

## ЛИПОПРОТЕИДЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

В. Я. Бобылев

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. М. Э. Василевский)  
Ярославского медицинского института

Под нашим наблюдением находились 46 женщин и один мужчина в возрасте от 24 до 63 лет, больные тиреотоксикозом (21 чел. — легкой формой, 24 — средней тяжести и 2 — тяжелой). Длительность заболевания была различной, 25 чел. болели в течение года и менее.

Содержание липопротеидов в сыворотке крови мы исследовали методом электрофореза на бумаге.

Предварительно липопротеиды сыворотки крови были определены у 38 доноров (35 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 21 года до 58 лет.

Наряду с липопротеидами, мы у больных изучали общий холестерин, а также белковые фракции в сыворотке крови методом электрофореза на бумаге. Весь материал обработан статистически.

При легкой форме тиреотоксикоза процент  $\alpha$ -липопротеидов колебался от 11,5 до 47,5;  $\beta$  — от 52,5 до 88,5. Нормальные соотношения фракций липопротеидов отмечены у 13 больных из 21. Несмотря на это, обнаружена тенденция к снижению  $\alpha$ - и нарастанию  $\beta$ -фракции; у 7 больных  $\alpha$ -фракция значительно снижена. На это же указывают и средние величины содержания липопротеидов. Причем различия эти статистически достоверны ( $P < 0,001$ ). Лишь у одной больной легким тиреотоксикозом, 36 лет, наблюдалось повышение  $\alpha$ - (47,5%) и снижение  $\beta$ -фракции (52,5%) липопротеидов.

У больных с выраженным тиреотоксикозом (24 чел. со средней тяжестью и 2 с тяжелой формой) уровень  $\alpha$ -липопротеидов также оказался достоверно пониженным по сравнению с группой здоровых лиц ( $P < 0,001$ ). Содержание  $\alpha$ -фракции колебалось от 13,1 до 43,6%,  $\beta$ -фракции — от 56,4 до 86,9%. При этом у 8 больных наблюдалось снижение  $\alpha$ - и повышение  $\beta$ -фракции; у 18 больных фракции липопротеидов были нормальны.

Мы не смогли отметить параллелизма между степенью изменений липопротеидов и тяжестью заболевания.

11 больных тиреотоксикозом обследованы после лечения (у 6 — оперативного и у 5 — консервативного). У 7 больных обнаружено увеличение количества  $\alpha$ - и уменьшение  $\beta$ -липопротеидов, у 4, наоборот, — увеличение  $\beta$ - и снижение  $\alpha$ -фракции. Среднее значение  $\alpha$ -липопротеидной фракции после лечения несколько увеличилось (с 25,9 до 28,1%). Сдвиги в липопротеидных фракциях сыворотки крови находятся в некотором соответствии с клиническим течением заболевания: у всех больных, у которых лечение дало положительный результат (улучшилось самочувствие, уменьшилась тахикардия, снизился основной обмен, увеличился вес), наблюдалось повышение уровня  $\alpha$ -липопротеидов. В среднем содержание  $\alpha$ -фракции у этих больных повысилось с 22,6 до 30,7%. Однако, несмотря на значительную, казалось бы, разницу между этими величинами (превышающую удвоенную ошибку средней), различия эти не могут все же считаться достоверными ( $T=1,8$ ;  $P=0,1$ ).

Из 5 больных, у которых лечение не привело к улучшению состояния, у 4 выявлено снижение  $\alpha$ -фракции и лишь у одной обследуемой — повышение  $\alpha$ - и снижение  $\beta$ -фракции.

Исследование общего холестерина в сыворотке крови у больных тиреотоксикозом показало, что уровень его изменяется в меньшей степени, чем соотношение липопротеидов. Так, лишь у 2 обследуемых холестерин был слегка понижен (116 и 120 мг%) и у 2 несколько превысил норму (220 и 232 мг%). Не отмечено отчетливой зависимости уровня холестеринемии и от тяжести состояния больных.

Сопоставляя результаты определения липопротеидов, в частности  $\beta$ -фракции, и холестерина, а также  $\beta$ -глобулинов в сыворотке крови у больных тиреотоксикозом, мы далеко не всегда отмечали определенную зависимость между этими величинами. Так, не у всех больных с нормальным соотношением липопротеидов был в пределах нормы и холестерин: у части больных наблюдалось понижение его, у других — повышение. В то же время при высокой концентрации  $\beta$ -липопротеидов в сыворотке крови уровень холестерина чаще был нормальным. Однако статистическая обработка полученных данных позволила установить некоторый параллелизм между содержанием  $\beta$ -липопротеидной фракции и холестерином в сыворотке крови у больных тиреотоксикозом. Если в группе обследованных с нормальной концентрацией  $\beta$ -липопротеидов (в среднем 67,1%) показатель холестерина в сыворотке крови в среднем равнялся 159,8 мг%, то в группе, где  $\beta$ -липопротеиды превышали норму (в среднем 81,0%), холестерин повысился в среднем до 174,7 мг%. Различия эти приближаются к достоверной величине, поскольку  $P$  почти равно 0,05.

Сравнение содержания  $\beta$ -липопротеидной фракции сыворотки крови и  $\beta$ -глобулинов показало, что у больных тиреотоксикозом нет прямой зависимости между этими величинами.

## ВЫВОДЫ

1. Изменение соотношения фракций липопротеидов у больных тиреотоксикозом более отчетливо, нежели колебание уровня общего холестерина сыворотки крови.
2. Соотношение липопротеиновых фракций у больных тиреотоксикозом изменяется главным образом за счет уменьшения содержания  $\alpha$ - и повышения  $\beta$ -фракции.
3. С увеличением возраста больных тиреотоксикозом имеется тенденция к увеличению уровня  $\beta$ - и снижению  $\alpha$ -липопротеинов.
4. У больных тиреотоксикозом выявляется некоторый параллелизм между содержанием  $\beta$ -липопротеиновой фракции и общего холестерина сыворотки крови.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бобылев В. Я. Основной обмен, белки плазмы и холестерин сыворотки крови у больных тиреотоксикозом и эндемическим зобом в условиях Ярославской области. Автореф. канд. дисс., Ярославль, 1961.—2. Мансурова И. Д. Здравоохранение Таджикистана, 1960, 5.—3. Пак С. Г. Сов. мед., 1963, 9.—4. Попова Н. Л. Клин. мед., 1962, 2.—5. Тареева И. Е. Тер. арх., 1961, 2.

УДК 616. 441—008. 61—615. 7

## ОПЫТ ДЛИТЕЛЬНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

*В. И. Чернова*

Зав. Саратовским городским эндокринологическим пунктом

Мы лечили консервативно 145 больных диффузным токсическим зобом. Мужчин было 11, женщин — 134. В возрасте до 30 лет было 29 больных, до 50 — 90 и старше — 26. Наблюдались до 5 лет — 68 больных, до 8 лет — 39 и более 8 лет — 38.

Зоб I ст. был у 4, II — у 92 и III — у 49 больных.

Применялись следующие препараты: раствор Люголя, пилюли с йодистым калием по Шерешевскому, дийодтирозин, 6-метилтиоурацил, мерказолил, алкирон, метотирин.

С целью воздействия на ретикулярную формацию ствола мозга применяли резерпин, а для снижения повышенной возбудимости коры — снотворные, бром, в последние годы — андаксин, триоксазин.

Лечение видоизменялось в зависимости от тяжести течения и реактивности больного. Терапевтический курс длился до получения достаточного лечебного эффекта, а поддерживающее лечение проводилось в течение многих месяцев и лет.

При легких формах для терапевтического курса мы применяли микройод, иногда в сочетании с малыми дозами 6-метилтиоурацила, с бромидом, небольшими дозами снотворных, назначавшихся на короткий срок.

В соответствии с рекомендацией Н. А. Шерешевского, длительность терапевтического курса была 20 дней с перерывом в 10 дней. Количество курсов — 2—3. Поддерживающее лечение проводилось также курсами в 20 дней, в первый год 1 раз в 3 месяца, в последующие — 1 раз в 6 месяцев. По достижении эутиреоидного состояния назначались препараты типа беллоида, антиструмина, белласпона и пр.

При тяжелых и средней тяжести формах заболевания лечение начинали с больших доз 6-метилтиоурацила (или его аналогов) обычно по 0,25 3 раза в день в течение не менее 10 дней. Затем переводили больного на дозу 0,25 по 2 раза в день в течение 14 дней, добавляя в это время и микройод в виде раствора Люголя или дийодтирозина. Больным с повышенной нервной возбудимостью, повышенным АД, тахикардией и потерей веса дополнительно назначали витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> с глюкозой, седативные средства и резерпин (по 0,25 мг 3—4 раза в сутки).

Чаще всего больные на этот период получали освобождение от работы. Если после 14-дневного приема 6-метилтиоурацила по 0,25 2 раза в день не наступало положительного сдвига, то эту дозу они продолжали принимать еще 10—14 дней и только затем переходили на однократный ежедневный прием 6-метилтиоурацила (0,25). Эта доза назначалась на 30 и более дней, а затем, в зависимости от состояния больного, постепенно уменьшалась до 0,125 в день и 0,125 через день. 6-метилтиоурацил в комбинации с микройодом применялся и в качестве поддерживающей терапии. При длительном последующем наблюдении неоднократно выявлялись (особенно после интеркуррентных инфекций, операций, абортот и т. п.) рецидивы, что и вынуждало проводить повторные курсы такого лечения. Среди наших больных микройод получали: от 2 до 5 курсов — 17 больных, от 6 до 12 — 25, от 13 до 20 — 9, от 22 до 30 курсов — 5 больных; 6-метилтиоурацил получали: по 1 курсу — 38 больных, по