

Висновки

В регуляції зв'язування гістаміну білками сироватки крові беруть участь гормони жори надниркових залоз мінералокортикоїдної дії.

Література

1. Зиневич А. К.—VIII съезд терапевтов УССР. Тез. докл., К., 1965, 113.
2. Кассиль Г. Н., Вайсерельд И. Л.—В сб.: Физиол. и патол. диэнцефальной области головного мозга, 1963, 289.
3. Ревуцкий Е. Л., Эйдельман Ф. М., Зиневич А. К.—Материалы Всесоюзной (учредительной) конфер. врачей терапевтов-гастроэнтерологов, Минск, 1966, 15.
4. Толмач Д. В.—Терап. архив, 1963, 35, 6, 46.
5. Эйдельман Ф. М., Клебанова Л. Б., Томашевская Л. И.—Нейрогуморальная регуляция в норме и патологии. Тез. докл., Ужгород, 1965, 74.
6. Gaddum G. H.—Ciba Foundation Symposium on Histamine, London, 1956, 36.
7. Parrot J. L., Urquie D. A., Laborde C. J.—J. Physiol. (Paris), 1952, 44, 1, 300.
8. Parrot J. L., Laborde C.—J. Physiol. (Paris), 1956, 48, 3, 677.
9. Parrot J. L., Flavian N.—Proceed. Soc. Exper. Biol. a. Med., 1962, 109, 2, 459.
10. Rosenthal S. M. and Tabor H.—J. Pharm. Exper. Therapeutics, 1948, 92, 4, 425.

Надійшла до редакції
30.VI 1966 р.

Дослідження канцеролітичних властивостей сироватки крові хворих на епілепсію на різних етапах захворювання

Н. М. Сологуб, Н. Р. Поляк

*Відділ психіатрії та патології вищої нервової діяльності
Інституту фізіології ім. О. О. Богомольця АН УРСР, Київ;
Київський інститут експериментальної та клінічної онкології МОЗ УРСР*

Питанням реактивності макроорганізму сучасна патологія надає важливого значення. Тепер вчення про реактивність набуло великого значення і в психіатрії.

Одним з показників реактивності організму є здатність сироватки крові розчиняти пухлинні клітини (так звана реакція канцеролізу). Оцінка канцеролітичної здатності сироватки застосовується для судження про зміни функціонального стану системи сполучної тканини.

Серед прийнятих тестів, що відбивають функціональний стан системи сполучної тканини, визначення канцеролітичних властивостей сироватки є, за літературними даними, одним з найбільш об'єктивних і показових [2, 4, 8].

Канцеролітичні властивості сироватки крові можуть змінюватися при різних впливах і патологічних станах. Причому, в більшості випадків тяжкий перебіг захворювання супроводжується більш глибоким пригніченням літичної активності сироватки.

Щодо психічних захворювань, то у відомій нам літературі є вказівки про зниження цього тесту при шизофренії [1, 7].

Ми вивчали зміни канцеролітичних властивостей сироватки крові у хворих на епілепсію на різних етапах захворювання.

Канцеролітичні властивості сироватки крові досліджені у 107 хворих на епілепсію з різною тяжкістю захворювання. Обслідувані були віком від 16 до 40 років. Давність захворювання була від кількох місяців до 34 років.

Умовно всіх хворих поділили за тяжкістю захворювання на три групи. До першої групи віднесли 32 хворих з доброякісним перебігом захворювання, що характеризується рідкими випадками, відсутністю інтелектуальних і характеріологічних змін, а також тих, які недавно захворіли. До другої групи віднесли 34 хворих із середньою тяжкістю захворювання, з випадками, що виникали з різною частотою, наявністю нерізко виражених інтелектуальних і характеріологічних змін особи. До третьої групи віднесли 41 хворого з епілептичним слабоумством і випадками, що виникали з різною частотою.

Канцеролітичні властивості сироватки крові досліджували в міжприпадкові періоди різної тривалості за модифікованою одним з авторів методикою Кавецького [5]. Про літичну здатність сироватки крові ми судили за величиною канцеролітичного кое-

фіцієнта (QL) — відношенню кількості розчинених пухлинних клітин у процентах в досліджуваній сироватці до кількості клітин також у процентах, розчинених за цей час завдяки аутолізу [3]. При відсутності розчинної здатності сироватки крові QL дорівнював 1, при наявності — понад 1, при появі затримуючого впливу сироватки — менше 1, при повній затримці аутолізу коефіцієнт дорівнював 0. Підрахування клітин здійснювалося на електронно-оптичному автоматі.

Об'єктом дослідження була сироватка крові хворих на епілепсію, взята з ліктювої вени і одержана загальноприйнятим способом.

Результати дослідження канцеролітичних властивостей сироватки наведені в таблиці. В таблиці вказана кількість хворих, у яких виявлена відповідна величина QL, у дужках наведений їх процентний вираз щодо кількості хворих кожної групи.

Канцеролітичні властивості сироватки крові
хворих на епілепсію на різних етапах захворювання

Група хворих	Кількість хворих	Показник QL		
		нульовий	нижче одиниці	вище одиниці
I	32	6 (18%)	11 (33%)	15 (49%)
II	34	9 (26%)	15 (44%)	10 (30%)
III	41	12 (29%)	11 (27%)	18 (44%)

Як видно з наведених даних, у хворих всіх груп виявлені різні значення величини QL: від 0 до 1 і більше. Так, нульове значення канцеролітичного коефіцієнта виявлено у 18% хворих першої групи. Кількість хворих з нульовим значенням канцеролітичного коефіцієнта дещо збільшується у другій групі і досягає 29% у третій групі. Показники QL нижче одиниці у хворих II групи спостерігались частіше, ніж у хворих I групи. Сироватка крові хворих I групи у більшості випадків зберегла здатність розчинювати пухлинні клітини.

На підставі наведених у таблиці результатів досліджень можна сказати, що між першою і другою групами виявляється пряма залежність показників QL від тяжкості захворювання; при порівнянні показників другої і третьої груп такої залежності не відзначено.

Проте виразніше виступає залежність результатів дослідження від стану, в якому проведено дослідження. Серед хворих усіх трьох груп були особи з усталеною протягом більш або менш тривалого часу частотою і формою припадків без різких коливань стану (так званий стаціонарний тип перебігу захворювання) та хворі з нестійким станом, з виникненням серійних припадків, статусів, дисфорій, паморочних розладів свідомості, зі зміною форм припадків, з нестійкою тривалістю міжприпадкових проміжків (мінливий тип перебігу захворювання).

Стаціонарний тип перебігу захворювання в одних випадках характеризується виникненням частих припадків або психічних еквівалентів (три — вісім разів на місяць), в інших випадках рідкими припадками (один раз на один — три місяці).

Чим тяжкіший перебіг епілепсії, тим більше трапляється випадків з постійними частими припадками. У першій групі серед обстежуваних нами 32 осіб таких хворих не виявлено, в другій групі їх було вісім осіб з 34 обстежуваних, а в третій групі 12 осіб з 41 обстежуваних.

В усіх трьох групах обстежували хворих з рідкими припадками. Їх також було небагато: по 7 — 12 осіб у кожній групі.

Крім того, до першої групи були включені також п'ять осіб, які недавно захворіли, не більше року. У цих хворих досліджували, по-суті, реакцію організму на виникнення захворювання.

Найбільшу частину обстежуваних становили хворі з нестійким перебігом захворювання (по 16—25 осіб у кожній групі), при якому великі міжприпадкові проміжки раптом різко вкорочувались, а потім знову значно подовжувались. В ряді випадків змінювалась не лише частота, але й форми припадків та їх еквівалентів. Для результатів спостережень певне значення мало, в які періоди захворювання провадили дослідження: при коротких або більш тривалих міжприпадкових проміжках, коли дослідження здійснювали незадовго до появи припадків або скоро після них.

У осіб, які недавно захворіли, або у хворих з легким, але мінливим типом перебігу захворювання виявлена часткова ($QL=0,3-0,9$) або повна затримка аутолізу. Нульові або знижені показники QL, як правило, виявлялись незадовго до почастішення припадків, поступово нормалізувались при частих припадках та після їх припинення. При рідких припадках зниження показників QL не відзначено.

У хворих другої групи зниження показників QL ($0,17-0,9$) аж до повної затримки аутолізу відзначено при стаціонарному і частіше при мінливому перебігу за-

хворювання. При мінливому типі перебігу епілепсії, на відміну від хворих першої групи, порушення канцеролітичних властивостей сироватки крові були тривалішими, і нормалізація показників не відзначена навіть після припинення частих випадків.

У третій групі, так само, як і у хворих другої групи, показники QL знижені (0,12—0,7) аж до повної затримки аутолізу при різних типах перебігу захворювання з тривалими порушеннями, згаданими раніше.

Отже, з наведених досліджень видно, що затримка аутолізу сироваткою крові хворих першої групи — тимчасове явище і не дуже чітко виражене. У хворих другої і третьої груп з більш тяжким перебігом захворювання порушення канцеролітичної здатності сироватки крові більш глибокі та стабільні. Ці результати корелюють з даними дослідження гамма-глобулінів у сироватці крові цих хворих, проведеного С. Д. Расіним [6], яке показало, що у хворих на епілепсію знижена функція ретикулоендотеліальної системи, внаслідок її блокади токсичними продуктами обміну.

Література

1. Бирюкович П. В.—Проблеми патофізіол. и терапії шизофренії. К., 1947, 85.
2. Едкіна В. Д.—Труди конфер. по ФССТ, 1941, 447.
3. Кавецкий Р. Е.—Роль активної мезенхіми в диспозиції організму к злокачественним новообразованиям, 1939.
4. Кавецкий Р. Е., Спасокукоцкий Ю. А., Городецкий А. А.—Труды Всес. онкол. конфер. АМН СССР, 1950.
5. Поляк Н. Р.—Вопросы экспер. онкологии, 1965, 256.
6. Расін С. Д.—Фізіол. журн. АН УРСР, 1964, X, 4.
7. Туркевич Н. М.—Медичний журн. АН УРСР, 1941, I, 137.
8. Фрумкін Я. П., Грагерова Р. Б., Мизрухін І. А.—Труды Центр. психоневрол. ин-та, 1939, 5.

Надійшла до редакції
27.VI 1966 р.

Про зміни нервового апарата надниркових, щитовидної та підшлункової залоз у собак при хронічному подразненні внутрішніх органів

Г. Б. Агарков, Є. П. Загоровський

*Кафедра гістології та нервових захворювань,
центральна науково-дослідна лабораторія Київського медичного інституту*

Експериментальними дослідженнями доведено, що хронічне подразнення внутрішніх органів викликає ураження нервової системи [2, 12, 13]. При хронічних захворюваннях внутрішніх органів описане не лише вторинне ураження нервової системи [8, 10], а й залоз внутрішньої секреції.

Так Шелен [17] наводить шість спостережень вторинного порушення функцій статевих залоз при спленомегалії у дорослих та повне зникнення генетального інфантилізму у всіх цих хворих після спленектомії. Дисфункцію деяких залоз внутрішньої секреції при хронічному подразненні органів черевної порожнини спостерігав Р. Ляриш [9]. Функціональний взаємозв'язок нервової системи та ендокринних залоз тепер загальноновизнаний [3, 4, 7, 11, 15]. Ми вивчали стан нервового апарата окремих ендокринних залоз при хронічному подразненні внутрішніх органів експериментальних тварин. У хронічних дослідях на собаках одним з нас були одержані деякі моделі вісцерорефлекторних захворювань нервової системи, інколи з виразними нейрогенними дистрофіями, описаними раніше на основі клінічних спостережень [5].

В цьому повідомленні наведені результати гістологічного дослідження нервового апарата надниркових, щитовидної та підшлункової залоз шести собак.

У всіх собак здійснювали хронічне подразнення різних внутрішніх органів (селезінки, печінки та жовчного міхура, або шлунка) хімічним або біологічним подразниками (кам'яновугільна смола, жовч, мозкова емульсія, прошивання ниткою, змоченою настійкою та ін.). Строки подразнення шести собак від 7 до 20 місяців. У п'яти собак з хронічним подразненням внутрішніх органів, яке тривало понад сім місяців через три—шість місяців з'являлися виразні вегетативні асиметрії (за даними артеріальної осцилографії, проби Ашнера та інших вегетативних тестів). У чотирьох після 9—16 місяців розвивалися різноманітні дистрофії (у вигляді облісіння та дерматиту, трофічної виразки на спині, остеохондрозу та деформуючого спонділозу хребта). Експерименталь-