

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 неврастения 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.