

Вопросами нозогеографии некоторых глазных болезней занимается Республиканский трахоматозный диспансер, кожных и венерических болезней — кожно-венерологический диспансер и т. д.

Большое количество работ по физической и экономической географии ТАССР выполнено научными работниками КГУ и КФАН СССР (Н. И. Воробьев, В. Н. Сементовский, Б. В. Селивановский, А. В. Ступишин, Г. В. Фазлуллин, В. А. Попов и А. В. Лукин и др.).

Систематически изучает естественное движение населения ТАССР кафедра организации здравоохранения Казанского медицинского института. Обобщение изучаемого материала дано в статье проф. Т. Д. Эпштейна «Основные данные о естественном движении и заболеваемости населения ТАССР за 1910—1960 гг.» (Казанский мед. ж., 1962, 1).

О состоянии республики в прошлом и истории здравоохранения можно получить материал в многочисленных архивных документах, хранящихся в Центральном государственном архиве ТАССР, в Статистическом управлении ТАССР.

Следует с сожалением сказать, что пока нет еще работ, характеризующих совокупность физико-географических, экономико-географических и медико-географических условий, влияющих на здоровье населения.

Медико-географические исследования должны проходить по единому плану, предложенному А. А. Шошиным в работе «Основы медицинской географии», что будет способствовать комплексированию и преемственности их результатов при составлении медико-географической характеристики территории Советского Союза.

Основными направлениями медико-географических исследований территории ТАССР следует считать: изучение природных и социальных комплексов с точки зрения влияния их на состояние здоровья и организацию здравоохранения; изучение конкретных территорий — в первую очередь отдельных административно-хозяйственных районов и территорий, подлежащих интенсивному хозяйственному преобразованию; изучение географии отдельных болезней (нозогеографии), в первую очередь болезней, подлежащих ликвидации или резкому сокращению в ближайшие годы.

Комплексное медико-географическое изучение территории республики должно привести к составлению ряда медико-географических карт как составной части географического атласа ТАССР.

Проведение комплексных исследований в названных направлениях возможно только при объединении ученых заинтересованных специальностей и практических работников органов здравоохранения и институтов Академии наук с участием Татарского отделения географического общества СССР.

Первым шагом на пути к решению названных задач надо считать организацию комиссии медицинской географии при Татарском филиале Географического общества СССР, которая сплотит силы ученых и практиков вокруг разработки вопросов медико-географической характеристики территории республики, изучения особенностей краевой и ландшафтно-географической патологии человека.

Поступила 31 января 1963 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ И ДРУГИМИ ФОРМАМИ КОЛЛАГЕНОЗОВ

А. Г. Ибрагимова

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

В патогенезе ревматизма, как и ряда других болезней, имеющих аллергический компонент, можно предположить изменение функции гипофизарно-надпочечниковой системы.

В настоящее время в комплексном лечении указанных заболеваний значительное место занимает гормональная терапия. Круг заболеваний, при которых описывается положительный эффект кортизона и АКТГ, все время расширяется.

Можно считать установленным, что при неэндокринных заболеваниях не наблюдается грубых нарушений функции коры надпочечников, как при болезни Аддисона и синдроме Иценко — Кушинга.

В тактике лечения кортикостероидными гормонами определенное значение имеет исследование функции надпочечников, особенно в тех случаях, когда терапия гормональными препаратами является перспективной, требует определенной длительности и настойчивости.

Общепринятым клиническим способом определения функциональной активности коры надпочечников считается определение суточного количества 17-кетостероидов, выделяющихся с мочой, и эозинофильная проба Торна. Однако эозинофильная проба Торна подвергается критике. Целый ряд авторов (L. L. Godlowski, H. Grenal, I. Waldenström, Eik-Nes Kristen, L. Weisbecker) считают, что использование подсчета эозинофилов для определения адренокортикальной активности осложняется тем, что ряд других факторов влияет на эозинофилы. Последние проявляют много физиологических вариаций. Подсчет их с достаточной точностью трудно выполним.

Исходя из вышеуказанного, мы для определения секреторной активности коры надпочечников пользовались исследованиями 17-кетостероидов в суточной моче по методу О. М. Уваровской. Нашими предварительными исследованиями установлено, что при ревматизме и ревматоидных полиартритах изменяется выделение с мочой 17-кетостероидов, которое может рассматриваться как результат реакции коры надпочечников на развитие патологического процесса.

В данной работе нами были предприняты исследования, направленные на изучение содержания 17-кетостероидов при различных формах коллагенозов в динамике болезни при лечении их различными лекарственными средствами, в том числе и стероидными гормонами.

Под нашим наблюдением находилось 189 больных (с ревматоидным полиартритом — 50, ревматическим полиартритом — 30, ревматическим эндокардитом в стадии декомпенсации II—III ст. — 17, в стадии компенсации — 30, со склеродермией — 8, красной волчанкой — 7, болезнью Такаси — 4, с капилляротоксикозом — 10, бронхиальной астмой — 12 и другими болезнями — 21).

Почти во всех случаях экскреция 17-кетостероидов была понижена в начале заболевания и в периоды его обострения. Длительное и значительное снижение 17-кетостероидов являлось неблагоприятным симптомом. В период улучшения клинических данных отмечалась тенденция к повышению выделения указанных стероидов.

Гормональные сдвиги более отчетливо выявлялись при обострениях и ремиссиях заболевания и под влиянием гормональной терапии (кортизон, АКТГ) и э. п. УВЧ на область надпочечников.

Значительное снижение выделения 17-кетостероидов наблюдалось у больных с ревматическим эндокардитом в стадии декомпенсации по мере ухудшения общего состояния, прогрессирования ревматического процесса и нарастания явлений декомпенсации. Секреторную активность коры надпочечников удается вызвать лишь после упорной и маневренной терапии гормональными препаратами.

У группы больных красной волчанкой содержание 17-кетостероидов до начала лечения было значительно понижено. Функциональная активность коры надпочечников повышалась при усиленной стимуляции с помощью АКТГ. У 3 больных с острым течением волчанки гормональная терапия оказалась мало эффективной. Из 7 больных 2 умерли: один — через 4,5 месяца после начала заболевания, другой — через 2,5 года. Содержание 17-кетостероидов у них при прогрессировании заболевания и летальном исходе снижалось и долго находилось на низких уровнях (1,8—0,8 мг в сутки).

Повышенное содержание 17-кетостероидов в моче у больных, страдающих склеродермией, обеспечивалось лишь введением значительных доз кортизона или преднизона. Причем действие преднизона проявлялось менее выражено, чем кортизона. При лечении преднизоном выведение с мочой 17-кетостероидов увеличивалось до 8 мг в сутки, при лечении гиалуронидазой — до 9 мг, а при лечении кортизоном — до 10 мг.

У 4 больных капилляротоксикозом из 10 введение пенициллина вызвало повышение 17-кетостероидов до 5 мг, а у остальных при этом не выявлены изменения содержания исследованных стероидов. Под влиянием АКТГ 17-кетостероиды значительно повышались (несколько превышая норму — до 13 мг, но к концу лечения количество их нормализовалось — 8—10 мг).

У лиц с болезнью Такаси выявлено значительное увеличение 17-кетостероидов после лечения кортизоном и АКТГ.

При бронхиальной астме и бронхоэктатической болезни, в зависимости от тяжести процесса, содержание 17-кетостероидов в начале заболевания колебалось от 2 до 5 мг в сутки. Выведение исследованных стероидных фракций под влиянием АКТГ и кортизона повышалось до нижней границы нормы (7 мг); аналогичные изменения обнаружены после воздействия э. п. УВЧ на область надпочечников. Длительность ремиссии при бронхиальной астме под влиянием гормональной терапии была разнообразной, как это наблюдается и при любом другом методе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко М. Г. Инфекционный неспецифический полиартрит, М., 1956 — 2. Ибрагимова А. Г. Казанский мед. ж., 1960, 5. — 3. Нестеров А. И. Клини. мед., 1958, 5. — 4. Уваровская О. М. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1956, 3. — 5. Björnebas M., Fischel E. E., Stoerk H. C. J. Exper. Med.,

Поступила 17 июля 1961 г.

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

М. Г. Курамшина, Н. М. Шихова, Е. И. Конокова, В. Л. Бабкина

Микробиологическая лаборатория (зав.— ст. научн. сотр. М. Г. Курамшина), клиника кардиологии (зав.— доц. Н. М. Шихова) и клиника активного ревматизма (зав.— проф. М. М. Шихов) Сочинского института курортологии

Большинство ученых — сторонники инфекционно-аллергической природы ревматизма (А. И. Нестеров, В. И. Молчанов, В. Е. Незлин, В. И. Иоффе, М. П. Кончаловский и др.). Ряд авторов указывает, что очаговая β -стрептококковая инфекция — источник сенсибилизации организма, необходимой для возникновения заболевания.

Возникновение, течение и исход ревматизма зависят в первую очередь от реактивности макроорганизма. В предыдущей работе (1958 г.) мы изучали иммунологические показатели у больных ревматизмом при комплексной терапии. В данной работе мы поставили задачу провести изучение иммунологических показателей (содержание в сыворотке крови больных антигиалуронидазы и антистрептолизина-0) в динамике заболевания в сопоставлении с данными клинических наблюдений. Изучение в указанном направлении имело целью выявить, в какой мере уровень и динамика иммунологических показателей соответствуют течению болезни и могут быть использованы для его оценки.

Упомянутые показатели исследованы нами у 245 больных ревматизмом (женщин 143 и мужчин 102). В возрасте до 20 лет было 110, от 20 до 40 лет — 115 и старше — 20 больных. В активной фазе ревматизма было 195 больных. У 85 больных суставные явления были выражены в виде полиартралгий, у некоторых наблюдались подострые проявления полиартрита. У 100 больных были хронические очаги в миндалинах, что свидетельствовало о постоянном антигенном воздействии стрептококков. Почти все больные перенесли от 2 до 6 атак, у некоторых была первая атака.

Лечение было комплексным и включало режим и диету, санацию очагов инфекции, медикаментозные и гормональные препараты, антибиотики.

Первое исследование сыворотки крови производилось на 2—3 день пребывания больного в клинике, но обязательно до назначения лечения. В дальнейшем у каждого производились дополнительные определения в зависимости от срока пребывания. У всех исследовалась микрофлора зева, с акцентом на высеваемость β -гемолитического стрептококка.

В процессе заболевания титры антигиалуронидазы и антистрептолизина-0 претерпевают определенные отклонения от нормальных цифр. Изменения содержания антигиалуронидазы и антистрептолизина-0 происходили параллельно у 124 из 195—63,5%, то есть колебания титров антигиалуронидазы в сторону повышения сопровождалось повышением титров антистрептолизина-0, и наоборот. Наибольшее повышение титров антител было у больных с первой и второй атаками ревматизма, здесь мы видели выраженность и клинических данных. Повышение титров наблюдалось у больных с непрерывно рецидивирующим течением болезни, с сердечно-суставной формой заболевания, при этом показатели оставались более стабильными. Средние титры (умеренно повышенные) антител отмечались при многократных атаках, но при остром начале заболевания титры антител были также повышены. При вяло текущих заболеваниях иммунологические показатели оставались на более низких цифрах.

У тех больных, у которых были выражены клинические проявления и повышены титры антител, клиническое улучшение характеризовалось снижением титров антител к моменту выписки, хотя уровень иммунологических показателей у большинства и не приходил к норме. Заболевание заканчивалось относительно благополучно, рецидивов не наступало. У тех больных, у которых заболевание проходило с непрерывно рецидивирующим, вялым или затяжным течением, титры антител не обнаруживали тенденцию к снижению или оставались без изменений.

По-видимому, несоответствие титров антител с клиническим улучшением свидетельствует о глубоких изменениях в организме больного, возможно, связанных со стрептококковой инфекцией и аллергической перестройкой организма, на что указывает в своих наблюдениях В. Н. Анохин.

Снижение титров иммунологических реакций часто совпадало у больных с весьма