

которое под влиянием лечения уменьшалось или полностью нормализовалось. А. М. Легкун [5] не наблюдала значительного уменьшения экскреции 17-кетостероидов под влиянием лечения; более того, закономерное изменение она обнаружила со стороны 17-оксикетостероидов. Она считает, что у больных сахарным диабетом минералокортикоидная функция надпочечников понижена.

Вышеприведенные литературные данные показывают, что изменения функции надпочечников у больных сахарным диабетом весьма разнообразны и зависят от многих дополнительных факторов. Неодинаково также выделение различных гормонов коры надпочечников у одного и того же больного. У мужчин количество 17-кетостероидов, выделяемых с мочой, с возрастом изменяется, а у женщин остается на одном уровне. По Кенигсбергу с сотр. (по И. Ф. Семенко и др. [8]), у мужчин в разном возрасте содержание 17-кетостероидов было следующее (мг/24 ч.): в возрасте от 13 до 16 лет—9,4, от 17 до 34—18,0, от 35 до 49—15,0, от 50 до 75—9,0.

Нами изучено выделение нейтральных 17-кетостероидов у 61 больного мужчины сахарным диабетом с учетом тяжести заболевания, уровня сахара, компенсации диабета, сопутствующих сосудистых заболеваний, состояния функции щитовидной железы и т. д.

По возрастным группам больные распределялись следующим образом: до 20 лет—2 больных, от 21 до 40—27, от 41 до 50—16, от 51 до 60—15, выше 61 года—1. Продолжительность заболевания не превышала одного года у 13 больных, от 1,5 до 5 лет составляла у 31, от 5,5 до 10—у 6, свыше 10—у 11.

Из общего числа больных у 37 диабет протекал без сопутствующих заболеваний, а у 24 сочетался с атеросклерозом, гипертонической болезнью, нарушением функции щитовидной железы, липодистрофией печени и другими заболеваниями.

Для выяснения вопроса влияния нарушения углеводного обмена и сопутствующих заболеваний на выделение 17-кетостероидов с мочой считаем целесообразным полученные результаты представить для каждой группы в отдельности.

Из 37 больных диабетом без сопутствующих заболеваний выделение 17-кетостероидов оказалось нормальным у 19, повышенным—у 7, уменьшенным—у 11. По тяжести заболевания выделение 17-кетостероидов у этих больных представляло следующую картину: у двух исследованных больных с легким диабетом выделение 17-кетостероидов было невысоким (4,8 и 7,1 мг в сутки), из 17 больных со средней тяжестью диабета выделение 17-кетостероидов оказалось нормальным—у 10, повышенным—у 2, пониженным—у 5. И, наконец, из 18 больных тяжелым диабетом нормальные цифры выделения 17-кетостероидов были получены у 8, пониженные—у 5, повышенные—у 5.

Как видим, у больных сахарным диабетом встречаются случаи как с нормальным, так и с пониженным и повышенным выделением 17-кетостероидов,

Отдельные случаи с повышенным выделением 17-кетостероидов с мочой показывают, что последнее чаще наблюдается у больных с лябильным диабетом в состоянии нарушенной компенсации углеводного обмена с явлениями ацидоза.

Описываем историю болезни.

Больной Ш. М., 36 лет, страдает тяжелой формой диабета в течение трех лет. Течение заболевания лябильное.

Поступил в клинику в связи с ухудшением состояния здоровья: гипергликемия—424 мг%, диурез—6 л. с содержанием сахара 7,1%, в моче t ацетон положительный. Со стороны внутренних органов, в частности сердечно-сосудистой системы, значительных отклонений не выявлено. Артериальное давление—110/70 мм рт. ст. Холестерин крови—156 мг%, билирубин—4,68 мг%, белки—8,92%, основной обмен +12%, общий йод в крови—27 γ%. Выделение 17-кетостероидов—29,3 мг в сутки (при норме в 7—22 мг/сутки).

Отдельные случаи с пониженным выделением 17-кетостероидов с мочой показывают, что снижение нейтральных 17-кетостероидов в основном наблюдается у больных с диабетом средней и тяжелой степени при выраженных снижениях половой функции (libido, потенция, уменьшение количества эякулята и пр.).

Больной М. Р., 45 лет, с 1953 г. страдает сахарным диабетом средней тяжести. Гипергликемия колеблется от 206 до 261 мг%, глюкозурия—от 3,5 до 4,1% при диурезе 2,7 л. Получал инсулин—52 ед. в двух инъекциях, ацетон в моче отсутствует, течение заболевания стабильное. С 1961 г. отмечает резкое снижение libido и потенции. Спермограмма: количество эякулята—1 см³ (норма 4—7 см³), количество сперматозоидов—40% (нормально подвижные отсутствуют, вяло подвижные составляют 5%, остальные—неподвижные), количество нейтральных 17-кетостероидов—2,6 мг в сутки.

Таблица 1

Сопутствующие сахарному диабету заболевания	Число больных	Выделение 17-кетостероидов		
		нормальное	повышенное	пониженное
Атеросклероз	9	6	—	3
Гипертоническая болезнь	3	3	—	—
Гипертиреоз	3	1	2	—
Гипотиреоз	1	1	—	—
Акромегалия	2	2	—	—
Липодистрофия печени и хронический гепатит	3	2	1	—
Туберкулез	2	—	—	2
Диабетическая нефропатия (синдром Киммельстиль-Вильсона)	1	1	—	—

Результаты суточного выделения 17-кетостероидов у больных сахарным диабетом при сопутствующих заболеваниях представлены в табл. 1. Полученные результаты показывают, что при атеросклерозе выделение нейтральных 17-кетостероидов в подавляющем большинстве случаев оказывается нормальным, однако встречаются случаи и со снижением его. Тенденция к повышению выделения 17-кетостероидов отмечалась у больных с гиперфункцией щитовидной железы. Из 3 больных выделение 17-кетостероидов у 2 оказалось повышенным, у них отмечалось более тяжелое и трудно поддающееся терапии течение основного заболевания,

Больной А. Б., 43 года, с 1956 г. страдает сахарным диабетом тяжелой формы. С 1959 г. отмечает жалобы, характерные для гиперфункции щитовидной железы. Щитовидная железа I—II° диффузно-нодозной формы. Гиперкликемия—333 мг%, суточный диурез—3,2 л, глюкозурия—4,7%, основной обмен +41%, радиоиндикация йода—131 через 2 ч.—39%, через 4 ч.—47%, через 24 ч.—69%, индекс конверсии—56%. Получал инсулинотерапию—70 ед. в трех инъекциях. Выделение 17-нейтральных кетостероидов—24,1 мг в сутки.

Интересно отметить, что у двух больных фиброочаговым туберкулезом легких в стадии уплотнения выделение 17-кетостероидов было снижено. Это можно объяснить подавляющим влиянием туберкулезной интоксикации на функцию коры надпочечников, что хорошо освещено в литературе.

При остальных сочетаниях диабета с другими заболеваниями из-за небольшого числа случаев четкой зависимости выделения 17-кетостероидов от указанных заболеваний нами не отмечено.

Таким образом, исследование суточного выделения 17-кетостероидов у больных сахарным диабетом мужчин показывает, что оно изменяется в зависимости от степени нарушения углеводного обмена и сопутствующих диабету заболеваний (атеросклероз, нарушение функции щитовидной железы и др.).

На основании полученных нами результатов выделения 17-кетостероидов у 37 больных сахарным диабетом различной тяжести без сопутствующих заболеваний и 24 больных с сопутствующими диабету заболеваниями мы приходим к следующим предварительным выводам:

1. У больных сахарным диабетом мужчин андрогенная функция коры надпочечников может оказаться как нормальной, так и пониженной и повышенной.

2. У больных сахарным диабетом мужчин без сопутствующих заболеваний отмечается зависимость выделения 17-нейтральных кетостероидов от степени нарушения углеводного обмена. С тяжестью заболевания чаще наблюдаются случаи с повышенным выделением 17-кетостероидов с мочой. Последнее было выражено у больных с лямбильным диабетом со склонностью к ацидозу.

3. Снижение выделения нейтральных 17-кетостероидов в основном наблюдается у мужчин, больных сахарным диабетом средней и тяжелой степени, при длительном течении и выраженных снижениях функции полового аппарата.

4. У мужчин, больных сахарным диабетом с гиперфункцией щитовидной железы, наряду с тяжелым течением диабета отмечается также тенденция к усиленному выделению 17-кетостероидов.

5. При сочетании сахарного диабета с атеросклерозом выделение 17-кетостероидов в подавляющем большинстве случаев нормальное, однако встречаются случаи и со снижением.

Վ. Մ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ

ՄԱԿԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԿԵՂԵՎԻ ԱՆԴՐՈՔԵՆ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆ ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻՍԲԵՏՈՎ
ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴ ՏՂԱՄԱՐԴԿԱՆՑ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ու մ

Շաքարախտով տառապող 61 հիվանդ տղամարդկանց մոտ ուսումնասիրվել է շաքար—17-կետոստերիոզների արտաթորումը մեզով: Հաշվի է առնվել շաքարախտի ծանրության աստիճանը, կլինիկական ընթացքը, ուղեկցվող անոթային հիվանդությունները, վահանաձև գեղձի ֆունկցիոնալ վիճակը: Հիվանդներից 37-ի մոտ դիաբետը ընթացել է առանց այլ հիվանդությունների հետ զուգակցվելու, իսկ 24-ի մոտ այն զուգակցվել է որոշ հիվանդությունների հետ:

Շաքարախտով տառապող տղամարդկանց մոտ մակերիկամների կեղևի անդրոգեն ֆունկցիան կարող է լինել ինչպես նորմալ, այնպես էլ իջած և բարձրացած: 17-կետոստերիոզների բարձրացում նկատվում է ծանր ընթացքով, լյարբիլ և ացիդոզի հակում ունեցող հիվանդների մոտ: 17-կետոստերիոզների իջեցում հաճախ նկատվում է երկար տարիներ ծանր և միջին ծանրության սեռական ապարատի ֆունկցիայի արտահայտված իջեցում ունեցող հիվանդների մոտ: Այն դեպքում, երբ հիպերթիրեոզը զուգակցվում է դիաբետին, հիվանդների մոտ բացի հիվանդության ծանր ընթացքից նկատվում է 17-կետոստերիոզների ինտենսիվ արտաթորում մեզով, իսկ երբ շաքարախտը զուգակցվում է աթերոսկլերոզի հետ, 17-կետոստերիոզների արտաթորումը մեզով մեծ մասամբ լինում է նորմալ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Генес С. Г. Терапевтический архив, 1963, 1, стр. 3.
2. Гинчерман Е. З. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1960, 6, стр. 16.
3. Казантинова Г. М. Врачебное дело, 1964, 9, стр. 3.
4. Камышева Е. А., Попова В. П., Миронова Г. В. В кн.: Вопросы распространения, клиники, терапии и профилактики важнейших эндокринных заболеваний. М., 1959, стр. 47.
5. Легкун А. М. Врачебное дело, 1962, 11, стр. 39.
6. Лейтес С. М. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1958, 6, стр. 115.
7. Рой Л. В., Эйбер Н. С. Тезисы докладов II Поволжской конференции терапевтов. Саратов, 1959, стр. 89.
8. Семенко И. Ф., Дараган В. Г., Семенко К. А. В кн.: Вопросы нейро-эндокринной регуляции в норме и патологии. Луганск, 1966, стр. 27.
9. Bastenie P. A. Cortico surrenale et diabete humain, Paris, 1956.
10. Denard V. Diabete, 1957, v. 5, 173.
11. Fraser R. W., Fordes A. P., Albright F. Diabete, 1941, v. 1, 234.
12. Goth F., Goth M., Stadler E. Excerpta med., Sect. 3, 1959, v. 13, 143.
13. Jaumann R., Schweiz. Med. Wschr., 1957, Bd. 87, 1062.
14. Kalant N. Am. J. physiol., 1955, v. 182, 503.
15. Rausch, Stroomann J. G. Acta Endocrinol., 1957, 24, supp. 31, 227.