

При анализе историй родов установлено, что кесарево сечение было показано у всех женщин с узким тазом. Лишь в отдельных случаях можно отметить некоторую успешность в решении вопроса о несоответствии между размерами таза и подлежащей частью и, наоборот, излишний консерватизм, в результате чего 5 новорожденных извлечены с внутрочерепной травмой, из которых 2 умерли, а 1 переведен в детское отделение с явлениями паралича конечностей.

Значительное ограничение воспроизводительной функции у женщин, перенесших кесарево сечение по поводу узкого таза, а также литературные данные о неблагоприятных ближайших и отдаленных результатах операции заставляют ставить вопрос о пересмотре ведения родов при сужении таза I ст., которое практически чаще всего и встречается.

Нами по предложению кафедры акушерства и гинекологии КГМИ № 1 накоплены клинические наблюдения по вызыванию родов через естественные родовые пути у женщин с сужением таза I ст. при сроке беременности 37—39 недель. Учет предполагаемого веса плода и тщательное изучение размеров таза позволяют успешно решить этот вопрос и избежать травматической операции у многих женщин с относительно узким тазом.

## ВЫВОДЫ

1. Наиболее частой формой сужения таза является общеравномерно суженный таз (I ст. сужения).

2. Высок процент осложнений (56,6%) после кесарева сечения.

3. Прогноз для новорожденного при родоразрешении женщины с узким тазом путем кесарева сечения благоприятен (перинатальная смертность составила 1,7%). Однако довольно высокий процент асфиксий (19,5) и родового травматизма (4,4) требуют тщательного клинического наблюдения за состоянием новорожденного в родах и своевременного решения вопроса об оперативном родоразрешении.

4. Резкое уменьшение воспроизводительной функции у женщин с узким тазом, родоразрешенных кесаревым сечением, и неблагоприятные ближайшие и отдаленные последствия этой операции требуют пересмотра ведения родов при сужении таза I ст.

УДК 616.981.42:636.2—616.61

## О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТАБОРТНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Т. А. Кувалкина*

*Гинекологическое отделение (зав.—Т. А. Кувалкина) 2-й городской больницы г. Оренбурга (главрач—Е. С. Пугачева) и кафедра акушерства и гинекологии (зав.—доц. Я. Е. Кривицкий) Оренбургского медицинского института*

Внебольничные аборты во многих случаях сопровождаются различными осложнениями, которые приводят не только к длительной нетрудоспособности, но нередко и к смерти. Наиболее частая причина смерти — сепсис, вызывающий острую почечную недостаточность. Острая почечная недостаточность — тяжелое заболевание, в возникновении которого главенствующую роль играет бактериальный шок. Присоединившееся кровотечение, интоксикация продуктами распада усугубляют острую сосудистую недостаточность с гипотензией, которая приводит к нарушению кровообращения в почках, следствием чего и является острая почечная недостаточность.

Смертность при послеабортной острой почечной недостаточности очень высока. По литературным данным (цитируется по С. Д. Голигорскому), до применения аппарата «искусственная почка» погибало 74% больных с постабортной острой почечной недостаточностью. В настоящее время смертность снизилась до 25—50% (В. К. Пророкова и Л. И. Аккерман, 1970).

По материалам 2-й городской больницы г. Оренбурга за последние 5 лет смертность при постабортной острой почечной недостаточности составляет 37%.

Под нашим наблюдением находилось 27 больных с постабортным сепсисом, осложненным острой почечной недостаточностью. В возрасте до 20 лет было 2 женщины, от 21 года до 40 лет — 24 и старше — 1.

Беременность до 12 недель была у 21 женщины, свыше 12 недель — у 6.

Для прерывания беременности 14 женщин вводили в полость матки катетер, проволоку, гусиное перо, 8 — растворы мыла, марганцовокислого калия или водку. 5 женщин принимали различные медикаментозные средства — синестрол, пахикарпин, хинин и др.

При поступлении в стационар состояние у всех больных было тяжелым. Бактериальный шок был у 9 женщин, подъем температуры свыше  $39^{\circ}$  — у 16. У 11 больных сепсис протекал с субфебрильной или даже нормальной температурой. У 18 больных наблюдались неоднократные потрясающие ознобы, у 19 была желтуха с бронзовым, шафрановым или ярко-желтым оттенком, причем у 15 она была обусловлена начавшимся внутрисосудистым гемолизом, а у 4 ярко-желтый оттенок кожи и слизистых был связан с токсическим поражением печени. Небольшие отеки в виде пастозности отмечались у 10 чел.

У большинства наших больных АД понижалось до 60/40 — 50/0. У 7 женщин была олигурия, у 13 — анурия и у 6 — полиурия. У 22 больных выявлен лейкоцитоз до 60—80 тыс. со сдвигом формулы влево, у 3 — лейкопения со сдвигом формулы влево. У 9 женщин была анемия (количество эритроцитов ниже 2 млн., гемоглобин ниже 7 г%).

У 11 женщин остаточный азот крови был выше 100, у 4 — выше 200 и у 3 — выше 300 мг%. Высокие цифры остаточного азота свидетельствовали о тяжести процесса. Общий белок крови был снижен почти у всех больных, ацидоз отмечался у 23, гиперкалиемия — у 18.

Острая почечная недостаточность, как правило, сопровождалась и печеночной недостаточностью. У 18 из 27 больных был токсический гепатит (увеличение и болезненность печени, изменение печеночных проб: проба Вельтмана и сулемовая были снижены, прямой билирубин достигал 40,96—20,4 мг% по Ван-ден-Бергу, реакция прямая).

У 4 больных к септическому состоянию присоединилась пневмония, у 1 — эксудативный плеврит, у 1 — миокардит.

Из 27 больных умерло 10, в том числе 6 — в первые сутки в результате молниеносного сепсиса, другие 4 поступили с запущенными формами сепсиса (все они в течение 2—3 недель лечились в участковых больницах и 1 на дому по поводу пневмонии).

11 женщин были направлены для экстракорпорального диализа в почечный центр г. Уфы.

Лечение больных с постабортной острой почечной недостаточностью мы проводили по методу С. Д. Голигорского, Н. Т. Терехова, Ж. Амбурже и соавт.

В начальной стадии бактериального шока важно устранить коллапс и гипотензию, так как гемодинамические расстройства ухудшают почечное кровообращение и являются одним из патогенетических факторов острой почечной недостаточности. Если заболевание сопровождается выраженным внутрисосудистым гемолизом, возникает срочная необходимость в обменном переливании крови. Мы производили его 17 женщинам.

После однократного обменного переливания крови диурез нормализовался у 5 больных, после двукратного — у 3, после трехкратного — у 2. Количество выводимой крови равнялось 1500—2000 мл, вводимой — на 300 мл больше. Обменное переливание крови особенно эффективно в первые часы после остро возникшего внутрисосудистого гемолиза.

Оставшийся очаг инфекции в полости матки ухудшает течение острой почечной недостаточности. Поэтому большинство нефрологов [1, 4] в настоящее время считает необходимым срочное очищение полости матки. Наиболее бережным методом, по мнению Л. С. Персианинова, В. Н. Серова, А. Д. Макарария, считается вакуумэкскоагуляция оставшихся частей плодного яйца. Мы производили раннее выскабливание полости матки 15 женщинам, 10 из них выздоровели.

В последние годы в случаях неэффективного лечения сепсиса рекомендуют (Л. С. Персианинов) гистерэктомию. Мы прибегли к ней в одном случае. Больная погибла через месяц после операции.

Сразу же после поступления в стационар назначались антибиотики: пенициллин до 10—15 млн. ед. в сутки внутримышечно и одновременно внутривенно, стрептомицин 1—2 млн. ед. в сутки. Хороший эффект мы получили от раннего назначения внутривенно морфоциклина по 150 тыс. ед. 2—3 раза в сутки или сигмомидина внутривенно 1,5—2 млн. ед. в сутки.

В первый период, когда олигурия носит функциональный характер, для стимуляции диуреза мы применяли 24% раствор зуфиллина — 1,5 мл внутримышечно или 2,4% раствор диафиллина — 10 мл внутривенно, манитол по 100,0—200,0 внутривенно, неоконпенсант 100,0. Для борьбы с шоком и гипотонией переливали цельную донорскую кровь, давали сердечные средства (коргликон, строфантин, АТФ, кокарбоксилазу, глюкозу с витамином С и витаминами группы В).

Всем больным проводили оксигенотерапию. При сосудистом коллапсе назначали внутривенно гидрокортизон в количестве 50—100 мг в 5% растворе глюкозы после того, как АД повышалось. В последующем гидрокортизон вводили по 25—50 мг внутримышечно каждые 4 часа с постепенным снижением суточной дозы до 15 мг в течение 6—7 дней. В последний день назначали АКТГ по 5 ед. 4 раза в сутки. При отсутствии кровопотери применяли препараты, повышающие тонус сосудов, — нордреналин, мезатон. Строго учитывали количество выводимой и выводимой жидкости. При гиперкалиемии предписывали бескальцевую диету (исключали молоко, овощи, фрукты, апельсины). Вводили 10% раствор глюконата кальция (40 мл), 20% раствор глюкозы (300 мл с 40 ед. инсулина).

Для борьбы с ацидозом вводили внутривенно 5% раствор бикарбоната натрия (300 мл). В стадии восстановления диуреза, когда возникло гипокальциемия, назначали диету, богатую солями калия (молоко, творог, курага, апельсины и др.) и глюконат калия по 0,13 раза в день (7—10 дней).

Из методов внепочечного очищения мы применяли желудочный и кишечный диализ, обменное переливание крови.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Голигорский С. Д., Терехов Н. Т. Острая почечная недостаточность. Киев, 1969.— 2. Персанинов Л. С., Серов В. Н., Макацария А. Д. Акуш. и гинек., 1970, 6.— 3. Пророкова В. К., Аккерман Л. И. Там же.— 4. Амбурже Ж., Рише Г., Кросние Ж., Функ-Бренбано Л. Почечная недостаточность. Медицина, М., 1965.

УДК 618.2—616—07

## ПРИМЕНЕНИЕ ГРАВИМУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

*Канд. мед. наук Ф. М. Сабиров, В. Ф. Фазлеева*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Применяющиеся для диагностики ранних сроков беременности биологические методы Ашгейма—Цондека и Галли—Майнини благодаря довольно высокой чувствительности и точности пользуются заслуженным признанием в акушерско-гинекологической практике. К сожалению, эти методы являются достоянием в основном клинических учреждений.

Идея применения иммунологической реакции на беременность принадлежит Лимману (1903), который иммунизировал кроликов экстрактом человеческой плаценты.

В 1960 г. несколько авторов независимо друг от друга опубликовали сообщения об определении хориального гонадотропина с помощью иммунных сывороток (Виде и Гемцел, Вроди и Карлстрём, Свиркинска и Самохович, Мак Кин). Было предложено в основном два типа иммунологической реакции на беременность. Один из них основан на торможении гемагглютинации, другой — на способе осаждения.

Испытание иммунологического метода диагностики беременности на большой группе женщин показало высокую чувствительность этого теста, его специфичность и точность [1—4 и др.].

Однако иммунологический метод предполагает целый ряд подготовительных моментов, затрудняющих его применение в ежедневной практике неклинических учреждений. Необходимость иммунизировать кроликов хоригономом и иметь эритроциты барана сдерживает широкое распространение этого очень ценного теста.

В настоящее время промышленность некоторых стран освоила выпуск целого ряда препаратов, содержащих антисыворотку и эритроциты-носители в готовом для использования виде (гравиндекс, гравимун и др.) [5].

Испробованный нами метод с применением гравимуна основан на торможении гемагглютинации. Реактив гравимун выпускается в ГДР. В небольшой коробке содержится 5 комплектов лиофилизированной анти-ГхГ сыворотки и ГхГ-антиген на эритроцитах-носителях. Ампулы, содержащие сыворотку и антиген, одновременно служат сосудами для проведения реакции.

Кроме того, в коробке имеется натрий-хлорид-фосфатный буфер для растворения содержимого вышеупомянутых ампул. В каждую коробку вложена инструкция с описанием постановки реакции. Через 2—3 часа после постановки реакции можно оценить результат.

Мы испытали этот тест у 183 женщин. Для сравнения параллельно во всех случаях проводили реакцию Галли—Майнини и в 22 — реакцию Ашгейма—Цондека. У 15 небеременных женщин в возрасте 20—35 лет и у 16 женщин с кистами или кистозными яичниками или миомами матки иммунологическая реакция была отрицательной.

При прогрессирующей маточной беременности реакция поставлена 102 раза: 80 при беременности от 4—5 до 12 недель и 22 раза при беременности от 13—14 до 27—28 недель и во всех случаях оценена как положительная.

После прерывания беременности положительная проба сохранялась в течение 3—5 дней.