

**К вопросу об экскреции 17-оксикортикостероидов
мочой при острых заболеваниях органов
брюшной полости и перитоните**

И. А. ПЕТУХОВ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. Н. М. Янчур)

Функция надпочечников у больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости изучена недостаточно, особенно при перитоните. По этому вопросу в литературе имеются немногочисленные и разноречивые данные.

Нами изучалась глюкокортикоидная функция надпочечников у больных острыми заболеваниями органов брюшной полости путем определения суточной экскреции 17-оксикортикостероидов мочой по методу Портера и Сильбера в модификации М. А. Креховой. Исследования проводились в динамике. Определялись суммарные и свободные стероиды. Количественное определение стероидов производилось спектрофотометрически по оптической плотности их растворов на спектрофотометре СФ-4 в кварцевых кюветах при длине волны 410.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики.

Нами была поставлена задача изучить экскрецию стероидов у больных острыми заболеваниями органов брюшной полости без клинических признаков перитонита, а также с явлениями перитонита.

Было обследовано 83 больных (мужчин 35, женщин 48) в возрасте от 18 до 70 лет.

Больных острыми заболеваниями органов брюшной полости без перитонита обследовано 62, в том числе при профузном гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии—9, внутрибрюшинном кровотечении генитального происхождения—5, острой кишечной непроходимости и ущемленной грыже живота—8, остром аппендиците—19, остром холецистите и панкреатите—15, прочих—6.

Больных острыми заболеваниями при наличии перитонита обследовано 21, в том числе при перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки—6, деструктивным аппендиците — 10, травме живота с повреждением внутренних органов—3, послеоперационном перитоните — 2.

Из 62 больных первой группы у 23 изучена экскреция 17-оксикортикостероидов мочой до операции. Это в основном больные острыми холециститами, панкреатитами и острой кишечной непроходимостью, которые не были оперированы. Суточная экскреция составляла от 0,4 мг при острой кишечной непроходимости до 20,2 мг при острых панкреатитах. Средняя экскреция на 23 наблюдения равнялась $5,2 \pm 0,75$ мг, т. е. выше, чем у больных контрольной группы ($t > 3$). Повышенные цифры экскреции отмечены также у больных с профузными гастродуоденальными кровотечениями, но это статистически недостоверно ($t < 3$).

У 41 больного произведено исследование экскреции в послеоперационном периоде в сроки от 1 до 32 суток. При этом отмечено статистически недостоверное повышение суточной экскреции.

У 21 больного, оперированного по поводу острых заболеваний органов брюшной полости при наличии перитонита, изучена экскреция стероидов в сроки от 1 до 19 суток послеоперационного периода. При этом отмечено повышение цифр экскреции, статистически достоверное в первые двое суток ($t > 3$).

На основании анализа полученных данных мы пришли к заключению, что у больных острыми заболеваниями органов брюшной полости как до операции, так и в послеоперационном периоде имеет место повышение глюкокортикоидной функции надпочечников, что выражается в увеличении экскреции 17-оксикортикостероидов мочой. Особенно резко выражено увеличение экскреции в первые 2—3 суток послеоперационного периода у больных с явлениями перитонита. Все это свидетельствует о том, что при острых заболеваниях органов брюшной полости базальная экскреция 17-оксикортикостероидов повышена, но потенциальные резервы по сравнению с контрольной группой несколько снижены. Поэтому следует назначать в послеоперационном периоде, особенно при перитоните, глюкокортикоидные гормоны, так как острые заболевания органов брюшной полости являются мощным стрессором, быстро ведущим к истощению коры надпочечников.