

Таким образом, под действием витамина Е замечен определенный параллелизм между благоприятным клиническим эффектом и тенденцией к нормализации уровня общего холестерина сыворотки крови. Характерно, что из 16 случаев уменьшения гиперхолестеринемии в 14 снижение содержания холестерина сыворотки происходило до нормального, а у двух приближалось к норме. Во всех случаях снижения гиперхолестеринемии полученный уровень холестерина отличался от исходного не менее чем на 10%. Из 14 больных с неизменным исходным уровнем холестерина у 6 колебания его были незначительны.

Повышение уровня холестерина (не выше 180 мг%) при лечении витамином Е отмечено лишь у 8 больных, длительно страдавших декомпенсацией сердечной деятельности с застойной печенью.

Повышение уровня общего холестерина сыворотки крови вместе с клиническим улучшением у этих больных при лечении витамином Е, по-видимому, связано с отмеченной активацией ферментов печеночной ткани (Д. И. Гусев) и улучшением всех функций печени, в том числе и холестеринобразовательной. Это положение подтверждается предыдущей работой В. Е. Анисимова. В ней автор отмечает, что применение витамина Е у больных атеросклерозом, коронаросклерозом со стенокардией и гипертонией, декомпенсацией сердечной деятельности повышает активность холинэстеразы сыворотки крови.

Для контроля зависимости изменений холестеринового обмена от действия витамина Е исследовано 25 больных атеросклерозом и гипертонической болезнью II—III стадий, получавших общий стол, сосудорасширяющие и сердечные средства.

У этой группы больных также отмечалось улучшение общего состояния, однако выраженное снижение уровня холестерина при лечении наблюдалось лишь у 4 больных. У 2 больных это снижение не превышало 10% исходной цифры, у 4 снижение было временным, у 7 — изменений уровня холестерина не было, и у 8 с декомпенсацией сердечной деятельности наблюдалось повышение холестерина сыворотки крови не выше верхней границы нормы.

Таким образом, среди больных, получавших витамин Е в дозе 45 мг в сутки, не наблюдалось отчетливых изменений уровня холестерина сыворотки крови, по сравнению с изменениями у больных, получавших витамин Е по 115 мг в сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Е. Клин. мед., 1958, 1. — 2. Гусев Д. И. 8-я научн. конф. слушателей ВММА, Л., 1951. — 3. Кудряшов Б. А. Уч. зап. МГУ, вып. 32, сер. биол., 1940. — 4. Попов Н. Д. Научн. раб. курсантов и слушателей III факультета ВММА, вып. VI, 1945. — 5. Galetti F., Gelli G., Gingi F. Acta vitaminol., 1955, 1. — 6. Glauner W. Deutsch. med. Wchschr., 1958, 19. — 7. Poul K., Lewis J., De-Luca H. Canad. J. Bioch. a. Physiol., 1954, 4. — 8. Segagni E. Minerva pediatrica, 1957, 17.

Поступила 30 апреля 1960 г.

СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Проф. С. И. Вайс и Т. И. Анисимова

Из кафедры терапевтической стоматологии (зав.— проф. С. И. Вайс) Иркутского
медицинского института

Факты, свидетельствующие о связи стоматологических и желудочно-кишечных заболеваний, не новы (С. Е. Гельман, Я. С. Пеккер, Б. А. Тор-

чинский и Т. И. Матвеева). Однако, поскольку в практической работе этой связи не уделяется должного внимания, мы поставили перед собой задачу на основании тщательного обследования полости рта страдающих желудочно-кишечными заболеваниями выяснить, какие из болезней полости рта наиболее часты и существенны.

В 1954—1955 гг. нами было обследовано состояние зубов и полости рта у 180 больных в факультетской терапевтической и хирургической клиниках. Женщин — 101, мужчин — 79, в возрасте от 20 до 40 лет было 90, от 41 и старше — 90.

С гастритом было 26 больных, с язвенной болезнью — 82, с раком желудка — 4, с заболеваниями печени — 56, с болезнью кишечника — 3, с болезнями крови и др. — 9.

В возрасте до 40 лет у половины больных в среднем отсутствовало по 1—3 зуба, если учесть и кариес зубов, то в итоге недостаток жевательного аппарата не превысит дефекта 4 зубов в среднем на одного больного, что не выше предела возможной компенсации.

У лиц старше 40 лет в среднем отсутствует до 5 зубов, что также вполне компенсируемо.

Отчетливо выступает количественная зависимость между недостаточностью жевательного аппарата и функцией желудка. Так, у больных с повышенной или пониженной кислотностью желудочного сока среднее количество отсутствующих зубов почти вдвое больше (5), чем у больных с нормальной кислотностью желудочного сока (2—3). У больных с ускоренной или замедленной двигательной функцией желудка среднее количество отсутствующих зубов 5—6, то есть значительно больше, чем у больных с нормальной двигательной функцией желудка (3—4). По-видимому, само по себе отсутствие 4—5 зубов, особенно при неблагоприятных комбинациях этих дефектов, создает условия для нарушений как секреторной, так и двигательной функции желудка — то в сторону повышения (перенапряжения), то в сторону понижения (угнетения).

Что касается амфодонтоза, то в возрасте от 31 до 40 лет им страдала почти половина больных (21 из 44); в возрасте 41—50 лет — 80%, в то время как в возрасте 20—30 лет количество больных амфодонтозом оказалось незначительным. Последнее объясняется, по-видимому, тем, что диагноз амфодонтоза ставился только на основании клинических симптомов, без рентгенографии зубов, а потому ранние стадии заболевания оставались нераспознанными.

Из 63 желудочных больных с амфодонтозом у 18 была выявлена нормальная кислотность желудочного сока, у 13 — повышенная и у 32 — пониженная. Таким образом, в противоположность некоторым авторам, мы можем отметить, что при амфодонтозе преобладала пониженная кислотность.

При заболеваниях органов пищеварения нами обнаружен ряд дистрофических явлений в полости рта, причем при различных заболеваниях частота их различна. Так, при язвенной болезни изменения сосочков языка, главным образом в сторону атрофии, наблюдались в 75,6%; рагады (трещины) и повышенная десквамация эпителия языка — в 64,6%; сухость во рту (пониженное слюноотделение) — в 56%; отсутствие и понижение небного рефлекса — в 46,3%; понижение тонуса языка — в 36,6%; желтушность мягкого неба, налет на языке и пятнистость слизистой оболочки щек — в пределах 34—30,5%; синюшная окраска языка (застой), нарушения вкуса и отечность слизистой щек — в 22%.

При гастрите больше чем в половине случаев выражены изменения сосочков языка, чаще в сторону атрофии: почти в половине случаев отмечаются рагады на языке и понижение его тонуса (у 12), несколько

реже — повышенная десквамация эпителия и синюшная окраска языка (у 10); понижение или отсутствие вкуса отмечено у 17 больных.

При болезнях печени среди изменений полости рта преобладает симптом желтушной окраски мягкого нёба (87,5%), реже наблюдались изменения сосочков и рагады языка, а также сухость во рту (66—59%); повышенная десквамация эпителия языка — в 50%; синюшная окраска языка, понижение его тонуса и изменения нёбного рефлекса — в 40—37,5%. Остальные симптомы встречались еще реже.

Таким образом, при язвенной болезни наиболее характерными проявлениями со стороны полости рта представляются изменения сосочков, рагады и повышенная десквамация эпителия языка, тогда как при болезнях печени — желтушный оттенок мягкого нёба и такие же изменения языка.

Что касается семиологического значения желтушного оттенка мягкого нёба, то наши наблюдения совпадают с таковыми Рапопорта, отметившего этот симптом при катаральной желтухе, холецистите и желчно-каменной болезни. Правда, нами он наблюдался и при язвенной болезни в 34%.

Приведенные наблюдения позволяют утверждать, что при отсутствии симптомов, необходимых для распознавания многих хронических желудочно-кишечных заболеваний, обнаружение в полости рта вышеуказанных дистрофических и воспалительных изменений должно служить одним из ранних указаний на заболевания органов пищеварения.

ВЫВОДЫ:

1. Расстройство функции жевания, связанное с отсутствием даже 4—5 зубов, ведет к изменениям как в секреторной, так и двигательной деятельности желудка.

2. Хроническим заболеваниям органов пищеварения довольно часто сопутствует амфодонтоз, что свидетельствует об общности патогенетических нервнодистрофических механизмов этих заболеваний.

3. В системе профилактики и лечения хронических желудочно-кишечных заболеваний стоматологические мероприятия в виде обследований, лечения и протезирования должны быть обязательными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельман С. Е. Сов. стомат., 1935, 3. — 2. Он же. Сов. стомат., 1935, 1. — 3. Пеккер Я. С. Сов. стомат., 1931, 11—12. — 4. Рапопорт. Врач. дело, 1928, 20. — 5. Торчинский Б. А. и Матвеева Т. И. Стоматология, 1937, 1.

Поступила 15 марта 1958 г.

О СУЩНОСТИ ЭНДАРТЕРИОЗА¹ И ПРИНЦИПАХ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Проф. Г. П. Зайцев

(Москва)

На протяжении 1938—1959 гг. в руководимой нами клинике находилось на лечении 1 862 больных с заболеваниями артерий нижних конеч-

¹ Широко распространенное название этого заболевания «эндартериит» не соответствует ни патогенезу, ни сущности процесса. Это — не воспалительный процесс в своем начальном развитии. Наименование «облитерирующий эндартериит» тем более неправильно, поскольку процесс облитерации бывает только в определенной стадии болезни. В ангиоспастической стадии никакой облитерации не бывает.