

ЗНАЧЕНИЕ СДВИГОВ В БЕЛКОВОЙ ФОРМУЛЕ КРОВИ ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

В. П. Колтушкина

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. С. С. Добротин) лечебного факультета Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Динамика изменений белков сыворотки крови в процессе лечения токсикозов не нашла в литературе достаточного отражения. Имеющиеся же работы (Л. Г. Сотникова, 1957; М. Н. Волох-Исаева, 1962; Бревнер, 1962; и др.) основаны на небольшом количестве наблюдений. Это побудило нас провести исследование белков сыворотки крови у беременных в процессе лечения в зависимости от метода лечения и исхода заболевания.

В комплекс лечебных мероприятий включался лечебно-охранительный режим, молочно-растительная диета, богатая белком (творог) и витаминами, оксигенотерапия и медикаментозная терапия. Основой медикаментозной терапии, применяемой нашей клиникой, является сернокислая магнезия, вводимая внутримышечно и методом аэрозоль-ингаляций. Использовались дибазол, резерпин и гипотиазид.

При классификации тяжести заболевания мы в основном придерживались указаний методического письма Министерства здравоохранения СССР от 15/VI 1955 г. по профилактике и лечению токсикозов.

Из числа наблюдавшихся нами больных водянка беременных была у 68, нефропатия I ст.— у 164, II ст.— у 48, III ст.— у 27, гипертония беременных — у 50.

Общий белок определялся рефрактометром, белковые фракции — методом электрофореза на бумаге. Кровь бралась из вены до завтрака. Исследования проводились при поступлении, в процессе лечения при изменении состояния (ухудшение), при изменении лечения, перед родами (за 2—4 дня), перед выпиской. Белки сыворотки крови в динамике лечения исследованы у 309 больных, при поступлении — у 357.

При водянке беременных и нефропатии I ст. с ликвидацией клинических симптомов заболевания у большинства больных наблюдалась нормализация белковой формулы сыворотки крови соответственно сроку беременности.

У 23 больных (из 165) клиническое выздоровление не нашло своего отражения в составе белковых фракций. У трех женщин была антенатальная смерть одного плода при двойнях, альбуминовые фракции были низкими (33,2—36,7%) при высоком содержании всех глобулиновых фракций. У 5 беременных была перенесенная беременность; у всех их было уменьшение альбуминовой фракции и А/Г коэффициента. Идентичные изменения находили при перенесенной беременности В. И. Лейтан (1961), Бахарева (1963). 6 больных получали гипотиазид. На уменьшение альбуминовой фракции после лечения гипотиазидом указывают Бревнер (1962), Фаллес и Форд (1962).

У двух женщин уменьшение альбуминовой фракции мы отнесли за счет нарушения функции печени: у них наблюдалось кровотечение в раннем послеродовом периоде, что можно связать с нарушением свертывающей системы крови. Четверо из выписавшихся беременных поступили повторно с выраженными симптомами нефропатии, т. е. состояние белковых фракций указывало на неполное выздоровление. Только у трех женщин (2%) мы не могли объяснить причину углубления патологических сдвигов в белковых фракциях сыворотки крови. Непосредственно перед родами даже при полной ликвидации клинических симптомов заболевания нормализация белковой формулы не наступало, нарастало уменьшение общего белка и альбуминовой фракции и у некоторых увеличение γ -глобулинов.

Содержание общего белка и альбуминов перед родами отличается во всех формах токсикозов, выраженных с достоверностью в 96—99% ($t = 2,8—6,0$); некоторое увеличение γ -глобулинов, обнаруженное при обследовании во всех формах токсикоза, статистически не достоверно ($t = 1,0—0,8$).

Применение сернокислой магнезии (как в инъекциях, так и в ингаляциях) при клиническом выздоровлении способствовало увеличению альбуминовой фракции, при лечении гипотиазидом не всегда наблюдалась нормализация белковой формулы. Белки сыворотки крови при лечении гипотиазидом исследованы у 57 больных.

При легких формах токсикоза беременности разница в альбуминовой фракции незначительная, тогда как при нефропатии II ст. альбуминовая фракция у больных, получавших гипотиазид, значительно меньше, чем после лечения сернокислой магнезией.

Бревнер, Фаллес и Форд, Дикман считают, что применение хлортиазида при нарушенной функции печени ухудшает течение основного патологического процесса. Нарушение функции печени при токсикозах беременности доказано многими исследователями (С. И. Кошкина, 1961; Р. М. Низович, 1960; и др.).

Мы полностью согласны с теми авторами, которые предлагают начинать лечение гипотиазидом только после определения уровня альбуминовой фракции сыворотки крови.

Несмотря на отсутствие специфичности патологических сдвигов в белках сыворотки крови, изучение их при токсикозах беременности весьма важно, так как они связаны с патогенезом заболевания.

Динамическое изучение белков сыворотки крови в сопоставлении с клинической картиной является практически важным показателем для оценки состояния больной, назначения терапии и диеты, для оценки эффективности терапии, а также может иметь прогностическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахарева Е. М. Тр. Куйбышевского мед. ин-та, т. 25, 1963. — 2. Волох Исаева М. Н. Сб. науч. тр. Ташкентского мед. ин-та, т. 23, 1962. — 3. Кошкина С. И. Акуш. и гинек. 1960, 2. — 4. Сотникова Л. Г. Белки сыворотки крови при нормальной беременности и поздних токсикозах. Автореф. дисс. Казань, 1961. — 5. Brewer T. H. Am. J. Obst. Gynec. 1962, 83, 10. — 6. Dieckmann W. G. The Toxemias of pregnancy. 1952, 81.

Поступила 28 сентября 1964 г.

УДК 616—002—618.13—618.14

СОДЕРЖАНИЕ СИАЛОВЫХ КИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Ф. М. Сабиров

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

При воспалительных процессах разной локализации в результате расщепления белково-углеродного комплекса происходит увеличение сиаловых кислот.

Для определения степени активности воспалительного процесса мы проводили исследование сиаловых кислот у 57 больных с острыми воспалительными заболеваниями женских половых органов. Уровень сиаловых кислот определялся методом Хесса с соавторами, белковые фракции — по А. Е. Гурвичу, общий белок — купросульфатным методом «плавающей капли». Для сравнения проведены исследования у 15 женщин с хроническими воспалительными процессами и у 12 здоровых.

Исследования проводились до начала лечения, повторялись через каждые 5—10 дней вплоть до полной нормализации уровня сиаловых кислот. Проводилось обычное для этой группы больных лечение — покой, холод на нижнюю часть живота, различные антибиотики, сульфаниламиды, обильное питье, обезболивающие, сердечные, снотворные средства, витамины; часть больных получала преднизолон.

У больных с острым воспалительным процессом придатков матки температура при поступлении была выше 38°, РОЭ — 30 мм/час и больше. В результате лечения приближение уровня сиаловых кислот к верхней границе нормы наступало через 7—10—14 дней после стойкого снижения температуры. Имевшиеся гипоальбуминемия, гипогаммаглобулинемия и гиперальфаглобулинемия еще сохранялись. Полная нормализация белковой формулы наступала лишь через 3—4 недели после снижения температуры, сиаловые кислоты при этом имели средние цифровые нормы. У части больных падение общего белка прекращалось, у иных же еще некоторое время продолжалось. С назначением рассасывающего лечения при увеличенном количестве сиаловых кислот, как правило, наступало обострение воспалительного процесса. Если сиаловые кислоты снижались до нормальных цифр (при сохранении изменений белковых фракций и РОЭ), лечение рассасывающими средствами не давало обострения. У больных, получавших лечение кортикостероидами, отмечено небольшое ускорение процесса нормализации белковых фракций и сиаловых кислот.

Все больные с воспалительными опухолями придатков матки имели нормальную температуру, РОЭ — от нормальных цифр до 15—30 мм/час. Часть из них была прооперирована, у некоторых содержимым опухоли был гной. У больных, получавших консервативное лечение, наряду с уменьшением размеров опухоли (или полным рассасыванием ее) происходила нормализация сиаловых кислот.

После кольпотомии при параметрите нормализация сиаловых кислот наступала через 2—3 недели после снижения температуры, а белковых фракций — через 3—4—5 недель.

Для больных с абсцессом заднего Дугласова кармана характерна более быстрая нормализация биохимических сдвигов.