодробен дял) със съпровождащи по-значителни функционални отклонения, би трябвало да станат основание също за признаване на негодност за военна служба. Обратно, при ограничени по територия бронхографски изменения и отсъстващи или минимални функционални отклонения, би трябвало да бъдат основание за признаване на ограничено годни за военна служба. Тези две „полярни“ подгрупи на цилиндричните бронхиектазии предполагат наличност на голям брой преходни случаи, така, щото взето експертното решение при цилиндричните бронхиектазии би трябвало да се изгражда на принципа на индивидуалния подход. Извършените проучвания показват, че както от бронхографска, така и от функционална гледна точка ограничените пневмосклерози могат да се разглеждат като фаза в развитието на бронхиектазиите. Очевидно експертното заключение при тях би трябвало да се ограничи в периодичен диспансерен контрол и видимо няма достатъчно основание за промяна по отношение на годността за военна служба.



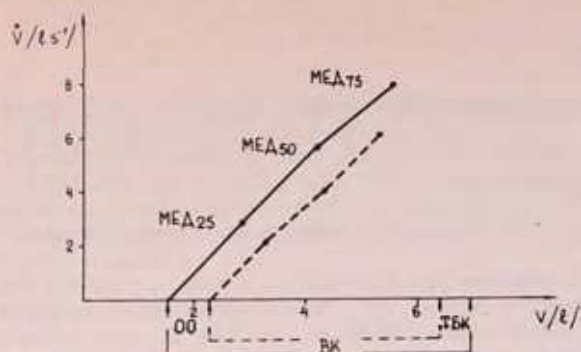
Фиг. 1

Ограничени пневмосклерози
Дебитно-обемни съотношения (втори 2/3 от МЕДОК)
/пневмотахографско изследване/



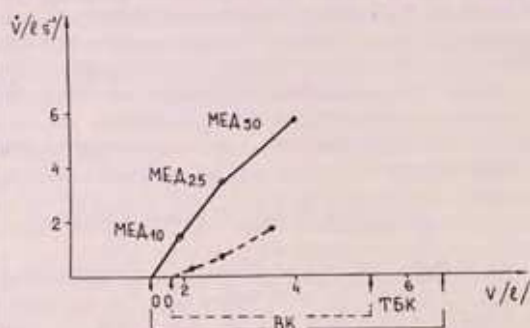
Фиг. 2

Цилиндрични бронхиектазии
Дебитно-обемни съотношения (втори 2/3 от МЕДОК)
/пневмотахографско изследване/



Фиг. 3

Смесени бронхиектазии
Дебитно-обемни съотношения (втори 2/3 от МЕДОК)
/пневмотахографско изследване/



Фиг. 4

Кистични бронхиектазии
Дебитно-обемни съотношения (втора половина от МЕДОК)
/спирографско изследване/

БРОНХОКОНСТРИКТОРЕН ТЕСТ СЪС СТУДЕН ВЪЗДУХ ПРИ ЛАТЕНТЕН БРОНХОСПАЗЪМ

С. Пройков, П. Ганчев, М. Маринчев (Варна)

Изследването на бронхиалната реактивност е един от най-актуалните проблеми на белодробната функционална диагностика. Това се обуславя от факта, че бронхиалната хиперреактивност е основен рисков фактор за ХОББ и астма, основен диагностичен критерий за бронхиална астма и ХОББ — алергична форма, важен прогностичен белег и критерий за ефективността на лечението. Масовите изследвания в млада възраст би позволило ранна диагностика и следователно и ранна профилактика като резултатите се използват и за професионалния подбор, което би имало социален и икономически ефект. С въвеждането на криопровокационните проби техническите пречки пред масовото изследване на бронхиалната реактивност в практиката отпада. Икономическата изгодност, лесното изпълнение и голямата им чувствителност все повече ги налагат като предпочитано средство за изследване на бронхиалната хиперреактивност. С оглед на това разработихме собствена програма за скринингово търсене на бронхиална хиперреактивност състояща се от анкетно проучване, определяне на базисните спирографски показатели и бронхоконстрикторен тест със студен въздух.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

В условията на масов скрининг изследвахме 725 младежи — ученици, студенти и военослужащи на възраст 16—24 години. Изследването извършихме с помощта на анкетен наръчник включващ фамилна анамнеза, анамнеза на развитие и сегашни оплаквания от страна на дихателните пътища. На 40 лица с клинични критерии за предастма, 10 болни от инфекциозно — алергична бронхиална астма и 10 лица с отрицателен отговор на анкетното проучване бяха определени базисните стойности на ВК, ФЕО1 /ВК със спирограф Юниор на фирмата Егер. След това с конструирана от нас апаратура позволяваща охлаждането на вдишвания въздух — 10°С бе извършен бронхоконстрикторен тест по описаната от Горбенко — 1985 год. методика. За положителен тест бе прието 10% намаление на ФЕО1 в сравнение с базисните стойности.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

От представената фигура се вижда, че дискретни оплаквания от страна на дихателните пътища има в 22,5% от изследваните лица. Най-чест симптом е била пристъпната кашлица при запрашена и задимена среда следвана от алергичната симптоматика и задъха при физическо усилие.

От представената фигура се вижда, че всички астматици, 15% от общо 40 лица с клинични критерии за предастма или 36,2% показваха положителен бронхоконстрикторен тест, докато нито един от здравите не получи бронхоспазм. При анализа на литературата прави впечатление факта, че изненадващо голям брой хора имат положителна алергологична анамнеза или оплаквания от страна на дихателните пътища. Така Eafon 1982 год. намира при 29,7% от изследваните лица алергична симптоматика, Davies при 1380 лица работещи с животни 16%, а Елишевская при скринингово проучване в гр. Минск доказва в 15,2% от всички деца алергично заболяване и в 22% алергична застрашеност. Helman 1983 год. намира оплаквания от страна на дихателните пътища в 30% от изследваните, като съотношението мъже—жени е почти еднакво. По отношение на бронхопровокационния тест е почти еднакво. Резултатите от нашето проучване са близки до цитираните. По отношение на бронхопровокационния тест със студен въздух са налице отделни проучвания при малки групи от населението. Weis 1984 год. намира положителен криопровокационен тест при 18,9 от изследваните клинично здрави лица Welty

1984 г. 9,4%, а Горбенков 1985 год. в 30% като използва и дебитите при малки обеми. Общоприето е, че всички астматици и повечето лица с ХОББ реагират положително на бронхоконстрикторния тест със студен въздух. Според Bleesner 1985 год. бронхиална хиперреактивност има в 10% от населението, като връзката между симптоматиката от страна на дихателните пътища и положителните бронхоконстрикторни тестове се счита за доказана. Литературните данни и нашите собствени резултати ни дават основание да предложим бронхоконстрикторния тест със студен въздух с помощта на конструираната от нас апаратура за по-широко внедряване в кабинетите по функционална диагностика. Методиката може да се използва при подбор на работници в рискови производства, военнослужащи за някои родове войски, трудово-лекарската и военно-лекарска експертиза.

Кликопис — от 15 заглавия — на разположение при авторите

ОСТРИ ВИРУСНИ ИНФЕКЦИИ ПРЕЗ АДАПТАЦИОННИЯ ПЕРИОД — КЛИНИКО-ВИРУСОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ

М. Маринчев, С. Проиков (Варна)

Острите респираторни инфекции са най-честите заболявания в човешката патология. Те дават една трета от нетрудоспособността при възрастните хора, две трети от отсъствията при учениците и общо около 80% от всички заболявания в младата възраст.

Инфекциите с вируси са причина за обостряне на ХОББ в 40 до 80% от случаите или за влошаване на хронично болните.

Особено актуални са острите респираторни заболявания за армията.

Те дават около 50% от острата заболеваемост и над 30% от трудозагубите като са най-разпространени при младите войници.

С оглед на това си поставихме за цел да проучим честотата на ОРЗ в адаптационния период, клиничните особености и етиологичната им характеристика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

От 04.01.1986 година до 20.02.1986 година бяха проследени 328 войници от новобрански център. На всички заболели от ОРЗ се правеше клинично изследване включващо анамнеза, физикално изследване с рентгеноскопия на бял дроб, лабораторни изследвания включващи СУЕ, левкоцити и урина за белтък и седимент.

При всички болни се взе смяв от носоглътката и кръв за серологично изследване по стандартна методика, като бяха използвани следните вирусологични методи: имплантиране на кокоши ембрион, РСКА за мекоплазма, аденовирус, корона, РЕО, орнитоза и Q треска експресно имуно флуоресцентно изследване.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНИЯ

От 328 млади войници заболяха 62 (19,5%). Основните оплаквания на болните са демонстрирани на таблица № 1. От представената таблица се вижда, че най-чест симптом е била температурата в 100% от болните следвана от кашлицата в 89% и главоболие с 84%.

Характеристиката на температурната крива е представена на таблица № 2. Резултатите от физикалния статус са демонстрирани на таблица № 3.

При параклиничните изследвания не бяха намерени промени с изключение на болните от пневмония, но при 30% се установи усилен перихилусен рисунок. Резултатите от вирусологичните изследвания са демонстрирани на фигури № 1. От представената фигура се вижда, че при 32 от 62 болни или 51% е намерен етиологичен причинител. Най-често е бил грипен вирус А — 15 (46%) аденовирус — 9 (28%), парагрип — 6 (18%), РС никоплазма и корона по един. Не намерихме никаква зависимост между етиологичния причинител и клиничните прояви. Получените от нас резултати показват значителна честота на ОРЗ в адаптационния период, което прави актуален въпросът за тяхното ефективно лечение и профилактика. Голямото многообразие на вирусите причиняващи ОРЗ особено в извън епидемична обстановка което се потвърждава и от нашите резултати обясняват слабият ефект на използваните сега профилактични мероприятия. Възможна алтернатива е неспецифичната имунна стимулация — обект на друга наша разработка, но този проблем изисква по-нататъшни задълбочени проучвания.

ИЗВОДИ

1. Съществува значителна честота на ОРЗ в адаптационния период.
 2. Заболяванията се причиняват от различни причинители, което затруднява профилактичните мероприятия.
- Книгопис — от 7 заглавия — на разположение при авторите.

ЛЕКАРСТВЕНА ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ С НЯКОИ КЛИНИЧНО-ЛАБОРАТОРНИ ПОКАЗАТЕЛИ

Любен Д. Христов (Научен институт по педиатрия, МА, София)

Техническата революция определи двете основни направления на съвременната медицинска наука — стремежът към максимално обективизиране на нормалните и патологични физиологични и биохимични процеси и непрекъснато производство на все по-нови и разнообразни лекарствени средства. Инструменталните и лабораторни методи позволяват да се проучват физиологичните и биохимични промени на субклетъчно, молекулно и субмолекулно ниво. Всеки 4—5 години клинично-лабораторните показатели се удвояват по брой и вид. Успоредно с това расте с „космическа скорост“ броят на новите лекарствени средства. Всичко това има за резултат две нови явления в медицинската наука. Промени се човешката патология, увеличиха се алергизите и се появиха нови болестни състояния, като синдрома на придобита имунна недостатъчност. Зачестиха мононуклеозните синдроми. В последните десет години, в които започна широкото приложение на цитотоксичните (цитостатици) и нецитотоксичните (кортикостероиди) имunosупресори, лимфомите са се увеличили от световен мащаб около сто пъти, а при подготвяните с имunosупресори болни преживяли трансплантация на бъбреци, опасността да заболели от лимфом е 400 пъти по-голяма сравнено със здрави лица. От друга страна е доказано, че над 5000 лекарства интерферират с клинично-лабораторните показатели и фалшифицират реалните им стойности. Съществено е също, че се касае за най-широко използвани в практиката лекарства, като противовъзпалителните (салицилати, аналгетици), антибиотици и химиотерапевтици. Лекарствата влияят клинично-лабораторните показатели по два механизма — химическа интерференция (влияние *in vitro*, взаимодействия в епруветката) и фармакологична интерференция. Пример на химическа интерференция е позитивирането на пробата за белтък в урината от големи дози пеницилин, тетрациклин, хлорамфеникол, или позитивиране на пробата за глюкоза от витамин С, окситетрациклин, или пробата за уробилиноген от сулфонамиди и тетрациклин, или увеличение на кръвния билирубин от антибиотици и липемия.

Фармакологичните ефекти може да се проявят на всички нива на обмяната на веществата: храносмилане, междинна обмяна, или крайните етапи — цикъл на лимонена киселина, окислително фосфорилиране, или дихателна верига. Други лекарствени ефек-

ти се демонстрират като воалиране на органично-специфични показатели и констелации (чернодробни бъбречни, кръвни, жлези с вътрешна секреция), или чрез влияние на общозащитни процеси — възпаление и имунитет. Тези ефекти са твърде индивидуални и се наблюдават при определен процент от лекуваните.

Цитохематологичните показатели са между най-често интерфериращите с лекарствените средства. Над 20% от воалираните лекарствени ефекти са свързани с този вид интерференция. Касае се най-често за левкопенични и гранулоцитопенични ефекти.

В наше проучване във връзка с литературни данни си поставихме за цел: първо — да проследим в лонгитудинален и ретроспективен аспект динамичните промени на бялата кръвна картина на деца преминали през амбулаторията за контролен преглед, второ — да проучим левкоцитната реакция при деца боледували от стафилококова болест и трето — да оценим лабораторните показатели при деца с моноклеозни синдроми.

За реализиране на първата цел проследихме бялата кръвна картина при 18,000 деца преминали през амбулаторията на първи комплекс при научния институт по педиатрия, на възраст от 1 година до 12 години, за периода от 1968 г. до 1981 г. Всички са изследвани от едни и същи лаборанти, по един и същ метод (камерно броене с оцветяване по Гимза). Контингентите за консултация са съответни на клиничната специализация на комплекса, която в периода на изследването не се еменила. В изследването са обхванати само децата, които са имали нормални показатели от урината, нормална СУЕ и нормални стойности за хемоглобин и еритроцити за възрастта. Всички деца бяха вземали терапевтични дози от различни лекарства през живота си и до 20 дни преди изследването. Изследваните деца са от еднакви възрастови групи за отделните години — от 1 г. до 3 г. са 20%, от 4 г. до 8 г. — 70% и от 9 г. до 12 г. — 10%. Получените динамични промени по петидетки са показани на фиг. 1.

Правят впечатление следните намерени закономерности:

1. Средният брой на левкоцитите намалява съответно от 8500 мм^3 в началния период на 7400 мм^3 в края на 1980 г. Референтните граници са съответно от $4,500 \text{ мм}^3$ до $12,500 \text{ мм}^3$ в началото, до $3,800 \text{ мм}^3$ — $11,000 \text{ мм}^3$ в 1980 г. Процентът от случаите с левкоцити над $10,000 \text{ мм}^3$ постепенно намалява, от 31% на 12%, а тези с левкоцити под $6,000 \text{ мм}^3$ се увеличават от 18,5% на 31% в 1980 г.

2. Характерни са промените и на диференциалната бяла кръвна картина: неутрофилите намаляват, лимфоцитите се увелича-

ват, а референтните граници на моноцитите и еозинофилите достигат съответно до 10% и до 8%. По-често се намират плазматични клетки, които стигат до 3%.

Тези промени във времето свързваме с разширеното използване на лекарствени средства с левкопеничен и сравнително по-слабо изразен гранулоцитопеничен ефект и с промени на реактивността на фона на по-разширеното срещане на вирусни инфекции именяща се патогенност и резистенция на микроорганизмите.

С променена реактивност в детската възраст може да се свържат и промените на бялата кръвна картина при стафилококова болест и пневмонии. Процента на случаите с левкоцити около средната референтна стойност, в последните пет години се е увеличил трикратно. В тази последна петилетка (1981—1985)г. само в 50% от случаите със стафилококова болест се намират левкоцити над $10,000\text{mm}^3$, а при 15% до 20% от случаите броят им е около средната стойност.

Едно друго характерно явление в детската патология в последните години е зачестяването на мононуклеозните синдроми. От световен мащаб е доказано, че само в 50% мононуклеозните синдроми са с инфекциозна етиология (вирус на Епщайн-Бар). В по-голямата част от останалите случаи се касае за алергична реакция с характерната за мононуклеоза клиника и кръвна картина. На табл. 1 са показани данните на 22 случая с мононуклеозни синдроми наблюдавани при амбулаторни условия. Правят впечатление малкото случаи с положителна „Моностикон-тест“ реакция и големият брой на случаите свързани с приемане на лекарства.

Фиг. 1 ДИНАМИЧНИ ПРОМЕНИ НА БЕЛАТА КРЪВНА КАРТИНА

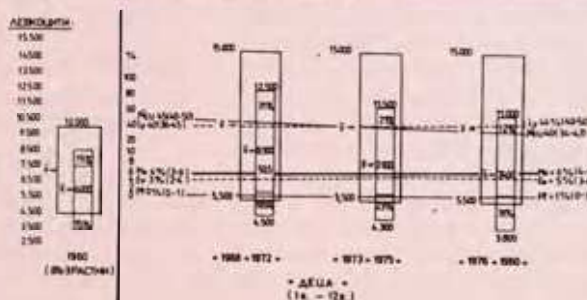


Табл. 1. МОНОНУКЛЕОЗНИ СИНДРОМИ

Клинични данни (субективни)	Възраст (лет)	Пол	Синдромна форма (1980-1982)				Синдромна форма (1983-1985)				Лечение	Забележки
			Начало	Пик	Край	Възраст (лет)	Начало	Пик	Край	Възраст (лет)		
1. 1980-1982	15.5	М	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
2. 1983-1985	15.5	М	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1

СИНДРОМ НА МАКЛЕОД — ДИСТРОФИЯ ПУЛМОНУМ ПРОГРЕСИВА

И. Христов, Д. Димитров (ВВМИ)

Синдрома на Маклеод представлява болестно състояние на постепенно напредваща дистрофия до пълно изчезване на белодробния паренхим с различни размери и обикновено едностранно разпространение. Този синдром най-напред е описан от Свиег и Дамес — 1953 год. Една година по-късно Маклеод го описва разгърнато с изтъкване на двойния му произход.

През 1956 година Хенлмейр и Шмидт дават названието дистрофия пулмонум прогресива.

Това название в настоящия момент е общо прието.

Като етиологичен момент най-често се касае за съчетание на съдови и бронхиални причини, при които водеща роля имат вентилационните механизми.

Честотата на това заболяване е различна според различните статистики.

Така в ГФР се съобщава за един случай на 25000 флуорографии.

В нашата страна до 1972 година са описани 12 случая на този синдром от Шошков и сътр. През следващите години има описани единични случаи.

В клинични условия наблюдавахме случай със синдрома на Маклеод.

Касае се за болен Симеон Георгиев Христов на 19 години, ЛИЗ-1143/1986 година.

Постъпва във ВВМИ с оплаквания от постоянна кашлица с жълтеникави храчки. Заболяването започнало от детска възраст. Като малък боледувал от чести пневмонии и хрема. Имал постоянна кашлица с вадене на зеленикави храчки. При физическо усилие лесно се изморявал и гърдите му свирели. След постъпване на редовна военна служба състоянието му се влошило и въпреки лечението подобрене не почувствувал. Поради засилване на оплакванията и влошаване на общото състояние се наложило да бъде хоспитализиран. Освен чести пневмонии не съобщава за прекарани други заболявания.

От физикалното изследване на болния се установява добро общо състояние, поддържа субфебрилна температура, кожа и лигавици — бледо-розови.

Белодробен статус — костодиафрагмално дишане. Ясен перкуторен тон. Вдясната белодробна основа, грубо везикуларно дишане с пръснати сухи свиркащи хрипове и средни дребни влаж-

ни хрипове. В ляво удължен експириум със сухи свиркащи хрипове.

Сърдечния статус без промяна — Р — 72 уд. в мин., РР — 115/80.

Черен дроб и слезка не се палпират. Крайници — б.о. От направените изследвания: биохимични, серологични, имунологични и инструментални методи на изследване се установиха следните данни. Нв — 135, левкоцити — 6,6 г/л, левкограма — б.о. СVE — 37мм, Тимол — 10, общ белтък — 71, албумини — 42. Аяфа — 1 — 2, Алфа — 2 — 8, Бета — 9. Гама — 10. Останалите биохимични изследвания са в границата на норма.

Имуноглобини — в границите на нормата. Електролити — без отклонения. Урина — б.о. Вирусологично изследване: Реакция за свързване на комплемента за орнитоза. Ку-треска, аденовируси, херпес вируси, микоплазми — отрицателен резултат.

Рентген на белите дробове — белодробните полета се проследяват емфизематозно. В дясната белодробна основа лидиолатерално се вижда безструкторна зона с почти триъгълна форма, като проява на частичен пневмоторакс, по-малко вероятно голяма емфизематозна була. В ляво паракардинално усилена белодробна структура, с мрежест характер, като проява на деформиран бронхит и бронхиектазии.

Тотална бронхография двустранно — касае се за цилиндрични бронхиектазии в територията на средния и долния дял от дясно и в лявата белодробна основа. Ограничена пневмосклероза в същите територии.

Ангиопулмография: десния главен клон на артерия пулмоналис, както и нейните лобарни, сегментни и субсегментарни клонове, особено тези на пирамидата са значително по-тесни и грацилни, което води до намаляване на перфузията на десния бял дроб. Измененията са както при хипоплазия на дясната артерия пулмоналис и съответните венозни клонове. В ДД отиошение да се има предвид синдрома на Маклеод.

ЕКГ — синусов ритъм.

Газов анализ и АКР — умерено изразена артеиална хипопсемия.

Целотелесна плетизмография — увеличено съпротивление в дихателните пътища, снижени ВК, ФЕО1/ВК, МЕД.

Данни за смесен вентилаторен синдром с изразена обструктивна комплемента и свръх раздуване на белия дроб.

Случая представлява интерес поради следните съображения:

1. Както описват и други автори състоянието може да протече

дълги години безсимптомно и постепенно да се появи кашлицата и експекторацията.

2. Еволюцията е бавна, дългогодишна с късно развитие на бронхиектазии, а по-късно и на хроничното белодробно сърце.

3. Диагнозата се поставя трудно, тъй като трябва да се мисли и изключи частичен пневмоторакс, булозен емфизем, кистозен бял дроб, вродена аплазия или хипоплазия на белия дроб.

СЛУЧАЙ С МНОГОГРАННА ЕХИНОКОКОЗА

Д. Димитров, И. Христов, Х. Нончев

(ВВМИ)

Множествената ехинококоза често създава диагностични трудности. В началния стадий на развитие на ехинококовите кисти, особено тези в белия дроб, болните са без оплаквания и направената по друг повод рентгенография на белите дробове изненадва клиницистите. Не рядко е трудно да се отдиференцира това заболяване от метастази в белите дробове при семином, хипернефром и др. Представеният от нас случай демонстрира болен с множествена ехинококоза, постъпил на лечение със съмнение за карцином метастаза в белите дробове.

Касае се за 54 г. мъж, постъпил на лечение в III вътрешна клиника ВВМИ на 24.IV. 1986 г. /ЛИЗ № 7155/. На 29. III. 1986 г. по повод на бодежи в лявата гръдна половина с диагноза бронхопневмония е постъпил на болнично лечение в гр. Бургас. След проведен курс на лечение с антибиотици състоянието на болния се подобрило и оплакванията му изчезнали. Направената контролна РЪО на белия дроб са установени множество кръгли сенки в двете белодробни полета и със съмнение за метастази в белите дробове е проведен в клиниката за лечение.

Изследвания: Урина — б.о., Нв — 127%, левкоц. — 8,6, ДКК — б.о., СУЕ — 43/78, 28/36. Протенограма — норм., кр. зах., урея, билирубин, електроцити — в границата на нормите.

РЪО на белите дробове /4.V.86 г./ — двата бели дроба са осеяни с кръгли сенки с различна големина и относително резки и гладки очертания, както при белодробна метастаза. На направената бронхоскопия туморни маси в белите дробове не се установиха.

Гамасцинтиграфия на щитовидната жлеза — б.о.

Ехотомография на коремните органи не показва изменения от страна на черния дроб, слезка, бъбреци.

РЪО на стомаха, изследването на простатна жлеза и тестисите не показва данни за заболяване.

При болният беше направен и КАТ на коремни органи, която показва данни за калцирана ехинококова киста в десния лоб на черния дроб с размери 42/25 мм. В областта на средните 1/3 на двата бъбрека също се видяха кисти с диаметър около 2 см.

Тази находка ни насочи към възможността за множествена ехинококоза на белите дробове, поради което на болният беше на-

правена открита торакална биопсия. Микроскопски се намери, че десния бял дроб е осеян с множество туморни образувания. Хистологично се намери фиброзна капсула и хитинови мемрани от ехинокок на белия дроб (ч. дроб, бърбери, бели дробове).

Поради полиорганната локализация и множеството кисти в белите дробове болният не подлежеше на оперативно лечение. Болният беше преведен в Института по паразитни заболявания за провеждане на медикаментозно лечение.

Случаят е интересен за това, че представлява диагностични проблеми и въпреки многогранното засягане болният беше без оплаквания от страна на засегнатите органи.



С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

Клиника и инструментални изследвания в кардиологията /Мл. Григоров/	3
Съвременна диагностика и функционална оценка на митралния порок /Пл. Коцев, Мл. Григоров, Пл. Милков/	7
Резултати от ранното велоергометрично тестване на болни с инфаркт на миокарда по време на рехабилитационно лечение в условията на Клиничен военен санаториум Баня /Н. Иванов, Д. Дренски, Вл. Попов, М. Аксентиев/	10
Ранни прояви на дигиталисова интоксикация при поддържащо лечение на клапно протезиращи сърдечно болни /Н. Иванов, Д. Дренски, Вл. Попов, Л. Панайотова/	14
Върху възможността за оценка на левокамерната функция при болни със стабилна стенокардия посредством апекскардиографския метод в условията на Клиничен военен санаториум Баня /Н. Иванов, И. Гълъбова, Цветков, М. Аксентиев/	18
Съчетание на пълен десен бедрен блок и ляв преден хемиблок със стабилна стенокардия и хемодинамична оценка на левокамерната функция по неинвазивен път с демонстрация на един случай от практиката /Н. Иванов, И. Гълъбова, М. Аксентиев, Д. Дренски/	22
Приложение на магнитотерапията в комплексното балнеолечение на болни с хипертонична болест I-II стадий в условията на курорта Баня /Д. Дренски, Н. Иванов, Г. Цветков/	27
Велоергометричният /BEM/ тест и рискови фактори за диагнозата и прогнозата на артериалната хипертония и ИБС /Е. Колева, Е. Белчев/	33

Венозен тест с антистенокардин за диагностика на коронарната недостатъчност /Д.Шиманов, В.Василев, Д.Гочев, Л.Пенева, К.Кадийска, А.Чаушев/	37
Лечение на болни със застойна сърдечна недостатъчност с кокарболаза /И.Кьостебеков, В.Найденкова/	42
По въпроса за ефикасността на различните методи при саниране носителите на бета хемолитични стрептококи /Д.Ковачев/	48
Увреждане на миокарда при рубеола /Д.Ковачев/	53
Проучвания върху съвременната диагностика на злокачествените заболявания на стомаха при съвременни условия /Р.Хинков, Д.Таков, Ст.Русанов, К.Везирев/	56
Диагностични възможности на солнокиселинния перфузионен тест при рефлукс-езофагит /Ст.Симитчиев/	63
Ендоскопска оценка на рефлуксните промени в хранопровода при язвена болест /Ст.Симитчиев/	66
Прицелна хранопроводна биопсия и метод за обективна оценка на морфологичните промени в лигавицата при рефлуксна болест /Ст.Симитчиев, Ил.Бодуров/	75
Резултати от лечението на язвената болест със синусоидални модулирани токове в комплекса със санаториалните фактори в Хисар /Ап.Нончев, Б.Божков, Н.Тодоров, Ив.Тарев/	82
Върху необходимостта от засилване приложението на белодробната функционална диагностика във военните болници и санаториуми /Р.Стефанов, Л.Нанчев, В.Чаушев/	86

Оценка на белодробната функция при бронхи- ектазиите-нов критерий за подобрена диаг- ностична, лечебна и експертизна работа при наборници и войници	90
/В. Чаушев, Л. Нанчев/ Бронхоконстрикторен тест със студен въздух при латентен бронхоспазм	96
/С. Проиков, П. Ганчев, М. Маринчев/ Остри вирусни инфекции през адаптационния период-клинико-вирусологично проучване	98
/М. Маринчев, С. Проиков/ Лекарствена интерференция с някои клинично- лабораторни показатели	100
/П. Христов/ Синдром на Маклеод-дистрофия пулмонум про- гресива	103
/И. Христов, Д. Димитров/ Случай с многогранна ехинококоза	106
/Д. Димитров, И. Христов, Х. Нончев/	

ДЪРЖАВНА ПЕЧАТНИЦА
„ДУНАВ“ — РУСЕ

Тираж 220

