

плохо вступает в контакт с врачом и соседями по палате. Кожа бледная, сухая, холодная, тургор ее понижен. Волосы ломкие, сухие, редкие. Очень скудный рост волос в подмышечных впадинах и на лобке. Пульс 56—58, АД 80—90—100/50—60. Тоны сердца слегка приглушены. Язык сухой, с налетом. Живот умеренно вздут. Кровь: Э — 4 200 000, гем. — 88 ед., РОЭ 15 мм в час, Л. — 5500; п. — 10%, с. — 42,5%, л. — 41%, м. — 6,5%. Содержание натрия в цельной крови — 76,12 мэкв/л, холестерина — 220 мг%, хлоридов — 479 мг%; суточная экскреция — 8,1 г, сахар крови — 60 мг%, сахарная кривая: 110; 91; 82; 101 мг%. Проба Торна положительная. Суточная экскреция 17-кетостероидов — 5,4 мг. Удельный вес мочи — 1006—1015. Основной обмен — 23%. При рентгеноскопии органов грудной клетки и рентгенографии черепа отклонений не найдено. Гинекологическое исследование не обнаружило патологии. В вагинальном мазке преобладают клетки IV типа (ст. гистиоциты, промежуточные, ороговевающие, парабазальные и базальные).

Особенностью данного наблюдения является длительность заболевания с сохранившейся функцией половых желез и повторными беременностями, одна из которых закончилась срочными родами. Улучшение состояния в период беременности связано, очевидно, с гормональной активностью плаценты, а также, возможно, с физиологическим усилением активности неповрежденной части гипофиза.

Следовательно, могут встречаться стертые, медленно прогрессирующие формы заболевания с неполным угасанием функции гонад. Решающим в постановке диагноза является связь заболевания с тяжелыми повторными родами, а также резистентность симптомов болезни по отношению к упорной, повторной «неспецифической» терапии.

Поступила 18 декабря 1972 г.

УДК 616.31:612.451

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Доц. Ф. Г. Гасимов

*Кафедра стоматологии (зав. — доц. Ф. Г. Гасимов) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

В свете современных данных важная роль в поддержании гомеостаза отводится гормонам коры надпочечников. Между тем о функциональной активности надпочечников при заболеваниях пародонта имеются лишь отрывочные сведения, указывающие на некоторое снижение функции коры надпочечников при пародонтопатиях. В связи с этим мы исследовали глюкокортикоидную функцию коры надпочечников у 87 больных с различными формами поражения пародонта, у которых тщательное изучение клинических и анамнестических данных позволило исключить другую патологию. Все обследованные в течение последних 2 лет не болели острыми инфекционными и другими заболеваниями.

В соответствии с классификацией АРПА у 36 больных определена глубокая воспалительная пародонтопатия и у 51 — дистрофическая пародонтопатия (пародонтоз). У всех лиц с глубокими воспалительными пародонтопатиями отмечался длительный процесс воспаления, проявившийся в ограниченном поражении пародонта с клинической картиной гранулирующего и альтеративного воспаления десны, очаговой деструкцией стенок лунок и межальвеолярных перегородок. У 40 из 51 больного пародонтозом была диагностирована стабилизированная и у 11 — активная стадия (классификация Г. Д. Овруцкого).

О функциональной активности коры надпочечников мы судили по количественному содержанию в крови кортикостерона (11-ОКС). У больных пародонтопатиями мы исследовали свободную, связанную с белком и суммарную концентрацию 11-ОКС в плазме крови.

Биологически активный 11-ОКС в крови определяли методом Муре, основанном на фракционировании путем фильтрации через гель сефадекса.

За норму приняты показатели, полученные у 10 здоровых лиц в возрасте 20—50 лет: суммарная концентрация 11-ОКС в среднем 14,2—24,8, биологически активная фракция — 1,8—2,86 мкг% (7—11% общего количества).

Установлено, что у лиц, страдающих активной формой пародонтоза, суммарная концентрация 11-ОКС находится в пределах 9,5—14, свободная фракция — 1,2—4,34 мкг%, а у больных стабилизированной формой пародонтоза — соответственно 7—25 и 0,98—3,65 мкг%. В группе больных стабилизированной, осложненной воспалением формой пародонтоза содержание 11-ОКС оказалось 12—28, а его активной части — 0,9—6,9 мкг%.

При глубоких воспалительных пародонтопатиях суммарное количество кортикостерона колебалось от 8,5 до 24, а его активной фракции — от 1,0 до 3,6 мкг%.

В целом обращает на себя внимание некоторое снижение общего количества 11-ОКС в плазме крови у больных пародонтопатиями — в среднем до 18,5 мкг%, что ниже нормы примерно на 5 мкг%. При этом концентрация гормонов, не связанных с белком, не только сохраняется на нормальном уровне, но в ряде случаев заметно превышает его. Так, если у большинства больных концентрация свободных гормонов равна 1,5—2,5 мкг%, то у некоторых она достигает 6 мкг%. Соответственно концентрация связанной с белками резервной части гормонов уменьшается и составляет в среднем 12,5 мкг%, или 80% всего количества, что на 10—13% меньше, чем у здоровых людей, составивших контрольную группу. Следует, однако, указать, что отмеченные выше сдвиги были статистически недостоверными ($P < 0,1$).

Интересные данные получены при изучении глюкокортикоидной функции у больных с выраженным воспалительным процессом в пародонте. При этом нами не обнаружено заметной разницы в секреторной активности коры надпочечников больных, страдающих активной формой пародонтоза, и у лиц с пародонтозом в стадии стабилизации, осложненным воспалительным процессом. Сопоставление показателей количества 11-ОКС в крови этих больных, с одной стороны, и у лиц с пародонтопатиями, при которых воспалительный процесс выражен слабо, а также у больных со стабилизированной формой пародонтоза без осложнений воспалительного характера, с другой, обнаружило, что в 1-й группе при суммарной концентрации 11-ОКС $15,4 \pm 1,5$ мкг% биологически активная часть составляет $3,76 \pm 0,6$ мкг%, или 24,4% общего его количества, а во 2-й группе при суммарном количестве 11-ОКС $14,8 \pm 1,5$ мкг% свободная часть равна $2,45 \pm 0,4$ мкг%, или 16,6% суммарной концентрации гормонов. Причем если разница величин суммарных концентраций в группах статистически недостоверна ($P > 0,05$), то показатели активной фракции отличаются существенно ($P < 0,05$).

Таким образом, установлены различия функциональной активности коры надпочечников при неодинаковом характере клинического течения заболевания пародонта. При неосложненной стабилизированной форме пародонтоза показатели функции коры надпочечников находятся в пределах допустимых колебаний, т. е. заметно не отличаются от таковых у здоровых лиц. У больных с глубокими воспалительными пародонтопатиями, равно как и при дистрофии пародонта с выраженными воспалительными наслоениями отмечается повышение биологически активной фракции на фоне снижения общего количества и связанной формы кортикостероидов.

Поступила 3 июля 1973 г.

УДК 616.5—003.829:616.441

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ

Проф. Б. А. Сомов, канд. мед. наук Ю. И. Лонишаков, Г. А. Кеслер

Дерматологическое отделение (зав. — проф. Б. А. Сомов) НИИ гигиены труда и профессиональных заболеваний АМН СССР, кафедра кожных и венерических болезней (зав. — доц. Н. В. Беляев) и ЦНИЛ (зав. — ст. научн. сотр. О. С. Голосов) Томского медицинского института

В доступной нам литературе мы не обнаружили специальных работ по исследованию пигментации при тиреогенных заболеваниях. Поэтому понятен интерес, проявленный нами к состоянию пигментации при различных формах тиреоидной патологии. Мы обследовали 165 больных (мужчин — 34, женщин — 131; возраст — от 6 до 64 лет), в том числе 105 с тиреотоксикозом (62 с легкой формой, 34 со среднетяжелой и 9 с тяжелой), 36 с эутиреоидным зобом, 24 с гипотиреозом и микседемой (13 с послеоперационным гипотиреозом, 3 со спонтанным гипотиреозом и микседемой и 8 со врожденной микседемой) с длительностью заболевания от полугода до 36 лет. Наряду со специальным исследова-