

## ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

*Проф. А. И. Германов, В. И. Сорокина*

*Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.—проф. В. А. Германов)  
Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова*

Изучению изменения различных органов и систем при гипертонической болезни посвящено значительное количество работ. Вопросы же возможного сочетания или осложнения гипертонической болезни сахарным диабетом освещены в литературе недостаточно.

Известно, что в течение последних лет отмечается увеличение числа больных сахарным диабетом, объясняющееся более ранним выявлением этого заболевания и своевременной рациональной терапией его, удлиняющей продолжительность жизни больных. При этом установлено заметное снижение смертности от диабетической комы и возрастание сосудистых поражений (инфаркта миокарда и диабетической нефропатии) с 24% в 1913—1923 гг. до 65—76% в 1969 г. (Плошу и соавт., 1969; Жослин и соавт., 1970).

Б. И. Гороховский (1970), Силлаба (1967) указывают также на увеличение инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом. Йонаш (1968) высказывает мнение, что инфаркт миокарда у больных сахарным диабетом возникает вследствие чрезмерной дозировки инсулина.

При изучении 1120 больных сахарным диабетом в 1969 г. во Франции у 23,5% была выявлена гипертония, у 10,5% — диабетическая нефропатия. Частота осложнений нарастала с увеличением продолжительности диабета, но в статье не указана причина гипертонии. Возможно, она развилась вследствие атеросклероза и была симптоматической? Плошу и соавт. (1969) при изучении причины смерти 200 больных, умерших от сахарного диабета, отметили у 9 из них гипертонию, но причину ее возникновения также не объяснили.

В. Г. Баранов (1966) сообщает, что гипертония нередко встречается при сахарном диабете. Однако трудно решить, пишет он, выходит ли частота гипертонической болезни при диабете за рамки возрастного ее распространения.

Большинство авторов считает, что вследствие глубоких изменений в обмене сахарный диабет способствует более выраженному и раннему склерозу.

А. М. Вихерт и В. О. Жданов (1969) констатировали более резкие атеросклеротические изменения грудной, брюшной аорты и коронарных артерий у умерших в возрасте 50—59 лет от различных проявлений атеросклероза при наличии сахарного диабета.

А. Г. Симонян и О. Ш. Бостанджян (1969) также наблюдали гипертонию различной давности и тяжести у больных сахарным диабетом. Вопрос же о сочетании или осложнении гипертонической болезни сахарным диабетом изучен явно недостаточно.

Н. А. Жуков (1964) при исследовании инсулярной функции поджелудочной железы при гипертонической болезни отметил инсулярную недостаточность, вплоть до развития клинически выраженного сахарного диабета.

По данным Института терапии (1965) частота сахарного диабета у больных гипертонической болезнью равна 1,3%.

Представляет интерес момент возникновения сахарного диабета у больных гипертонической болезнью. Остается нерешенным вопрос, что возникает раньше — сахарный диабет или гипертоническая болезнь.

По мнению Юлес и Холло (1967), гипертония развивается вторично, вследствие атеросклероза или нефропатии.

Для решения вопроса о возможности и частоте развития сахарного диабета при гипертонической болезни нами за последние 5 лет обследовано 712 больных, находившихся в клинике по поводу гипертонической болезни. У 26 из них обнаружен сахарный диабет (3,6%). В группу обследованных больных вошли только лица с гипертонической болезнью как нозологической единицей. Не была включена в изучение большая группа больных с сахарным диабетом и гипертонией вследствие атеросклероза, с высоким систолическим и не повышенным диастолическим давлением, а также больные с гипертонией в результате диабетической нефропатии.

Женщин было 23, мужчин — 3. В возрасте 43 лет было 2 чел., от 50 до 60 — 18, от 61 до 70 — 6. Гипертоническая болезнь II ст. была у 20 больных, III — у 6.

В развитии гипертонической болезни у 14 больных оказал влияние наследственный фактор, у 8 — длительные отрицательные нервно-психические воздействия и у 4 причина заболевания не была установлена. 2 больных выполняли большую общественно-производственную работу, остальные были малоквалифицированными рабочими (среди них — 4 домохозяйки). У 15 больных гипертоническая болезнь была обнаружена за 3—8—10—12—16 лет до сахарного диабета, у 3 — одновременно; у 5 диабет выявлен в момент поступления в клинику с гипертонической болезнью, осложненной кризом (2 чел.) и инфарктом миокарда (3), у 3 больных сахарная болезнь имела до гипертонической болезни и характеризовалась тяжелым течением. У 3 больных (43; 59 и 64 лет), страдавших гипертонической болезнью II ст. в течение 11 и 18 лет, сахарный диабет был выявлен впервые в клинике, куда они поступили по поводу гипертонической болезни, осложненной инфарктом миокарда, от которого больная 64 лет умерла. Жалоб, характерных для сахарного диабета, эти больные ни прежде, ни в момент поступления не предъявляли. Инфаркт миокарда, по-видимому, способствовал выявлению у них скрытого диабета, который впоследствии у 2 больных не отличался тяжелым течением. П. А. Сильницкий (1967) считает, что инфаркт миокарда может выявить скрыто текущий диабет.

У 24 больных тип гипертонической болезни был сердечно-мозговой, у 2 — смешанный, но с достаточной функцией почек и нормальным содержанием остаточного азота крови. Проба по Зимницкому обнаружила колебания удельного веса мочи от 1011 до 1018.

У 15 больных (из 19, у которых осмотрели глазное дно) был гипертонический ангиосклероз сетчатки обоих глаз II ст. и у 2 диабетическая ретинопатия.

У 8 женщин гипертоническая болезнь и сахарный диабет сочетались с ожирением.

Рентгенологически почти у всех больных определялось уплотнение и расширение чаще нисходящего отдела грудной аорты. Размеры печени были увеличены вследствие недостаточности кровообращения у 6 больных и за счет жировой дистрофии у 3. Гиперхолестеринемия (свыше 200 мг%) была у 18 больных.

5 женщин, больных гипертонической болезнью и сахарным диабетом, мы наблюдали в сроки от 1 до 4 лет. Это позволило проследить прогрессирование атеросклеротических изменений коронарных сосудов, выразившееся в учащении приступов стенокардии и усилении их, повторных инфарктах миокарда, приведших к недостаточности кровообращения II и III ст. у 4 больных.

Как видно, сочетание гипертонической болезни с сахарным диабетом отяжеляло проявление гипертонической болезни, но течение сахарного диабета обычно не прогрессировало, и тяжелая форма диабета («первичная») была только у 3 женщин. Явное обострение течения сахарного диабета наблюдалось во время гипертонических кризов,

по-видимому, в связи с поступлением в кровь большого количества катехоламинов.

Помимо гипотензивной терапии и коронаролитиков, 3 больных получали инсулин и букарбан, 13 — букарбан и 10 — только диетическое питание. Следует отметить, что никому из наблюдавшихся нами больных не назначали гипотиазид, способствующего, по мнению некоторых авторов, выявлению скрытого диабета.

#### ВЫВОДЫ

1. У больных гипертонической болезнью может развиваться сахарный диабет, несколько отяжеляющий течение гипертонической болезни.
2. Сахарный диабет может выявиться при гипертонической болезни в момент кризов или при инфаркте миокарда как следствие стресса.
3. Сахарный диабет, возникший на фоне гипертонической болезни, имеет доброкачественное течение (легкой или средней тяжести) без особенного прогрессирования.
4. Сахарный диабет может сосуществовать с гипертонической болезнью, чаще это встречается при наследственном предрасположении, и тогда течение его более тяжелое.
5. Большая частота сахарного диабета у обследованных нами больных гипертонической болезнью, по сравнению с данными Института терапии (1965), указывает на большую распространенность сахарного диабета за последние годы.
6. Для выявления латентно текущего диабета у больных гипертонической болезнью необходимо проводить сахарную нагрузку.

УДК 616.33—002.44—612.322—612.015.31

### НЕКОТОРЫЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ СЕКРЕТОРНОЙ И ФЕРМЕНТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИЯМИ ЖЕЛУДКА И БАЛАНСОМ ОСНОВНЫХ ЭЛЕКТРОЛИТОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. К. Чугунов

*Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.—доц. В. Ф. Богдавленский, науч. консультант — проф. К. А. Маянская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Целью нашей работы было изучение корреляций между содержанием соляной кислоты (НСI), пепсина в желудочном соке и концентрацией Na и K в крови и в желудочном содержимом у страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с различной секреторной и кислотообразующей функциями желудка. Секретию мы исследовали методом непрерывного извлечения желудочного содержимого с анализом базальной часовой секреции и часовой секреции после минимального гистаминового теста, дебит-часа свободной HCl и общей выработки кислоты; содержание пепсина — по методу В. Н. Туголукова до и после пробного раздражителя; содержание Na и K определяли в цельной крови, плазме, эритроцитах и желудочном содержимом в период базальной секреции методом пламенной фотометрии.

Под нашим наблюдением было 98 больных (мужчин — 83, женщин — 15). В возрасте до 40 лет было 68 больных, старше — 30. У 79 больных была язва двенадцатиперстной кишки, у 19 — язва желудка. Клиническая картина и данные рентгенологического исследования были характерными для язвенной болезни соответствующей локализации. Всех больных мы исследовали в период обострения заболевания, а 45 — и при наступлении ремиссии. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц со средним нормальным уровнем секреции и кислотности желудочного сока. Полученные у них показатели совпадают с данными С. Г. Вайнштейна, А. И. Геллера и др.

Больных с нормальной секреторией было 30, с повышенной — 46, с пониженной — 22. Результаты исследования Na и K в крови и желудочном содержимом при различной