

определялись у 31 больного, а у 9 параллельно мы проводили определение и 17-оксикортикостероидов. Оказалось, что стероидные гормоны не угнетают функцию коры надпочечников.

В процессе лечения у 2 больных мы наблюдали непереносимость к преднизолону, причем у одного был приступ болей в подложечной области, у другой — боли и тяжесть за грудиной и в подложечной области.

«Синдром отмены» наблюдался нами у 2 больных — после отмены преднизолона у них отмечались повышение температуры и ускорение РОЭ.

В результате лечения выздоровление наступило у 28, у них в процессе лечения проходили симптомы заболевания.

У 12 человек отмечено улучшение, РОЭ оставалась ускоренной, пальпировалась селезенка, оставались изменения в моче (альбуминурия и гематурия и т. д.).

Без перемен и с ухудшением выписано 8 и 2 умерли. Отдаленные результаты прослежены у 20 выписанных из клиники с выздоровлением. Срок наблюдения — меньше 1 года у двух, у остальных 18 давность наблюдения — от 1 года до 5 лет. Состояние больных удовлетворительное, рецидивов эндокардита не было, у 2 больных вследствие порока сердца периодически бывают нарушения кровообращения. 18 человек трудоспособны, у двух трудоспособность ограничена вследствие появляющегося иногда нарушения кровообращения. 12 больных работают на производстве, один учится в институте, и остальные работают дома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демин А. А. и Тростина Н. А. Сов. мед., 1962, 6.—2. Кассирский И. А. и Иванов К. П. Тер. арх., 1959, 31.—3. Юнусов Р. А. Вопр. ревм., 1961, 4.—4. Bertrand-Fontaine, Siguier F., Hamburger J. et Mollaret P.. Presse med., 1958, 66.—5. Lustgarten B., Ferry D., Viogl A. J. A. M. A. 1959, 170, 7.—6. Raynaud R. et Bernasconi P. Algerie Medicale, 1958, 62, 9.

Поступила 31 июля 1963 г.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА И БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РИСОВО-ОВОЩНОЙ ГИПОХЛОРИДНОЙ ДИЕТЕ

Доц. Г. З. Ишмухаметова и канд. мед. наук В. М. Зайцев

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин)
Казанского медицинского института

Отечественные ученые (Н. Н. Аничков, Г. Ф. Ланг, М. П. Кончаловский, А. Л. Мясников, Л. М. Антонов) констатировали частое сочетание атеросклероза и гипертонической болезни. Установлено совпадение этих двух заболеваний с определенными вазомоторными и метаболическими нарушениями, среди последних важное значение имеет нарушение белково-холестеринового обмена (М. В. Бавина, М. П. Крицман, Г. В. Троицкий и Л. С. Тарасова, Бенгольд, Гофман, Фишберг и др.).

Особый интерес представляет изучение диспротеинемии при гипертонической болезни, поскольку литературные данные по этому вопросу противоречивы.

А. А. Багдасаров, П. М. Альперин, И. Б. Гуревич, Ф. И. Логинава, Д. Е. Потехин отметили у большинства больных в склеротической стадии гипертонической болезни гипоальбуминемию и увеличение всех глобулиновых подфракций.

М. Я. Ходас у собак с экспериментальной гипертонией нашла уменьшение α_2 -глобулинов.

М. В. Жуков, применяя метод высаливания белков, у больных в «нефрогенной» стадии гипертонической болезни отметил снижение концентрации альбуминов, увеличение α - и β -глобулинов при нормальном содержании γ -глобулинов.

М. А. Алиев у больных при кровоизлиянии в мозг наблюдал увеличение α_1 и α_2 -глобулинов и уменьшение общего белка и альбуминов; при тромбозе сосудов головного мозга — гипоальбуминемию и увеличение всех глобулинов.

К. Г. Урбанюк у 106 больных с различными формами гипертонической болезни у 50% нашел уменьшение альбуминов, увеличение β -глобулинов (у 88,6%) и γ -глобулинов (у 69,8%).

Нами исследованы белковые фракции (электрофорез на бумаге) и холестерин (методом Энгельгарда — Смирновой) у 23 больных в склеротической стадии гипертонической болезни.

Нарушений кровообращения не было у 16, и с декомпенсацией сердца I—II ст. было 3. Кроме того, у 2 больных отмечалась почечная недостаточность и у 2 — нарушение мозгового кровообращения.

В возрасте от 30 до 40 лет было 3, от 41 до 60 лет — 16 и старше — 4 больных. Мужчин было 9, женщин — 14.

Исследования показали, что у больных гипертонической болезнью во II ст. с атеросклеротическим кардиосклерозом без нарушения кровообращения наблюдаются гиперхолестеринемия, умеренное снижение концентрации альбуминов (до 44,5—51,6% у всех 16 больных, одновременно увеличение α_1 - и α_2 -глобулинов) (α_1 — 5,6—9,4%, норма — 4,7%; α_2 — 14,2%, норма — 8,9%); увеличение β -глобулинов (до 15,5—20%, норма — 12%) у 13 больных и увеличение γ -глобулинов только у 5 (до 17,4—19,6%, норма — 16,3%).

У больных гипертонической болезнью с декомпенсацией сердца I—II ст. мы нашли менее выраженную гиперхолестеринемию, но выраженную гипоальбуминемию (до 36,4—43,7%), увеличение всех глобулиновых подфракций в различной степени и главным образом за счет γ -глобулинов (17,9—20,4%).

Более значительные диспротеинемии обнаружены у больных гипертонической болезнью в периоды гипертонического криза, с развитием «сосудистых катастроф», нарушением мозгового кровообращения.

На фоне выраженной гиперхолестеринемии было значительное увеличение α_2 -глобулинов, сигнализирующее о «мозговой катастрофе», кровоизлиянии или тромбозе.

У больных гипертонической болезнью с развитием почечной недостаточности нами отмечены резкая гипоальбуминемия (до 37,3%), значительное увеличение α -глобулинов (до 7,7—10,1%), α_2 -глобулинов (до 13,2—16,1%) и β -глобулинов (до 25,3%).

Аналогичные результаты отметили японские авторы Араки, Накадзава, Кавакита, Окабе, Окада, Кото и Вати. Они констатировали при злокачественной гипертонии увеличение α - и β -глобулинов и при ренальной гипертонии — α -глобулинов.

Изучая содержание холестерина в крови и белковые фракции у больных гипертонической болезнью, мы наблюдали за их динамикой в условиях применения специальной рисово-овощной гипохолеридной диеты Г. З. Ишмухаметовой в виде диетического «зигзага» по 7—10—15 дней.

О составе и особенностях диеты сообщалось ранее¹. Диету получали 17 больных, из которых у 10 с общим улучшением наступали снижение холестерина и нормализация белковой формулы крови.

У получавших общий стол (с достаточным содержанием поваренной соли) в итоге лечения мы не отметили изменений в содержании холестерина и демонстративной нормализации белковых фракций крови.

На нормализацию белковых фракций крови под влиянием бессолевой диеты у больных гипертонической болезнью в склеротической стадии (33 больных) указывают Мучи, Лугани, Грасси, Андреоцци, Андреоли.

Дэл и Лоу пришли к выводу, что повышенное количество потребляемой соли является одним из «этиологических факторов» гипертонической болезни. Они обследовали 897 больных и показали, что среди 799 потреблявших повышенное количество соли гипертоническая болезнь обнаружена в 9%, а из 98 потреблявших небольшое количество — только у одного (проф. Н. Н. Савицкий).

Большинство авторов механизм гипертонии объясняют влиянием хлористого натрия на надпочечники, на что указано еще Г. Ф. Лангом. Ограничение введения в организм ионов натрия понижает функцию коры надпочечников и устраняет повышенную чувствительность сосудов к прессорным веществам.

¹ Казанский мед. ж., 1960, 2; Сов. мед., 1957, 1.

ВЫВОДЫ

1. У больных гипертонической болезнью в состоянии гипертонического криза изменяется содержание холестерина и белковых фракций крови, а именно: на фоне выраженной гиперхолестеринемии, гипоальбуминемии резко возрастает «пик» β -глобулинов, а при мозговых кровоизлияниях — «пик» α_2 -глобулинов.

У больных гипертонической болезнью с нарушением кровообращения I—II ст. констатируются резкая гипоальбуминемия и повышение концентрации γ -глобулинов.

2. Под влиянием рисово-овощной гипохлоридной диеты у большинства больных гипертонической болезнью параллельно с клиническим улучшением наступает нормализация содержания холестерина и белковых фракций крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М. И. Сб. тр. Азерб. ин-та усовершенств. врачей, 1957. — 2. Бавина М. В. и Крицман М. П. ДАН СССР, 1953, 2. — 3. Жуков М. В. Уч. зап. Горьковского мед. ин-та, т. II, 1955. — 4. Зайцев В. М. Тер. арх., 1958, 9. — 5. Ишмухаметов Г. З. О лечении больных гипертонической болезнью рисово-овощной бессолевой диетой. Метод. письмо Минздрава ТАССР, Казань, 1956. — 6. Мясников А. Л. Тез. докл. I Всеросс. съезда терапевтов. М., 1958. — 7. Троицкий Г. В. и Тарасова Л. С. Вопр. мед. хим., 1956, 1, II. — 8. Потехин Д. Е. К клиническому значению изменений устойчивости белкового комплекса кровяной сыворотки при патологических состояниях организма. Канд. дисс., Казань, 1954. — 9. Араки. Накадзава, Кавакита, Оката, Окада, Кото, Вати. Реферат. журн. биохимии, 1957, 6. — 10. Мучи, Лугани, Грасси, Андреолци, Андреоли. Реф. журн. Биология, 1956, 18.

Поступила 16 апреля 1963 г.

ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕКСАМЕТОНОМ И РЕЗЕРПИНОМ

Асс. В. И. Штегман

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. И. И. Исаков)
Красноярского медицинского института

Почечный фактор хотя и не является решающим в генезе гипертонической болезни, но закономерно и довольно рано включается в патологический процесс, нередко обуславливая тяжесть его течения.

Исследования почечной гемодинамики показывают, что эффективный почечный кровоток нарушен подчас в самые ранние фазы заболевания (Н. А. Ратнер, 1953; П. М. Киреев, 1954; А. С. Чижиков, 1955; М. Я. Ратнер, 1959; Н. С. Леонтьева, 1962 и др.). Одни авторы считают, что кровоток нарушается в связи с повышением АД (Н. А. Ратнер), другие такой связи не находят (М. Я. Ратнер, Н. С. Леонтьева).

Мы проконтролировали состояние эффективного почечного кровотока и общего почечного сопротивления у 65 больных гипертонической болезнью до лечения и у 56 сопоставили эти данные с результатами, полученными после лечения гексаметоном в сочетании с резерпином.

Эффективный почечный кровоток определялся по диадрасту методом Смита (1936) с внутривенным капельным введением препарата и постоянной катетеризацией мочевого пузыря. За норму плазмотока принимался коэффициент очищения диадраста 622—830 мл в минуту. Почечное сопротивление определялось по Гомецу (1947; 1951).

Нормальными считались показатели общего почечного сопротивления до 10 000 дин/сек/см^{-5} (Гомез, Максвилл, Брид, Фишман).

Больные были во II-A, II-B и III ст. гипертонической болезни.

Больных моложе 40 лет было 7, причем 4 из них II-A ст., один — III. Основная группа больных (35) была во II-B ст. Женщин было 48, мужчин — 17.

Продолжительность болезни была от года до 15—16 лет.

У 9 обследованных заболевание протекало по кардиальному типу, из них у 3 найдена II-A, у 3 — II-B и у 3 — III ст. болезни.