

кожной вены в области впадения в глубокую бедренную вену, после операции явления острого тромбоза и перифлебита стабилизировались. После стихания явления перифлебита и нормализации показателей свертывающей системы крови 6/IV комбинированным методом удалена большая подкожная вена. 19/IV больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Через два года поступила на оперативное лечение по поводу варикозно расширенных вен правой нижней конечности; жалоб на левую ногу не предъявляет.

Г., 51 года, госпитализирована 17/1 1979 г. с жалобами на боли и увеличение объема левой голени и бедра, усиливающиеся при ходьбе. Заболела 16/1. Варикозным расширением поверхностных вен нижних конечностей страдает 25 лет.

Состояние средней тяжести. Сердце — систолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией. Частота пульса — 80 уд. в 1 мин, АД — 17,3/0,6 кПа (130/80 мм рт. ст.). Левая голень и бедро отечны; разница в размерах окружности голени и бедра по сравнению со здоровой конечностью достигает соответственно 6 и 8 см. Симптом Хоманса отрицателен. По ходу большой подкожной вены до уровня средней трети бедра пальпируются болезненные плотные уплотнения, над которыми кожа слегка гиперемирована. Пульсация артерий тыла стопы, задней большеберцовой, подколенной и бедренной артерий правой и левой ноги отчетливая.

Анализ крови от 18/1: л.— $11,0 \cdot 10^9$ в 1 л, п.—11%, с.—66%, лимф.—21%, мон.—2%, свертываемость крови по Сухареву — 2 мин 50 с, протромбин — 110%. Анализ мочи отклонений от нормы не выявил.

Фибринолитическая, антикоагулянтная и антибиотиковая терапия, проведенная в течение двух дней, оказалась неэффективной: состояние ухудшалось, тромботический процесс распространился на верхнюю треть левого бедра. 19/1 произведена срочная перевязка большой подкожной вены в области впадения в глубокую бедренную вену. После операции в результате адекватной консервативной терапии явления прогрессирующего острого тромбоза и перифлебита стихли, а показатели свертывающей системы крови нормализовались. 3/II методом комбинированной флебэктомии удалена большая подкожная вена. Послеоперационное течение гладкое. Выписана 18/II в удовлетворительном состоянии. Через год после перенесенной операции жалоб на левую ногу не предъявляет, работает по специальности.

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение острых прогрессирующих тромбозов поверхностных варикозно расширенных вен нижних конечностей является методом выбора при отсутствии положительного эффекта от фибринолитической, антикоагулянтной и антибактериальной терапии. Данный метод хирургического лечения острых прогрессирующих тромбозов поверхностных варикозно расширенных вен нижних конечностей показан при сохранении проходимости глубоких вен больной конечности.

УДК 618.3—06:616.36—002—009.7

Т. П. Зефирова, Н. Ю. Чистякова (Казань). Гепатоз беременных

Острый жировой гепатоз беременных — малоизученное и редкое заболевание печени, встречающееся в поздние сроки беременности и характеризующееся тяжелым течением и серьезными осложнениями для матери и плода. Материнская летальность при этом достигает 80—85%.

Заболевание проявляется в последней трети беременности резкой слабостью, постоянной тошнотой, нарастающей по интенсивности и продолжительности изжогой, не поддающейся никакому лечению, а также часто кровавой рвотой и болями в животе. В дальнейшем может произойти быстрое развитие комы с летальным исходом.

Природа заболевания остается неясной. В настоящее время допускают, что это осложнение в период беременности обусловлено недостаточным белковым питанием, вызывающим депрессию белкового синтеза. В патогенезе данной патологии основная роль принадлежит системному ожирению печени и почек с прогрессирующим снижением их функции, а также развитию ДВС-синдрома.

Гепатоз беременных обычно дифференцируется от вирусного гепатита. Наиболее характерными отличительными признаками данного осложнения являются отсутствие цикличности, свойственной вирусному гепатиту и энцефалопатии, сохранение сознания почти до терминальной стадии болезни, нарастающая олигурия вплоть до анурии, уремия, выраженная гипопротенемия, нормальное или малоизмененное содержание трансферра в крови при значительной гипербилирубинемии.

Для проведения успешных лечебных мероприятий важное значение имеют своевременная диагностика и быстрое прерывание беременности. При успешной терапии наступает полное выздоровление больной с возможностью благоприятного исхода беременности в последующем.

Ввиду сложности диагностики и клинического течения гепатоза в периоде беременности, а также его редкости в акушерстве, приводим описание истории родов беременной, которая неоднократно поступала в акушерские клиники ГИДУВа с рецидивами гепатоза при последующих беременностях.

П., 23 лет, поступила в родильное отделение 2-й акушерской гинекологической клиники ГИДУВа 15/IX 1983 г. на 30-й неделе беременности с жалобами на общую

слабость, головные боли и боли в правом подреберье — в эпигастральной области, начавшиеся с 27 нед беременности. В последние 3 дня перед поступлением в клинику появились тошнота, усиливающаяся изжога, была однократная рвота. В день госпитализации отмечена иктеричность склер.

В консультацию по поводу данной беременности не обращалась, не обследована. Наследственность отягощена — отец страдает алкоголизмом.

Из анамнеза — с детства беспокоят боли в правом подреберье, стационарно не обследована, не лечена.

Из акушерского анамнеза: менструации с 14 лет, через 30 дней по 3 дня, регулярные. Половая жизнь с 18 лет. Первая беременность с 1979 г. закончилась поздним самопроизвольным выкидышем на сроке 27—28 нед. До 26 нед состояние было удовлетворительным. Затем появились тошнота, рвота, слабость, иктеричность кожи и склер. Была госпитализирована в родильное отделение 1-й акушерской клиники ГИДУВа, где было диагностировано обострение хронического холецистита. На 12-й день пребывания в клинике состояние женщины резко ухудшилось. Усилилась тошнота, возникли многократная рвота, гипертермия до 41°; отмечались явления сердечно-сосудистой недостаточности: АД—9,3/4,0, 6,6/0 кПа (70/30, 50/0 мм рт. ст.), частота пульса до 140 уд. в 1 мин; наблюдались симптомы печеночно-почечной недостаточности (анурия, перкуторно резкое уменьшение печеночной тупости). Появились тонические судороги конечностей. Сознание оставалось ясным, однако с некоторой заторможенностью. При лабораторных исследованиях выявлена гиперкоагуляция (тромботест VII ст., содержание фибриногена—30,8 мкмоль/л, свертываемость крови по Ли—Уайту—3 мин 10 с, уровень мочевины—18 ммоль/л, остаточного азота—42,8 ммоль/л, общего билирубина—51,1 мкмоль/л.

Инфекционистом был заподозрен вирусный гепатит. На фоне интенсивной терапии (инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов, сердечные, гормональные, ферментативные препараты, витамины) состояние женщины несколько улучшилось. На 13-й день пребывания в клинике произошел поздний самопроизвольный выкидыш. В тот же день больная была переведена в инфекционную больницу, где на основании клиничко-лабораторных исследований диагноз вирусного гепатита был исключен. Выписана через 3 нед в удовлетворительном состоянии с нормализацией лабораторных показателей.

Вторая беременность наступила в 1981 г., протекала без осложнений. С 28 нед вновь появились тошнота, рвота, слабость; отмечалось понижение АД до 10,6/6,6 кПа (80/50 мм рт. ст.), субиктеричность кожи и склер. От прерывания беременности женщина и ее родственники категорически отказались. Применена интенсивная комплексная терапия; состояние больной ухудшилось со стабилизацией основных клиничко-лабораторных показателей в течение 2—3 нед. Беременность прогрессировала. На 16-й день пребывания в клинике состояние стало резко ухудшаться, как и при первой беременности.

Из лабораторных данных: содержание общего билирубина—56,8 мкмоль/л, мочевины—13,3 ммоль/л, остаточного азота—42,8 ммоль/л, общего белка—50 г/л; Hb—1,4 ммоль/л (исходный—1,9 ммоль/л), тромботест VII ст., протромбин—108%.

По жизненным показаниям произведено прерывание беременности (амниотомия и внутривенное введение окситолина капельно). Родилась живая девочка массой тела 1200 г. В настоящее время ребенок жив, со слов матери развивается нормально.

На 11-й день после родов выписана в удовлетворительном состоянии с нормализацией лабораторных показателей. Предупреждена о том, что беременность ей абсолютно противопоказана. Тем не менее в 1982 г. вновь поступила в родильное отделение 1-й акушерской клиники ГИДУВа, где на сроке 28 нед произошли преждевременные роды, осложненные печеночно-почечной недостаточностью, менее выраженной клинически, чем при предыдущих беременностях. Плод, глубоко недоношенный, умер.

Четвертая и пятая беременности были прерваны медицинскими абортми на сроке 8 нед без осложнений.

Настоящая беременность шестая. При поступлении в клинику (15/XI 1983 г.) состояние женщины расценено как удовлетворительное. АД—12,0/8,0, 12,0/5,3 кПа (90/60, 90/40 мм рт. ст.), частота пульса—72 уд. в 1 мин. Телосложение правильное, питание понижено (при росте 160 см масса тела—52 кг). Кожа бледная, субиктеричность склер и кожи. Сердечно-сосудистая система и органы дыхания без изменений. Печень и селезенка не пальпируются. Сердцебиение плода ясное. Признаков прерывания беременности нет. Диагноз: беременность 29—30 нед. Поздний токсикоз беременных? Дискинезия желчевыводящих путей. Варикозное расширение вен голени и вульвы. Отягощенный акушерский анамнез.

Из лабораторных данных: содержание общего билирубина в крови—29,8 мкмоль/л, реакция на желчные пигменты в моче слабо положительна.

Назначены диета, спазмолитики, желчегонные средства, дезинтоксикационная терапия. В течение 10 дней состояние беременной оставалось удовлетворительным, жалоб не было. Анализы мочи и крови без особенностей. На 11-й день пребывания в клинике вновь возникли слабость, тошнота, рвота, резкая изжога, боли в правом подреберье, подергивание мышц конечностей. Больная проконсультирована хирургом,

хирургическая патология исключена. 27/XI 1983 г. состояние резко ухудшилось. Появились сильная тошнота, обильная рвота. Зафиксировано кратковременное падение АД до 0, через 2 мин — 10,6/5,3 кПа (80/40 мм рт. ст.). Начата инфузионная терапия, введены преднизолон и панангин, после этого состояние больной улучшилось, она уснула. В течение суток слабость сохранялась, повторялась обильная рвота, желтуха нарастала. Сознание оставалось ясным. АД сохранялось в пределах 10,6/5,3 кПа (80/40 мм рт. ст.).

Из лабораторных данных: л.—10,4·10⁹ в 1 л, СОЭ — 57 мм/ч, содержание общего билирубина — 97 мкмоль/л, общего белка — 58 г/л, мочевины — 21,3 ммоль/л; протромбин — 100%.

28/XI 1983 г. консилиум врачей в составе гинеколога, терапевта, инфекциониста на основании анамнеза, клинического течения заболевания и данных лабораторных исследований поставил диагноз: гепатоз беременных.

В связи с нарастающей печеночно-почечной недостаточностью, ухудшением общего состояния было решено провести родовывызвание введением внутривенно окситолина капельно с предварительным вскрытием плодного пузыря. Одновременно продолжалась дезинтоксикационная терапия. Через 2 ч 15 мин от начала родовой деятельности родился глубоко недоношенный плод массой тела 1500 г, умерший на 2-е сутки.

Интенсивная терапия в послеродовом периоде была направлена на коррекцию нарушений функции печени. Состояние женщины после родов начало улучшаться. Уменьшились изжога и тошнота, прекратилась рвота, отмечены положительные сдвиги лабораторных показателей, уровень общего билирубина составил 30,8 мкмоль/л.

Больная выписана на 9-й день после родов в удовлетворительном состоянии с рекомендацией обследоваться в специализированном отделении в связи с заболеванием гепатобилиарной системы.

Через 1 мес после выписки была осмотрена гинекологом. Жалоб не предъявляла. Тошноты, рвоты и болей в правом подреберье не было.

Из лабораторных данных: уровень общего билирубина — 35,4 мкмоль/л, прямого — 0; С-РБ — 0, содержание общего белка — 56 г/л, мочевины — 3,3 ммоль/л, протромбиновый индекс — 82%; свертываемость крови — 3 мин.

Анализ данной истории родов показывает, что при этой патологии необходимо прерывать беременность на ранних сроках и выделять беременных с гепатозом и хроническими формами гепатита в группу повышенного риска по рецидиву основного заболевания на фоне беременности.

УДК 615.847:618.214—006.36:577.175:823

И. М. Боголюбова (Казань). Динамика серотонинового обмена у беременных с миомой матки под влиянием электросна

Известно, что беременность у больных с миомой матки в 25—31% случаев протекает с признаками невынашивания. С учетом того, что сократительная деятельность матки находится в прямой зависимости от функционального состояния ЦНС, мы применяли электросон в лечении 20 беременных с миомой матки и угрозой прерывания, а также изучали у них состояние системы серотонин — 5-оксиндолюксусная кислота (5-ОИУК). Женщины были в возрасте от 30 до 45 лет, из них 13 — первобеременных, 7 — повторобеременных. У 8 больных миома была обнаружена за 1—5 лет до наступления беременности. Во время беременности диагноз миомы матки был установлен у 12 женщин. У 18 больных миоматозные узлы были интрамурально-субсерозными, у 2 располагались в области перешейка. Размер матки до беременности соответствовал 7—10-недельному сроку беременности с размерами отдельных узлов с 2 до 8 см в диаметре.

Контрольную группу составили здоровые беременные женщины.

Электросон осуществляли с помощью отечественного аппарата «Электросон-4Т» с фронтально-мастоидальным наложением электродов. Использовали ток силой 4—10 мА при частоте импульсов 11—20 Гц. Длительность процедуры — 40—60 мин.

В контрольной группе уровень серотонина в крови составлял $2,60 \pm 0,4$ мкмоль/л, экскреция 5-ОИУК с мочой — $14,5 \pm 0,1$ мкмоль/сут. До начала лечения содержание серотонина в крови у беременных с миомой матки было равно $2,96 \pm 0,15$ мкмоль/л, экскреция 5-ОИУК — $17,77 \pm 1,22$ мкмоль/сут. После лечения импульсными токами низкой частоты уровень серотонина снизился до $1,83 \pm 0,25$ мкмоль/л, а экскреция 5-ОИУК с мочой увеличилась до $21,01 \pm 1,54$ мкмоль/сут.

Таким образом, нами выявлено достоверное повышение содержания серотонина в крови ($P < 0,05$) и экскреции 5-ОИУК ($P < 0,02$) у беременных с миомой матки до лечения по сравнению с таковым в контроле. После лечения у них было отмечено достоверное снижение содержания серотонина в крови ($P < 0,02$) и повышение экскреции 5-ОИУК с мочой ($P < 0,01$). Полученные результаты свидетельствуют о нормализующем влиянии импульсных токов низкой частоты на серотониновый обмен у беременных с миомой матки и явлениями прерывания и позволяют рекомендовать электросон в комплексном лечении невынашивания.