

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Г. А. Блувштейн, М. А. Лагун, М. В. Магомедов.

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. К. И. Мышкин) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института, Уральская областная клиническая больница (главрач — Б. М. Дорохов)

Реферат. Обследовано 704 больных токсическим зобом. Пробой с дозированным раздражителем выявлена надпочечниковая недостаточность у 50,7% пациентов. Рекомендуются применение глюкокортикоидной терапии на всех этапах лечения больных токсическим зобом.

Ключевые слова: токсический зоб, недостаточность надпочечников, глюкокортикоиды.

1 таблица. Библиография: 7 названий.

Наличие у части больных токсическим зобом надпочечниковой недостаточности доказано рядом работ. В связи с этим при подготовке таких больных к операции целесообразно применение глюкокортикоидов [2, 3, 5]: оно является не только средством борьбы с имеющейся относительной недостаточностью коры надпочечников, но и мероприятием, направленным на снижение концентрации тиреоидных гормонов в крови [4].

Однако Н. М. Янчур и В. Н. Шиленок (1976) считают, что включение глюкокортикоидов и АКГГ в комплекс средств предоперационной подготовки не улучшает ее качества. Авторы рекомендуют применение глюкокортикоидов за 1—2 дня до операции в случаях тяжелого тиреотоксикоза, когда имеются признаки недостаточности надпочечников. И. С. Брейдо (1979) никогда не назначал глюкокортикоидов при подготовке больных к операции. Автор полагает, что недостаточность надпочечников при тиреотоксикозе относительная и после снятия гипертиреоза она ликвидируется.

Мы придаем большое значение изучению состояния коры надпочечников и их резервных возможностей при токсическом зобе. За 5 лет (1974—1978 гг.) прооперировано 704 больных токсическим зобом. У всех этих больных нами изучено функционирование коры надпочечников по клиническим признакам и по пробе с дозированным раздражителем [6]. Методика проведения пробы следующая: утром натощак у обследуемого берут в лейкоцитарный меланжер кровь для определения количества эозинофилов и базофилов. Затем подкожно вводят 1 мл 6% раствора витамина В₁. Через 4 ч после инъекции повторно берут кровь для подсчета эозинофилов и базофилов. При нормальной функции надпочечников через 4 ч после введения витамина В₁ количество эозинофилов уменьшается на 20—50%. Чем более выражено снижение уровня эозинофилов, тем выше реактивные возможности надпочечников.

Из 704 обследованных нами больных токсическим зобом недостаточность коры надпочечников обнаружена у 357; из них проба с дозированным раздражителем оказалась отрицательной у 321.

Клинические проявления надпочечниковой недостаточности у обследованных нами больных указаны в таблице.

Частота клинических признаков надпочечниковой недостаточности у больных токсическим зобом

Признаки	Число больных	
	абсолютное	i %
Адинамия, физическая утомляемость	357	100
Патологическая пигментация	223	62,5
Упорные головные боли	176	49,3
Снижение минимального АД ниже 9 кПа	157	44,0
Диспепсические явления	110	30,8
Увеличение лимфатических узлов	98	27,4

Диагностика надпочечниковой недостаточности должна основываться на комплексе клинических данных и пробе с дозированным раздражителем. При установлении у больных недостаточности коры надпочечников им, по нашему мнению, показана терапия глюкокортикоидами. Назначают гидрокортизон по 50 мг 2 раза или преднизолон

по 10 мг 3 раза. Кроме этого, больным с надпочечниковой недостаточностью следует проводить предоперационную профилактику наркотических коллапсов. С этой целью за 30 мин до начала операции вводят 50 мг гидрокортизона. Такая подготовка позволила избежать операционных коллапсов от надпочечниковой недостаточности.

В послеоперационном периоде продолжают глюкокортикоидную терапию в течение 3—5 дней с постепенным снижением дозы. Лечение заканчивают введением неспецифического раздражителя. Глюкокортикоидная терапия у больных с диагностируемой надпочечниковой недостаточностью позволила исключить тяжелые осложнения в наркозе, избежать послеоперационных тиреотоксических реакций и кризов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брейдо И. С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Л., Медицина, 1979.—2. Даниленко М. В. Корректирующая терапия в современной хирургии. Киев, Здоров'я, 1974.—3. Димова М. Н. Пробл. эндокринол., 1975, 3.—4. Калинин А. П., Лукьянчиков В. С. В кн.: Актуальные вопросы эндокринологии на востоке страны. Иркутск, 1979.—5. Михайлов Ю. М., Димова М. Н., Шихсаидов И. И. Там же.—6. Мышкин К. И. Хирургия, 1964, 7.—7. Янчур Н. М., Шиленок В. Н. Там же, 1976, 9.

Поступила 20 января 1981 г.

УДК 616.45—072.7

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОГУСТОМЕТРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Э. Ш. Халфен, А. Д. Тряпыхко

*Кафедра преподавания внутренних болезней (зав.—проф. Э. Ш. Халфен) Саратовского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

Реферат. Сопоставление данных электрогустометрии и результатов исследования глюкозы крови, содержания натрия и калия в слюне и крови, суточной экскреции 17-кетостероидов у здоровых и больных показало, что электрогустометрия может быть применена в качестве простого ориентировочного метода для выявления недостаточности надпочечников.

Ключевые слова: недостаточность надпочечников, электрогустометрия, содержание натрия, калия в крови и слюне, гликемия, экскреция 17-кетостероидов. 2 иллюстрации. 1 таблица. Библиография: 2 названия.

В 1967 г. появилось сообщение о возможности применения электрогустометрии для определения недостаточности надпочечников [1]. Авторы исходили из того, что при этой патологии изменяется отношение калий/натрий в слюне. Изменение соотношения калий/натрий в слюне оказывает влияние на вкусовую чувствительность, возбуждаемую прохождением постоянного электрического тока от кончика языка, смоченного слюной, до правого плеча. У здоровых потеря вкусовых ощущений при дополнительном сопротивлении 100 кОм наступает при 15 мкА, если напряжение в цепи было 4,5 В. У лиц с недостаточностью надпочечников потеря вкусовых ощущений наступает при 2—10 мкА.

В отечественной литературе мы не нашли работ, посвященных применению электрогустометрических измерений для распознавания недостаточности надпочечников.

Нами проведена электрогустометрия у 400 здоровых (214 женщин и 186 мужчин в возрасте 20—25 лет) и у 270 больных. При выполнении исследований пользовались аппаратом (рис. 1 и 2), изготовленным по принципиальной схеме Вебера (1968). Дифференциальный электрод прикладывали к кончику языка и подключали к аноду, индифферентный — к катоду. Длительность одного измерения — 2—3 с. В расчет принимали среднюю величину пятикратного измерения.

Сила тока при напряжении 4,5 В и дополнительном сопротивлении 100 кОм, при которой исчезали вкусовые ощущения, у здоровых женщин была 17 ± 6 мкА, у мужчин — 19 ± 7 мкА.

Из 270 больных показатели электрогустометрии в пределах нормы были у 227 (17 ± 5 мкА), умеренно снижены — у 18 (9 ± 3 мкА), резко понижены — у 25 (3 ± 1 мкА).

У 15 больных с нормальными, у 15 с умеренно сниженными и у 25 с резко сниженными показателями электрогустометрии мы исследовали функциональное состояние