

окислительно-восстановительных процессов при позднем токсикозе беременных, что находит отражение в снижении числа SH-групп белка в сыворотке крови, каталазного числа и показателя каталазы, активности общей цитохромоксидазы; в увеличении уровня ваката-кислорода, коэффициента недоокисления мочи, концентрации пировиноградной и молочной кислот, активности общей лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в крови. Нормализация изученных параметров окислительно-восстановительных процессов при неосложненной беременности наблюдается на 8-й день после родов. При I стадии нефропатии лишь уровни молочной кислоты и ЛДГ к этому сроку не возвращаются к норме. Восстановление их наблюдается к 21-му дню.

Токсикоз II и III степени вызывает более глубокие нарушения окислительно-восстановительного процесса: лишь к 21-му дню приходят к исходному состоянию число SH-групп, каталазное число, показатель каталазы, активность цитохромоксидазы, содержание ваката-кислорода и коэффициент недоокисления мочи, концентрация пировиноградной и молочной кислот, тогда как активность ЛДГ все еще остается высокой. При сочетаний токсикоза с гипертонической болезнью или заболеванием почек окислительно-восстановительные процессы претерпевают значительные нарушения, и их показатели не нормализуются к моменту выписки из стационара.

Целенаправленно проводимая интенсивная терапия обеспечивает хороший клинический эффект, улучшение состояния внутренней среды организма и раннюю реабилитацию родильниц; уже к 4—8-му дню начинают нормализоваться окислительно-восстановительные процессы. Однако активность ЛДГ остается повышенной.

Наибольшую ценность в определении тяжести токсикоза и его инволюции представляют исследования содержания SH-групп белка, ваката-кислорода, коэффициента недоокисления мочи, что позволяет рекомендовать их использование в качестве диагностических тестов в акушерской клинике.

УДК 618.216:616.14—007.64

Канд. мед. наук Л. В. Чугунова, В. М. Гусакова (Казань).  
Варикоз вульвы при беременности и родах

Резко выраженный варикоз вульвы является серьезным осложнением беременности. Эта патология нередко сочетается с аномалиями прикрепления плаценты, многоплодием. В родах варикоз вульвы может явиться причиной смертельных кровотечений из-за разрыва истонченных стенок кавернозных полостей. В сентябре 1973 г. в акушерской клинике мы наблюдали женщину, у которой беременность двойней осложнилась резким варикозом вульвы и центральным предлежанием плаценты.

М., 26 лет. Беременность 3-я, роды 2-е. Первая беременность закончилась самопроизвольным абортom в 1,5 месяца, вторая срочными родами — вакуум-экстракцией, сопровождавшейся многочисленными разрывами мягких тканей родовых путей. Вес ребенка 3350 г.

Настоящая беременность сопровождалась анемией и жалобами на чувство тяжести и боли в области наружных половых органов.

27/IX 1973 г. М. при сроке беременности в 36 недель была госпитализирована в акушерскую клинику ГИДУВа по поводу\*подозрения на двойню и ввиду наличия анемии и большой правосторонней «паховой грыжи». Состояние при поступлении было удовлетворительным. АД 110/70, пульс 60 уд. в 1 мин. Тоны сердца приглушены. Гем. 92 г/л, Э. 2,98 · 10<sup>6</sup> в 1 мкл. Коагулограмма в пределах нормы. Размеры таза 26—28—30—18 см. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 33 см. Диагностирована двойня с головным предлежанием обоих плодов.

В области больших половых губ имеется большая сосудистая опухоль, представляющая конгломерат варикозно расширенных вен, образующих кавернозные полости, стенки которых резко истончены. Опухоль бугристая, мягко-эластической консистенции, синевато-багрового цвета, легко сжимается, но тотчас по прекращении на нее давления принимает первоначальную величину. В вертикальном положении беременной опухоль сильно увеличивается, мешает при ходьбе, вызывает чувство тяжести и боли в этой области; сзади она напоминает мошонку мужчины (рис. 1 и 2).

В течение 2 недель беременная находилась в отделении патологии беременных, где проводилось обследование и противоанемическое лечение.

За две недели до срока родов началось кровотечение, причиной которого было центральное предлежание плаценты. Произведена операция корпорального кесарева сечения. Извлечены два мальчика весом 2300 и 2600 г, живые, однояйцевая двойня, в головном предлежании. Плацента была большой и располагалась над внутренним маточным зевом. В области нижнего сегмента матки — выраженное варикозное расширение вен. Несмотря на введение внутримышечно в стенку матки сокращающих средств (метилэргометрина, окситоцина, пахикарпина) и гемотрансфузию, по окончании операции развилось атоническое кровотечение. Кровопотеря составила 1200 мл. Кровотечение было быстро остановлено. Выполнена кровопотеря. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Варикоз после операции уменьшился в 3—4 раза. Исчезли тягостные ощущения напряжения и боли в области наружных половых органов. М. выписана с детьми на 15-й день после операции.

Данное наблюдение заслуживает внимания с двух точек зрения. Во-первых, ва-



Рис. 1. Варикоз вульвы во время беременности (вид спереди).



Рис. 2. Варикоз вульвы во время беременности (вид сзади, в положении стоя, напоминает мошонку мужчины).

рикоз вульвы в виде сосудистой опухоли малоопытные врачи могут принять за грыжу. Во-вторых, при выраженном варикозе вульвы может быть многоплодная беременность, предлежание плаценты, кровотечение в родах и послеродовом периоде, тромбозы как поверхностных, так и глубоких (тазовых и бедренных) вен. Своевременно принятые меры дают благоприятный исход.

УДК 618.14—006.36—06:618.14—005.1

**В. М. Гусакова, Ф. М. Сабиров, Р. А. Осипов (Казань).**  
Редкие осложнения при миоме матки

Разрывы сосудов фиброматозных узлов и ущемление миомы в малом тазу относятся к редким, но тяжелым осложнениям. Приводим наши наблюдения.

И. И., 52 лет, доставлена службой скорой помощи в гинекологическое отделение 9/XI 1976 г. в 9 час. 30 мин. в крайне тяжелом состоянии. Заболевание началось около полтора часа назад: появились боли в животе с обморочным состоянием.

Первые менструации с 15 лет, установились сразу, проходили через 4 недели по 5 дней, без болей. Расстройств менструации не отмечалось. Очередная менструация началась накануне. Беременностей было 6, родов (срочных) — 2, искусственных абортов — 4 (последний аборт 19 лет назад).

В течение последних 10 лет И. состояла под наблюдением женской консультации по поводу миомы тела матки. Ей многократно предлагали оперативное лечение, но она отказывалась от него.

При поступлении больная в сознании, на вопросы отвечает вяло. АД 70/50 мм рт. ст. Пульс нитевидный с экстрасистолой. Кожа и видимые слизистые бледные. Тоны сердца приглушены. Живот в верхнем отделе мягкий, безболезненный, печень и селезенка не определяются. В нижнем отделе живота пальпируется опухоль, верхний полюс которой достигает уровня пупка, нижний уходит в малый таз. Опухоль плотная, бугристая, малоподвижная, болезненная при исследовании. Перкуторно определяется притупление, совпадающее с границами опухоли. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки при осмотре в зеркалах чистая, с боковыми разрывами. Бимануально: влагалище широкое, шейка матки отклонена к лону, укорочена и переходит в вышеописанную опухоль. Придатки не определяются. Выделения кровянистые с гнилостным запахом.

Предварительный диагноз: множественная интерстициальная и субсерозная миома тела матки с некрозом одного из узлов (?). Шок II степени. Внутреннее кровотечение (?).

Больная консультирована терапевтом и невропатологом для исключения экстрагенитальной патологии, одновременно начаты мероприятия по борьбе с шоком: перебивание крови, полиглюкина, введение кортикостероидов, сердечных средств. Решено произвести пробное чревосечение.

9/XI в 10 час. 30 мин. под интубационным наркозом с мышечными релаксантами вскрыта брюшная полость. Обнаружено около 1,5 л жидкой крови со сгустками. Мат-