

ВЫВОДЫ

1. Для родообезболивания целесообразно применять промедол не в максимально допустимой дозировке (0,04), а в дозе 0,02 (2%—1 мл).

2. На основании анализа клинического течения родов, наружной многоканальной гистерографии, фонокардиографии и актографии плода можно признать, что промедол в дозах 0,02 и 0,04 не оказывает неблагоприятного влияния на сократительную деятельность матки, состояние плода и новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аккерман Л. И. Акуш. и гин., 1963, 4. — 2. Архангельская Н. В. Тр. Саратовского мед. ин-та, 1957, 9; Клинические и экспериментальные данные по обезболиванию родов промедолом и сочетанием промедола с пропазином. Автореф. канд. дисс., Саратов, 1961. — 3. Анисимова М. И. Акуш. и гин., 1961, 3. — 4. Бакшеев Н. С. Тез. докл. XI Всесоюз. съезда акуш. и гинеколог., М., 1963. — 5. Гольдштейн Л. Н. Тр. Саратовского мед. ин-та, 1962. — 6. Граченко З. П., Хохлова Г. П. Акуш. и гин., 1954, 6. — 7. Гусейнов А. Г., Струкова В. И., Шмидова В. Ф. В кн.: Обезболивание родов. Медицина, Л., 1964. — 8. Кленцкий Я. С. Тр. I съезда акуш. и гин. РСФСР, Л., 1961. — 9. Колодина Л. Н. Актуальн. вопр. акуш. и гинеколог., Ужгород, 1963. — 10. Кречетов А. Б. Клинико-физиологическая характеристика сердцебиения и двигательной активности плода. Автореф. канд. дисс., Л., 1958. — 11. Машковский М. Д., Ищенко В. И. Фармакол. и токсикол., 1952, 4. — 12. Мышкин Н. Н. К характеристике промедола как анальгетика. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1958. — 13. Панкратова Г. В. Сб. научных трудов кафедры акуш. и гин. Горький, 1960. — 14. Панов И. В., Подшивалова Г. А., Стрелков Р. Б. Вопр. анестезиол., Свердловск, 1964, вып. 44. — 15. Петров-Маслаков М. А. Руководство по акушерству и гинекологии. Медгиз, М., 1963, т. II. — 16. Сакулина А. Н. Сб. тр. Пермской обл. клин. больницы, 1960, 1. — 17. Сангайло А. К., Подшивалова Т. А. Акуш. и гин., 1958, 3. — 18. Смирнова Т. Н. Актуальн. вопр. акуш. и гинеколог., Ужгород, 1965. — 19. Степанковская Г. К. Тр. Республ. научно-практической конф. акуш. и гинеколог. Украин., Киев, 1958. — 20. Сюй-Бин. Фармакол. и токсикол., 1956, 4. — 21. Фой А. М. Там же, 1952. — 22. Шмидова В. Ф. Акуш. и гин., 1963, 1.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.—008.9—616—089

В. А. Сабурова (Казань). Активность глютамино-пировиноградной трансаминазы у хирургических и онкологических больных в процессе лучевого и хирургического лечения

С сентября 1964 г. по май 1965 г. мы определяли активность трансаминазы у 80 больных и 30 здоровых (320 исследований). Хирургических больных было 19, онкологических — 61 (мужчин — 44, женщин — 36). Оперировано 55, получали лучевое лечение 25 больных.

Активность трансаминаз мы определяли колориметрическим методом Райтмана и Френкеля в модификации К. Г. Капетанаки. Первое определение активности глютамино-пировиноградной трансаминазы (ГПТ) проводилось при поступлении больного в клинику, последующие — через 10 дней после операции или лучевого лечения и перед выпиской. Данные исследований были обработаны статистически.

Повышение активности ГПТ мы нашли у больных с заболеванием печени или с метастазами злокачественной опухоли в печень.

По результатам определения активности ГПТ можно до некоторой степени судить об операбельности больного, а также о наличии заболевания печени.

Наши данные не подтверждают мнение некоторых авторов относительно повышения активности ГПТ при операционных травмах.

УДК 616—002.3—612.015.348

Е. А. Загайнов (Йошкар-Ола). Динамика протеинов и липопротеидов сыворотки крови при острых гнойных хирургических заболеваниях

Изучались протеины и липопротеиды сыворотки крови при острых гнойных заболеваниях. Исследование проводилось на аппарате ЭФА-1 с использованием медиал-вероналового буфера. Липопротеиды определялись методом предварительной окраски сыворотки суданом черным (В. Ф. Богоявленский и Д. Н. Розенштейн, 1961).

Расшифровка липидо- и протеинограмм производилась на электрофотокolorиметре ФЭК-М.

Белковый состав сыворотки крови был изучен у 10 доноров в возрасте от 20 до 39 лет и у 42 больных в возрасте от 13 до 67 лет (мужчин — 23, женщин — 19). С фурункулезом было 2 больных, с флегмонами — 9, с карбункулами — 3, с абсцессами — 11, с панарициями — 3, с тромбофлебитами — 2, с маститами — 7, с гематогенными остеомиелитами — 5. Все больные поступали с выраженной картиной гнойного воспаления. При лечении соблюдалась одинаковая для всех больных последовательность: вскрытие гнойника, перевязки с гипертоническим раствором NaCl, затем повязки с мазью Вишневского. Антибиотикотерапию проводили после определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Анализы крови делали в день вскрытия гнойника, на 4—6-й и на 10—12-й дни заболевания.

На высоте гнойного процесса уровень общего белка сыворотки крови не выходит за пределы нормы. Только у 4 больных с септическим состоянием количество общего белка было снижено до 5,65—6,40 г%. У 3 больных, несмотря на выраженность гнойного процесса, показатели общего белка составляли 9,0—9,8 г%, оставаясь стабильными на протяжении всего заболевания. На 4—6-й и 10—12-й дни заболевания содержание общего белка равнялось соответственно 7,92±0,14 и 8,33±0,25 г%. Статистически достоверного отклонения от нормы не выявлено.

Уровень альбуминов у больных при первом исследовании был значительно понижен ($48,43 \pm 1,17\%$, $P < 0,001$). В тяжелых случаях он падал до 27,47%. Повышение его до 59,55% отмечено только у 1 больного. На 4—6-й и 10—12-й дни содержание альбуминов продолжает оставаться на низких цифрах ($47,05 \pm 1,79\%$, $P < 0,001$ и $47,02 \pm 2,23\%$, $P < 0,01$). В тяжелых случаях отмечается тенденция к дальнейшему снижению альбуминов.

Соответственно количеству глобулинов сыворотки крови в первый день исследования было повышенным по сравнению с нормой ($51,56 \pm 1,17\%$, $P < 0,001$). 41,40—41,73% глобулинов было только у двух больных. На 4—6-й и 10—12-й дни заболевания уровень глобулинов продолжал оставаться на высоких цифрах ($52,94 \pm 1,79\%$, $P < 0,001$ и $52,96 \pm 2,23\%$, $P < 0,01$).

В фазе развития гнойный процесс характеризуется гипоальбуминемией, гиперглобулинемией за счет увеличения уровня α_1 - и особенно α_2 - и γ -глобулинов. Сниженным оказывается А/Г-коэффициент. Механизм этих нарушений сложен. Он обусловлен изменением проницаемости сосудов, ускоренным распадом альбумина, ослаблением его синтеза, торможением функции печени, раздражением бактериальными токсинами костного мозга, продукцией α_2 -глобулинов в самом воспалительном очаге. С γ -глобулинами связывается выработка антител. Степень диспротеинемии соответствует тяжести заболевания. К моменту клинического выздоровления нормализация протеинограммы не наступает. Длительнее держится гипер- γ_2 -глобулинемия. Увеличение уровня глобулинов отмечено у 2 больных через месяц после выписки при полном отсутствии местных воспалительных явлений и хорошем общем состоянии.

В 1-й день исследования из 42 больных у 29 количество лейкоцитов было повышенным, у 13 — в пределах нормы. К 4—6-му и 10—12-му дням у большей половины больных содержание лейкоцитов нормализовалось.

У 17 больных одновременно с протеинами сыворотки крови изучались липопротеиды. В 1-й день исследования уровень α -фракции составлял $29,18 \pm 2,21\%$, β -фракции — $70,80 \pm 2,21\%$. Статистически достоверного различия по сравнению с нормой не выявлено. На 4—6-й день обнаружено заметное снижение α - и увеличение β -фракции ($24,09 \pm 1,58\%$; $P < 0,01$; $75,9 \pm 1,58$, $P < 0,01$). К 10—12-му дням уровень липопротеидов исследован у 7 чел. α -липопротеиды составляли $24,39 \pm 3,87\%$, β -липопротеиды — $75,59 \pm 3,87\%$. Статистически достоверного различия также не выявлено. В одном случае при обследовании через месяц после выписки при полном клиническом выздоровлении отмечен сдвиг липидограммы в сторону уменьшения α -фракции.

УДК 617.55.616—002—612.015.348

А. А. Кипенский и Т. Г. Иванова (Казань). О диагностическом значении определения нейраминовой кислоты при острых хирургических заболеваниях

Показатели белковых фракций, гликопротеидов и С-реактивного белка из-за трудности их определения непригодны в качестве теста для суждения о тяжести воспалительно-некротического процесса перед операцией в клинике экстренной хирургии.

Одним из компонентов, входящих в белковые фракции сыворотки крови, является нейраминовая кислота. Наибольшее количество ее находится в α_1 - и α_2 -глобулиновой фракции. Производные нейраминовой кислоты N-ацетил-, N-О-диацетил- и N-гликолилнейраминовые кислоты принято называть сialовыми. Многие авторы отмечают хорошую корреляционную зависимость между повышением уровня α_1 - и α_2 -глобулинов и нейраминовой кислоты.

Методика определения нейраминовой кислоты в сыворотке крови проста, занимает немного времени и не требует специальной аппаратуры.