

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР
ИНСТИТУТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
АКАДЕМИИ НАУК ЭССР

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСАМ
ПИТАНИЯ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ

28 и 29 мая 1958 г.

ТАЛЛИН
1958



А - 11976

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР
ИНСТИТУТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
АКАДЕМИИ НАУК ЭССР

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСАМ
ПИТАНИЯ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ

28 и 29 мая 1958 г.

УДОВОЛЕНИЕ

ТАЛЛИН
1958

Редакторы И. К. Сибуль и С. П. Вагане
Корректор К. С. Кинский

Сдано в набор 17 V 1958. Подписано к печати 22 V 1958. Формат бумаги 60×84²/₁₀.
Печатных листов 1. Тираж 300. МВ-04094.
Заказ № 1637. Типография «Юхисэлу»,
Таллин, ул. Пикк, 40/42.

Бесплатно.

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

173663

ARHIIVKOGU

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОЦЕССАХ АККЛИМАТИЗАЦИИ

О. П. Молчанова

Член-корреспондент Академии медицинских наук СССР, профессор
Из Института питания АМН СССР (Москва)

1. Многочисленные работы советских и зарубежных авторов показывают, что при переезде из одного климата в другой, а также при длительном пребывании в одном и том же климате организм человека подвергается различным воздействиям, которые влияют по-разному на состояние всех его физиологических функций.

2. В литературе имеются большие разногласия относительно влияния различных климатических условий на основной обмен, а также и на другие стороны обмена.

3. Эти разногласия объясняются главным образом тем, что исследования проводились в первые периоды пребывания человека в новых климатических условиях, когда процессы акклиматизации далеко еще не закончены.

4. Нашей задачей является освещение одного из факторов, влияющих на процессы акклиматизации — именно роли питания.

5. Наблюдениями, проведенными нами в условиях восточного Памира на высоте 3700—4200 метров над уровнем моря, показано, что качество питания в этих условиях играет большую роль в нормализации показателей кислотно-щелочного равновесия, которое в зависимости от периода акклиматизации подвергается значительным изменениям: в первый период пребывания на высоте имеются проявления алкалоза, которые с течением времени переходят в ацидотические сдвиги.

6. Особое значение на высоте приобретает питание, богатое

овощами, наличие щелочных радикалов в которых служит для компенсации ацидотических сдвигов.

7. Большой интерес представляет также изучение процессов акклиматизации в условиях сухого жаркого климата (Кара-Кумы). В этих условиях большой интерес представляют обмен хлоридов и водный обмен.

8. Работами института питания АМН СССР было установлено, что наряду с правильным режимом питания в условиях жаркого сухого климата играет большую роль питьевой режим.

9. Работы, проведенные на Крайнем Севере показали повышенную потребность организма в некоторых витаминах, особенно в витамине С, витамине В₁ и никотиновой кислоте.

10. Правильно организованное питание имеет особо важное значение для быстрой акклиматизации в новых климатических условиях для детей различных возрастов.

ГИПОВИТАМИНОЗЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ БОРЬБЫ С НИМИ В СССР

В. В. Ефремов
профессор

Из Института питания АМН СССР (Москва)

1. Среди заболеваний дореволюционной России одно из первых мест занимали авитаминозы. Вспышки цинги и куриной слепоты наблюдались, особенно, после засух, неурожаев и войн. В настоящее время эти заболевания совершенно исчезли.

2. Пеллагра в дореволюционной России встречалась в Бессарабии, Западной Грузии, Средней Азии. Рахит поражал большинство детей городского населения на севере, в умеренной зоне и даже в Средней Азии. Пеллагра в настоящее время исчезла. Рахит встречается в небольшом количестве случаев даже на севере.

3. Что же касается гиповитаминозов, то эта проблема остается весьма актуальной, так как она связана с рядом внешних и внутренних причин. Гиповитаминозы делятся на экзогенные и эндогенные.

4. С точки зрения массовых профилактических мероприятий несравненно большое значение имеют экзогенные гиповитаминозы. Их причинами могут быть: 1) ограничения в витаминном снабжении, не связанные с желанием потребителя; а) недостаточное производство пищевых продуктов богатых витаминами,

б) сезонность в производстве таких продуктов, в) нарушение условий правильного хранения пищевых продуктов и их технологической обработки, г) витаминный дефицит во время войн, экспедиций в отдаленные районы и т. д.; 2) незнакомство с основными принципами полноценного питания; 3) своеобразия в области питания, связанные с обычаями и навыками отдельных наций и народностей.

5. Некоторые гиповитаминозы мы относим к категории относительных. Причинами их развития может быть повышение потребности в витаминах вследствие условий климата, труда, возраста, беременности и кормления и пр.

6. Основной причиной эндогенных гиповитаминозов являются: нарушения аппетита, расстройство всасывания пищевых веществ в желудочно-кишечном тракте, нарушения усвоения и использования витаминов, инактивация и разрушение витаминов в кишечном тракте и тканях организма, усиленное выделение витаминов из организма.

7. Основные народнохозяйственные мероприятия по борьбе с экзогенными и относительными гиповитаминозами следующие: увеличение производства пищевых продуктов, богатых витаминами, с повышением их потребления на душу населения; смягчение фактора сезонности в производстве пищевых продуктов, богатых витаминами; правильное хранение и обработка пищевых продуктов; повышение содержания витаминов в пищевых продуктах путем селекции сельскохозяйственных культур и рационального откорма сельскохозяйственных животных.

8. Основные гигиенические мероприятия по борьбе с указанными выше гиповитаминозами: разработка оптимальных, физиологических норм суточной потребности в витаминах, в зависимости от климата, возраста, физиологических состояний и условий труда; повышение культуры населения в области физиологии и гигиены питания; разработка унифицированных простых методов диагностики гиповитаминозов; дополнительная витаминизация пищи и пищевых продуктов витаминными препаратами.

9. Основные мероприятия по борьбе с эндогенными гиповитаминозами; разработка ранней, простой диагностики гиповитаминозов; разработка норм оптимального потребления витаминов при различных заболеваниях; витаминизация лечебных диет с учетом повышенной потребности организма в витаминах при различных заболеваниях; изучение влияния различных медикаментов и физиотерапевтических факторов на витаминный обмен при различных заболеваниях.

10. Некоторые мероприятия по борьбе с болезнями, вызван-

ными недостаточностью в витаминах, были правильно изложены в отдельных статьях, монографиях и руководствах. Так, например, Андрей Бахерахт написал об этом в своей интересной книге, изданной в Ревеле (Таллине) в 1787 г. К сожалению, эти замечательные рекомендации были вскоре забыты и почти полтора столетия население России болело цингой — только после Великой Октябрьской революции эта болезнь была полностью ликвидирована.

ОБ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР ВИТАМИНОМ С

Э. П. Вагане

канд. фарм. наук

Из Института экспериментальной и клинической медицины
Академии наук Эстонской ССР

Для оценки состояния обеспеченности населения Эстонской ССР витамином С в Институте экспериментальной и клинической медицины изучалось с одной стороны содержание витамина С в пищевых продуктах, в пищевых рационах рабочих столовых (шахты Кява II), санаториев (Санаторий № 1 гор. Пярну) и также домашнего питания. С другой стороны исследовалось количество витамина С в грудном молоке матерей, в крови шахтеров и выделение его с мочой. Устанавливалась и потребность в витамине С шахтеров и кормящих грудью матерей.

Из исследований выясняется:

1. Овощи (картофель, капуста, брюква и т. д.) и другие источники витамина С, выращиваемые в Эстонской ССР, характеризуются осенью высоким содержанием витамина С. Но период свежих овощей у нас короток, всего около 3 месяцев, и при хранении они теряют большую часть витамина (например в весеннем картофеле в 3—4 раза меньше витамина С, чем в осеннем).

2. В дневных пищевых рационах (завтрак, обед и ужин вместе) содержится в зимне-весенний период в среднем только 15—40 мг, а осенью 35—75 мг витамина С. Это количество витамина С далеко не удовлетворяет потребность в витамине, которая по нашим данным составляет у шахтеров 100—150 мг, а у кормящих матерей 100—200 мг в день.

3. Низкое содержание витамина С в пищевых рационах и также повышенная потребность в зимне-весенний период обус-

лавливают у шахтеров сланцевого бассейна ЭССР состояние латентного С-гиповитаминоза. У кормящих матерей недостаток витамина С наблюдается от января до июля месяца. Можно думать, что аналогичное, не вполне благоприятное состояние баланса витамина С встречается вероятно и у других рабочих, занимающихся тяжелым физическим трудом, у больных и т. д.

4. Для обеспечения питания населения ЭССР витамином С нужно лучше использовать местные природные витаминные ресурсы, а при повышенной потребности организма в витамине — витаминизировать пищу препаратами витамина С.

5. Витаминизация препаратами витамина С повышает сопротивляемость организма болезням, в том числе и болезням простудной этиологии (заболеваемость шахтеров, получавших дополнительно витамина С, на 20% ниже заболеваемости не получавших витамина) и поднимает пониженную резистентность капилляров.

О СОСТОЯНИИ ОБМЕНА ВИТАМИНА С У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ТАРТУ

М. М. Куль и Е. П. Когерман

канд. мед. наук канд. мед. наук

Из Тартуского государственного университета

С целью выявления состояния обмена витамина С у школьников гор. Тарту, у 25 учеников пятого класса Тартуской V средней школы в мае и в сентябре месяцах проводились определения так называемого дефицита витамина С при нагрузке 500 мг аскорбиновой кислоты в день.

Аскорбиновая кислота в моче титровалась как по Лунду и Лийку, так и индофенолом. Количество выделяемой с мочой аскорбиновой кислоты вычислялось на основе анализа одной из порций мочи первой половины дня.

Полученные нами данные приводят к следующим выводам:

1. Количество выводимой с мочой аскорбиновой кислоты у учеников как в мае, так и в сентябре месяце весьма незначительно или отсутствует совершенно.

2. Дефицит витамина С у учеников составлял в мае месяце 1400—3000 мг, в сентябре месяце же не превышал 400 мг.

3. Установленный значительный дефицит витамина С у учеников гор. Тарту в весенний период указывает на необходимость проведения систематической витаминизации пищи школьников особенно в зимне-весенний период.

ЭКЗОГЕННЫЙ ВИТАМИН С КАК ФАКТОР РОСТА

А. А. Мянник

старший преподаватель

Из Эстонской сельскохозяйственной академии

1) Одним из первых признаков недостаточности витамина С в животном организме является замедление или прекращение роста. Имеются данные о том, что у С-гиповитаминозных животных привес является в некоторой степени пропорциональным содержанию витамина С в корме.

2) Изучалась связь между содержанием аскорбиновой кислоты + дегидроаскорбиновой кислоты в органах свиней и привесом животных. При этом было найдено более высокое содержание витамина С у быстрорастущих животных по сравнению с слаборазвивающимися.

3) Установлено, что витамин С, введенный *per os* повышает привес у поросят. У более взрослых животных, рост которых замедляется, эффект стимуляции роста оказывается низким.

4) *In vitro* изучался биосинтез витамина С в срезах печени морских свинок, белых крыс, свиней и крупного рогатого скота. Выяснилось, что в интенсивности биосинтеза витамина С у различных видов животных имеются заметные различия. В условиях нашего опыта наиболее интенсивным являлся биосинтез витамина С в срезах печени кроликов, понижаясь в последовательности: белая крыса, свинья, крупный рогатый скот и морская свинка.

5) Вероятно, что экзогенный витамин С в виде фактора роста действует во всех животных организмах, при этом эффект действия зависит от периода роста и от размера биосинтеза витамина С в организме.

О ВЛИЯНИИ ВИТАМИНА Р НА ОСМОТИЧЕСКУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ КРАСНЫХ КРОВЯНЫХ ШАРИКОВ

И. К. Сибуль

П. П. Кибе

чл.-корресп. АН ЭССР,

профессор

Из Эстонской сельскохозяйственной академии

При скармливании кроликам внутрь рутина или витамина Р, полученного из листьев чая, в дозах 30 мг в день повышается осмотическая резистентность красных кровяных шариков. Осо-

бенно ярко это выражается при назначении чайного витамина Р, при котором минимальная резистентность эритроцитов сдвигается от 0,54 на 0,46% и максимальная от 0,34 на 0,26% раствора NaCl. Эти сдвиги отмечаются начиная с 6 дня после назначения витамина Р и обнаруживаются после прекращения приема его в течение 10—14 дней.

В связи со сдвигами осмотической резистентности эритроцитов при приеме витамина Р, который, вероятно, влияет на весь клеточный состав организма, одновременно отмечаются определенные сдвиги в обмене веществ и в привесе животных.

О ВЛИЯНИИ РУТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ КРОВИ У БЕЛЫХ МЫШЕЙ

К. В. Кадарик и Р. П. Порк

Из Эстонской сельскохозяйственной академии

Периодическими определениями в крови белых мышей количества эритроцитов, гемоглобина и диаметра красных кровяных шариков при скармливании рутина в количестве 1,5 мг ежедневно в нормальных условиях, и в условиях систематического ежедневного пребывания в разреженном воздухе в течение 26 дней выявлялось:

1. При скармливании рутина белым мышам (I группа) диаметр красных кровяных шариков постепенно уменьшается на 10%.

2. У мышей (II группа), которые за этот же период ежедневно, в течение 2 часов находились в барокамере с умеренно пониженным давлением (110 мм рт. столба), наблюдалось увеличение диаметра эритроцитов на 10%.

3. У мышей, находившихся ежедневно в барокамере и получавших ежедневно же рутин в количестве 1,5 мг, отмечалось такое же уменьшение диаметра эритроцитов как в I группе.

4. Количество эритроцитов в крови у всех групп мышей изменялось совершенно одинаково, показывая в первой половине опыта понижение числа эритроцитов до 20%, а в конце опыта начиная с 19-го опытного дня повышение к исходному уровню. Количество гемоглобина у животных всех трех групп снижалось в среднем на 10%.

5. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что рутин, как вещество активно участвующее в тканевых окислительных процессах, одновременно влияет на некоторые свойства красной крови, способствуя увеличению дыхательной поверхности красных кровяных шариков.

ОБ ОДНОСТОРОННЕМ ПИТАНИИ ПРИ ПОТРЕБЛЕНИИ РАФИНИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ

Э. Д. Раннак

доцент, канд. хим. наук

Из Тартуского государственного университета

Комплексное определение пищевой ценности различных пищевых продуктов по методике автора (1955 г.) исходит из того, насколько органическое перевариваемое вещество того или иного продукта насыщено витаминами, минеральными веществами и другими пищевыми компонентами. В результате названной методики понятие «рафинированные пищевые продукты» стало более конкретным. Рафинированные пищевые продукты, в отличие от природных исходных продуктов, содержат все необходимые витамины и минеральные вещества в недостаточном количестве (мука высоких сортов, белый рис и т. д.) или лишены их вообще (сахар, большинство жиров, масел и т. д.).

В течение, главным образом, последних двух столетий доля рафинированных продуктов в пище намного повысилась. Если полагать, что при этом набор нерафинированных продуктов в пище остается прежним, то увеличение доли рафинированных продуктов обуславливает уменьшение в пище витаминов и минеральных веществ в целом примерно на 50%.

Дефицит витаминов и минеральных веществ, обуславливаемый односторонним потреблением рафинированных пищевых продуктов, имеет широкий диапазон, охватывающий около 30 пищевых компонентов. Практически компенсация этого дефицита в полной мере витаминными и другими препаратами исключительно трудная задача. Поэтому, в пищевые рационы для компенсации дефицита витаминов и минеральных веществ, необходимо включать достаточное количество продуктов с высоким содержанием их (овощи, фрукты, печень и другие субпродукты, молоко, яйца и т. д.).

ИЗМЕНЕНИЯ РЫБНЫХ И ДРУГИХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПОТЕРИ СВЕЖЕСТИ

А. Я. Аляк

Из Республиканской санитарно-эпидемиологической станции

1. Свежие пищевые продукты содержат ряд важных для питания веществ, количество которых при хранении продуктов уменьшается.

2. Одним из показателей свежести пищевых продуктов можно считать количество витамина С, содержащегося в них. В рыбных консервах с томатом можно наблюдать уменьшение содержания витамина С. Свежие консервы содержат 10—15 мг% витамина С, а на третьем году после приготовления содержание витамина в них составляет только 2—3 мг%.

3. Обыкновенно консервы с томатом в жестяной таре на третьем году после приготовления содержат олово в количестве, превышающем дозволенное по стандарту. Поэтому нужно соблюдать установленные сроки хранения консервов.

4. С целью повышения качества рыбных и других пищевых продуктов необходимо организовать лучшую переработку их и обеспечить соответствующие условия хранения на складах.

К ВОПРОСУ О ГИСТОТОПОГРАФИИ ЗОБА

Х. Э. Эритс

Из Республиканского противозобного диспансера

При патоморфологическом исследовании резецированных за годы 1951—1955 в гор. Тарту зобов в 70% случаев было обнаружено строение зоба коллоидного типа. Гистотопографическими исследованиями (методом больших срезов) 98 резецированных в 1957—1958 гг. зобов были выявлены следующие особенности строения их, представляющие интерес с патофизиологической и клинической точки зрения:

1. Тканевый полиморфизм наблюдался в первую очередь при зобах узловой формы, реже в диффузных коллоидных зобах и весьма редко в зобах при базедовой болезни.

2. Очаги базедовофикации, аденоматозные узлы, кровоизлияния, участки пролиферативных воспалительных процессов и рассеянные очаги некроза нередко встречались в диффузных коллоидных зобах большой величины и давности.

3. При рассечении больших и давних зобов часто обнаруживались, невыявленные клиническими исследованиями до резекции, кальцификаты и даже оссификации.

4. Тканевых изменений, в зобах больных до струмэктомии длительно лечившихся метилтиоуросилом, обнаружено не было.

5. Некробиотические изменения стромы и паренхимы зобов наблюдались в случаях лечения тиреотоксикоза, и особенно базедовой болезни, радиоактивным изотопом иода.

6. Очаги базедовофикации наблюдались при первичном и вторичном тиреотоксикозе, а также при зобах эутиреозной формы.

Гистотопографическое исследование имеет несомненное значение для суждения о степени активности паренхимы зоба, подтверждая клиническую картину тиреотоксикоза, причем, однако обнаружение очагов базедовофикации, не дает еще основания для клинического диагноза базедовой болезни и базедовоида, т. к. они встречаются при первичном и вторичном тиреотоксикозе, а также при зобах эутиреозной формы. Диагносцирование зоба диффузной формы требует большой осмотрительности, так как в частности, большие и давние зобы, вследствие наличия в них не выявляемых пальпацией аденоматозных узлов, могут быть зобами смешанной формы.

Можно предполагать, что гистотопографически обнаруживаемые патологические изменения в паренхиме и строме зобов являются причиной различных нетипичных жалоб и сопутствующих явлений, встречающихся у больных с диффузным зобом эутиреозной и гипертиреозной формы. Наряду с тщательной пальпацией следует проводить рентгенографическое исследование зоба в целях обнаружения очагов оссификации и кальцификации.

При субтотальной струмэктомии следует иметь в виду, что лечение тиреотоксикозов радиоактивным изотопом иода вызывает значительные изменения в строме, и особенно в паренхиме зобно-перерожденной железы, почему оставляемый отрезок железы может оказаться функционально недостаточным.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СЕКРЕТОРНОЙ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

А. В. Пашков

Из Тартуского государственного университета и Республиканского противозобного диспансера

1. У больных первичным и вторичным тиреотоксикозом закономерно наблюдаются расстройства секреторной и двигательной функций желудка.

2. Как первичный, так и вторичный тиреотоксикозы вызывают торможение секреции желудочного сока и снижение цифр его кислотности, что зависит от длительности заболевания и степени его тяжести.

3. У больных как первичным, так и вторичным тиреотоксикозом встречаются или тормозной, или инертный типы секреции (по Быкову-Курцину). При этом в случае первичного тиреотоксикоза цифры кислотности желудочного сока обычно ниже, чем при вторичном тиреотоксикозе.

4. Химический раздражитель (кофеин) как при первичном, так и при вторичном тиреотоксикозе оказывает значительно большее влияние на желудочную секрецию, чем механический раздражитель (баллон).

5. При первичном тиреотоксикозе наряду с торможением желудочной секреции наблюдается крайне живая моторная реакция со стороны желудка (гастрограмма типа возбуждения). В противоположность этому, при вторичном тиреотоксикозе заторможенности желудочной секреции сопутствует торможение и двигательной функции желудка (гастрограмма типа торможения).

6. Баллонный метод исследования секреторной и двигательной функции желудка даёт возможность выявить и точнее определить расстройства процесса пищеварения у больных тиреотоксикозом, а также содействует уяснению патогенетических различий первичного и вторичного тиреотоксикоза.

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

И. А. Подчекаева

Из Республиканского противозобного диспансера

1. Недостаточность функции коры надпочечников одно из частых сопутствующих явлений при тиреотоксикозе, не только при первичном (включая базедову форму), но и при вторичном тиреотоксикозе. Она наблюдается и в ряде случаев эутиреоидного зоба.

2. Соответственно с этим раннее выявление недостаточности функции коры надпочечников заслуживает особого внимания и имеет большое значение как при хирургическом лечении, так и при консервативной терапии заболевания зобом.

3. Наряду с гормонотерапией, витаминотерапией и лекарственным лечением в комплекс терапии недостаточности функции коры надпочечников необходимо включить обязательно соответствующую диетотерапию.

4. Опыт показал, что лечение тиреотоксикоза радиоактивным изотопом йода 131 оказывает положительное влияние на восстановление функционального состояния коры надпочечников.

О СОСТОЯНИЯХ АДАПТАЦИОННО-ТРОФИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

А. Г. Клийман

канд. мед. наук

Из Тартуского государственного университета

Общепризнанным является факт регулирующего влияния симпатико-адреналовой системы на различные биохимические процессы и функции органов в животном организме. Из них наиболее специфическим является ее влияние на углеводный обмен и окислительные процессы и также на функцию сердечно-сосудистой системы.

Результаты наших исследований:

1. У здоровых людей в условиях физического и психического покоя функция симпатико-адреналовой системы находится в оптимально уравновешенном состоянии, обуславливая этим самым сравнительно стабильную концентрацию адреналинового ряда люминесцирующих веществ в крови.

2. Сдвиги уровня люминесцирующих веществ адреналинового ряда в крови в период хирургического лечения тиреотоксикоза зависят от выраженности тиреотоксического состояния, тяжести психической и физической (операционной) травмы.

а) Падение уровня адреналинового ряда веществ крови наблюдалось у больных с выраженными явлениями тиреотоксикоза при тяжелой психической и операционной травмах. Повышенный или нормальный уровень адреналинового ряда веществ крови наблюдались у больных тиреотоксикозом в условиях успешного медикаментозного лечения, охранительного режима и щадящей операции.

б) Понижение уровня адреналинового ряда веществ крови сопровождается снижением интенсивности окислительных процессов интермедиарного обмена веществ и накоплением недоокисленных продуктов в организме, приводящих к дальнейшему истощению высшей нервной деятельности и чрезмерному напряжению функции сердечно-сосудистой системы.

в) Нормальный или умеренно повышенный уровень адреналинового ряда веществ крови сопровождается незначительными сдвигами интенсивности интермедиарного обмена веществ в организме, в результате чего не наступает дальнейшего истощения высшей нервной деятельности и чрезмерного напряжения сердечно-сосудистой системы.

3. Уровень содержания адреналинового ряда люминесцирующих веществ в крови (повышенный или пониженный) характеризует состояние адаптационно-трофической функции симпатико-адреналовой системы.

а) Понижение уровня адреналинового ряда веществ крови и интенсивности интермедиарного обмена веществ, а также накопление недоокисленных продуктов в организме характеризуют состояние декомпенсации адаптационно-трофической функции симпатико-адреналовой системы.

б) Нормальный или умеренно повышенный уровень адреналинового ряда веществ крови и отсутствие значительных сдвигов интенсивности интермедиарного обмена веществ и накопления недоокисленных продуктов в организме характеризуют состояние компенсации адаптационно-трофической функции симпатико-адреналовой системы.

О ВЛИЯНИИ СНОТВОРНЫХ НА ФУНКЦИЮ КОРКОВОГО СЛОЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

К. Х. Кырге

Х. М. Хансон

доцент, канд. мед. наук

Из Тартуского государственного университета

Как показали клинические и экспериментальные исследования, снотворные оказывают явное десенсибилизирующее влияние на организм, но механизм этого влияния изучен пока еще недостаточно.

Клинические исследования, проведенные с целью дальнейшего выяснения этого вопроса, дали следующие результаты:

При пероральном введении снотворных (пентотала 0,5—1,0 г., веронала 0,5 г., хлоралгидрата 2,0 г.) наблюдается уменьшение количества эозинофильных лейкоцитов в периферической крови, которое в большинстве случаев доходит до 50% от первоначального количества. Такой же эффект дали и некоторые другие воздействия, вызывающие торможение центральной нерв-

ной системы (инсулиновая гипогликемия, внутривенное введение новокаина и др.).

Так как понижение количества эозинофильных лейкоцитов связывается с активизацией функции коркового слоя надпочечников, то для дальнейшего выяснения этого вопроса исследовали влияние снотворных на выделение гормонов коркового слоя надпочечников.

У 33 больных с различными диагнозами (ревматизм, неспецифический инфекционный полиартрит, бронхиальная астма и др.) определяли в течение 2 до 5 дней суточное выделение 17-кетостероидов и у 17 больных с теми же диагнозами выделение кортикостероидов. Вслед за тем у этих же больных исследовали динамику выделения указанных гормонов при пероральном введении 0,5—1,0 г. пентотала.

Среднее суточное выделение 17-кетостероидов было у мужчин 17,5 мг., у женщин 11,7 мг. Среднее суточное выделение кортикостероидов было 1,56 мг.

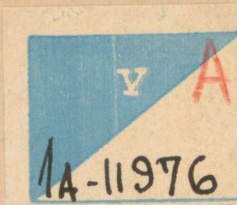
При однократном введении снотворного наблюдалось у 18 больных статистически подтвержденное увеличение выделения 17-кетостероидов, превышающее исходный уровень на 25—222% (в среднем на 107%). Увеличение выделения кортикостероидов на 38—200% (в среднем на 81%) после введения снотворного наблюдалось у 12 больных.

Это согласуется с нашими более ранними наблюдениями о вызывающем эозинопению действии снотворных.

Отсутствие повышения выделения гормонов коркового слоя надпочечников у части исследованных в день применения снотворных может быть обусловлено функциональными особенностями центральной нервной системы этих больных, а также запаздыванием гормональной реакции вследствие инертности последней.

Возможно, что десенсибилизирующее влияние снотворных (а также некоторых других воздействий, вызывающих торможение центральной нервной системы) в большей или меньшей мере связано с активизированием диэнцефально-гипофизарно-адренальной системы в состоянии торможения коры головного мозга.

Бесплатно



TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 01070107 8