

Н. Г. МЕЛИКЯН, А. Г. МЕЛКУМОВА, С. В. ГУРГЕНЯН, В. А. МКРТЧЯН

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НА ЛИМФОЦИТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гипертоническая болезнь—одно из самых распространенных и опасных заболеваний нашего времени. Естественно, что наиболее важным направлением современного лечения является изыскание средств, положительно влияющих на динамику развития этого заболевания.

Высокая информативность цитометрических и цитохимических исследований позволяет проводить оценку эффективности лечения.

С этой целью обследован 71 больной артериальной гипертонией (АГ). У 39 была установлена гипертоническая болезнь—ГБ, у 32—вторичная АГ почечного генеза. Отдельно были исследованы 11 больных пограничной гипертонией (ПГ).

У больных АГ диастолическое АД было выше 95 мм рт. ст. Исследования проводились в контрольном периоде до назначения лечения и в динамике лечения на 10, 20 и 30-й дни. Изучали: лимфоцитограмму, соотношение «фолликул»—«синус»—лимфоцитов, цитоэнзимологический статус лимфоцитов—содержание в них лактатдегидрогеназы (ЛДГ), сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и кислой фосфатазы (КФ).

Для вывода лимфоцитарной формулы и изучения морфологических особенностей лимфоцитов проводили цитометрические исследования с помощью винтового окуляр-микрометра под иммерсионной системой микроскопа.

Подразделяли лимфоциты на 5 групп: голоядерные, узко-, средне-, широкоплазменные и лимфоретикулярные клетки. Морфологическую дифференциацию на «фолликул» и «синус»—лимфоцитов производили по методике [4], основанной на использовании буферных растворов с постоянным рН. В мазках подсчитывали 200 лимфоцитов и делили на 2 группы—фолликул и синус—лимфоциты. Активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) определяли по Р. П. Нарциссову [1], сукцинатдегидрогеназы (СДГ) по [3], кислой фосфатазы (КФ)—по [2].

Проведенные исследования до начала антигипертензивного лечения выявили нормальную лимфоцитограмму у большинства больных (у 66 из 71). Соотношение «фолликул» и «синус»—лимфоцитов изменилось в сторону увеличения «синус»—лимфоцитов до $32 \pm 0,5\%$. Цитоэнзимологический статус лимфоцитов оказался неоднородным у больных этой группы. Так, у 50% больных содержание ЛДГ было в норме, у 21%—снижено, у 29%—незначительно повышено.

При вторичной АГ этот показатель был достоверно высоким у всех больных. Аналогичные изменения наблюдались в содержании СДГ.

Активность КФ при ГБ была повышена, в то время как у больных вторичной АГ этот показатель был резко снижен (табл.) у 11 человек ПГ все изучаемые показатели были в пределах нормы.

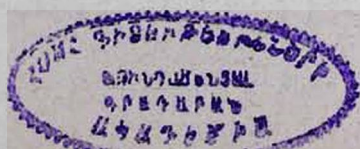


Таблица 1.

Изменения лимфоцитарных показателей у больных ГБ до и после терапии

		Ф л син.	Лимфоцитогрaмма					ЛДГ	СДГ	КФ
			голаяд.	укомплект.	средне-плазм.	широко-плазм.	лим оретик плазм.			
до лечения	здоровые гипертон. бол. (3 чел.)	75/25 68/32 P<0,05	4,37±0,26 4,3±0,25 P>0,05	61,27±1,13 61,26±1,20 P>0,05	28,37±0,79 27,95±0,8 P>0,05	5,37±0,39 5,42±0,4 P>0,05	0,62±0,2 0,60±0,1 P>0,01	19,95±0,8 У 50% N У 21% С У 29% У	1,21±0,05 2,0±0,05 P<0,05	0,99±0,04 1,22±0,3 P<0,05
	вторичная гиперт. (32 чел.)	80/20 P<0,05	4,4±0,3 P>0,05	61,28±1,21 P>0,05	28,3±0,81 P>0,05	5,44±0,4 P>0,05	0,54±0,15 P>0,05	22,4±0,8 P>0,05	1,25±0,05 P>0,05	0,75±0,02 P<0,05
	ГБ (11 чел.)	75/25 P>0,05	4,38±0,25 P>0,05	61,3±1,21 P>0,05	29,0±0,8 P>0,05	5,38±0,41 P>0,05	0,57±0,1 P>0,05	20,1±0,7 P>0,05	1,20±0,01 P>0,05	1,0±0,05 P>0,05
после лечения	I - β- бл. кат.	68/32 P<0,05	без изменения					21,04±1,7 P>0,05	1,24±0,04 P>0,05	1,24±0,05 P<0,05
	II - β- блок. т. гипотиазид	65/35 P<0,05						20,1±0,6 P>0,05	1,35±0,03 P>0,05	1,35±0,04 P<0,05
	III - β- блок. т. гипотиазид-коринфар	72/28 P>0,05						22,0±0,5 P>0,05	1,33±0,04 P>0,05	1,0±0,05 P>0,05
	IV - клофелин-гипотиаз. коринф.	69/31 P<0,05						23,1±0,5 P<0,05	1,28±0,04 P>0,05	1,25±0,05 P<0,05
	V - клофелин-гипотиаз коринф.	7/24 P>0,05						20,1±0,77 P>0,05	1,26±0,04 P>0,05	0,98±0,04 P>0,05

Примечание: N—норма, С—снижение, У—увеличение.

На основании гемодинамического профиля и стадии заболевания больные ГБ и вторичной АГ получали ступенчатое антигипертензивное лечение: I группа— β -блокаторы (обзидан) II— β -блокаторы+диуретик (гипотиазид) III— β -блокаторы+диуретик+вазодилатор (коринфар); IV группа—препараты центрального α_2 —стимулирующего действия (клофелин или допегит (+гипотиазид/диуретик); V гр—препараты центрального α_2 —стимулирующего действия+диуретик+вазодилатор.

Дальнейшие цитохимические исследования в процессе лечения у больных ГБ показали одновременную нормализацию всех изучаемых показателей в группе больных, получавших клофелин+гипотиазид+коринфар. Следует отметить, что в других группах также отмечалась тенденция к нормализации измененных показателей, однако, содержание КФ оставалось высоким во всех группах. Соотношение «фолликул»—«синус» лимфоцитов нормализовалось в группе больных, получавших клофелин+гипотиазид+коринфар.

Больные ПГ получали, в основном, β -блокаторную терапию. Цитозимологический статус лимфоцитов до и после лечения оставался в норме.

Анализируя результаты полученных данных, можно сказать, что гипертоническая болезнь вызывает изменения в иммуно-компетентных клетках, которые даже в процессе лечения не нормализуются. Исключение составили группы, где больные получали коринфар в различных комбинациях. Исходя из этого мы пришли к выводу, что применение коринфара улучшает метаболизм лимфоцитов, по изменениям которых косвенно можно судить об улучшении метаболизма сердечных клеток.

НИИ кардиологии МЗ Арм. ССР

Поступила 10/VI 1989 г.

Ն. Գ. ՄԵԼԻԿՅԱՆ, Ա. Դ. ՄԵԼԻԿՈՒՄՈՎԱ, Ս. Վ. ԳՈՐԴԵՆՅԱՆ, Վ. Ա. ՄԿՐՏՉՅԱՆ

ՔՈՒԺՄԱՆ ԱԶԳԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԼԻՄՖՈՑԻՏՆԵՐԻ ՈՐՈՇ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ
ՎՐԱ ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՀԻՊԵՐԹԵՆԶԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ն փ ու մ

Ցույց է տրված, որ բուժման ընթացքում այն հիվանդները, որոնք ստացել են կորինֆար-տարեր միացությունների զուգակցությամբ ունեցել են որոշակի բարելավում:

N. G. Mel'kian, A. G. Melkormova, S. V. Gourgenian, V. A. Mkrtchyan

The Influence of the Treatment on Some Lymphocytic Indices in Patients with Arterial Hypertension

Summary

The authors have shown the changes in the immunocompetent cells, which are not normalized during the treatment except the groups of patients treated with corinfar in various combinations.

1. Нарциссов Р. П. Арх. анат., гистол. и эмбриол. Медицина, 1969, 5, 85—91.
2. Gomori G. Arch. path., 1941, 32, 189—193.
3. Quaglini D., Hayhoe F. Nature, 1960, 187, 85—88.
4. Stockinger L., Kellner C. Wien Ischr in Med. 1952, 33, 4, 131—141.

УДК 616.12—005.4:616.15

Л. С. ЖУХОРОВ

ЛИПИДЫ ПЛАЗМЫ И ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ

Известно, что эритроциты крови (Эр) используют для изучения состояния мембран клеток при ишемической болезни сердца (ИБС). Это объясняется тем, что данные форменные элементы не имеют ядра, и поэтому являются удобной моделью клеточных мембран. Поскольку последним отводится важная роль в патогенезе атеросклероза [3] исследование липидного состава Эр у больных ИБС представляет определенный интерес. Ранее было показано, что в Эр при этом заболевании существенно изменяется содержание липидов [1, 2, 5, 7 и др.], однако до сих пор в Эр изучалось содержание, как правило, лишь отдельных классов указанных веществ и без учета у больных варианта гиперлипидемии. Целью настоящего исследования явилось определение концентрации фосфолипидов (ФЛ), общего, свободного, эфиросвязанного холестерина (ОХС, СХС, ЭХС), свободных жирных кислот (СЖК), триглицеридов (ТГ) в Эр периферической крови в плазме больных ИБС с различными вариантами гиперлипидемии, а именно с гиперхолестеринемией (ГХС), ее сочетанием с гипертриглицеридемией (ГТГ) и с изолированной ГТГ.

Материал и методы. Обследован 51 больной (мужчины, средний возраст 47,5 года) хронической ИБС, которая проявлялась в 29 случаях стабильной стенокардией, а в 22—крупноочаговым постинфарктным кардиосклерозом. У 9 больных имелась хроническая недостаточность кровообращения IIА стадии, а у остальных—не превышала I. У всех больных отсутствовали сопутствующие заболевания, стойкая артериальная гипертензия и тяжелые расстройства сердечного ритма. Они не получали липотропных препаратов и находились на обычной диете. Среди больных были выделены лица с ГХС (13 человек), ГХС и ГТГ [23], а также с ГТГ [15]. В качестве критерия ГХС использовали концентрацию ОХС 6,72 ммоль/л и выше, а ГТГ—1,4 и больше.

Контрольную группу составили 30 здоровых мужчин (доноры, средний возраст 44,3 года).