

шинства больных II А ст. и у половины больных II Б ст. Под влиянием одного резерпина или гипотиазида чаще уменьшались лишь головные боли и головокружение.

У больных II Б ст. резерпин или гипотиазид приводил к нормализации АД в 30—40%, при комбинированном же лечении — в 69%. Снижение общего холестерина в крови больных, принимавших резерпин в комбинации с гипотиазидом, наиболее выражено у больных II А ст. при исходном уровне его выше 200 мг%. Разница средних показателей холестерина у этой категории больных до и после комбинированной терапии равна $45 \pm 1,6$ мг% ($P < 0,001$). Применение отдельных препаратов не вызвало изменений в содержании холестерина. Не было под влиянием гипотензивной терапии существенных изменений в содержании отдельных фракций холестерина и лецитина.

Общим результатом лечения больных резерпином и комбинацией резерпина с гипотиазидом следует считать уменьшение запасов адреналиноподобных веществ (АПВ) в симпатических нервных окончаниях и органах, что вызывало снижение секреции их в кровь. В основе этого явления лежит, по мнению ряда исследователей (А. Л. Мясников, В. В. Меньшиков, З. М. Киселева и др., 1967), способность резерпина вызывать истощение катехоламинов в тканях. Средние показатели концентрации АПВ в крови до лечения были в пределах 8,8—12,5 мкг%, после применения резерпина или комбинации его с гипотиазидом эти показатели снизились до 5,0—6,0 мкг% ($P < 0,05$).

Лечение больных гипертонической болезнью только гипотиазидом не вызывало у них достоверного снижения АПВ в крови. У всех больных нами отмечено нормальное содержание натрия в плазме (290—356 мг%), которое существенно не изменилось и после гипотензивной терапии. Однако у 80% больных концентрация натрия в эритроцитах была высокой (70—90 мг%), и лишь у 20% она колебалась в пределах нормальных цифр (50—60 мг%). Концентрация натрия в эритроцитах увеличивается с прогрессированием болезни.

Комбинированная терапия резерпином и гипотиазидом вызывает заметное снижение АПВ в крови и уменьшение концентрации Na в эритроцитах, что, в свою очередь, меняя внутри-внеклеточный градиент Na, понижает чувствительность сосудистой стенки к вазопрессорным веществам. Вероятно, воздействием комбинированной терапии на различные патогенетические звенья гипертонической болезни и следует объяснить ее высокой клинический эффект.

УДК 616—002.77—616—084—616—036.65—615.779.9

А. Ю. Болотина (Москва). К оценке дюранных свойств бициллинов

Для профилактики рецидивов ревматизма применяются различные препараты пеницилина продленного действия — бициллины.

Исследование проведено у взрослых больных ревматизмом в неактивной фазе или при минимальной активности процесса, которым проводилась профилактика в поликлинике. Результаты исследований изложены в таблице.

Концентрация пенициллина в сыворотке крови после введения различных препаратов бициллина

Препарат	Доза	День после инъекции	Число исследованных	Средняя концентрация пенициллина, ед./мл	$\pm \sigma$	% больных с концентрацией ниже 0,03 ед./мл
Бициллин-1 . . .	600 000	7	10	0,11	0,08	0
Бициллин-3 . . .	600 000	5—6	21	0,05	0,06	5
Бициллин-1 . . .	1 200 000	14	15	0,08	0,05	13
Бициллин-1 . . .	1 200 000	21	52	0,04	0,04	5
Бициллин-5 . . .	1 500 000	28	51	0,06	0,04	0

Таким образом, дюрантность различных видов и различных доз бициллина неодинакова, что определяет методику введения этих препаратов при бициллинопрофилактике рецидивов ревматизма.

УДК 615.370.96—616.24—002.5

Е. И. Родионова (Казань). Применение бактериофага при лечении больных туберкулезом легких

Мы применили туберкулезный бактериофаг, полученный в 1964 г. проф. Б. Л. Мазуром, в стационаре Республиканского противотуберкулезного диспансера у 34 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, у 5 с кавернозным, у 8 с гематогенно-диссеминированным, у 10 с инфильтративно-пневмоническим и у 1 с очаговым.