

акромегалией имеется ряд нерешенных вопросов, на которые можно ответить лишь с накоплением опыта. Тем не менее мы считаем, что все узловые формы зоба при акромегалии, сопровождающиеся тиреотоксикозом, должны быть оперированы. При узловых зобах без тиреотоксикоза следует вначале проводить лечение тиреоидином. Если же лечение неэффективно, в дальнейшем должно быть рекомендовано оперативное лечение.

ВЫВОДЫ

1. Из 316 больных акромегалией у 196 отмечено увеличение щитовидной железы, из них узловой зоб II—V ст. встретился у 31 больного. Тиреотоксикоз имелся у 15,3% больных акромегалией.

2. По поводу зоба оперирован 21 больной, причем у 19 был узловой зоб (у большинства конгломератный).

3. Операции по поводу зоба у больных акромегалией связаны с техническими трудностями, а течение послеоперационного периода осложняется наличием сахарного диабета, ригидностью трахеи, изменениями в реберных хрящах, миокарде и других внутренних органах.

4. Из 14 больных, у которых изучены отдаленные результаты, у 10 отмечены рецидивы зоба, по-видимому, связанные с продолжающимся повышенным выделением тиреотропного и соматотропного гормонов гипофиза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васюкова Е. А. В кн. «Руководство по эндокр.» М., Медгиз, 1958. — 2. Дыбан А. П., Демкин Л. П., Августинович М. С. Вопросы физиологии и патологии эндокр. системы (тезисы докл.). Харьков, 1960. — 3. Можарова Е. Н. Пробл. эндокр. и гормонотерап., 1958, 4. — 4. Николаев О. В. Хирургия эндокринной системы. Медгиз, М., 1950. — 5. Шерешевский Н. А. Клиническая эндокринология. Медгиз, М., 1957. — 6. Ezrin C., Swanson H. E., Humphrey I. G., Dawson I. W., Hill F. M. J. clin. Endocr. 1959, 19, 8. — 7. Glazer R. I. and Smith D. E. Am. J. Med. 1952, 13. — 8. Gutman A., Lewitug L. and Leffkowitz M. Brit. Med. J. 1961, 5264. — 9. Lampertico M., Fageia G., Persani G. Osped. Maggiore. 1961, 48 (8). — 10. Mc Cullagh E. P., Gold A., Mc Kendry I. B. J. clin. Endocr. 1950, 10. — 11. Heaney I. P., James Ch. L., Spurr Ch. L., Bakey M. E. AMA. Arch. Surg. 1955, 71 (2). — 12. Pazianos A. G., Benua R., Ray B. S., Pearson O. H. J. clin. Endocr. 1960, 20, 8. — 13. Randall R. V. J. Neurosurg. 1962, 19, 1.

Получила 23 августа 1963 г.

УДК 616.441

СИАЛОВЫЕ КИСЛОТЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б. С. Березовский

Кафедра рентгено-радиологии (зав. — проф. М. И. Гольдштейн)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

При заболеваниях щитовидной железы, сопровождающихся ее гиперфункцией, как правило, отмечаются нарушения различных видов обмена веществ. Мало известно, как при этом изменяется физиологическая, химическая и физическая структура соединительной ткани.

Установлено, что по динамике содержания сиаловых кислот в сыворотке крови можно судить о состоянии соединительной ткани, об интенсивности патологического процесса при различных внутренних заболеваниях.

Мы изучали изменения в содержании сиаловых кислот сыворотки крови у 55 больных с заболеваниями щитовидной железы. Для уточнения клинического диагноза и состояния щитовидной железы функция ее исследовалась по поглощению радиоioda I^{131} . Одновременно у всех больных определялся основной обмен. Сиаловые кислоты в сыворотке крови определялись по методу Хесса, Коберна, Бейтса и Мерфи (1957).

Определение процента поглощения щитовидной железой радиоioda проводилось после приема натощак 2 мккюри I^{131} . Радиоактивность щитовидной железы замерялась гамма-щупом радиометра-Б в течение суток неоднократно и сравнивалась со стандартной мишенью, имевшей начальную активность также в 2 мккюри. Все больные за 6 недель до исследования не принимали йодистых или бромистых препаратов.

Основной обмен определялся по изменениям АД и пульса при соблюдении ряда условий по формулам Вальдмана, Рида и Желе. За окончательное значение брался средний показатель из трех определений.

Для контроля и сравнения были обследованы практически здоровые лица. У 10 здоровых женщин содержание сиаловых кислот в сыворотке крови колебалось в пределах от 0,109 до 0,188 ед. (средняя $0,148 \pm 0,049$ при $\sigma = 0,023$) оптической плотности.

Некоторое расхождение с данными казанских авторов в колебаниях содержания сиаловых кислот в сыворотке крови у здоровых объясняется различием по возрасту и полу исследуемых лиц. На увеличение содержания сиаловых кислот в сыворотке крови с возрастом и на меньшее содержание ее у женщин, чем у мужчин, указывают Туркетто и Ченчэтти (1959). Данные этих авторов подтверждены В. Е. Анисимовым и С. Ф. Ахмеровым (1961).

Результаты наших исследований приведены в табл. 1.

Таблица 1

Содержание сиаловых кислот в сыворотке крови, функция щитовидной железы и основной обмен при заболеваниях щитовидной железы

Диагноз	Число больных	Содержание сиаловых кислот			Функция щитовидной железы по поглощению ¹³¹ I			Основной обмен		
		понижено	нормально	повышено	понижена	нормальна	повышена	понижен	нормален	повышен
Диффузный первичнотоксический зоб (базадова болезнь)	40	4	21	15	—	—	40	—	—	40
Гипертиреоз (с увеличением и без увеличения щитовидной железы)	7	—	6	1	—	—	7	—	—	7
Узловатый зоб с гиперфункцией	3	—	—	3	—	—	3	—	—	3
Диффузный нетоксический зоб	2	—	1	1	—	2	—	—	2	—
Гипотиреоз (гипотиреозид. зоб)	3	2	—	1	3	—	—	3	—	—
Итого	55	6	28	21	3	2	50	3	2	50

Наиболее характерны изменения уровня сиаловых кислот у больных с тиреотоксикозом II ст. (повышен у 12 из 14).

У больных с тиреотоксикозом I ст. повышен у 3 из 13.

У 3 из 13 больных с тиреотоксикозом III ст. наблюдалось понижение и ни у одного не отмечено повышения. У всех 40 больных с диффузным первичнотоксическим зобом функция щитовидной железы по поглощению радиойода и основной обмен были повышены.

Из 50 больных с повышенной функцией щитовидной железы увеличенное содержание сиаловых кислот в сыворотке крови отмечено у 21, а уменьшенное — лишь у 4. Из 10 больных со спорадическим диффузным или диффузно-нодозным зобом с вторичным токсикозом, имевших повышенными и функцию щитовидной железы, и основной обмен, только у 4 отмечено умеренно увеличенное содержание сиаловых кислот в сыворотке крови. Таким образом, наши данные показывают, что далеко не при всех случаях гиперфункции щитовидной железы содержание сиаловых кислот в сыворотке крови увеличено. Отсутствие увеличения концентрации сиаловых кислот в крови у больных с диффузным первичнотоксическим зобом с III ст. тиреотоксикога, по-видимому, можно было бы отнести за счет поражения печени в этой стадии. Однако такое объяснение неправомерно для половины наших больных спорадическим диффузным или диффузно-нодозным зобом с вторичным токсикозом, но без увеличения концентрации сиаловых кислот.

Можно полагать, что волнообразные колебания содержания сиаловых кислот в сыворотке крови при разных стадиях и формах тиреотоксикога отражают динамику компенсаторных процессов, происходящих в системе соединительной ткани при этом заболевании.

1. Анисимов В. Е., Ахмеров С. Ф. Материалы II Поволжск. конф. физиологов, биохимиков и фармакологов с участием морфологов и клиницистов. Изд-во Казанск. ун-та, 1961. — 2. Ключарева С. Г. Там же. — 3. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней. М., Медгиз, 1961. — 4. Шакирзянова Р. М. Казанский мед. ж. 1960, 2. — 5. Hess E. L., Coburn A. F., Bates R. C., Murphy P., J. Clin. investig. 1957, 36, 3. — 6. Stojalowski K. Polski tygod. lekar. 1953, 8, 40, 1369—1372. — 7. Turchetto E., Cenciatti L. Boll. Soc. ital. biol. speriment, 1959, 35, 6, 248—251.

Поступила 20 марта 1964 г.

УДК 612.89.03

ТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗВЕЗДЧАТОГО УЗЛА

Б. Ф. Филиппов

Клиника нервных болезней (зав.— проф. Н. И. Федоров)
Астраханского медицинского института

Заболевание звездчатого узла — длительно протекающее страдание, нередко рецидивирующее. Причинами этого заболевания являются: инфекции, особенно вирусные (Б. Н. Могильницкий, И. И. Русецкий, Н. С. Четвериков, Н. И. Стрелкова, А. Д. Динабург), воспаление легких и плевры, особенно верхушечные процессы (Г. И. Маркелов, А. М. Гринштейн, Л. Г. Ерохина и И. Д. Польшковская), травмы и ранения самого узла и близко расположенных к нему тканей (А. М. Гринштейн, Ф. М. Лисица, Х. И. Ерусалимчик, Э. М. Визен, Э. И. Еселевич), дискиозы нижнейшейного и верхнегрудного отделов позвоночника (А. Д. Динабург и А. Е. Рубашева, Я. Ю. Попелянский).

Ведущим и характерным признаком поражения звездчатого узла является болевой синдром: возникают резкие, «невыносимые», жгучего характера боли, проявляющиеся прежде всего в области руки и груди, затем в области шеи и лица на стороне поражения. При усилении они могут иррадиировать по всей соответствующей половине тела.

Боли носят постоянный характер, но имеют тенденцию к периодическому усилению и в этот период становятся особенно интенсивными. Они усиливаются от воздействия тепла и холода, изменений барометрического давления и от эмоциональных влияний.

Болевому синдрому сопутствуют нарушения поверхностных видов чувствительности в зоне иннервации узла, охватывающей руку, верхнюю часть грудной клетки, область шеи и половину лица. При усилении болевого синдрома нижняя граница чувствительности может спускаться; иногда определяется нарушение чувствительности на всей соответствующей половине тела. Помимо поверхностных видов, нарушается вибрационная чувствительность; мышечно-суставное чувство, как правило, не нарушается.

Изменяется тонус мышц часто в сторону его уменьшения. В связи с этим тонические рефлексы Лери и Майера на стороне поражения понижаются или совершенно отсутствуют.

Возникает диффузная атрофия мышц плечевого пояса, но без реакции перерождения. Снижается сила мышц в руке. Нередко появляется дрожание при выполнении даже небольших движений и особенно при эмоциях.

Сухожильные и особенно надкостничные рефлексы на стороне поражения звездчатого узла повышены. Наблюдается своеобразная диссоциация между пониженным тонусом мышц и относительно высокими сухожильными и надкостничными рефлексами.

При левосторонней локализации синдрома возникают боли в области сердца. Они имеют тянущий, сжимающий или жгучий характер, плохо поддаются воздействию сосудорасширяющих средств (валидол, нитроглицерин, платифиллин). По словам больных, часто боли возникают не сразу в области сердца, а как бы распространяются от лопатки, иногда — от внутренней поверхности левого плеча.

Наличие постоянного болевого синдрома в зоне звездчатого узла одновременно с болями в области сердца приводит к нарушению психики больных. Они становятся раздражительными, испытывают страхи, страдают бессонницей.

Болевой синдром и нарушения чувствительности, как правило, сопровождаются вегетативными нарушениями в области иннервации звездчатого узла: сосудистыми, потоотделения, пиломоторной реакции.