

крепления, хронической внутриутробной гипоксией и незрелостью плода; через 5 мин — 6 баллов. Плацента отделена от заднего листа широкой связки и удалена со всеми оболочками, левой маточной трубой и яичником. Брюшная полость ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Женщина выписана на 11-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

Ребенок был переведен в детскую больницу с диагнозом: состояние после асфиксии. Аспирационный синдром. Выписан через месяц в удовлетворительном состоянии.

18.214.618.146—008.64—089.84

Л. А. Куракина (Нижекамск, ТССР). Опыт лечения истмико-цервикальной недостаточности во время беременности

Борьба с невынашиванием беременности до настоящего времени не теряет своей актуальности. Одной из причин указанной патологии является истмико-цервикальная недостаточность. Существует много методов ее лечения, однако они сложны и травматичны для шейки матки.

С 1972 г. мы применяем довольно простой и доступный метод наложения П-образного шва на шейку матки. Сущность операции заключается в следующем: шейку матки обнажаем с помощью влагалищных зеркал. Пулевыми шпильками фиксируем ее к передней и задней губе отдельно. Обнажаем левый боковой свод, оттягивая шейку матки влево. На границе перехода слизистой бокового свода на расстоянии 0,5—1 см от края сзади наперед прокалываем всю толщу шейки матки иглой со сдвоенной лавсановой или капроновой нитью. Затем обнажаем правый боковой свод и аналогично делаем вкол спереди назад. Концы нити завязываем в заднем своде. Беременной предписываем строгий постельный режим с приподнятым тазом, а также назначаем спазмолитики. Осмотр в зеркалах проводим через 3 сут. При отсутствии угрозы выкидыша и хорошем состоянии шва разрешаем беременной ходить.

По предлагаемому нами методу шов можно накладывать при небольшом пролабировании плодного пузыря, который в момент операции тупфром направляют до уровня нужного захвата шейки матки.

Были проанализированы случаи наложения П-образных швов по указанному выше методу за 1987—1988 г. у 20 беременных. По возрасту женщины распределялись следующим образом: от 20 до 30 лет — 9, от 31 до 40 — 11. У 4 женщин был один выкидыш, у 5 — 2, у 3 — 3, у 2 — 4, у 2 — 5, у 2 — 6, у 2 — 8. У 9 беременных были одни роды, у 2 — 7 женщин не рожали; у 2 — были преждевременные роды. После наложения шва 4 беременным потребовалась повторная госпитализация. 11 из 20 беременных родоразрешились в срок, в том числе 2 женщины путем кесарева сечения. Преждевременных родов было 2, поздних выкидышей — 2. Из-под наблюдения выбыли 3 женщины после выдачи им декретного отпуска в связи с переменной места жительства.

Таким образом, хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности во время беременности методом наложения одного П-образного шва на шейку матки достаточно эффективно. Операция технически проста, доступна широкому кругу практических врачей и не оказывает отрицательного влияния на состояние здоровья матери и плода. При неосложненном

течении шов снимают после 35—37 нед беременности. Метод можно рекомендовать для широкой практики.

УДК 616.832—004.2:616.155.34—092

Ю. А. Афанасьев (Казань). Участие полиморфно-ядерных нейтрофилов в механизмах формирования патологического процесса при рассеянном склерозе

Целью нашего исследования являлось изучение активности ряда ферментов и содержания неферментных катионных белков в полиморфно-ядерных нейтрофилах (ПМН) периферической крови у больных рассеянным склерозом.

Под нашим наблюдением находились 130 больных рассеянным склерозом (47 мужчин и 83 женщин). У 48 из них была фаза обострения, у 72 — фаза ремиссии, у 10 — III стадия заболевания. Рассеянный склероз диагностировали на основании общепринятых диагностических критериев. Контрольная группа состояла из 28 здоровых людей.

Анализ показал, что цитохимическая характеристика ПМН в значительной степени зависит от фазы патологического процесса. Так, у больных в состоянии ремиссии показатели активности кислой фосфатазы (КФ), пероксидазы (ПР), хлорацетат-АС-Д-эстеразы (ХААСДЭ) не отличались от нормы. Активность щелочной фосфатазы (ЩФ) была умеренно повышенной — $65,5 \pm 2,2$ ед. (норма — $54,6 \pm 4,0$; $P < 0,02$), а средний цитохимический коэффициент (СЦК) катионных белков (КБ) — слегка сниженным.

Во время обострения в ПМН имело место резкое и существенное возрастание активности изучаемых ферментов в сравнении с нормой и показателями больных в фазе ремиссии. Содержание в клетках КБ было еще меньшим, чем в ремиссии.

В зависимости от продолжительности заболевания больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу (16 чел.) составили больные с длительностью заболевания до 2 лет, 2-ю (25) — от 2 до 5 лет, 3-ю (41) — свыше 5 лет. Анализ цитохимических показателей нейтрофилов у больных этих групп во время обострения показал достоверное возрастание активности ПФ и КФ по сравнению с нормой. Длительность заболевания на активности ПР не отражалась.

Более низкой по сравнению с нормой оказалась активность ХААСДЭ только у больных 1-й группы ($P < 0,02$), во 2 и 3-й группах она не отличалась от контроля. Содержание КБ во время обострения было уменьшено во всех группах, наиболее низким оно оказалось у больных 1-й группы по сравнению с этими же показателями у больных 2 и 3-й групп (соответственно $P < 0,001$ и $P > 0,5$). Однако только у больных 1 и 3-й групп оно достигало статистически значимого различия с контролем. Активность ХААСДЭ у больных 1-й группы во время обострения была достоверно выше, чем у лиц с большей длительностью патологического процесса в той же фазе. В фазе ремиссии у больных 1-й группы и у здоровых были отличия лишь между двумя показателями, в частности между активностью ЩФ и КБ.

Мы не обнаружили зависимости изучаемых показателей от возраста больных. Во всех возрастных группах (до 20 лет, от 21 до 30 лет и старше) происходили однотипные, связанные с фазой болезни изменения в характеристике активности ферментов: возрастание активности ЩФ и КФ и снижение СЦК КБ.

Данные, полученные у больных рассеянным

склерозом, могут указывать, с одной стороны, на активацию гранулоцитопоза, а с другой — на повышение ферментативной активности зрелых нейтрофилов. Подтверждением данного предположения могут служить результаты исследования, ранее выполненного в нашей лаборатории, в котором описано оживление нейтрофильного ростка костного мозга у больных рассеянным склерозом.

УДК 616.36—002.14:618.14—002—06:618.39—089.888.14—06

Г. М. Шигапова (Казань). Клиническое течение вирусного гепатита В у больной с постабортным эндометритом, осложненным стафилококковым сепсисом

В литературе имеются немногочисленные сведения о гнойно-септических проявлениях при вирусных гепатитах. Ряд авторов указывают на прогностическое значение бактериемии при циррозах печени. Известно, что по мере нарастания печеночной недостаточности появляются предпосылки для бактериально-вирусной реинфекции.

В наших наблюдениях гнойно-септические проявления имели место у 3% больных вирусным гепатитом А и у 10% больных вирусным гепатитом В. В 30% случаев гнойно-септические проявления сопровождалась бактериемией. Среди выделенных гемокультур были *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*.

У всех больных наблюдалась тенденция к затяжному течению гепатита. Гнойно-септические осложнения возникали на 30—50-й день болезни в виде лихорадки (25%), фурункулеза, гнойного отита и паратонзиллярного абсцесса (назофарингита). В отдельных случаях бактериемия не сопровождалась клиническими признаками и лихорадкой. Поводом для проведения исследований на бактериологию являлись затяжное течение гепатита, дисбактериоз кишечника, гиповитаминоз.

Приводим историю болезни Х., 29 лет, которой был сделан медицинский аборт за 7 дней до появления желтухи, то есть в дожелтушную фазу вирусного гепатита. Недомогание, слабость, тошноту и рвоту больная связывала с беременностью и жалоб врач-гинекологу не предъявляла.

В инфекционный стационар она поступила на 8-й день болезни и 3-й день желтухи с жалобами на слабость, быструю утомляемость, боли в области желудка и правом подреберье, желтушность склер и кожи.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, желтушность склер и кожи, обложенный язык, болезненность при пальпации живота; печень увеличена до 3 см, плотностягивающейся консистенции. Выявлен двусторонний положительный симптом Пастернацкого. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не найдено. С первых дней пребывания в стационаре больная отмечала сукровичные выделения из половых путей, боли в пояснице, лихорадку. В связи с этим ее проконсультировал врач-гинеколог, который установил постабортный эндометрит. Признаки интоксикации и желтухи нарастали до 15-го дня болезни, лихорадка держалась до 32-го дня пребывания в стационаре, сукровичные выделения из половых путей были до 39-го дня и боли в пояснице — до 17-го дня. Из крови больной был выделен *Staphylococcus epidermidis*. Комплексная терапия гепатита с включением антибиотиков широкого спектра действия способствовала улучшению состояния больной, однако течение вирусного гепатита приняло затяжной характер и осложнилось

Результаты биохимических исследований крови

Пробы	Динамика некоторых печеночных проб		
	при поступлении	при обострении	при выписке
Общий билирубин, мкмоль/л	113,7	74	21,4
Прямой билирубин, мкмоль/л	100	30	10,3
АЛАТ (разведение 1 : 10), мкмоль/(ч·л)	46,3	24,2	20
Сулемовая проба, мл	1,6	1,4	1,3
Тимоловая проба, ед.	87	85	83

клинико-ферментативным обострением на 46-й день болезни и ферментативным (гиперферментемия) — на 150-й день.

Клинико-ферментативное обострение протекало тяжело, вновь появились слабость, тошнота, рвота, стала нарастать желтуха и увеличиваться в размерах печень. Одновременно протромбиновый индекс с 82% упал до 48%, что свидетельствовало о нарушении белковосинтетической функции печени. В связи с ухудшением состояния в лечение был включен преднизолон. Он был назначен комбинированно: внутривенно капельно по 120 мг в сутки в течение 7 дней и внутрь в дозе 40 мг в сутки в течение месяца. Отмена препарата проводилась на фоне постепенного снижения дозы, начиная с момента улучшения в состоянии и повышения уровня протромбинового индекса до исходного. В период данного обострения из крови больной вновь выделен *Staphylococcus epidermidis*.

Анализ периферической крови при поступлении: эр.— $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 2,1 ммоль/л, цв. показатель — 1,003, л. — $2,7 \cdot 10^9/л$, э.— 5%, п.— 9%, с.— 43%, лимф.— 41%, мон.— 2%; СОЭ — 8 мм/ч. При выписке: л.— $3,8 \cdot 10^9/л$, э.— 2%, п.— 1%, с.— 56%, лимф.— 34%, мон.— 7%, СОЭ — 8 мм/ч. Анализ мочи: лейкоциты — 30—50 в поле зрения, по Нечипоренко — 1 370 000. Из мочи выделена культура *Staphylococcus epidermidis* — более 10 млн. в 1 мл мочи.

При поступлении в стационар содержание общего белка — 78,5 г/л.

Результаты неоднократных исследований крови на HBsAg в РПГА были отрицательными, но антиген был найден в РИА (Москва).

В комплексное лечение входила базисная (стол 5а, 5) и дезинтоксикационная терапия; в периоде обострения были назначены преднизолон (840 мг внутривенно и 570 мг внутрь), ингибиторы протеаз, гепатопротекторы, альбумин, трансфузии крови, нативная плазма, препараты калия. Антибактериальную терапию проводили в течение 30 дней пенициллином, ампициллином, кефзолем и гентамицином. Больная получала нитроксалин.

Пациентку выписали из стационара на 157-й день болезни в связи с выздоровлением; сепсис был ликвидирован, но сохранялись остаточные явления вирусного гепатита.

При диспансеризации, которая продолжалась при стационаре в течение 2 лет, была установлена затяжная реконвалесценция. Выздоровление наступило через один год и 3 мес.

Следовательно, вирусный гепатит В и сепсис можно рассматривать как две конкурирующие нозологические формы с негативным взаимовлиянием.

УДК 616.986.7 (470.41)

Н. Е. Дмитриев, М. А. Гильдебранд, Л. А. Дмитриев