

НЕОТЛОЖНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. И. Слепов

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В акушерской и гинекологической практике часто встречается острая кровопотеря, которая нередко сочетается с шоком, особенно при внематочной беременности, разрывах матки, а также и при тяжелом и длительном оперативном вмешательстве.

Уменьшение массы циркулирующей крови, низкое АД приводят к кислородной недостаточности мозга и к функциональным изменениям в нервной системе, в дальнейшем появляются вторичные изменения функций эндокринных желез, которые носят приспособительный, компенсаторный характер.

Известно, что течение шока зависит от интенсивности и характера эндокринных реакций в ответ на травму и кровопотерю (И. Р. Петров, 1961). В приспособительно-компенсаторных реакциях организма на травму и кровопотерю особое место занимает диэнцефало-гипофизарно-адреналовая система. В начальной фазе шока в результате возбуждения центральной нервной системы увеличивается выделение гипофизом АКТГ, который стимулирует выделение гормонов коры надпочечников. Гормоны их, оказывая влияние на водно-солевой, белковый и углеводный обмен, способствуют быстрому восстановлению АД, что в свою очередь влияет на центральную нервную систему, тем самым обеспечивая постоянство внутренней среды организма (С. Г. Генес, 1960).

Однако при длительности и травматичности оперативного вмешательства, а также при массивном кровотечении наступает такой период, когда все компенсаторные системы истощаются.

Известно, что при прочих равных условиях устойчивость организма к операционной травме находится в прямой зависимости от исходного функционального состояния коры надпочечников.

Нами проводились исследования функционального состояния коры надпочечников у гинекологических больных путем определения 17-кетостероидов в суточной моче по методу Циммермана в модификации О. М. Уваровской (1956) и проведения проб Торна. Обследовано 48 женщин с доброкачественными новообразованиями (миомы матки, кистомы яичников) и 53 — со злокачественными новообразованиями половых органов (рак шейки и тела матки, рак яичников).

При обследовании больных с доброкачественными новообразованиями было установлено, что нет существенной разницы в выделении 17-кетостероидов мочи по сравнению с их выделением у практически здоровых женщин. Операции и послеоперационный период у данной группы больных протекали без осложнений.

У больных со злокачественным новообразованием шейки матки и особенно при запущенном раке яичников экскреция 17-кетостероидов резко уменьшена, что указывает на угнетение функции коры надпочечников. Резервные способности коры надпочечников при злокачественных новообразованиях недостаточны, о чем свидетельствует часто наблюдаемая отрицательная и парадоксальная проба Торна. В результате во время или после операции нередко развивается адреналовый шок с резким и стойким падением АД, которое не удается устранить общепринятыми мероприятиями (эфедрин, глюкоза, адреналин, переливание крови и др.) (В. А. Кованев, 1963; Д. Джерота с соавторами, 1962; В. Е. Волков, 1963).

В нашей клинике на 178 лапаротомных операциях мы наблюдали 8 больных с острой и относительной адреналовой недостаточностью, из которых 5 оперировано по поводу рака шейки матки и рака яичников.

Приводим одно из наших наблюдений.

Ю., 63 лет, поступила 4/IV 1963 г. по поводу рака яичников II ст. Содержание 17-кетостероидов в суточной моче до операции — 6,45 мг. Основной обмен $\pm 32\%$. Антитоксическая функция печени (проба Квика-Пытеля) — общее выделение гипуровой кислоты за 4 часа — 96,97%. АД — 140/80 мм.

26/IV под общим эфирно-кислородным наркозом произведена надвлагалищная ампутация матки с обоими придатками. Операция проходила без осложнений, кровотечения не было. После операции состояние удовлетворительное. Пульс 106, АД — 110/70 мм.

Через час после окончания операции появился акроцианоз, АД упало до 90/50 мм. Пульс 120, среднего наполнения. Внутривенно перелито 200 мл крови, 500 мл 5% раствора глюкозы, под кожу введены сердечно-сосудистые средства, дан кислород для дыхания.

Несмотря на проведенные мероприятия, АД упало до 70/30 мм, пульс аритмичный, не сосчитывается. Больная безучастна к происходящему, вялая, бледная, акроцианоз.

Произведено повторное переливание 225 мл крови и капельно 60 мг гидрокортизона в 200 мл 5% раствора глюкозы. Состояние больной не улучшилось. Повторно,

струйно внутривенно введено 65 мг гидрокортизона. АД поднялось до 105/50 мм, пульс стал хорошего наполнения, ритмичный, акроцианоз исчез. Больная стала активной. АД больше не падало.

17-кетостероидов в суточной моче в первые сутки после операции было 2,7 мг, на вторые сутки — 6,04 мг.

Послеоперационное течение больше не осложнялось, больная выписалась в удовлетворительном состоянии.

Типичный шок в акушерско-гинекологической практике возникает при внематочной беременности и разрывах матки.

По данным В. Г. Хреновой (1963), материнская смертность при разрывах матки в 70,4% наступает от шока и геморрагического коллапса.

Лабораторной экспериментальной физиологии по оживлению организма АМН СССР (Е. С. Золотокрылина, К. С. Киселева, Н. М. Рябова, 1960) установлено, что при длительном и массивном кровотечении, как правило, развивается стойкая и длительная гипотония, которая сохраняется, несмотря на возмещенную кровопотерю, и борьба с этим состоянием остается безуспешной даже при использовании артериальной трансфузии.

При кровопотере наступают серьезные нарушения функции надпочечников. Лонгом (1947) было обнаружено, что при кровопотере у животных резко снижается содержание витаминов С и холестерина — исходных продуктов, необходимых для синтеза гормонов коры надпочечников.

К настоящему времени накопилось значительное количество данных, свидетельствующих о целесообразности применения глюкокортикоидов при шоке и кровопотере (В. Б. Лемус, 1960; В. К. Кулагин, 1961; В. Е. Волков, 1963; Ф. А. Сыроватко и В. С. Берман, 1963; и др.).

При больших кровопотерях эффект от неотложной кортикоидной терапии мы наблюдали у 3 больных. Две больные с прервавшейся внематочной беременностью были доставлены в клинику в тяжелом состоянии, АД и пульс не определялись, и одна больная — с разрывом матки в родах.

К введению гидрокортизона мы прибегали в тех случаях, когда переливание крови, кровозамещающих жидкостей, введение сердечно-сосудистых средств не давали должного эффекта.

Известно, что во время беременности происходит нарастание активности коры надпочечников, которое во время родов еще больше возрастает. При длительной и упорной родовой слабости наблюдается понижение функции коры надпочечников (И. Ю. Подольская, 1962).

При разрывах матки на фоне функциональных эндокринных изменений может развиваться адено-кортикальная недостаточность.

Мы наблюдали роеницу Д., 30 лет, у которой в родах произошел разрыв матки с развитием шока.

Роды III, срочные. Плод крупный. Вторичная родовая слабость. Родостимуляция. Неполный, атипичный разрыв матки, шок. Лапаротомия с одновременным переливанием внутривенно крови, противошоковой жидкости, введение сердечно-сосудистых средств, повторные внутриартериальные переливания крови — все было безрезультатным. Состояние больной тяжелое, АД не определяется. Внутривенно вводится 125 мг гидрокортизона, АД поднимается до 80/60 мм, появляется пульс, но затем состояние больной снова ухудшается. Повторно на фоне противошоковых мероприятий вводится еще 125 мг гидрокортизона, АД повышается до 140/80 мм. Состояние больной улучшается, но после прекращения введения гидрокортизона АД снизилось до 90/60 мм и на этом уровне происходила стабилизация АД. Всего больной было перелито внутривенно и внутриартериально 1225 мл крови, 700 мл противошоковой жидкости, 400 мл полиглюкина и других растворов и 250 мг гидрокортизона.

Произведено ушивание матки, больная поправилась, выписалась в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, эффект от противошоковых мероприятий был только в сочетании с заместительной гормональной терапией. При введении гидрокортизона АД повышалось, прекращение введения несколько снижало АД.

Только после предварительного восполнения кровопотери неотложная кортикостероидная терапия устраняет гемодинамические нарушения и способствует более длительному поддержанию АД на необходимом уровне в течение длительного периода.

При адено-кортикальной недостаточности мы применяли гидрокортизон в количестве от 60 до 250 мг, осложнений у больных не наблюдали. По литературным данным, в течение суток гидрокортизон можно вводить до 300—400 мг (Н. Д. Беклемишев, 1963).

При отсутствии эффекта от обычных противошоковых мероприятий необходимо в комплекс противошоковых мер включать гидрокортизон.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беклемишев Н. Д. Кортизон и его производные в клинике. Изд-во АН Казахской ССР, Алма-Ата, 1963. — 2. Волков В. Е. Клини. мед. 1963, 7. — 3. Генес С. Г. Хирургия. 1960, 5. — 4. Джерота Д., Димитриу К., Халеви С.,

Никулиу Г., Теодореску М. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 1962, 7. — 5. Золотокрылина Е. С., Киселева К. С., Рябова Н. М., Лемус В. Б. Тр. научн. сессии, посвященной памяти И. М. Джанелидзе. Л., 1960. — 6. Кованев В. А. Probl. эндокринол. и гормонотер. 1963, 1. — 7. Кулагин В. К. Вест. хир. им. И. И. Грекова, 1961, 11. — 8. Петров И. Р. Воен.-мед. ж. 1961, 7. — 9. Подольская И. Ю., Сыроватко Ф. А. и Берман В. С. Акуш. и гинек. 1962, 6. — 10. Уваровская О. М. Probl. эндокринол. и гормонотер. 1956, 3.

Поступила 2 апреля 1964 г.

УДК 618.1—089—616—006.04

БЕЛКИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Ф. М. Сабиров

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Изменения белков сыворотки крови наблюдаются при некоторых физиологических состояниях женского организма: во время овуляции, беременности (Е. А. Могняян, А. Н. Королева, Л. Г. Сотникова, Stürmer, P. Pfau и др.). Большие изменения наблюдаются при различных патологических состояниях (новообразования, воспалительные заболевания, травмы и т. д.), причем глубина изменений прямо пропорциональна тяжести болезни (Г. С. Атаманов и В. И. Саперов, А. А. Радионченко и В. М. Лопушинская, Б. С. Касавина и В. З. Горкин, P. Mayer, C. Morra, G. Martina и др.).

При исследовании белков сыворотки крови мы пользовались камерой из плексигласа, предложенной А. Е. Гурвичем. Веронал-мединаловый буфер имел pH 8,6, сила тока на каждый сантиметр поперечного разреза бумажной полосы 0,1—0,3 мА, температура комнатная. Общий белок определялся методом «плавающей капли» по удельному весу (купросульфатный метод Филлипса). Для облегчения расшифровки фореграмм пользовались таблицей Г. Я. Городисской. Полученные цифровые данные подвергались статистической обработке (П. А. Ойвин).

Исследования проведены у 9 здоровых женщин в возрасте от 17 до 35 лет, у 9 — с раком шейки матки I ст., у 6 — с раком шейки матки II ст., у 6 — с раком шейки матки III—IV ст., у 5 — с раком тела матки I—II ст., у одной — с раком вульвы и у одной — с хорионэпителиомой, у 16 — с миомой матки, у 6 — с ретенционной и дермоидной кистами яичников, у 10 — с пролиферирующими кистами яичников без малигнизации, у 5 — с малигнизацией, у 4 — с раком яичников III—IV ст.

Определение общего белка и белковых фракций проводилось до операции, через 3 часа, 3—5—10—15 дней, 1—2—3—6 месяцев после операции.

Тяжесть оперативной травмы была различной: наибольшая при расширенной экстирпации матки и наименьшая — при удалении придатков матки.

У здоровых женщин мы получили следующие данные: альбумины — $58,1 \pm 3,1\%$, α_1 -глобулины — $4,2 \pm 1,4\%$, α_2 — $9,0 \pm 2,2\%$, β — $9,0 \pm 2,4\%$, γ — $17,5 \pm 4,2\%$, альбумино-глобулиновый коэффициент (А/Г) — 1,4, общий белок — $7,55 \pm 0,46\%$.

Белковая формула при раке шейки матки I ст.: альбумины — $56,4 \pm 9,4\%$, α_1 -глобулины — $5,3 \pm 2,8\%$, α_2 — $9,2 \pm 5,8\%$, β — $12,7 \pm 9,5\%$, γ — $15,5 \pm 2,9\%$, А/Г — 1,3, общий белок — $7,65 \pm 0,45\%$. После расширенной экстирпации матки через 3 час. отмечены незначительные уменьшения общего белка, альбуминов, небольшое увеличение α -глобулинов, β , γ -глобулины не меняются. С 3-го дня наблюдаются более значительные изменения белков: общий белок — $5,24 \pm 1,25\%$; альбумины — $47,4 \pm 6,2\%$; α_1 -глобулины — $6,3 \pm 4,2\%$, α_2 — $15,7 \pm 6,1\%$, β — $14,1 \pm 3,5\%$ и γ — $16,0 \pm 4,2\%$. Нормализация белков при неосложненном послеоперационном течении начиналась с 10—15 дня и заканчивалась к 25—30—50 дню после операции.

При осложнении послеоперационного периода сепсисом белковая формула следующая: общий белок — $4,43\%$, альбумины — $39,5\%$; α_1 -глобулины — $10,9\%$, α_2 — $16,4\%$, β — $13,1\%$, γ — $19,7\%$. Прогрессивное уменьшение общего белка и альбуминов, которое сопровождается одновременным уменьшением α_1 , α_2 -глобулинов, является прогностически неблагоприятным фактором. При перитоните и сепсисе вливания гидролизина приводят к улучшению соотношения белковых фракций и увеличению общего белка. При предоперационном переливании крови общий белок несколько уменьшался или оставался на прежнем уровне, что соответствует литературным данным (З. Н. Кацнельсон, Н. Д. Делямуре).

При раке шейки матки II ст. белковая формула следующая: альбумины — $52,6 \pm 5,2\%$; α_1 -глобулины — $6,8 \pm 1,9\%$, α_2 — $10,6 \pm 9,5\%$, β — $13,5 \pm 4,2\%$ и γ — $19,1 \pm 8,5\%$, А/Г — 1,5; общий белок — $7,35 \pm 0,26\%$. Послеоперационные изменения белков почти такие же, что и у больных с I ст. болезни, но нормализация начинается и заканчивается несколько позже.

У больных раком шейки матки III ст. альбуминов — $44,4 \pm 2,9\%$; α_1 -глобулинов — $8,4 \pm 2,4\%$, α_2 — $15,8 \pm 2,8\%$, β — $13,1 \pm 1,5\%$ и γ — $14,1 \pm 4,3\%$. А/Г — 0,8, общего белка — $5,74 \pm 0,98\%$. Больным этой группы произведена лишь простая экстир-