

скопляющегося выпота (профилактика сером). Поверх шитого первого этажа накладывали второй слой капрона, который фиксировали по краям и в центре.

Общая реакция организма при аллопластике была такой же, как и при обычных грыжесечениях. Отмечался субфебрилитет в течение 2—3 дней. Местная реакция проявлялась незначительным отеком и набуханием в области послеоперационной раны, которые к 4-му дню проходили.

У 6 больных размеры грыжевых выпячиваний достигали 36×30×25 см.

Рана зажила первичным натяжением у 55 больных, вторичным — у 3. Швы снимали на 10-й день. Пребывание больных на койке в среднем равно 21 дню. Рецидив был в одном случае, летальных исходов не было. Бандажами больные не пользуются. Оперированные больные находятся на диспансерном наблюдении.

У больного Ц. через 7 месяцев образовался рецидив. При повторной операции капрон обнаружить не удалось, он, очевидно, рассосался, и на месте его образовалась рубцовая ткань.

У больной К. через 15 дней после операции образовался инфильтрат, рана нагноилась, в течение месяца капрон частично выделился через раневые отверстия, частично рассосался; рана зажила через 56 дней.

Согласно экспериментальным данным (Н. З. Монаков, И. Х. Геворкян, Е. Н. Мешалкин и др.), капрон представляет собой рассасывающийся материал; в отличие от других полимеров, он не является постоянным, «вечным» инородным телом в организме. Капрон в настоящее время наиболее изучен и доступен для описываемых пластических операций.

УДК 616.314.17—008.1

О СВЯЗИ ПАРОДОНТОЗА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Я. С. Кнубовец, Д. Е. Потехин и К. И. Кутуева

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.— проф. И. М. Оксман)
и I кафедра госпитальной терапии (зав.— проф. К. А. Маянская) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

По литературным данным, пародонтозом страдает около 50% лиц среднего возраста.

Мы осмотрели 602 больных, находящихся на стационарном лечении, и 398 практически здоровых лиц.

Среди больных пародонтоз обнаружен у 395 (65,6%), среди практически здоровых — у 108 (27,1%).

Состояние пародонта при различных заболеваниях внутренних органов отражено в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

Диагноз	Пародон- тоз	Гингивит	Норма
Сахарный диабет	30	—	7
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	75	3	17
Гипертоническая болезнь и атеросклероз	98	3	32
Заболевания печени и желчевыводящих путей	38	4	13
Тиреотоксикоз	39	1	17
Заболевания органов дыхания	44	3	23
Ревматизм	39	7	35
Заболевания почек	14	2	10
Прочие заболевания	18	3	27
Итого	395	26	181

Чтобы выяснить влияние характера заболевания внутренних органов на частоту и клинику пародонтоза, мы распределили всех обследованных больных по группам в зависимости от поражения эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной или дыхательной системы. В каждой из 4 групп по тяжести и длительности заболевания выделены подгруппы. Все эти данные представлены в табл. 2, 3, 4, 5.

Таблица 2

**Частота пародонтоза у больных сахарным диабетом
в связи с тяжестью заболевания**

Степень тяжести заболевания	Общее количество больных	Из них с пародонтозом
Легкая	9	6
Средняя	18	14
Тяжелая	10	10

Таблица 3

**Частота пародонтоза при гипертонической болезни и атеросклерозе
в связи с длительностью и тяжестью заболевания**

Длительность заболевания	Тяжесть заболевания				
	А		Б		В
	с пародонтозом	без пародонтоза	с пародонтозом	без пародонтоза	с пародонтозом
До 1 года	9	16	1	—	—
До 5 лет	17	15	2	3	1
До 10 лет	36	—	3	—	4
Свыше 10 лет	20	1	4	—	1

Примечание. В подгруппу А отнесены больные без нарушения кровообращения, в подгруппу Б — с нарушением I ст. и в подгруппу В — с нарушением II и III ст.

Таблица 4

**Частота пародонтоза у больных язвенной болезнью желудка
и двенадцатиперстной кишки в связи с длительностью заболевания**

Длительность болезни	Общее количество больных	Из них с пародонтозом
До 1 года	14	7
До 5 лет	31	23
До 10 лет	24	19
Свыше 10 лет	26	26

Таблица 5

Частота пародонтоза при заболеваниях органов дыхания

Степень тяжести заболевания	Количество больных	Из них с пародонтозом
А	28	15
Б	31	18
В	11	11

Примечание. В подгруппу А включены острые заболевания органов дыхания, в подгруппу Б — хронические, но без нарушения кровообращения и в подгруппу В — хронические с нарушением кровообращения

Таким образом, поражаемость пародонтозом при различных заболеваниях внутренних органов тем чаще, чем тяжелее форма заболевания и чем длительнее его течение.

Наши данные подтверждают также, что число лиц, пораженных пародонтозом, нарастает с увеличением возраста. Так, среди больных в возрасте до 20 лет пародонтоз обнаружен у 35,9%, от 31 до 40 лет — у 60,5% и в возрасте 60 лет уже у 85%. Эта же закономерность наблюдается и у практически здоровых лиц.

Приведенные в статье цифровые данные о частоте пародонтоза у обследованных больных обработаны статистически и оказались достоверными.

Терапия пародонтоза должна быть комплексной — местной и общей, направленной на нормализацию функций организма. Местная лекарственная терапия должна дополняться ортопедическими методами лечения с целью нормализации функций жевательного аппарата и устранения патологических рефлексов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайс С. И. Терапевтическая стоматология. Медицина, М., 1965. — 2. Домрачева Е. А. Тр. Казанского мед. ин-та, 1946, вып. 11; Сб. научн. работ кафедры госпитальной хирургии № 2, посвященной памяти заслуженного деятеля науки РСФСР проф. И. В. Домрачева. Казань, 1964. — 3. Домрачева Е. А., Скоркина Н. Ф. Тез. докл. 1 Всеросс. конф. стоматологов и зубных врачей. М., 1956. — 4. Кнуровец Я. С. Вопр. ортопедической стоматологии. Казань, 1962, том II. — 5. Мирзоев Р. Б. Стоматология, 1965, 2. — 6. Скоркина Н. Ф. Клинико-морфологическая картина десны и проявление пародонтоза у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. канд. дисс., Казань, 1963. — 7. Оксман И. М. Вопр. ортопедической стоматологии. Казань, 1962, том II. — 8. Ольшанецкая Ю. К., Штейнберг К. И. Сб. рефератов Казанского мед. ин-та. Казань, 1957.

УДК 616.248—616.24—002

О ФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ

Е. М. Окулова

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В результате взаимодействия реакции антиген — антитело, лежащей в основе аллергических проявлений, в организме происходят глубокие изменения, зависящие, в свою очередь, от возрастных особенностей человека, функции центральных нервно-регуляторных и эндокринных механизмов. Поэтому в настоящее время изучению роли нервной и подчиненной ей эндокринной системы в развитии аллергических и инфекционно-аллергических процессов придается большое значение (Г. Н. Сперанский, М. С. Соколова, Ю. Ф. Домбровская).

Чтобы проанализировать уровень выделения кортикостероидов у детей при некоторых инфекционно-аллергических заболеваниях, мы определяли в суточном количестве мочи содержание 17-кетостероидов по методу Норинбергского, 17-оксикортикостероидов по методу Редди в модификации Брауна и производили камерный подсчет эозинофилов по методу Периашвили.

Нами исследовано 16 больных бронхиальной астмой и 13 больных хронической пневмонией. Анализы проводились также у 27 здоровых детей от 3 до 14 лет и у 14 детей с экссудативным диатезом.

У детей, как и у взрослых, отмечаются значительные колебания в выделении стероидов (Л. П. Гаврюшева, И. Тодоров, А. В. Картелишев и др.).

По нашим данным у здоровых детей также получены значительные колебания: 17-оксикортикостероидов — от 0,25 до 2,3 мг/сутки, 17-кетостероидов — от 0,5 до 6,4 мг/сутки (цифры увеличивались с возрастом).

По вопросу о функциональных способностях надпочечников у детей при бронхиальной астме имеется много рабст. Однако полученные авторами результаты выделения стероидов у этих больных недостаточно согласуются между собой, а порой даже противоречивы.

Например, Ю. Д. Беляев отмечает понижение функциональной активности коры надпочечников в приступный период бронхиальной астмы и нарастание по ликвидации астматического компонента. М. А. Жуковский, Л. Ф. Бережков, А. Н. Усольцев, С. Ю. Коганов, Н. В. Догель нашли закономерное повышение экскреции 17-кето- и оксикортикостероидов в период приступов и снижение во внеприступном периоде.

Из 16 наших больных бронхиальной астмой у 10 было типичное течение заболевания и у 6 — астматический бронхит. В возрасте до 5 лет было 5 детей, от 6 до 14 — 11. Мальчиков и девочек было поровну.

Давность болезни до года была у 13 и более года — у 3 детей.

Из сопутствующих заболеваний у 7 детей была хроническая пневмония, у одного — туберкулезная интоксикация, у 5 — хронический тонзиллит, у 2 — кариес зубов.

У подавляющего большинства детей в анамнезе — частые заболевания органов дыхания (катары верхних дыхательных путей, бронхиты, пневмонии), в том числе у 4 — часто повторяющиеся ангины, у 6 — экссудативный диатез.

У 5 больных отмечено неблагополучие в семейном анамнезе (экссудативный диатез у родителей, токсикоз беременности у матери, в одном случае — алкоголизм).