

1. Еремин В. М. Автореф. дисс. канд. Ростов на Дону, 1966.
2. Есипова И. К., Кауфман О. Я. В кн.: Постнатальная перестройка малого круга кровообращения и ателектаз новорожденных. М., 1968.
3. Лавинкова Т. А., Цинзырлинг В. Д. В кн.: Пневмонии. Л., 1958, стр. 134.
4. Львов В. В. Вопросы охраны материнства и детства, 1978, 21, 1, стр. 42.
5. Сержанина А. Н. В кн.: Тез. докл. научной сессии Минского мед. ин-та. Минск, 1959, стр. 83.
6. Трахтенберг Л. Я. В кн.: Перинатальная патология и колиэнтериты (тр. 2-й Всесоюзной конференции патологоанатомов). Минск, 1964, стр. 67.
7. Farber S., Wilson J. L. Am. J. Dis. Child., 1953, 46, 572.

УДК 616—018

Р. Е. ШАХГАЛДЯН, А. А. ТОПЧЯН, М. Г. БАДАЛЯН

ИЗМЕНЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Изучение углеводного обмена у больных периодической болезнью выявило изменение его преимущественно по типу плоских и реже сомнительных гликемических кривых. Установлен функциональный и относительный гиперинсулинизм.

Нарушение углеводного обмена и наличие эндокринопатий при периодической болезни (ПБ) установлены многими авторами [1—7]. Однако характер взаимосвязи гликемических сдвигов при ПБ с обменно-эндокринными проявлениями не изучен. Решение этого вопроса имеет большое значение, так как нарушение в обмене углеводов является неблагоприятным фактором, осложняющим течение ПБ.

В связи с этим мы поставили перед собой цель выяснить степень изменения углеводного обмена у больных ПБ и патомеханизмы, влияющие на гликемию. Обследовано 60 больных с неосложненными формами ПБ в возрасте от 16 до 60 лет (средний возраст 24,7 года, мужчин—48, женщины 12) с давностью заболевания от 5 до 27 лет. С абдоминальной формой ПБ было 35, торакальной—8 и смешанной—17 больных. Всем больным проведен тест на толерантность к глюкозе (ТТГ). Содержание сахара в крови определялось по методу Хагедорна-Йенсена. У 6 больных определялся уровень инсулина и С-пептида в сыворотке крови радиоиммунологическим методом с использованием стандартных тест-наборов венгерской фирмы.

Критерием оценки ТТГ нормального типа служил уровень сахара натощак 120 мг%, через 60 мин—200 мг% и исходный уровень (или ниже)—спустя 120 минут. К сомнительному типу ТТГ относили случаи повышения сахара в одной из точек индикации. Плоский тип ТТГ характеризовался уровнем сахара натощак 80—90 мг%, через 60 мин—120—140, через 120 мин—90 мг% и ниже. Вычислялись гипер- и гипогликемические коэффициенты Бодуэна, Угельмана и Рафальского. Вне пароксизма ПБ исследовано 36, во время пароксизма—24 больных.

В зависимости от результатов ТТГ пациенты были разделены на 3 группы: I—42 больных с нормальной толерантностью к глюкозе, II—

5 больных с сомнительным типом ТТГ, III—11 больных с плоской сахарной кривой. У 2 больных выявлен явный сахарный диабет. Результаты проведения ТТГ при ПБ представлены в табл. 1, 2, 3.

Итак, из 60 больных ПБ у 18 выявлены изменения ТТГ той или иной степени. Нарушения выявлялись преимущественно по типу плоских и реже сомнительных гликемических кривых. У 42 больных нарушений в углеводном обмене не наблюдалось.

При изучении клинического течения ПБ было замечено, что в группе больных с плоской и сомнительной сахарной кривой отмечались частые пароксизмы, которые протекали по ваго-инсулярному типу. Из-за сильных болей в животе больные воздерживались от приема пищи. Со стороны висцеральных органов наблюдалась увеличенная и болезненная печень. Температура тела достигала до 39—40°. Приступ часто заканчивался жидким стулом. Кроме того, в этой группе больных выявлены признаки гипоталамо-гипофизарной недостаточности в виде отставания в соматополовом развитии, нарушения месячных и др.

Таблица 1

Характер изменения гликемических кривых при различных формах ПБ

Формы ПБ	Число больных	Типы гликемических кривых		
		диабетические	сомнительные	плоские
Абдоминальная	35	1	2	6
Торакальная	8	—	—	2
Смешанная	17	1	1	3

Таблица 2

Изменение гликемических кривых при различной частоте пароксизмов ПБ

Частота пароксизмов ПБ	Число больных	Типы гликемических кривых		
		диабетические	сомнительные	плоские
Частые	32	1	3	9
Редкие	28	1	2	2

Таблица 3

Типы гликемических кривых в стадии пароксизма ПБ и вне его

Заблевание ПБ	Число больных	Типы гликемических кривых		
		нормальные	сомнительные	плоские
Вне пароксизма	36	31	1	4
Во время пароксизма	24	11	2	11

Лабораторные исследования отличались достоверно низким уровнем экскреции глюкокортикоидов в суточной моче (содержание 17-ОКС в среднем снижено на 50%) и повышенном уровне инсулина и С-пептида в сыворотке крови во время приступа (табл. 4, 5). Гипергликемический коэффициент Угелмана сахарной кривой составлял 1—1,3 (норма 1,5), коэффициент Бодуэна—10—35% (норма в среднем 35—

Таблица 4

Взаимосвязь обменно-эндокринных проявлений ПБ и типов гликемических кривых

Показатели	Типы гликемических кривых		
	нормальные	сомнительные	плоские
Явления дисфункции гипоталамуса	—	±	+
Признаки гипоталамо-гипофизарной недостаточности	—	±	+
Функциональные изменения надпочечников	—	±	+
Функциональный гиперинсулинизм	—	±	+
Признаки поражения печени	—	±	+

Условное обозначение: наличие показателя +
отсутствие показателя—
непостоянство показателя ±

Таблица 5

Уровень инсулина и С-пептида у некоторых больных ПБ в стадии пароксизма и вне его
(норма инсулина 5—25 $\mu\text{г/мл}$, норма С-пептида 0—5,4 $\mu\text{г/мл}$)

Пациенты	Возраст	Пароксизм ПБ		ПБ вне пароксизма	
		инсулин	С-пептид	инсулин	С-пептид
А. Г.	55	27,65	11,78	3,13	2,45
Ю. С.	17	35,31	27,81	17,5	2,98
О. О.	18	32,43	15,97	6,85	5,1
К. Х.	49	24,13	8,74	13,28	7,92
Т. А.	21	21,52	6,44	7,47	2,52
Е. С.	20	21,19	7,31	8,76	3,43

80%), гипогликемический коэффициент Рафальского—1 (норма ≤ 1).

В группе больных с сомнительным типом ТТГ проводилась двойная нагрузочная проба по Штауб-Трауготту. У 3 больных получен отрицательный эффект Штауба, что свидетельствовало о сниженной толерантности к глюкозе. У 2 больных сахар в крови в ответ на введение глюкозы долго не возвращался к исходной величине, а впоследствии отмечались легкие гипогликемические реакции. При дополнительном обследовании этих больных выяснилось, что они отличались невротическим складом нервной системы. В 2 случаях манифестированной формы са-

харного диабета больные нуждались в приеме сахароснижающих средств.

Нами установлена определенная зависимость гликемических сдвигов от клинических проявлений ПБ. Проведенные исследования свидетельствуют о наличии коррелятивных отношений между типами пароксизмов ПБ и типами гликемических кривых. Так, ваго-инсулярному типу пароксизма ПБ соответствовали плоские сахарные кривые с относительно высоким гиперинсулинизмом, а симпатико-адреналовому—сомнительные.

Таким образом, при ПБ наблюдается функциональный и относительный гиперинсулинизм. Изменение углеводного обмена зависит, по-видимому, от сочетания одновременно нескольких факторов: дисфункция гипоталамических образований; ослабление функции ряда эндокринных желез, вырабатывающих контринсулярные гормоны; нарушение всасывания в кишечнике; поражение печени; усиленное потребление глюкозы тканями при частой лихорадке и др.

Кафедра госпитальной терапии
Ереванского медицинского института

Поступила 16/II 1984 г.

Ռ. Ե. ՇԱԿԽԱԴՅԱՆ, Ա. Ա. ԹՈՓՉԻԱՆ, Մ. Գ. ԲԱԴԱԼԻԱՆ

ԱՄԵՍԱԶՐԱՏԱՅԻՆ ՓՈԽԱՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ներկայացվում են պարբերական հիվանդությամբ (ՊԶ) տառապող հիվանդների մոտ գլյուկոզայի տոլերանտության ցուցանիշի որոշման և նրանց մի մասի մոտ՝ «С» պեպտիդի և ինսուլինի որոշման արդյունքները:

Պարզվել է, որ ածխաջրատային փոխանակության խանգարումները այս հիվանդների մոտ արտահայտվում են գերազանցապես գլիկեմիկ կորագծի հարթ տիպով, ալբիի հազվադեպ՝ կասկածելի տիպով: Ապացուցված է ՊԶ ժամանակ ֆունկցիոնալ և հարաբերական հիպերինսուլինիզմի առկայությունը: Ածխաջրատային փոխանակության խանգարումները նման դեպքերում դուգակցվում են մի շարք գործոնների հետ, ինչպիսիք են՝ ՊԶ նոպաների հաճախացումը, հիպոթալամիկ գոյացությունների դիսֆունկցիայով ուղեկցվող կենտրոնական նյարդային համակարգի խանգարումները, կոնտրինսուլյար հորմոնների պաթոմակոզ էնդոկրին գեղձերի ֆունկցիոնալ անբավարարությունը, ուղիներում ներծծման պրոցեսների խանգարումները, լյարդի ախտահարումը:

R. Ye. SHAKHGALDIAN, A. A. TOPCHIAN, M. G. BADALIAN

CHANGE OF THE CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH PERIODIC DISEASE

The study of carbohydrate metabolism in periodic disease has shown its disturbance in the tolerance to glucose.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян В. В. Врач. дело, 1966, 8, стр. 9.
2. Айвазян А. А. Докт. дисс. Ереван, 1966.
3. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.

4. Bondy P. K., Cohn G. Z., Hermann W., Crispell K. K. Yale J. Biol. Med., 1958, 30, 395.
5. Lawrence J. S. and Mellinkoff S. M. Trans. Ass. Amer. Physicians, 1958, 72, 111.
6. Nixon R. K., Priest R. J. New Engl., 1960, 263, 18.
7. Schenker S., Wilson H., Spikard A. Clin. Endocr. Metabol., 1963, 23, 95.

УДК 616.71—001.5—089.84

И. А. ОСЕПЯН, Э. С. ГАРИБЯН, В. П. АИВАЗЯН

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ МЕТОДОМ ЧРЕСКСТОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Обобщен опыт чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза при свежих диафизарных переломах длинных трубчатых костей с помощью аппаратов Илизарова, Волкова-Оганесяна и Гудушаури. Приводятся недостатки отдельных аппаратов и осложнения, развивающиеся в процессе лечения. Показано преимущество аппаратного метода лечения перед другими методами.

В последнее десятилетие большое распространение получил компрессионно-дистракционный чрескостный остеосинтез аппаратами различных конструкций. Особенно широко он применяется при лечении переломов и их осложнений. Внедрение аппаратного метода лечения позволило значительно уменьшить число таких осложнений, как остеомиелит, несращение перелома и ложный сустав. Большим преимуществом его является ранняя медицинская и социальная реабилитация.

Нами применен метод чрескостного остеосинтеза аппаратами Илизарова, Волкова-Оганесяна и Гудушаури у 300 больных. Наряду с лечением последствий травм и ортопедических заболеваний аппаратное лечение было применено при свежих переломах голени и предплечья у 99 больных, из коих: аппарат Илизарова—у 74, Волкова-Оганесяна—у 22, а аппарат Гудушаури—у 3. С переломами голени лечилось 65 больных, с переломом дистального эпифиза лучевой кости—31, с переломом плеча—2 и с переломом бедра—1.

Показанием к чрескостному остеосинтезу служили: оскольчатые переломы со смещением отломков (62), косые и винтообразные переломы большеберцовой кости (24), поперечные переломы большеберцовой кости (13). Аппаратное лечение применялось при двойных переломах большеберцовой кости, при сочетании переломов костей голени с переломами в других сегментах опорно-двигательного аппарата, когда общеизвестные методы лечения (закрытая репозиция, скелетное вытяжение) оказывались неэффективными, и при переломах предплечья. При переломах бедренной и плечевой костей аппаратный метод лечения не нашел широкого применения.

Чрескостный остеосинтез применялся у 44 больных с открытыми и у 55—с закрытыми переломами длинных трубчатых костей.

В первые годы внедрения чрескостного остеосинтеза при закрытых переломах аппаратное лечение в основном применялось после без-