

печени (билирубин, белок и белковые фракции, протромбин, сулемовая и тимоловая пробы) нарушения отдельных функций печени были выявлены лишь у 26 из 56 больных. Следовательно, определение активности изоферментов сыворотки крови у лиц с оперированным желудком является более чувствительным тестом и может применяться для выявления наиболее ранних признаков содружественных поражений печени.

При повторных исследованиях через 3—4 нед в процессе лечения у большинства больных уменьшилась активность ЛДГ₅₋₃, МДГ₃, ЩФ₃, КФ₁, АСТ₂, увеличилась активность четвертой фракции эстераз. У 17 пациентов уровень всех ферментов сравнялся с нормой. У 3 больных с тяжелым течением демпинг-синдрома положительная динамика в спектре изоферментов практически отсутствовала.

Механизм изменения активности ферментов и отдельных изоферментов носит сложный характер и являет собой комбинацию многих патологических факторов [1], но одно из важных мест, как нам кажется, занимает нарушение целостности гепатоцита вследствие метаболических расстройств.

Таким образом, определение активности изоферментов ЛДГ, МДГ, ЩФ, КФ, АСТ, эстераз в сыворотке крови может быть использовано для ранней диагностики содружественных нарушений печени при демпинг-синдроме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А. С., Кожевникова Т. Л., Маркин С. П., Левитэ О. И. В кн.: Тез. докл. респ. научн. практ. конф. врачей-гастроэнтерологов. Черновицы, 1970. — 2. Василенко В. Х., Виноградова М. А. Клин. мед., 1967, 3. — 3. Гукасян А. Г., Семичастнова А. Г. В кн.: Тез. докл. респ. научн. практ. конф. врачей-гастроэнтерологов. Черновицы, 1970. — 4. Коровкин Б. Ф. В кн.: Современные методы в биохимии. М., Медицина, 1968. — 5. Кузнецов Н. Н. Клин. мед., 1973, 12. — 6. Суринов Б. П., Кашкин К. П., Бочкова Д. Н., Кузина А. А. Лаб. дело, 1970, 4. — 7. Суринов Б. П., Самгина Т. С. Там же, 1973, 8.

Поступила 11 августа 1980 г.

УДК 615.035.4:616.379—008.64

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ДИАБЕТИЧЕСКИХ АНГИОПАТИЙ

Б. Б. Лосаберидзе

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

Реферат. У 53 больных сахарным диабетом различной тяжести исследовано с помощью радиоизотопных методов функциональное состояние почек после курсового лечения ретаболилом. Отмечено значительное улучшение общего состояния, уменьшение слабости, субъективно улучшение зрения и т. д. Резистентными к ретаболилу оказались больные с сопутствующими заболеваниями или множественными ангиопатиями. Отдаленные результаты прослежены у 14 больных.

Ключевые слова: сахарный диабет, ангиопатии, ретаболил.
Библиография: 9 названий.

Почечные осложнения сахарного диабета (СД) в ряде случаев развиваются на ранних стадиях заболевания, нередко — при хорошей компенсации углеводных расстройств и строгом соблюдении больными режима лечения и питания. Между тем большинство исследователей придерживаются мнения, что основным условием профилактики и успешной терапии почечных и вообще сосудистых осложнений диабета является стойкая компенсация нарушений углеводного обмена [1, 7—9]. Предлагаются определенные принципы диетотерапии [2]. Но, к сожалению, рекомендуемые мероприятия нельзя считать достаточными и надежными для профилактики сосудистых расстройств.

В последние годы ведутся поиски методов направленной лекарственной коррекции диабетических ангиопатий. Опубликован ряд сообщений о лечении диабетической нефропатии анаболическими препаратами [3, 4—6]. Однако применялись они главным образом при развернутой клинической картине диабетического гломерулосклероза. Кроме того, в литературе недостаточно отражено влияние этих препаратов на почечную функцию и гемодинамику, недостаточно четко определены сроки их назначения и длительность курсового лечения ими.

Можно предположить, что терапевтическое воздействие на отдельные стороны нарушенного метаболизма способно оказывать позитивное влияние и на состояние сосудистой системы. Эти вопросы требуют разработки и уточнения.

Нами было изучено терапевтическое влияние анаболического препарата ретаболила у 53 больных сахарным диабетом (31 мужчины и 22 женщины в возрасте от 17 до 65 лет). Легкой формой диабета страдали 4 из них, среднетяжелой — 18, тяжелой — 31. Таким образом, среднетяжелая форма составила 2,5 условных балла. У части больных, включенных в данную группу, при тщательном клиническом обследовании обнаружались сопутствующие заболевания. Так, у 19 больных выявлены клинические, рентгенологические, биохимические признаки атеросклероза, у 5 — гипертонической болезни, у 6 — хронического пиелонефрита, у 2 — хронического гломеруло-нефрита, у 2 — поликистоза почек. Кроме того, у 8 пациентов отмечены симптомы диабетической полинейропатии, у 7 — явления ангиоретинопатии, у 2 — ангиопатии сосудов нижних конечностей. Признаки диабетического гломеруло-склероза были установлены у 26 больных. Ретаболил вводили внутримышечно по 50 мг 1 раз в неделю. Как правило, на курс лечения назначали 4 инъекции.

При выявлении выраженных негативных сдвигов в показателях функционального состояния почек проводили пролонгированный курс терапии ретаболилом (в течение 2—4 мес — 8—16 инъекций). При оценке терапевтического влияния препарата учитывали самочувствие больных, жалобы, объективные данные, результаты обычных ренальных тестов. Наряду с этим больным до и после курса терапии проводили комплексное радиологическое обследование, включающее изотопную радионейрографию с ^{131}I -гиппураном, определение величины эффективного почечного плазматоча (ЭПП) по клиренсу ^{131}I -гиппурана, изучение скорости клубочковой фильтрации (КФ) по клиренсу ^{169}Yb -ЭДТА. У части больных исследовали уровень общего белка крови и белковых фракций, некоторые показатели электролитного обмена (уровень калия и натрия плазмы и эритроцитов).

После курса терапии ретаболилом все больные отмечали значительное улучшение общего состояния, уменьшение слабости, исчезновение или уменьшение утомляемости, болей в икроножных мышцах, улучшение зрения.

Радиоренографическое исследование проведено до лечения у 43 и после него у 41 больного. Патологические изменения параметров радиоренограмм до лечения установлены у 29 обследованных. Положительная динамика показателей радиоренограммы под влиянием лечения выражалась в укорочении продолжительности «секреторной» фазы кривых, уменьшении величины индекса секреции, ускорении выведения ^{131}I -гиппурана почками ($T_{1/2}$). В ряде случаев позитивная динамика показателей была весьма значительной. Отсутствие положительных сдвигов ренографических параметров отмечено у 10 пациентов, причем у 1 из них было резкое расстройство гемодинамики и функции почек. Резистентными к ретаболилу оказались больные с сопутствующими заболеваниями или множественными ангиопатиями. У некоторых из них после месячного курса лечения ретаболилом наблюдалось еще большее замедление секреторной и экскреторной деятельности почек, уменьшение величины ЭПП, замедление скорости КФ. Таким больным мы назначали пролонгированные курсы лечения ретаболилом и после 4—6 инъекций вновь проводили комплексное радиологическое исследование функции почек. Нами установлено, что при сочетании сахарного диабета с сопутствующими заболеваниями или множественными ангиопатиями более эффективны пролонгированные курсы терапии.

Влияние ретаболила на почечную гемодинамику изучено у 27 пациентов. У 15 из них интенсивность ЭПП увеличилась, причем у некоторых — весьма существенно (до 741,05 мл/мин при 269,85 мл/мин исходных). У больных, у которых величина ЭПП до лечения была больше нормальной, происходило ее снижение до субнормальных цифр. В среднем показатель интенсивности ЭПП у обследованных пациентов увеличился на 75—80 мл/мин (в отдельных случаях — на 100—250 мл/мин.). Скорость КФ в результате лечения повысилась у 15 из 17 обследованных (у некоторых из них — на 20—40 мл/мин).

Определенный интерес представляет изучение влияния анаболического препарата на белковый обмен и некоторые параметры электролитного обмена. У 22 больных диабетом до лечения наблюдалось увеличение уровня общего белка крови и значительные сдвиги в протеинограмме: гипоальбуминемия, гипер- α_1 - и α_2 -глобулинемия, гипер- β -глобулинемия, снижение А/Г-коэффициента. После курсового лечения ретаболилом уровень общего белка крови не изменялся, но уменьшалась степень диспротеинемии, гипер- α_1 - и α_2 -глобулинемии, увеличивалось содержание альбуминов в сы-воротке крови.

Исходный уровень калия в плазме и эритроцитах у обследованных больных данной группы существенно не отличался от показателей контрольной группы; количество натрия в плазме было достоверно ниже, а внутри эритроцитов — выше, чем у здоровых. После курсового лечения ретаболилом увеличивалось содержание калия в плазме (статистически достоверно) и в эритроцитах, количество натрия внутри эритроцитов уменьшилось, а в плазме — незначительно увеличилось.

В течение 3 лет под нашим постоянным наблюдением после лечения в стационаре находились 14 пациентов с сахарным диабетом. В основном это были больные с осложненным течением диабета, с диабетическими ангиопатиями. Периодически у них проводилось радиоиндикационное обследование функционального состояния почек. При обнаружении патологических сдвигов больным назначали курсовое лечение ретаболилом (по 2—3 мес 2—3 раза в год).

Напомним, что в эту группу были включены пациенты с расстройствами почечных функций, с ангиопатиями сетчатки, а также с атеросклерозом. Периодическая курсовая терапия ретаболилом приводила к стабилизации патологических сдвигов.

Итак, ретаболил способствует устранению имеющихся у больных диабетом расстройств белкового обмена, уменьшению электролитных сдвигов. Наибольший эффект наблюдался при неосложненном течении диабета (без микроангиопатий и сопутствующих заболеваний). В случаях осложненного диабета для достижения лечебного эффекта требовалось проведение пролонгированных (2—3 мес) курсов терапии ретаболилом; при этом удавалось добиться если не нормализации, то по крайней мере стабилизации патологического процесса, что подтвердилось при динамическом (2—3 года) наблюдении за группой больных диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Тер. арх., 1972, 7. — 2. Генес С. Г. В кн.: Сахарный диабет. М., Медицина, 1963. — 3. Грановская А. М. В кн.: Анаболические стероиды в медицине. М., 1969. — 4. Марголис М. Г. Там же. — 5. Спесивцева В. Г., Френкель В. Х., Мамаева Г. Г., Старосельцева Л. К. Пробл. эндокринолог., 1974, 1. — 6. Чеботарев Д. Ф., Калиновская Е. Г., Коркушко О. В. В кн.: Молекулярные и функциональные основы онтогенеза. М., Медицина, 1970. — 7. Joslin E. The treatment of diabetes mellitus. Philadelphia, 1959. — 8. Marble A. Diabetes, 1967, 16, 12. — 9. Syllaba J. Diabetische Angiopathie. Berlin, 1964.

Поступила 23 февраля 1979 г.

УДК 616.718.19:611.739:618.12—002.2—08

ДИНАМИКА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОЙ ДИАФРАГМЫ ПРИ ИНТРАВАГИНАЛЬНОЙ ДИМЕКСИДОТЕРАПИИ

Канд. мед. наук Н. А. Шамова, Т. М. Кухнина

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. З. Н. Якубова),
кафедра нервных болезней (зав. — проф. Я. Ю. Попелянский), кафедра акушерства
и гинекологии № 1 (зав. — проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Куршова*

Реферат. Применен метод локальной электромиографии леваторов для контроля за динамикой действия димексиды при интравагинальном способе его использования у 75 больных. Отмечена существенная разница биоэлектрической активности мышц тазовой диафрагмы до и после лечения тампонами с димексидом.

Ключевые слова: нейрогинекология, хронические воспалительные заболевания гениталий, димексид, электромиография.

1 таблица. Библиография: 1 название.

Мы применили метод локальной электромиографии (ЭМГ) *m. levator ani* для оценки эффективности лечения димексидом при интравагинальном способе его использования.

Проведен анализ 284 электромиограмм, записанных интравагинально у 75 больных, в том числе у 35 нейрогинекологических (1-я группа) и у 40 с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий (2-я группа). Первичную запись ЭМГ производили до лечения интравагинальными тампонами с димексидом. Затем через 10 мин после введения тампона с димексидом (при пенетрации препарата парентерально, указанием на что явилось ощущение вкуса его во рту пациентки) повторяли ЭМГ. В третий раз ЭМГ-исследование проводили после всего курса лечения. Изучали электроактивность «покоя», а также при функциональных пробах — во время вдоха, при натуживании и активном сокращении леваторов. Всем больным после записи фоновой ЭМГ, не удаляя игольчатых электродов из мышцы, вставляли в свод влагалища на стороне патологического очага тампон, смоченный лечебной смесью димексиды и 6% раствора новокаина.

Каждую ЭМГ, помимо качественной характеристики по Бухталу (1957), оценивали и количественно: подсчитывали амплитуду биоэлектрической активности и длительность двигательной единицы (ДЕ) леваторов с обеих сторон.

Фоновая ЭМГ у больных 1-й группы отличалась большей выраженностью показателей сегментарной патологии спинного мозга, чем у больных 2-й группы. Чаще регистрировался I, II—III тип активности, при II—III типе отмечалась тенденция к залпообразности. Через 10 мин после начала действия димексиды множественные потен-