

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. Сабиоров

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.

Две больные с туберкулезом придатков были прооперированы, диагноз у них подтвердился гистологическими исследованиями. Боли, повышение температуры до $37,2^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$, ускорение РОЭ, увеличение сиаловых кислот и небольшие белковые сдвиги, имевшие место через несколько месяцев после операции, прошли после проведенного повторного курса специфической терапии.

Определение уровня сиаловых кислот, белковых фракций и общего белка дает возможность в гинекологической практике выяснить степень активности воспалительного процесса, следить за динамикой болезни, своевременно переходить к применению рассасывающей терапии, а также установить трудоспособность больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Е. и Ахмеров С. Ф. Казанский мед. ж. 1961, 3. — 2. Денисова М. Г. Клин. мед. 1961, 5. — 3. Ключарева С. Г. Казанский мед. ж. 1961, 3. — 4. Шакирзянова Р. М. Там же. 1960, 2. — 5. Ойвин П. А. Пат. физиол. и Экспер. терап. 1960, 4. — 6. Hess E. L., Coburn A. F., Bates K. I., Murphy P. I. J. Clin. invest. 1957, 36, 3.

Поступила 14 октября 1964 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.438—617.75

НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ ПРИ ЗОБНОЙ БОЛЕЗНИ

М. Ф. Самыгин

Ленинградский противозобный диспансер (главврач — М. Ф. Самыгин)

За последние годы в печати значительно шире стали освещаться вопросы клиники, лечения и осложнений тиреотоксического зоба.

Однако часто на амбулаторных приемах больные с зобом обследуются неполностью, недостаточно собирается анамнез, данные объективного исследования ограничиваются пальпацией щитовидной железы, измерением АД. В результате неполного обследования нередко диагностические ошибки и остаются нераспознанными тяжелые осложнения зобной болезни.

Нами наблюдались изменения остроты зрения у больных эндемическим зобом. В доступной нам литературе подобные осложнения не отмечены.

В Ленинградском противозобном диспансере за 1962—1964 г. находилось на стационарном лечении 604 больных эндемическим зобом различных клинических форм и различной степени увеличения щитовидной железы. Из них 178 больным проведено оперативное лечение. При обследовании поступавших больных было отмечено, что отдельные больные страдают понижением остроты зрения, в связи с чем мы ввели обязательное определение остроты зрения при поступлении и выписке больного из стационара диспансера.

У тех больных, которые лечились консервативно, острота зрения не повышалась, у тех же больных, которые подвергались оперативному лечению (струмэктомия), отмечено значительное улучшение остроты зрения. Из 178 больных, оперированных по поводу зоба, значительное нарушение остроты зрения отмечено у 5 больных (2,8%). После операции у 3 больных острота зрения полностью восстановилась (визус = 1,0), у 2 наступило значительное улучшение.

Приводим два наших наблюдения.

К., 58 лет, поступила 10/X 1963 г. с двухсторонним смешанным зобом III ст. До операции VOD — 0,3, VOS — 0,4. 29/X 1963 г. произведена субтотальная субкапсулярная струмэктомия по О. В. Николаеву (хирург М. Ф. Самыгин). Послеоперационное течение гладкое. Через три дня после операции VOD — 0,5, VOS — 0,6. При выписке (на 11-й день после операции) VOD — 0,7, VOS — 0,8. Через 6 месяцев после операции (осмотр в глазной клинике Казанского медицинского института, А. Б. Либенсон) VOD — 0,9, VOS — 1,0.

А., 51 г., поступил 20/IV 1964 г. с кистой правой доли щитовидной железы. Опухоль существует около 7 лет. Постепенно стал терять зрение. За последние 4 года острота зрения упала до светоощущения (инвалид I гр.).

12/V 1964 г. произведена субтотальная субкапсулярная струмэктомия по О. В. Николаеву (хирург М. Ф. Самыгин).