

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 — $7,55 \pm 0,46$ г%.

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 — $7,65 \pm 0,45$ г%. 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 — $5,24 \pm 1,25$ г%; 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 — $4,43$ г%, 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 — $7,35 \pm 0,26$ г%. 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 — $5,74 \pm 0,98$ г%. Больным этой группы произведена лишь простая экстир-

пация матки с придатками и верхней третью влагалища. Послеоперационная диспротеинемия у них более глубокая, не имеет тенденции быстро возвращаться к норме, а чаще ухудшение прогрессирует.

При раке тела матки альбуминов — $51,1 \pm 7,9\%$; α_1 -глобулинов — $5,2 \pm 0,9\%$, α_2 — $7,4 \pm 1,7\%$, β — $14,2 \pm 4,4\%$ и γ — $21,3 \pm 2,2\%$; А/Г — 1,1, общий белок — $6,83 \pm 0,87\%$. Изменения белков после операции почти такие же, как у больных с раком шейки матки I—II ст.

У больных с раком вульвы и хорионэпителиомой общий белок и белковые фракции незначительно отличаются от соответствующих показателей у здоровых женщин.

Больные с миомой матки имели следующую белковую формулу: альбумины — $46,6 \pm 3,25\%$; α_1 -глобулины — $6,6 \pm 1,48\%$, α_2 — $11,8 \pm 2,73\%$, β — $13,5 \pm 2,83\%$ и γ — $18,3 \pm 1,65\%$; А/Г — 0,8, общий белок — $7,43 \pm 1,67\%$. Послеоперационная нормализация белков сыворотки крови идет медленно, вяло. Полная нормализация наступает лишь на 3-м месяце.

У больных с ретенционными и дермоидными кистами яичников без осложнений получены такие же данные, как у здоровых женщин. У них нормализация в среднем наступала к 13—17 дню после операции.

Белковая формула у больных с папиллярными и псевдомуцинозными кистами без малигнизации следующая: альбумины — $49,5 \pm 1,46\%$; α_1 -глобулины — $7,1 \pm 2,36\%$, α_2 — $8,9 \pm 1,72\%$, β — $15,7 \pm 3,15\%$ и γ — $18,6 \pm 2,47\%$; А/Г — 0,9, общий белок — $6,96 \pm 2,11\%$. Прогрессивное улучшение белковой формулы у них намечается с 10-го дня после операции. В это время у них только α_2 -глобулины держатся сравнительно на высоких цифрах — $17,0 \pm 3,2\%$. Эта фракция к 15-му дню снижается до $12,1 \pm 1,6\%$, к 20-му дню — до $11,6 \pm 1,1\%$. Остальные фракции достигают первоначальных цифр к 12—18-му дню, в дальнейшем они приближаются к данным здоровых женщин.

При пролиферирующих кистах с малигнизацией альбуминов — $44,0 \pm 1,24\%$; α_1 -глобулинов — $4,5 \pm 2,6\%$, α_2 — $10,0 \pm 2,95\%$, β — $13,3 \pm 5,56\%$ и γ — $23,6 \pm 1,56\%$; А/Г — 0,8, общий белок — $5,95 \pm 0,7\%$. Здесь послеоперационная динамика белковой формулы такая же, как у больных с раком шейки и тела матки I—II ст.

У больных с раком яичников III—IV ст. белковая формула имеет следующие цифры: альбумины — $44,8 \pm 1,11\%$, α_1 -глобулины — $8,2 \pm 4,13\%$, α_2 — $14,2 \pm 3,14\%$, β — $12,0 \pm 1,12\%$ и γ — $20,4 \pm 2,19\%$; А/Г — 0,8, общий белок — $5,34 \pm 0,02\%$. Имеющаяся стойкая диспротеинемия в послеоперационном периоде, как правило, имеет тенденцию к еще большему ухудшению.

ВЫВОДЫ

1. При неосложненных доброкачественных опухолях женских половых органов не отмечено существенных сдвигов со стороны белковой формулы и общего белка сыворотки.

2. При злокачественных опухолях I ст. изменения также не отмечены. Начиная со II ст. выявляются гипопротеинемия, гипоальбуминемия, увеличение в основном α_1 и α_2 -глобулинов. Глубина изменений зависит от запущенности заболевания.

3. Оперативная травма приводит к падению общего белка, уменьшению альбуминов, увеличению в большей степени α_2 -глобулинов, в меньшей степени α_1 -глобулинов. Нормализация в зависимости от тяжести оперативной травмы начинается с 10-го дня и заканчивается к 2—3—6-му месяцу.

4. После радикальных операций белковые сдвиги имеют тенденцию возвращаться к норме, при паллиативных — к большему ухудшению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аунапу О. Г. Тр. Каз. ГИДУВа, т. VI, вып. 3, Казань, 1940.
2. Атаманов Г. С. и Саперов В. И. Сов. мед. 1961, 5.
3. Городисская Г. Я. Лаб. дело, 1960, 1.
4. Гурвич А. Е. Там же, 1955, 3.
5. Касавина Б. С. и Горкин В. З. Вopr. мед. химии. 1955, 1.
6. Могняян Е. А. Акуш. и гинек. 1957, 3.
7. Ойвин П. А. Пат. физиол. и экспер. тер. 1960, 4.
8. Радионченко А. А. и Лопушинская В. М. Тез. докл. X Всесоюз. съезда акуш. гин. Медгиз, М., 1957.
9. Сотникова Л. Г. Казанский мед. ж., 1959, 6.
10. Pfau P. Arch. f. Gynäcol. 1954, 185, 2.
11. Mayer P. Ztschr. Geburtsch. u. Gynäcol. 1958, 151, 1.
12. Morra C., Martina G. Minerva ginecol. 1957, 6.

Поступила 19 марта 1964 г.

УДК 616.71—018.46—002—616.716.1—616.716.4

ОСТРЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ

А. Ф. Медведева

Кафедра стоматологии (зав. — доц. З. А. Шишкина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина (научный руководитель — проф. В. С. Дмитриева — ЦИУ)

Одонтогенный остеомиелит челюстей является наиболее частым заболеванием, особенно там, где санация не поставлена на должную высоту.