

5. Baggenstoss A. H. a. Rosenberg E. F. Arch. Path., 1944, 37; 1943, 35. — 6. Bywatezs E. Brit. Heart. J., 1950, XII, 2.—7. Clarke W. S. a. Bauer W. Proc. Ann. Meet. Am. Rheum. Ass., 1948, 7. — 8. Graef G., Hickey D., Altmann V. a. Rosenthal G. Proc. N. Y. Path. Soc. Feb. 1948, 26. — 9. Grzimek N. Virch. Arch f. Path. u. Path. Anat. 1932, 286—290.—10. Ravens R. W., Weber F. P. a. Price L. W. Ann. rheum. dis., 1948 1.—11—Rogen A. Med. J., 1947, 18.—12. Rosenberg E. F. Ann. Heart. J., 1949, 37.—13. Wallis A. Ann. rheum. dis. 1948, 7.

Поступила 20 мая 1959 г.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Е НА ТЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

И. о. доц. В. Е. Анисимов и асс. Б. С. Березовский

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

Работы Б. А. Кудряшова по изучению экспериментального Е-авитаминоза крыс вскрыли непосредственную связь витамина Е (токоферола) с жирилопидным обменом.

О применении витамина Е у больных с нарушением жирилопидного обмена сведения сравнительно скудны. Д. И. Гусев, ссылаясь на Эванса и Шуте, сообщает о применении витамина Е при лечении грудной жабы и инфаркта миокарда. Гляувер пишет об успешном применении небольших доз витамина Е на снижение АД при гипертонической болезни. Есть и экспериментальные данные об антисклеротическом действии витамина Е.

Надо отметить, что дозировки витамина Е при этих заболеваниях все еще четко не разработаны. Большинство авторов применяют внутрь суточные дозы 50—200 мг препарата. Внутримышечное введение считается нецелесообразным, так как ведет к образованию плохо рассасывающихся инфильтратов.

Ряд зарубежных авторов отмечают благоприятное действие витамина Е на болевой синдром при грудной жабе. Применение витамина Е при грудной жабе рационально не только потому, что он нормализует биохимические процессы в миокарде, устраняет гипоксию сердечной мышцы, но и действует как антикоагулянт (Поль, Льюс и Де-Люк, Галетти и Джелли, Сеганьи).

Наблюдаемые нами 10 больных атеросклеротическим коронаросклерозом, с явлениями стенокардии и гипертонической болезнью II стадии на фоне общего стола получали ежедневно по 45 мг витамина Е в виде масляного концентрата Ленинградского витаминного завода № 2 (в течение 10—15 дней).

У всех определялся уровень общего холестерина и липопротеина методом электрофореза на бумаге. При этом четких благоприятных изменений в содержании липоидов отмечено не было.

В другой группе больных атеросклерозом и гипертонической болезнью, состоящей из 30 человек, витамин Е применялся уже по 115 мг в сутки, также в течение 10—15 дней, на фоне общего стола. Кроме витамина Е, больные получали микстуру Бехтерева, а при приступах стенокардии — валидол.

У принимавших витамин улучшалось общее самочувствие, прекращались явления стенокардии. У части больных со скрытыми отеками отмечалось уменьшение веса. При повышенном АД снижалось преимущественно систолическое давление.

Лечение витамином Е проводилось под контролем содержания общего холестерина в сыворотке крови, по методу Энгельгардта — Смирновой.

Гиперхолестеринемия до лечения найдена у 16 больных. У всех них при лечении отмечено снижение содержания холестерина сыворотки крови.

Таким образом, под действием витамина Е замечен определенный параллелизм между благоприятным клиническим эффектом и тенденцией к нормализации уровня общего холестерина сыворотки крови. Характерно, что из 16 случаев уменьшения гиперхолестеринемии в 14 снижение содержания холестерина сыворотки происходило до нормального, а у двух приближалось к норме. Во всех случаях снижения гиперхолестеринемии полученный уровень холестерина отличался от исходного не менее чем на 10%. Из 14 больных с неизменным исходным уровнем холестерина у 6 колебания его были незначительны.

Повышение уровня холестерина (не выше 180 мг%) при лечении витамином Е отмечено лишь у 8 больных, длительно страдавших декомпенсацией сердечной деятельности с застойной печенью.

Повышение уровня общего холестерина сыворотки крови вместе с клиническим улучшением у этих больных при лечении витамином Е, по-видимому, связано с отмеченной активацией ферментов печеночной ткани (Д. И. Гусев) и улучшением всех функций печени, в том числе и холестеринобразовательной. Это положение подтверждается предыдущей работой В. Е. Анисимова. В ней автор отмечает, что применение витамина Е у больных атеросклерозом, коронаросклерозом со стенокардией и гипертонией, декомпенсацией сердечной деятельности повышает активность холинэстеразы сыворотки крови.

Для контроля зависимости изменений холестеринового обмена от действия витамина Е исследовано 25 больных атеросклерозом и гипертонической болезнью II—III стадий, получавших общий стол, сосудорасширяющие и сердечные средства.

У этой группы больных также отмечалось улучшение общего состояния, однако выраженное снижение уровня холестерина при лечении наблюдалось лишь у 4 больных. У 2 больных это снижение не превышало 10% исходной цифры, у 4 снижение было временным, у 7 — изменений уровня холестерина не было, и у 8 с декомпенсацией сердечной деятельности наблюдалось повышение холестерина сыворотки крови не выше верхней границы нормы.

Таким образом, среди больных, получавших витамин Е в дозе 45 мг в сутки, не наблюдалось отчетливых изменений уровня холестерина сыворотки крови, по сравнению с изменениями у больных, получавших витамин Е по 115 мг в сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Е. Клин. мед., 1958, 1. — 2. Гусев Д. И. 8-я научн. конф. слушателей ВММА, Л., 1951. — 3. Кудряшов Б. А. Уч. зап. МГУ, вып. 32, сер. биол., 1940. — 4. Попов Н. Д. Научн. раб. курсантов и слушателей III факультета ВММА, вып. VI, 1945. — 5. Galetti F., Gelli G., Gingi F. Acta vitaminol., 1955, 1. — 6. Glauner W. Deutsch. med. Wochschr., 1958, 19. — 7. Poul K., Lewis J., De-Luca H. Canad. J. Bioch. a. Physiol., 1954, 4. — 8. Segagni E. Minerva pediatrica, 1957, 17.

Поступила 30 апреля 1960 г.

СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Проф. С. И. Вайс и Т. И. Анисимова

Из кафедры терапевтической стоматологии (зав.— проф. С. И. Вайс) Иркутского
медицинского института

Факты, свидетельствующие о связи стоматологических и желудочно-кишечных заболеваний, не новы (С. Е. Гельман, Я. С. Пеккер, Б. А. Тор-