

Таблица 2

Осложнения послеоперационного периода

Характер послеоперационных осложнений	Экстраперитонеальный метод	Интраперитонеальный метод
Осложнения в операционной ране	6	5
Субинволюция матки	1	2
Метроэндометрит	1	4
Перитонит	—	2
Прочие осложнения	2	9
Всего осложнений	10	22

номицина утром и вечером в дренажную трубку. На третьи сутки дренаж извлекали. В основной группе осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 10 больных, в контрольной — у 22 (см. табл. 2).

Средняя продолжительность пребывания рожениц в стационаре после операции кесарева сечения в основной группе составила $11,3 \pm 0,5$ дня, в контрольной — $12,2 \pm 1,9$ дня ($P > 0,05$).

Полученные данные указывают, что при экстраперитонеальном кесаревом сечении опасность возникновения в послеоперационном периоде тяжелых септических осложнений, особенно перитонита, значительно ниже, чем при интраперитонеальном методе вмешательства. Однако ввиду технической сложности внебрюшинного кесарева сечения оно должно являться операцией выбора. Выполнение его может осуществляться лишь в клинических условиях акушерами-гинекологами высокой квалификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ландеховский Ю. Д. Акуш. и гин., 1972, 12.— 2. Персианинов Л. С. Там же, 1967, 8.— 3. Персианинов Л. С., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Там же, 1977, 5.— 4. Слепых А. С. Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве. М., Медицина, 1968.— 5. Уткин В. М. Аспекты операции «кесарево сечение» в свете современных представлений о рациональном ведении родов. Автореф. докт. дисс., Воронеж, 1971.— 6. Морозов Е. Н. Акуш. и гинек. (София), 1974, 13, 4.— 7. Joschko R. Zbl. Gynäk., 1974, 96, 49.

Поступила 9 января 1979 г.

УДК 618.3—008.6:616—059:615.456.1

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ПОЗДНЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Г. М. Савельева, С. Я. Малиновская, Г. Д. Дживелегова, Р. И. Шалина, О. Н. Широкинская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—чл.-корр. АМН СССР проф. Г. М. Савельева) педиатрического факультета 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова

Реферат. Обобщены данные наблюдений за 58 беременными с тяжелыми формами позднего токсикоза, комплекс интенсивного лечения которых включал введение инфузионных сред. Константирована более высокая эффективность инфузионных сред, содержащих гепарин. Предлагаемый комплекс терапевтических мероприятий приводит к сравнительно быстрой нормализации нарушенных функций, но не устраняет основного заболевания, имевшего место до беременности.

Ключевые слова: поздний токсикоз беременных, инфузионная терапия.

Библиография: 9 названий.

Применение инфузионной терапии при позднем токсикозе беременных является патогенетически обоснованной мерой [1—3, 5], поскольку она направлена на коррекцию возникающих при этом осложнений беременности гемодинамических и метаболических нарушений. Однако следует учитывать, что патогенез позднего токсикоза изучен не полностью. В последние годы большое значение в развитии заболевания придают

синдрому диссеминированного внутрисосудистого свертывания — ДВС [4, 7, 8], который сопровождается образованием тромбоцитарно-фибриновых микросвертков в сосудистом ложе капиллярно-трофических структур на фоне генерализованного спазма артериол. Синдром ДВС связан также с изменением реологических свойств крови [6, 9]. Вопрос о составе сред, используемых для инфузии при поздних токсикозах беременных, не может считаться до конца решенным.

Мы проанализировали результаты наблюдений за 58 беременными с тяжелой формой позднего токсикоза, которым проводили интенсивную терапию, в том числе и инфузионную, причем для части больных в состав коктейля включали гепарин. В целях контроля за эффективностью терапии и изменениями в организме беременных исследовали кислотно-основное равновесие, гематокрит, содержание электролитов, интенсивность агрегации эритроцитов, вязкость крови, предел текучести, электрофоретическую подвижность эритроцитов, свертывающую систему крови.

При определении тяжести токсикоза мы пользовались классификацией С. М. Беккера. У 31 беременной была тяжелая форма нефропатии, у 22 — преэклампсия и у 5 — эклампсия.

У беременных с тяжелой формой нефропатии АД варьировало от 170/100 до 200/100 мм рт. ст., содержание белка в моче — от 2,4 до 16,5 г/л. Отмечались отеки III—IV ст., при осмотре глазного дна обнаружена ангиопатия сетчатки.

Беременные с преэклампсией при поступлении жаловались на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастрии. 5 женщин поступили в роддом в тяжелом состоянии после нескольких припадков судорог. АД у беременных с преэклампсией и эклампсией колебалось в пределах 180/100 — 240/120 мм рт. ст., содержание белка в моче — от 6 до 33 г/л. Отеки были также резко выраженными. При осмотре глазного дна у всех беременных с преэклампсией и эклампсией была обнаружена ангиопатия, а у одной констатирована отслойка сетчатки.

Исследование реологических свойств крови, проведенное у 12 беременных (у 9 с тяжелой формой нефропатии, у 2 с преэклампсией и у 1 с эклампсией), выявило значительные изменения; у всех беременных была резко повышена интенсивность агрегации эритроцитов, вязкость крови, снижены предел текучести и электрофоретическая подвижность эритроцитов и тромбоцитов.

Инфузионную терапию проводили всем беременным в комплексе мероприятий, способствовавших созданию лечебно-охранительного режима, снижению возбудимости головного мозга и заключающихся в применении наркоза (закисно-кислородного, фторотанового или эфирно-кислородного) при преэклампсии и эклампсии, назначении нейролептиков, транквилизаторов, анальгетиков, седативных и антигистаминных препаратов (дроперидол, седуксен, промедол, димедрол, пипольфен), которые вводили преимущественно внутривенно перед началом и во время вливания инфузионных сред.

Для устранения периферического спазма сосудов применяли гипотензивные и ганглиоблокирующие средства: эуфиллин — 10 мл 2,4% раствора; но-шпа — 4 мл 2% раствора; дибазол — 4—6 мл 0,5% раствора; папаверин — 2 мл 2% раствора; раусседил, пентамин, арфонад. Мы пришли к выводу, что при тяжелой нефропатии введение эуфиллина следует повторять через 3—4 ч, чередуя или сочетать с папаверином, раствором дибазола или но-шпы. Последняя по своему химическому составу близка к папаверину, но оказывает более выраженное спазмолитическое действие, менее токсична и способствует улучшению коронарного кровообращения.

Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови внутривенно капельно вводили реополиглюкин (400 мл), глюкозо-новокаиновую смесь (15С мл 10% раствора глюкозы и 150 мл 0,25% раствора новокаина) капельно с 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты и инсулином из расчета 1 ед. на 4 г сухого вещества глюкозы. При лечении гепарином его вводили в одной капельнице с реополиглюкином по 5000 МЕ через каждые 6 ч в течение суток под контролем тромбоэластограммы и показателей, характеризующих реологические свойства крови.

Коррекция гиповолемии и гипопротенемии достигалась путем введения (после снижения АД) 150—200 мл раствора сухой плазмы (в бидистиллированной воде, 1:3).

С целью регуляции водно-солевого обмена назначали салуретики (лазикс — 40 мг одномоментно); при необходимости (недостаточный диурез!) введение лазикса повторяли через 4 ч; общее количество препарата в сутки, как правило, не превышало 120 мг. При снижении концентрации калия в плазме ниже 4,0 ммоль/л применяли хлорид калия 1% в 10% растворе глюкозы (3—6 г). Лечение препаратами калия следует проводить под контролем его содержания в крови, так как при передозировке могут возникнуть тяжелые расстройства в организме. При явлениях отека мозга применяли осмодиуретик маннитол (30—60 г 30% раствора).

Введение осмотических и коллоидно-осмотических растворов и препаратов, воздействующих на реологические свойства крови, особенно показано при явлениях гемоконцентрации (гематокрит выше 45%). При выявлении патологического ацидоза (рН 7,34—7,30, ВЕ минус 6—8 ммоль/л крови) в состав инфузионных сред вводили ощелачивающие растворы (5% раствор гидрокарбоната натрия — 150—200 мл, в зависимости от массы тела беременных). Всем беременным вводили сердечные гликозиды.

Общее количество вводимой жидкости не превышало 1,5 л/сут, за исключением 4 беременных с эклампсией, которым было введено по 2,4—2,6 л/сут.

Под влиянием инфузионной терапии, проводимой в комплексе интенсивного лечения, улучшалось состояние беременных, ни у одной не отмечено перехода позднего токсикоза в более тяжелую форму. У 22 беременных достаточно хороший эффект наблюдался после проведения инфузионной терапии в течение 2 дней, у 10 на наступил на 3-и, а у 21 — на 4—5-е сутки от начала лечения. 4 беременным, доставленным в родильный дом в крайне тяжелом состоянии (эклампсическая кома, острая почечная недостаточность), интенсивную терапию, в том числе и инфузионную, проводили во время кесарева сечения и в течение 3—5 сут после него.

По мере улучшения состояния беременных исчезали общемозговые симптомы, снижалось АД, уменьшались протенемия и отеки.

В процессе проведенной инфузионной терапии нормализовалось кислотно-основное равновесие крови, введение гемодилютантов способствовало снижению гематокрита с 48—46% до 38—36%; у 2 беременных гематокрит снизился до 28—26%, при обследовании у них была выявлена анемия. После повторных введений концентрированного раствора плазмы и альбумина количество общего белка увеличилось с 56—62 г/л до 78—83,5 г/л. У всех беременных повышался диурез: суточный — до 1,6—2,0 л, часовой — до 0,56—0,63 л/ч. Благоприятные сдвиги наблюдались в электролитном балансе. Снижалась концентрация натрия в плазме — со 142,2—147,4 до 138—141,2 ммоль/л, возрастало содержание калия — с 3,35—3,7 ммоль/л до 3,97—4,1 ммоль/л. Интенсивная терапия с назначением массивных доз лазикса (до 240 мг/сут), проведенная 3 беременным с эклампсией, способствовала значительному увеличению диуреза, но в то же время вызвала резкое расстройство электролитного обмена, кислотно-основного равновесия. Диурез увеличился до 4,7—5,2 л/сут, концентрация калия в плазме крови снизилась до 3,3—2,1 ммоль/л, натрия — до 123—116,1 ммоль/л. В кислотно-основном равновесии был выявлен сдвиг в сторону алкалоза. Кроме того, исследование реологических свойств крови при назначении массивных доз лазикса показало, что у этих беременных наряду с повышением значения гематокрита (до 48—50%) увеличивалась вязкость крови, снижался предел текучести, возрастал коэффициент агрегации тромбоцитов.

Следует считать противопоказанным введение больших количеств жидкости (свыше 1,5 л) и массивных доз диуретиков (свыше 120 мг в сут) беременным с тяжелыми формами позднего токсикоза.

Длительность терапии определяется ее эффективностью. Стойкое повышение АД, особенно диастолического, является показанием для повторного введения глюкозопариталовой смеси, спазмолитических и гипотензивных средств центрального действия (папаверина, рауседила, резерпина) и ганглиоблокирующих препаратов (1—2 мл 5% раствора пентамина) дробными дозами.

При снижении общего белка в крови до 60 г/л и ниже состав инфузионной смеси в последующие дни пополняют альбумином (80—100 мл 20% раствора), протеином (200—300 мл) или повторно вводят сухую плазму.

Включение в комплекс лечебных мероприятий гепарина, как показали наши наблюдения, повышало эффект лечения больных с поздним токсикозом беременных: раньше улучшалось их общее состояние, диурез увеличивался еще до назначения лазикса, а при дальнейшем однократном применении последнего в умеренных дозах (40 мг) становился положительным. Интенсивность агрегационного процесса снижалась с 9,0—10,0% до 7,0—6,5%, электрофоретическая подвижность эритроцитов повышалась в 2—3 раза уменьшалась вязкость крови, значительно увеличивался предел текучести.

Улучшение состояния больных в результате комплексной интенсивной терапии дало возможность провести роды через естественные родовые пути у 51 из 58 беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза. Своевременные роды были у 42 беременных, преждевременные — у 9. У 7 беременных пришлось произвести кесарево сечение: у 3 по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и у 4 в связи с поступлением их в родильный дом в крайне тяжелом состоянии (эклампсическая кома, острая почечная недостаточность).

Родились живыми 42 доношенных и 9 недоношенных новорожденных. Антенатально и интранатально погибло 7 плодов у беременных с тяжелой формой позднего токсикоза.

Родильниц выписывали на 10—17-е сутки после родов. 45 родильниц выписаны с нормальным АД, без изменений глазного дна и патологических сдвигов в моче. У 10 родильниц с сочетанным токсикозом при выписке АД оставалось повышенным, у 3 были остаточные явления пиелонефрита.

У 26 родильниц прослежены отдаленные результаты через 3—8 мес после родов. 16 из них здоровы, у 6 (перенесших сочетанный токсикоз) установлена гипертоническая болезнь и у 4 — пиелонефрит.

Полученные данные свидетельствуют, что комплексное интенсивное лечение тяжелых форм позднего токсикоза с применением инфузионной терапии приводит к быстрой нормализации нарушенных функций организма, но не устраняет основного заболевания, имевшего место до беременности. Мы считаем также целесообразным включать в комплекс лечебных мероприятий гепарин, который оказывает благоприятное влияние на реологические свойства крови и является, по данным литературы, основным средством лечения при синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бархатова Т. П., Суханова Л. П. В кн.: Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. М., Медицина, 1975.— 2. Вихляева Е. М., Бажанова Л. П. и др. Акуш. и гин., 1977, 1.— 3. Ильин И. В., Мануилова И. А. и др. В кн.: Труды XII Всесоюзн. съезда акуш.-гинекол. М., 1971.— 4. Персианов Л. С., Макацария А. Д. и др. Акуш. и гин., 1978, 11.— 5. Савельева Г. М. Там же, 1977, 6.— 6. Dintenfass L. Reology of Blood in diagnostic and Preventive medicine. London, 1976.— 7. McKoy D. G. Obstet. Gynaec., 1972, 21, 399.— 8. Page E. W., Villee C. A., Villee D. B. Human reproduction. The care content of Obstetrics, Gynecology and Perinatal Medicine. Philadelphia, 1972.— 9. Raby C. Coagulations intravascularies disseminees et localisees. Paris, 1974.

Поступила 3 апреля 1979 г.

УДК 618.3—008.6:616.61

ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЗДНИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ

В. И. Журавлева

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

Реферат. Методом радиоизотопной ренографии исследовано функциональное состояние почек у 81 женщины, перенесшей тяжелый поздний токсикоз беременных в чистой форме. Полученные данные указывают на целесообразность активной диспансеризации этого контингента женщин в течение 2 лет после родоразрешения. Авторы считают возможным использовать метод радиоизотопной ренографии с целью контроля за этапами реабилитации функции почек.

Ключевые слова: токсикоз беременных, почки, реабилитация.

Библиография: 7 названий.

По мнению ряда авторов, поздний токсикоз беременных не оставляет каких-либо изменений в почках [5—7]. Вместе с тем многие исследователи пришли к выводу, что резидуальные явления в почках имеются и, более того, сохраняются продолжительное время [1—4]. Подтверждением этой точки зрения служат данные радиоизотопной ренографии.

Мы поставили перед собой задачу изучить характер реабилитации функции почек и ее сроки и определить необходимую длительность диспансерного наблюдения за больными после выписки из родильного дома. Под наблюдением состояла 81 женщина, перенесшая тяжелый поздний токсикоз. Родоразрешение проводилось по нашей методике (позапанная длительная анальгезия, активная регуляция сосудистого тонуса и маточных сокращений). У 16 родильниц интенсивная терапия позднего токсикоза была продолжена и после родоразрешения (продленная анальгезия, полиэффectorная инфузионная терапия, окопозная индуктотермия). Сроки наблюдения варьировали от 1 до 5 лет. Контрольную группу составили 10 женщин.

Для оценки функционального состояния почек мы пользовались пробой Реберга — Тареева (у 30 обследованных) и методом радиоизотопной ренографии (у 61). Радиоизотопную ренографию проводили на венгерской установке «Гамма». Внутривенно вводили раствор натрия О-йодгиппурата, меченого ^{131}I в дозе 0,1 мкКи на 1 кг массы тела обследуемого.

Клубочковая фильтрация оказалась сниженной (меньше 80 мл/мин) у каждой второй обследованной женщины и составила в среднем $61,7 \pm 5,2$ мл/мин. В группе женщин, получавших реабилитационную терапию в послеродовом периоде, клубочковая фильтрация была ниже нормы также у каждой второй. Наиболее выраженное снижение клубочковой фильтрации наблюдалось через год после родов, но следует отметить, что и через пять лет у части женщин она оставалась сниженной (при отсутствии очевидных клинических симптомов).

Нормальное состояние функции почек констатировано у 45 женщин. Патологические ренограммы выявлены только у 16, причем 11 из них — женщины с давностью родоразрешения до 2 лет. Показатели клиренса эндогенного креатинина находились в некотором противоречии с данными радиоизотопной ренографии, что подтверждает большую объективную ценность второго метода исследования.

В контрольной группе патологических ренограмм не было.

Проведение лечебно-реабилитационных мероприятий значительно уменьшило частоту резидуальной патологии почек. Так, по истечении года снижение функции почек выявлено у 2 из 16 ($P < 0,05$). Это подтверждает целесообразность продолжения интенсивной терапии токсикоза после родоразрешения. Наши данные показывают, что функция почек после перенесенного позднего токсикоза беременных восстанавливается в основном в течение первых двух лет.