

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГИПОТАЛАМУС — ГИПОФИЗ — КОРА НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ НЕВРАСТЕНИЕЙ

Л. А. Лаврова, М. Ш. Билялов

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. И. Н. Дьяконова) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина и санаторий «Васильевский» ВЦСПС*

Реферат. У 125 больных неврастений выявлены изменения функции коры надпочечников с ослаблением функциональных резервов, нарушением гормонообразования и ритма выделения кортикостероидов.

Наряду с богатой вегетативной симптоматикой, обусловленной вовлечением лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса [3], неврозам присущи и нарушения функции коры надпочечников [1, 2]. Однако гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковые взаимоотношения при них изучены недостаточно.

Перед нами стояла задача изучить некоторые показатели системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников у больных неврастений. Под наблюдением находилось 125 больных (37 мужчин и 88 женщин в возрасте от 20 до 55 лет, с давностью заболевания от года до 8 лет), в том числе 83 с гиперстенической формой и 42 с гипостенической. У всех больных исследовали концентрацию свободных 17-оксикортикостероидов в плазме крови, экскрецию 17-оксикортикостероидов (17-ОКС), нейтральных 17-кетостероидов (17-КС) и дегидроизоандростерона (ДГИА) с мочой как без, так и после функциональных нагрузок (АКТГ, инсулин, адреналин). У 40 больных изучали содержание метаболитов кортикостероидов в дневной (с 8 час. утра до 20 час. вечера) и ночной (с 20 час. вечера до 8 час. утра) порциях мочи.

Содержание 17-ОКС в моче определяли по методу Редди-Браун в модификации Ю. Н. Гурского и Г. В. Ордынец, 17-КС — по методу Циммермана в модификации О. М. Уваровской, ДГИА — реакцией Аллена, содержание свободных 17-ОКС в плазме крови — по методу Портера — Сильбера в модификации Н. А. Юдаева и Ю. А. Панкова.

У больных неврастений экскреция 17-ОКС колебалась от 2,8 до 25 мг/сут., у 59 она значительно отклонялась от нормальных величин, составляя в среднем $14,6 \pm \pm 0,95$ мг/сут., что достоверно выше, чем в контрольной группе ($9,8 \pm 0,5$ мг/сут., $P < 0,01$).

Статистически достоверные изменения экскреции 17-КС обнаружены у женщин — $18,4 \pm 1,4$ мг/сут. ($P < 0,001$) при норме $10,2 \pm 0,8$ мг/сут. У мужчин отклонения в содержании 17-КС в моче по сравнению с нормой оказались недостоверными. Экскреция ДГИА составляла $1,02 \pm 0,31$ мг/сут., что не отличалось от контроля. Одновременное определение содержания 17-ОКС, 17-КС и ДГИА в суточной моче выявило значительные неоднаправленные их изменения у 101 больного из 125 (80%), что свидетельствовало о дисфункции различных зон коры надпочечников. Нарушение суточного ритма экскреции 17-ОКС выявлено у 18 из 40 обследованных.

Концентрация свободных 17-ОКС в плазме крови у 110 больных колебалась от 0,6 до 21 мкг/100 мл и у 75 из них заметно отклонялась от нормальных величин: у 51 была значительно повышена, а у 24 — снижена. Средняя концентрация 17-ОКС в крови составляла $14,4 \pm 1,2$ мкг%, что существенно не отличается от контроля.

Для выявления функциональных резервов коры надпочечников мы провели пробу с одно- и многодневным введением АКТГ (40 ед. в сут.) у 12 больных. Наличие функциональных резервов коры надпочечников оказались ослабленными у 7 пациентов. Потенциальные резервы коры надпочечников у 4 больных из 6 были достаточными.

Инсулиновая проба, проведенная в целях оценки центральных гомеостатических механизмов регулирования системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников, вызвала у 19 из 22 больных клиническую вегетативную реакцию: у 11 — симпатическую и у 8 — парасимпатическую. Адреналиновая проба вызвала клиническую вегетативную реакцию у 9 из 10 больных: симпатическую — у 7 и парасимпатическую — у 2. У больных с клинической парасимпатической реакцией экскреция метаболитов кортикостероидов в день пробы обычно уменьшалась, а с симпатической — увеличивалась. Функциональные пробы выявили сдвиги в экскреции 17-ОКС, 17-КС и ДГИА у 11 больных из 25, что, вероятно, свидетельствует о нарушении гормонообразования в коре надпочечников.

При различных формах неврастений функциональное состояние изучаемой системы оказалось неоднородным. У больных с гиперстенической формой экскреция 17-ОКС была выше, чем у больных с гипостенической формой. Содержание 17-ОКС в плазме крови у больных с гиперстенической формой неврастений имело тенденцию к повышению ($15,9 \pm 1,2$ мкг%), а у больных с гипостенической формой — к снижению ($11,2 \pm \pm 1,0$ мкг%).

Экскреция 17-КС при гиперстенической форме неврастении как у мужчин, так и у женщин была достоверно выше, чем в контрольной группе, а при гипостенической форме она имела тенденцию к понижению или существенно не отличалась от нормальных величин. Выделение ДГИА с мочой у больных с гиперстенической формой неврастении проявляло тенденцию к повышению ($1,24 \pm 0,36$ мг/сут.), а у больных с гипостенической — к снижению ($0,76 \pm 0,27$ мг/сут.). Соотношение $\frac{\text{ДГИА мг/сут.}}{17\text{-ОКС мг/сут.}}$ у больных с гиперстенической формой неврастении равнялось 0,07, а с гипостенической — 0,95 (при норме 0,11). Эти данные свидетельствуют, что у больных с гиперстенической формой неврастении наблюдается активация глюкокортикоидной и андрогенной функции коры надпочечников, а у больных с гипостенической формой — угнетение.

Таким образом, у большинства больных неврастением выявляются значительные нарушения функции коры надпочечников и всей системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников с ослаблением функциональных резервов, расстройством гормонообразования и суточного ритма выделения кортикостероидов. Эти изменения при различных формах неврастении неоднотипны. Необходимо учитывать их при проведении рациональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахур В. Т. Врач. дело, 1976, 6. — 2. Мясникова Г. В. Труды Горьковского мед. ин-та им. С. М. Кирова, вып. 31. Горький, 1969. — 3. Вантев М., Стойков Н. Бюлл. на НИИНП, 1967, 2.

Поступила 24 мая 1977 г.

УДК 616.832—004.2(470.344)

О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ЧУВАШСКОЙ АССР

И. С. Ерхов, И. К. Кузьмин, Г. П. Журавлева

Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова

Реферат. При изучении распространенности рассеянного склероза в ЧАССР отмечена значительная частота выявления его у лиц молодого возраста и даже у детей. Особенно высок показатель заболеваемости в кремниевой биогеохимической провинции республики, характеризующейся избытком таких микроэлементов, как кремний, фтор, сульфиты и хлориды.

Мы проанализировали распространенность заболевания рассеянным склерозом в ЧАССР. В разработку взяты истории болезней пациентов, находившихся на лечении в Республиканской больнице, городской больнице № 1 и всех районных больницах республики. Повторные обращения в стационар не учитывались.

Всего в республике выявлено 252 больных. Заболеваемость равняется 3,9 человека на 100 000 населения. По отношению к заболеваемости в Англии, Швейцарии, Северной Шотландии (7 человек на 100 000) это сравнительно низкий показатель. Дифференциальный анализ частоты заболевания показал следующее: заболеваемость (на 100 000 человек) среди мужчин — 3,8; среди женщин — 4,3; среди городского населения — 6,08, в том числе мужчин — 5,24, женщин — 6,76; среди сельского населения — 2,96, в том числе мужчин — 5,24, женщин — 2,5.

Заболеваемость по возрастным группам составила: до 29 лет — 3,9; 30—39 лет — 7,16; 40—49 лет — 10,58; 50—59 лет — 5,4; 60 лет и старше — 1,02 на 100 000 населения.

В нашей республике, как и в других районах страны, заболевание начинается с молодого возраста и поражает самую деятельную часть населения. В ряде случаев начало заболевания весьма раннее: у 3 чел. — с 6 до 10 лет, у 6 — с 11 до 15 лет, у 5 — с 16 лет и у 4 — с 17 лет.

Наибольшая распространенность болезни наблюдается в городах: Чебоксарах, Новочебоксарске, Мар-Посаде, Шумерле, Алатыре, а также в Алатырском, Козловском, Батыревском, Чебоксарском и Шумерлинском районах. Эти данные были сопоставлены с показателями распространенности в районах республики уrolитназа [1]. Отмечено интересное совпадение: оба эти заболевания чаще встречаются в кремниевой биогеохимической провинции.

Не установлено связи заболевания с травмами, ревматизмом, корью, алкоголизмом и неудовлетворительными бытовыми условиями.

У ряда больных обнаруживались гриппоподобные заболевания, ангины, хронические тонзиллиты, гайморит. У многих лиц заболевание сочеталось с поражением печени («желтухой»). В отдельных случаях в анамнезе отмечались брюшной тиф, малярия. В общей сложности различные инфекции, кроме кори, наблюдались у 94 человек.