

фическую инфекцию в бронхах, не проводили.

Таким образом, исследования показали, что у больных туберкулезом легких пожилого возраста бронхообструктивный синдром чаще возникает в результате нарушений бронхиального дренажа, а не вследствие бронхоспазма. Это необходимо учитывать в терапевтической практике. Назначение адекватной терапии с учетом механизма бронхообструкции дает в таких случаях хороший эффект.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Греймер М. С., Корелин В. К., Стрелетова Т. Н. // Пробл. туб. — 1986. — № 11. — С. 25—28.
2. Нефедов В. Б., Смирнова А. Г., Репина О. С. // Пробл. туб. — 1984. — № 5. — С. 10—12.
3. Руководство по пульмонологии / Под ред. Пугова Н. В., Федосеева Г. В. — М., Медицина, 1984.
4. Смирнов Г. А., Абашев И. М. // Казанский мед. ж. — 1984. — № 6. — С. 429—433.

Поступила 11.10.88.

УДК 618.3—008.6—02:618.7—02:616.61—073.916

## РАДИОИЗОТОПНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК В РАННЕМ ПУЭРПЕРИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЙ ПОЗДНИЙ ГЕСТОЗ БЕРЕМЕННЫХ

В. И. Еремкина, А. Н. Юсупова, А. И. Менкевич

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Л. А. Козлов)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Известно, что поздний гестоз беременных не проходит бесследно, а оставляет более или менее выраженные изменения, в частности, в почках [2]. В предыдущих исследованиях нами было показано, что почти у половины женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных, функция почек остается нарушенной и через год после родов [1]. Эти нарушения были выявлены с помощью радиоизотопной ренографии; другими же методами диагностики (биохимические, клинические) изменения функции почек установить не удалось. К сожалению, радиоизотопного исследования в раннем пуэрперии не проводили, поэтому выполнить динамическое наблюдение за состоянием функции почек сразу же после родов не представилось возможным. На современном этапе родильниц, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных, выписывают после интенсивной терапии гестоза в послеродовом периоде.

Нами произведено радиоизотопное исследование функции почек в раннем пуэрперии у 35 женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз беременных. Обследование осуществляли на 10—12-й день после родов; в это время обычно наблюдалась нормализация клинико-лабораторных показателей или выраженная тенденция к их нормализации.

У всех обследованных был тяжелый поздний гестоз II—III степени, у 3 — явления преэклампсии. Продолжительность гестоза до родоразрешения колебалась от 7 до 8 нед. Беременные были доставлены из районов ТАССР в связи с длительным тяжелым гестозом, не поддающимся медикаментозной коррекции. Женщины были в возрасте

до 30 лет. Первобеременных было 25, повторнобеременных — 10. С учетом трудной дифференциальной диагностики «чистого» и «сочетанного» позднего гестоза во время беременности эти формы гестоза не подразделяли.

Исследование выполняли на венгерской установке «Гамма» с помощью  $^{99}\text{Tc}$ . Всем родильницам проводили интенсивное лечение позднего гестоза по схеме. Анализ результатов обследования показал, что у всех женщин, перенесших тяжелый поздний гестоз, перед выпиской определялись нарушения функции почек независимо от тяжести гестоза. Так, при нефропатии I степени время секреции ( $T_{\max}$ ) составляло в среднем 7 мин, при нефропатии II—III степени — также 7 мин. Время полувыведения препарата ( $T_{1/2}$ ) резко удлинялось, особенно правой почки, и у 15 женщин практически не было зарегистрировано в течение всего времени исследования (более 20 мин). У остальных  $T_{1/2}$  левой почки было равно 12 мин,  $T_{1/2}$  правой почки — 15 мин. Все родильницы были осмотрены нефрологом в отделении и взяты на учет. Им была дана подробная рекомендация, на основании которой их должны поставить на учет по месту жительства и назначить соответствующее лечение. Через год необходимо провести повторное исследование, что позволит дифференцировать заболевание почек и резидуальные явления гестоза. Женщин с восстановленной (по данным радиоизотопного исследования) функцией почек можно снять с учета. Других же, по нашему мнению, следует считать носителями почечного заболевания, за ними необходимо тщательное наблюдение со стороны тера-

пента и нефролога по месту жительства. Такие больные нуждаются в медицинской реабилитации [3].

Таким образом, реабилитация патологии почек после родов является критерием диспансерного наблюдения за женщинами, перенесшими тяжелый поздний гестоз беременных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Еремкина В. И. // Казанский мед. ж.— 1984.— № 3.— С. 109—111.
2. Иванов И. П., Шехтман М. М. // Казанский мед. ж.— 1977.— № 5.— С. 75—77.
3. Шехтман М. М., Стругацкий В. М., Канюнова Э. Ф., Тохлян А. А. // Акуш. и гин.— 1983.— № 6.— С. 1—64.

Поступила 20.03.88

УДК 618.11—002.28—036.12—085

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

М. И. Сабсай

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— канд. мед. наук М. И. Сабсай)  
Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института*

Восстановительное лечение больных эндометриозом яичников врач чаще всего проводит в послеоперационном периоде. Особенностью этой часто встречающейся разновидности опухолевидных образований яичников является чрезвычайная полисимптомность клиники. Характерная для эндометриоза цикличность проявлений прослеживается и при поражении яичников, однако и на болевой симптом, и на менструальную функцию существенный отпечаток накладывает выраженный спаечный процесс в малом тазу. Именно данным обстоятельством объясняется сравнительная редкость дооперационной диагностики эндометриоза яичников — она колеблется около 7% [10].

Различают эндометриоз и эндометриоидные кисты яичников. Последние встречаются чаще и, по мнению Б. И. Железнова и А. Н. Стрижакова [2], возникают лишь в результате запоздалой диагностики. Обнаруженная опухоль придатков матки служит показанием для оперативного лечения, но нередко больных оперируют по поводу синдрома острого живота — типичного исхода вскрывшихся эндометриоидных кист. Реже системный поиск причины упорных тазовых болей или бесплодия приводит к сравнительно раннему диагнозу с помощью лапароскопии. Такие пациентки нуждаются в длительном лечении, но и оперированные больные оказываются далеко не излеченными. Их преследует угроза рецидива заболевания, особенно при излившемся в брюшную полость во время операции содержимого эндометриоидных кист. Без специального лечения генеративная функция восстанавливается редко. Это обстоятельство и является основным показанием к длительному восстановительному лечению в послеоперационном периоде.

Под нашим наблюдением (от 1 до 7 лет) находились 46 женщин, больных эндометриозом яичников. В момент обращения за

помощью больные были в возрасте от 23 до 49 лет (средний возраст пациенток составлял 31,3 года), заболевание же началось значительно раньше. Первые его признаки появились в среднем в возрасте 25,3 года. В действительности, если учитывать преморбидное состояние в виде рецидивирующих воспалительных процессов (58%), болезненных (60%) и обильных (38%) менструаций с периода их становления, то начало заболевания относится к еще более молодому возрасту. Эндометриоз яичников — частый удел молодых небеременных женщин. По нашим наблюдениям, каждая третья из оперированных по поводу этой патологии страдала бесплодием, причем на долю первичного бесплодия приходилось 44%. Следует обратить внимание и на особенности сексуальной функции этих пациенток. 5 женщин не жили половой жизнью, не испытывая в ней никакой потребности. Раньше 18 лет начали половую жизнь 4 женщины и позже 25 лет — 6. С началом половой жизни у 6 пациенток менструации стали обильными и болезненными, у 5 женщин началось нарушение жирового обмена; у каждой третьей пациентки половая жизнь проходила по типу диспареунии, наблюдались аноргазмия и фригидность. Из 41 пациентки, жившей половой жизнью, только у 19 женщин беременность наступила в первый год замужества, у 2 — на второй и у 2 — на третий. Однако лишь у 15 из 23 забеременевших первая беременность завершилась нормальными срочными родами. У 2 пациенток она закончилась самопроизвольным абортom на ранних сроках, у одной — кесаревым сечением, у 2 — патологическими родами и у 3 — легальными абортomами. Последующие беременности закончились нормальными родами лишь у 10% пациенток. 23 женщины не забеременели вообще.

Соотношение числа родов к числу бере-